



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ "Δημόσια Διοίκηση - Δημόσιο Μάνατζμεντ"

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΠΟΡΕΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ

Διοικητική και Οικονομική Διαχείριση των φορέων Ψυχικής Υγείας και
οι επιτακτικές ανάγκες επανεκκίνησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

THE COURSE OF DEVELOPMENT OF THE MENTAL HEALTH
SECTOR IN GREECE

Administrative and Financial Management of Mental Health Institutions
and the Imperative Requirements for Restarting Psychiatric Reform

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΕΛΗΣ (Α.Μ.: ΔΜ 2094)

Επιβλέπων καθηγητής: ΠΕΤΡΟΣ ΤΟΜΑΡΑΣ

Αθήνα

Ιούνιος 2022

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΕΛΗΣ του ΗΛΙΑ, με αριθμό μητρώου ΔΜ 2094 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Διοίκηση - Δημόσιο Μάνατζμεντ του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 18-7-2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΕΛΗΣ

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής

1. (Επιβλέπων) ΠΕΤΡΟΣ ΤΟΜΑΡΑΣ

2. ΦΑΙΔΩΝ ΚΟΜΙΣΟΠΟΥΛΟΣ

3. ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΜΑΝΘΟΣ

Συντομογραφίες

Γ.Ν.	<i>Γενικό Νοσοκομείο</i>
Υ.ΠΕ	<i>Υγειονομική Περιφέρεια</i>
Ε.Κ.Τ	<i>Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο</i>
Ε.Π.	<i>Επιχειρησιακό Πρόγραμμα</i>
Ε.Σ.Υ.	<i>Εθνικό Σύστημα Υγείας</i>
Κ.Κ.Ψ.Υ.	<i>Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας</i>
Κοι.Σ.Π.Ε.	<i>Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης</i>
Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.	<i>Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων</i>
Κ.Π.Σ.	<i>Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης</i>
Κ.Ψ.Υ.	<i>Κέντρο Ψυχικής Υγείας</i>
Ε.Σ.Π.Α.	<i>Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς</i>
Μ.Ψ.Α.	<i>Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης</i>
Μ.Ψ.Υ.	<i>Μονάδα Ψυχικής Υγείας</i>
Ν.Π.Δ.Δ.	<i>Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου</i>
Ν.Π.Ι.Δ.	<i>Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου</i>
Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.	<i>Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας</i>
Π.Ο.Υ.	<i>Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας</i>
Π.Φ.Υ.	<i>Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</i>
Π.Φ.Ψ.Υ.	<i>Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας</i>
Τ.Ε.Ψ.Υ.	<i>Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας</i>
Το.Ψ.Υ.	<i>Τομέας Ψυχικής Υγείας</i>
Το.ΨΥ.Π.Ε	<i>Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών Εφήβων</i>
Υ.Υ.	<i>Υπουργείο Υγείας</i>
Ψ.Ν.	<i>Ψυχιατρικό Νοσοκομείο</i>

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά για την συμμετοχή στην έρευνα τους ειδικούς ψυχικής υγείας που υπηρετούν στην κεντρική διοίκηση και στους φορείς ν.π.ι.δ και ν.π.δ.δ. παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τη θέληση να δώσουν ολοκληρωμένες τοποθετήσεις καθώς και για τις πλήρως στοιχειοθετημένες απαντήσεις τους στις ερευνητικές τοποθετήσεις που τους τέθηκαν υπόψη

Επίσης ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Πέτρο Τομάρα για την καθοδήγηση του στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Περιεχόμενα

Περίληψη	9
Abstract	11
Εισαγωγή	13

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1. Ψυχικές Διαταραχές. Η διάσταση του προβλήματος

1.1. Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών και κοινωνικές επιβαρύνσεις.....	16
1.2. Επιβαρύνσεις λόγω οικονομικής κρίσης και πανδημίας.....	20

Κεφάλαιο 2. Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

2.1. 1 ^η περίοδο των Μεταρρυθμίσεων (1983-1995).....	21
2.2. 2 ^η περίοδος των Μεταρρυθμίσεων - Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός»	
2.2.1. Α. Φάση του «Ψυχαργός» (1997-2001).....	27
2.2.3. Β. Φάση του «Ψυχαργός» (2001-2009).....	29
2.3. Ολοκλήρωση των μεταρρυθμιστικών διαδικασιών (2010-2020)	
2.3.1. Τα σύμφωνα συνεργασίας spidla και Laslo Andor	30
2.3.2. Αναδιοργάνωση των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας.....	31
2.3.3. Οι νέες οργανωτικές και διοικητικές δομές.....	34

Κεφάλαιο 3. Πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας

3.1. Οργανωτική δομή και το νέο διοικητικό πλαίσιο.....	38
3.2. Τομεοποίηση δομών και υπηρεσιών.....	39
3.3. Οικονομική διαχείριση των μονάδων ψυχικής υγείας.....	40
3.4. Λειτουργική διασύνδεση και συντονισμός υπηρεσιών.....	43

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 4. Διεξαγωγή έρευνας –καταγραφή απόψεων και προτάσεων ειδικών ψυχικής υγείας

4.1. Μεθοδολογία της έρευνας.....	45
4.2. Ερωτηματολόγιο.....	47

Κεφάλαιο 5. Ανάγκες επανεκκίνησης της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

5.1. Διοίκηση του συστήματος ψυχικής υγείας – Αρμοδιότητες υγειονομικών περιφερειών.....	50
5.2. Τομεοποίηση. Εξασφάλισης παροχής υπηρεσιών εντός του τομέα.....	52
5.3. Χρηματοδότηση και αποζημίωση δαπανών των μονάδων ψυχικής υγείας....	55
5.4. Ενσωμάτωση υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	57
5.5. Συντονισμός και λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών.....	59
5.6. Δράσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας.....	61
Επίλογος.....	64
Βιβλιογραφία.....	65

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

I. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	67
II Χρονοδιάγραμμα νομοθετικών ρυθμίσεων και διοικητικών δράσεων.....	69
III Ερωτηματολόγιο – Απόψεις και απαντήσεις των συμμετεχόντων.....	70

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

Πίνακας 1. Επιπολασμός (12) μηνών ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Πίνακας 2. Επιπολασμός (12 Μηνών) «σοβαρών» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Πίνακας 3. Επιπολασμός (12 Μηνών) των «συνήθων» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Πίνακας 4. Κοινωνική επιβάρυνση ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Πίνακας 5. Ετήσιο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

Διάγραμμα 1. Διοικητική και οργανωτική δομή του συστήματος ψυχικής υγείας (1983)

Διάγραμμα 2. Βασικοί πυλώνες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Διάγραμμα 3. Διοικητική και οργανωτική δομή του συστήματος ψυχικής υγείας (1995)

Διάγραμμα 4. Ροή αιτημάτων με χάσμα διοικητικής δομής κατά την διαδικασία λήψης απόφασης

Διάγραμμα 5. Πρώτο επίπεδο της νέας διοικητικής μορφής που εισάγει ο ν.4461/2017

Διάγραμμα 6. Αποτύπωση της ροής πληροφορίας στο νέο διοικητικό σχήμα.

Διάγραμμα 7. Υφιστάμενη Οργανωτική δομή του συστήματος ψυχικής υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

Πίνακας 1. Διαφορές κόστους ανά ασθενή σε ομοειδής κατηγορίας μονάδες (2019-2020)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες 4 δεκαετίες έχει πραγματοποιηθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς μια κοινωνική και θεσμική μεταστροφή στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχιατρικών περιστατικών. Η μεταστροφή αυτή εκφράστηκε με τον όρο «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» και περιέκλειε καταρχήν σε κοινωνικό επίπεδο στοιχεία αποδοχής της ψυχικής νόσου, μείωση του κοινωνικού στίγματος και ανάπτυξης της κοινωνικής ευαισθησίας και σε θεσμικό επίπεδο αναφορές όπως κοινοτική ψυχιατρική, τομεοποίηση, αποασυλοποίηση και εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Είχαν προηγηθεί αναλυτικές περιγραφές, αναφορές επιστημόνων ψυχικής υγείας, εκθέσεις ευρωπαϊών αξιωματούχων και δημοσιευμάτων στον τύπο για προβλήματα διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στις δομές της χώρας. Όλες οι σχετικές περιγραφές συνέτειναν σε κοινές διαπιστώσεις για την φύση των προβλημάτων που αντιμετώπιζαν:

-Πολλοί ασθενείς βρίσκονταν για χρόνια στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (υπήρχαν περιπτώσεις που η διάρκεια εγκλεισμού ήταν 25 έτη) σε πολλές περιπτώσεις με άθλιες συνθήκες, χωρίς καμία προοπτική βελτίωσης της κατάστασής τους.

-Η στάση των συγγενών των ψυχικά ασθενών αλλά και γενικότερα της κοινωνίας ήταν από αδιάφορη έως αρνητική.

-Δεν υπήρχαν εναλλακτικές δομές για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκτός των δημοσίων ψυχιατρικών νοσοκομείων και των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών (με εξαίρεση λίγες πρότυπες μονάδες που δε κάλυπταν παρά ένα ελάχιστο μέρος των αναγκών).

-Υπήρχε έλλειψη ειδικών παιδοψυχιατρικών μονάδων καθώς και μονάδων για τους εφήβους.

Σκοπός ήταν η δημιουργία ενός εθνικού μεταρρυθμιστικού προγράμματος για αποϊδρυματοποίηση των νοσηλεύομενων των ψυχιατρείων και την ανάπτυξη ενός μεγάλου φάσματος υπηρεσιών στην κοινότητα μέσω αναδιοργάνωσης των θεσμικών και δομικών στοιχείων του συστήματος ψυχικής υγείας.

Η ολοκλήρωση τέτοιων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών ωστόσο δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό

από τις χρόνιες γραφειοκρατικές αγκυλώσεις και τις αβελτηρίες του συστήματος. Εστίασε κυρίως στην αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία και δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα το εθνικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας να παραμένει ελλιπές. Επίσης προβλήματα που ανέκυψαν στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όπως η ανεπάρκεια οικονομικών και ανθρώπινων πόρων λόγω εκτεταμένης οικονομικής κρίσης, η έλλειψη μακροπρόθεσμου εθνικού σχεδιασμού, η αναποτελεσματική τομεοποίηση των υπηρεσιών και η ελλιπής διασύνδεση των δομών, αποτελούν εμπόδια που δυσχεραίνουν την επιτυχή λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα ολοκληρωμένο εθνικό σχέδιο, χρηματοδοτούμενο σε μεγάλο βαθμό από την Ευρωπαϊκή Ένωση γεγονός που πιθανώς αποτελεί τον κυριότερο λόγο υλοποίησής του. Αυτό από μόνο του αναδεικνύει τη σπουδαιότητά του, σε μια χώρα όπου διαχρονικά η δημόσια διοίκηση υστερεί.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την πορεία εξέλιξης της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εστιάζοντας κυρίως στα διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα που ανέκυψαν κατά την υλοποίησή της και προτείνοντας τρόπους αντιμετώπισής τους στο πλαίσιο βελτίωσης και επανακαθορισμού του συστήματος ψυχικής υγείας στην χώρα μας.

Λέξεις κλειδιά:

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, «Ψυχαργός», Περιφερειακή Διοίκηση, Τομεοποίηση, Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

ABSTRACT

In the last 4 decades, a social and institutional transformation has taken place both in Greece and internationally in the way of dealing with psychiatric cases. This shift was expressed by the term "psychiatric reform" and included at first social level elements of acceptance of mental illness, reduction of social stigma and development of social sensitivity and at an institutional level references such as community psychiatry, sectoralization, deinstitutionalization and outpatient care.

In Greece, psychiatric reform began in the early 1980s. This was preceded by detailed descriptions, reports by mental health scientists, reports by European officials and press reports on the living problems of the mentally ill in the country's structures. All the relevant descriptions contributed to common findings on the nature of the problems they faced:

Many patients were in psychiatric hospitals for years (there were cases when the duration of confinement was 25 years) in many cases in appalling conditions, with no prospect of improving their condition.

-The attitude of the relatives of the mentally ill and society in general was from indifferent to negative.

-There were no alternative structures for recipients of mental health services outside public psychiatric hospitals and private psychiatric clinics (with the exception of a few model units that covered only a small part of the needs).

-There was a shortage of special child psychiatric units as well as units for adolescents.

The aim was to create a national reform program for the deinstitutionalization of hospitalized psychiatric hospitals and the development of a wide range of services in the community through reorganization of the institutional and structural elements of the mental health system.

Completing such reform efforts, however, is not an easy task. The Greek psychiatric reform was greatly influenced by the chronic bureaucratic rigidities and inertia of the system. It focused mainly on the de-institutionalization of the mentally ill from psychiatric hospitals and secondarily on the development of community services, with the result that the national network for the provision of mental health services remains incomplete. Also, problems that have arisen in the course of psychiatric reform, such as the inadequacy of economic and human resources due to

an extensive economic crisis, the lack of long-term national mental health planning, the ineffective sectoralisation of services and the lack of interconnection of structures, are obstacles that hinder the successful operation of mental health services. Nevertheless, it could be described as an integrated national project, financed to a large extent by the European Union, which is probably the main reason for its implementation. This in itself highlights its importance, in a country where public administration has been lagging behind over time.

The purpose of this paper is to study the course of evolution of the Greek psychiatric reform, focusing mainly on the administrative and organizational problems that arose during its implementation and proposing ways to address them in the context of improving and redefining the mental health system in our country.

Keywords:

Psychiatric Reform, "Psychargos", Regional Administration, sectoralization, Mental Health Units.

Εισαγωγή

Η Ψυχική Υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζεται ως «..η κατάσταση ευεξίας όπου κάθε άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον και όχι απλά η απουσία ενός προβλήματος ή μιας “διαταραχής”». Από αυτόν τον ορισμό είναι σαφές κατ’ αρχήν ότι η ψυχική υγεία δεν είναι ένας στόχος ξεκάθαρα μετρήσιμος, ότι δύσκολα μπορεί να επιτευχθεί και παραμένει ένα ιδανικό που ο καθένας προσπαθεί να επιτύχει ώστε να πραγματοποιεί τις βασικές του δυνατότητες, να μπορεί να αντιμετωπίσει συνηθισμένες αγχώδεις καταστάσεις της ζωής, να μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και να είναι σε θέση να συμβάλλει στην κοινότητά του.¹

Η ψυχική υγεία προσφέρει μία σειρά σημαντικών δυνατοτήτων στον άνθρωπο και τον βοηθά να είναι λειτουργικός στην καθημερινότητά του επιτυγχάνοντας τους στόχους του τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, οδηγώντας τον ουσιαστικά να συνειδητοποιήσει τις δικές του δυνατότητες. Αυτό συμβαίνει γιατί κάθε άτομο που διατηρεί την ψυχική του υγεία, ανταπεξέρχεται ικανοποιητικά στους καθημερινούς του ρόλους (οικογένεια, σχολείο, εργασία κτλ). Η καλή ψυχική υγεία κάθε ατόμου χωριστά οδηγεί στην καλή ψυχική υγεία και την ευημερία της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ορίζεται ως ένα σύνολο παρεμβάσεων, που στόχο έχουν τη διαμόρφωση κατάλληλου πλαισίου μέσα στο οποίο ο ψυχικά ασθενής θα μπορεί να παραμένει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα και στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη, δίνοντάς του την ευκαιρία να έχει διαφορετική ζωή από εκείνη που θα είχε στο ψυχιατρείο ως ένας μακροχρόνια έγκλειστος.²

Η Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεσπίστηκε το 1983 με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ν.1397/83), διευρύνθηκε το 1992 με το ν.2071/92 περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας» και παγιώθηκε το 1999 με το ν.2716/99 περί «Αναπτύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών

¹ World Health Organization. «Mental health: strengthening our response» στην ιστοσελίδα *World Health Organization*. 30/03/2018. Διαθέσιμο σε: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

² Φωτιάδου Α., Πρίφτης Φ., Κυπριανός Σ. «Απαντήσεις και συσχετισμοί των ψυχικών διαταραχών και της κοινωνικής βίας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση» στο περιοδικό *Εγκέφαλος: Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, τομ. 42 (2), 2005. Διαθέσιμο σε: <http://www.enkephalos.gr/full/42-2-03g.htm>

ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Στόχος ήταν η κατάργηση των ασύλων και η διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού και λειτουργικού πλαισίου εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται να δοθεί μια όσο το δυνατόν πληρέστερη εικόνα της έκβασης της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας σε διοικητικό και οργανωτικό επίπεδο έτσι όπως έχει διαμορφωθεί τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Σκοπός είναι, αφενός να εντοπιστούν και να εξεταστούν οι αδυναμίες και τα προβλήματα που ανέκυψαν και αφετέρου να προταθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτών στο πλαίσιο ανάπτυξης και προοπτικών του συστήματος ψυχικής υγείας στην χώρα μας.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για την εκπόνησή της έγινε αναζήτηση άρθρων, ανασκοπήσεων και ερευνητικών εργασιών που αφορούν την διοίκηση και την γενικότερη οργάνωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας. Μελετηθήκαν τα νομοθετικά και κανονιστικά κείμενα της μεταρρύθμισης καθώς και περιοδικές εκθέσεις αξιολόγησης της πορείας υλοποίησης του προγράμματος. Τέλος, υλικό όσον αφορά στα σχέδια δράσης καθώς και την χρηματοδότηση των μονάδων αντλήθηκε από σχετικές αποφάσεις της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις πολλαπλές συνέπειες στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο των ψυχικών διαταραχών ως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Παρατίθενται επιδημιολογικά δεδομένα και στοιχεία οικονομικού κόστους για το μέγεθος του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών σε Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση της πορείας του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Αναλύεται το γενικό περίγραμμα των στρατηγικών στόχων που αναπτύχθηκαν κατά τις διαδοχικές φάσεις υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός» και καταγράφονται δεδομένα αποτίμησης από την πρώτη φάση υλοποίησης του μέχρι και την ολοκλήρωσή του.

Στο τρίτο κεφάλαιο αποτυπώνεται σε γενικές γραμμές η υπάρχουσα κατάσταση σε διοικητικό και οργανωτικό επίπεδο. Επισημαίνονται τα προβλήματα που έχουν ανακύψει τόσο στην περιφερειακή και διοικητική οργάνωση του συστήματος όσο και στην οικονομική διαχείριση των Μονάδων.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας και στο τέταρτο κεφάλαιο, καταγράφονται τα στοιχεία της έρευνας που διεξήχθη με στόχο να αναζητηθούν οι απόψεις ειδικών ψυχικής υγείας για κρίσιμα θέματα που αφορούν την οργάνωση, την διοικητική δομή, τις λειτουργίες και τις προοπτικές του συστήματος.

Στο πέμπτο κεφάλαιο επισημαίνονται οι εκκρεμότητες, οι ελλείψεις, τα διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα που παρουσιάζει το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Αναλύονται και ενσωματώνονται οι απόψεις των ειδικών όπως αυτές κατεγράφησαν στο πλαίσιο της σχετικής έρευνας και προτείνονται παρεμβάσεις αντιμετώπισης των διοικητικών δυσλειτουργιών του συστήματος καθώς και δράσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας.

Παρατίθενται τα παραρτήματα:

- (I) Εννοιολογικοί προσδιορισμοί της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- (II) Χρονοδιάγραμμα νομοθετικών ρυθμίσεων και διοικητικών δράσεων.
- (III) Ερωτηματολόγιο –Απόψεις και απαντήσεις των συμμετεχόντων.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1. Ψυχικές διαταραχές. Η διάσταση του Προβλήματος

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Οι συνέπειες τους είναι πολλαπλές με επιπτώσεις που διαχέονται στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Υπολογίζεται ότι πάνω από 400 εκατ. άνθρωποι σε όλον τον πλανήτη, πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Από αυτούς, το 10% πάσχει από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, 10% από διπολική διαταραχή, ενώ μεγαλύτεροι αριθμοί από κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, και άλλα ψυχιατρικά προβλήματα.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται, σύμφωνα με μελετητές και με τους πιο μετριοπαθείς υπολογισμούς, ότι 150 έως 200 χιλιάδες άνθρωποι υποφέρουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Εάν σε αυτό τον πληθυσμό υπολογίσουμε και τις οικογένειες τους το μέγεθος του πληθυσμού που πλήττεται πλησιάζει το 1 εκατομμύριο. Γενικότερα, τα θέματα ψυχικής υγείας αποτελούν ένα μείζον παγκόσμιο πρόβλημα με πολλαπλές συνέπειες στις κοινωνίες, στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους. Όλα τα στοιχεία των διαφόρων ερευνών παγκοσμίως δείχνουν ότι το πρόβλημα επιτείνεται σε αρκετές χώρες, ακόμα και εκείνες που δαπανούν σημαντικά ποσά για την λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

1.1. Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών και κοινωνικές επιβαρύνσεις

Επιδημιολογικές έρευνες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας, δείχνουν πως το 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από τις ελαφρότερες έως τις βαρύτερες ψυχικές διαταραχές που συχνά προκαλούν αναπηρία δια βίου³. Δύο σχετικές μελέτες συνδύασαν τα επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης (27 χώρες της ΕΕ μαζί με το Ηνωμένο Βασίλειο, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία) των ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών, προκειμένου να προσδιορίσουν τον επιπολασμό⁴ των διαταραχών αυτών, την κοινωνική επιβάρυνση που προκαλούν καθώς το οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η φροντίδα τους⁵.

³ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Ψυχαργός Γ' (2011-2020): Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργός*.

⁴ Στην επιδημιολογία, επιπολασμός είναι η αναλογία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που διαπιστώνεται ότι επηρεάζεται από μια ιατρική κατάσταση. Είναι ο συνολικός αριθμός περιπτώσεων

Στον πίνακα 1 συνοψίζεται ο ετήσιος επιπολασμός στις ευρωπαϊκές χώρες της μελέτης.

Πίνακας 1.Επιπολασμός (12 μηνών) ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων	27,1%
Ψυχικές διαταραχές των παιδιών και εφήβων	2,6% (9,6%*)
Σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας	1,3%
Διαταραχές ύπνου	4,6%
Άνοιες	1,2% (5,4%**)
Όλες οι ψυχικές διαταραχές	38,2%

* Στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό ** Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Στον πίνακα που ακολουθεί, απεικονίζεται ο ετήσιος επιπολασμός των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, οι οποίες προκαλούν σε υψηλό ποσοστό σημαντική δια βίου αναπηρία. Στην 4η στήλη, σε αυτόν όπως και στους επόμενους πίνακες γίνεται αναγωγή στον ελληνικό πληθυσμό.

Πίνακας 2 Επιπολασμός (12 Μηνών) «σοβαρών» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Ψυχώσεις	1,2%	5,0	132
Διπολική Διαταραχή	0,9%	3,0	99
Άνοιες	(5,4*)1,2%	6,3	132

* Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Σύμφωνα με τα δεδομένα το 2% περίπου του πληθυσμού πάσχει από διαταραχές που συχνά απαιτούν δια βίου φροντίδα, ψυχιατρική θεραπεία καθώς και παρακολούθηση (είτε από ψυχώσεις -συνήθως σχιζοφρένεια- είτε από διπολική διαταραχή με επιπρόσθετο πρόβλημα την άνοια, με έναρξη συνήθως κατά την τρίτη ηλικία). Ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού πάσχει από τις λεγόμενες «συνήθειες» ψυχικές διαταραχές, με βασικά συμπτώματα το άγχος, τη διαταραχή του συναισθήματος και σωματικά ενοχλήματα. Οι διαταραχές αυτές αν και είναι λιγότερο σοβαρές από τις προηγούμενες και θεραπεύσιμες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, δεν παύουν να προκαλούν σημαντική πτώση του επιπέδου λειτουργικότητας των πασχόντων.

μιας ιατρικής κατάστασης σε μια συγκεκριμένη περιοχή κατά τη διάρκεια μιας δεδομένης χρονικής περιόδου.

⁵ Gustavsson & συν. «Cost of disorders of the brain in Europe 2010» στο περιοδικό *European Neuropsychopharmacology*, том. 21 (10), 2011, σσ. 718-779.

Πίνακας 3. Επιπολασμός (12 Μηνών) των «συνήθων» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατ. άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλ. άτομα)
Μείζων Κατάθλιψη	6,9%	30,3	759
Διαταραχή πανικού	1,8%	7,9	198
Αγοραφοβία	2,0%	8,8	220
Κοινωνική φοβία	2,3%	10,1	253
Γενικευμένο Άγχος	1,7-3,4%	8,9	225
Ειδικές φοβίες	6,4%	22,7	704
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,7	2,9	77
Διαταραχή μετά ψυχοτραυματισμό	1,1-2,9	7,7	200
Σωματόμορφη διαταραχή	4,9	20,4	539
Ψυχογενής Ανορεξία	0,2-0,5	0,8	38,5
Ψυχογενής Βουλιμία	0,1-0,9	0,7	35

Η συχνότερη διαταραχή, η οποία συχνά συνυπάρχει με άλλες από τον πίνακα, είναι η κατάθλιψη, η οποία υπολογίζεται από τον Π.Ο.Υ. πως αποτελεί το δεύτερο σε κοινωνική επιβάρυνση πρόβλημα υγείας παγκοσμίως. Αρκετά συχνές οι διαταραχές με έναρξη κατά την παιδική και εφηβική ηλικία καθώς και οι σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας των οποίων τα πρώτα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται επίσης κατά αυτές τις ηλικίες.

Στον πίνακα 4 καταγράφεται η % συμμετοχή των κυριότερων ψυχικών διαταραχών σε σχέση με την κοινωνική επιβάρυνση των προβλημάτων υγείας εν γένει σύμφωνα με τον δείκτη DALY (Disability Adjusted Life Years), στον οποίο υπολογίζεται η επιβάρυνση που προκύπτει από τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και την αναπηρία των διαφόρων νόσων.

Πίνακας 4. Κοινωνική επιβάρυνση ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Διαταραχή	% Επιβάρυνση σε DALYs
Μείζων Κατάθλιψη	7,2
Άνοιες	3,7
Αλκοολισμός	3,4
Διαταραχές από άλλες ουσίες	1,3
Διπολική Διαταραχή	1,2
Σχιζοφρένεια	1,2
Όλες οι Ψυχικές Διαταραχές	21,6

Τέλος, στη μελέτη το συνολικό ετήσιο οικονομικό κόστος των ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών υπολογίσθηκε σε 798 δις. €. Από αυτό, το 37% αφορά σε άμεσο υγειονομικό κόστος, το 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε

έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας. Στον παρακάτω πίνακα καταδεικνύεται η συμμετοχή στο κόστος των κυριότερων ψυχικών διαταραχών.

Πίνακας 5. Ετήσιο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης

Διαταραχή	Δις. €
Διαταραχές του συναισθήματος*	113,4
Άνοιες	105,2
Ψυχώσεις	93,9
Διαταραχές άγχους	74,4
Εξαρτήσεις από ουσίες	65,7
Νοητική στέρηση	43,3
Διαταραχές προσωπικότητας	27,3
Σωματόμορφες διαταραχές	21,2

* Περιλαμβάνει τις διάφορες μορφές της κατάθλιψης και τη διπολική διαταραχή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι εγκεφαλικές διαταραχές επηρεάζουν έως και έναν στους τρεις ανθρώπους παγκοσμίως. Το European Brain Council (E.B.C.) δημιούργησε το 2015 το ερευνητικό πλαίσιο Value of Treatment (V.O.T.), μια πρώτη μελέτη αντιμετώπισης των τρεχουσών ανεκπλήρωτων αναγκών στην υγειονομική περίθαλψη και την αυξανόμενη επιβάρυνση όλων των ηλικιακών διαταραχών του εγκεφάλου - τόσο νευρολογικές όσο και ψυχικές. Σύμφωνα με την μελέτη το άμεσο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και το μη ιατρικό κόστος των διαταραχών του εγκεφάλου αντιπροσωπεύει το 60% του συνολικού κόστους (40% αποδίδεται στην απώλεια παραγωγικότητας) - το οποίο η EBC υπολόγισε σε 800 δις € / έτος στην Ευρώπη⁶.

⁶ European Brain Council (EBC). «The Value of Treatment for Brain Disorders (VOT)» στην ιστοσελίδα *European Brain Council*. Διαθέσιμο σε: <https://www.braincouncil.eu/projects/the-value-of-treatment/>.

1.2. Επιβαρύνσεις λόγω οικονομικής κρίσης και πανδημίας

Επιπρόσθετα των στοιχείων που τέθηκαν, υπολογίζεται ότι σε μελλοντικές μελέτες θα ληφθούν σοβαρά υπόψη δυο επιπλέον παράγοντες που ήδη επιδρούν και θα επιδράσουν και στο άμεσο μέλλον αρνητικά ως προς της συνέπειες της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Ο ένας παράγοντας είναι η οικονομική κρίση. Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας και κατάθλιψης. Είναι γνωστό πως η εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σχετίζεται με πλείστους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες, όπως η φτώχεια, οι στερήσεις και οι ανισότητες. Δεδομένου ότι υπάρχει αύξηση των προαναφερθέντων παραγόντων σε περιόδους οικονομικής κρίσης είναι αναμενόμενο πως τίθεται σε υψηλότερο κίνδυνο και η ψυχική υγεία του πληθυσμού. Ο δεύτερος παράγοντας είναι επιπτώσεις της πανδημίας covid-19 και οι πρωτόγονες συνθήκες για το γενικό πληθυσμό (εγκλεισμός, απομόνωση από τον κοινωνικό περίγυρο, φόβος ασθένειας κλπ). Αν και η δημοσιευμένη ερευνητική εργασία για τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία του πληθυσμού βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο τα πρώτα συμπεράσματα είναι πολύ ανησυχητικά και δείχνουν έντονα προς την κατεύθυνση σοβαρής επιβάρυνσης των επιδημιολογικών δεικτών του πληθυσμού⁷.

Σε αυτό το πλαίσιο, καταδεικνύεται η αναγκαιότητα για άμεση υιοθέτηση μέτρων και εφαρμογή προγραμμάτων που θα βασίζονται στις διαφορετικές ανάγκες του πληθυσμού από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η επανεξέταση και αναδιάρθρωση των συστημάτων ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες των ψυχικών διαταραχών. Σε αυτή την κρίσιμη περίοδο, η αποτύπωση και αξιολόγηση της ψυχικής υγείας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των υγειονομικών αρχών για τη διαχείριση των κρίσεων.

⁷ Πρόσφατη έρευνα του ΟΟΣΑ καταδεικνύει ότι η πανδημία επιφέρει σημαντική αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης στους πολίτες, σε επίπεδο σχεδόν υπερδιπλάσιο από την προ-COVID εποχή στις χώρες όπου υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. OECD. «Mental health and covid-19». Πηγή: *National data sources*. Sweden, Mexico, U.SA, Italy, France, United Kingdom, Japan.

Κεφάλαιο 2. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

2.1. 1η Περίοδος μεταρρυθμίσεων (1983-1995)

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη χώρα μας, στις αρχές του 20ού αιώνα εξυπηρετούνταν από τρία Νοσοκομεία (το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο και το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας) και έξι μικρά άσυλα (Θεσσαλονίκη, Σούδα, Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά). Με εξαίρεση το Αιγινήτειο σε όλες τις παραπάνω δομές κυριαρχούσαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου δηλαδή μακροχρόνια διαβίωση, κλειστές δομές με ελάχιστο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και πολλούς φύλακες.

Το 1957 και ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες τα ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλειναν, στη χώρα μας και συγκεκριμένα στη Λέρο τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου μετατράπηκαν σε αποικία ψυχασθενών με σκοπό την απασχόλησή τους σε αγροτικές εργασίες. Η επιλογή των ασθενών που μεταφέρθηκαν στη Λέρο έγινε με βασικά κριτήρια τη νοσηλεία για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών στα ιδρύματα όπου νοσηλεύονταν και την έλλειψη επισκέψεων από συγγενείς.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 η Ελλάδα άρχισε να σημειώνει μεταρρυθμιστικά βήματα υιοθετώντας καινοτόμα προγράμματα στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Στο πλαίσιο αυτό ιδρύθηκαν τρία κέντρα με πρωτοπόρες δραστηριότητες για τα μέχρι τότε δεδομένα. Το 1971 το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγείας στη Θεσσαλονίκη, το 1977 το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο και το 1979 το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας στο Βύρωνα.⁸

Μέχρι το 1983 η Ελλάδα για την κάλυψη των αναγκών των ψυχιατρικών περιστατικών διέθετε εννέα δημόσια νοσοκομεία και σαράντα ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Τα τμήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων λειτουργούσαν ανεπαρκώς στελεχωμένα έχοντας στην πλειοψηφία ανειδίκευτο προσωπικό, υστερούσαν σε εξοπλισμό και οι συνθήκες ήταν πολύ άσχημες. Ωστόσο, δεν υπήρχαν και εναλλακτικές δυνατότητες νοσηλείας καθώς το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ήταν υποτυπώδες. Περιγραφές από ειδικούς ψυχικής υγείας της κατάστασης, εκθέσεις ευρωπαίων αξιωματούχων και σχετικά δημοσιεύματα στον τύπο καθιστούσαν

⁸ Στυλιανίδης, Σ. «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα» στο περιοδικό *ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑ & ΤΕΧΝΕΣ*, τομ. 105, 2006, σσ. 45-54.

επιτακτική την ανάγκη για βασικές αλλαγές στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τα δεδομένα που επικρατούσαν στις χώρες της ευρωπαϊκής κοινότητας. Η άνθιση της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70 στις χώρες της δυτικής Ευρώπης, παρείχε ένα ιδεολογικό και πρακτικό μοντέλο αναφορικά με τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών μακριά από τους χώρους των ψυχιατρείων⁹.

Διάγραμμα 1. Διοικητική και οργανωτική δομή του συστήματος Ψυχικής Υγείας (1983)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ						
↑			↑			
ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	8486 ΚΛΙΝΕΣ	Ψ. Ν. Θεσσαλονίκης Ψ. Ν. Αττικής – Δαφνί Ψ. Ν. Αττικής – Δρομοκαΐτειο Π. Ν. Αττικής – Νταού Πεντέλης Ψ. Ν. Πέτρας Ολύμπου Κ. Θ. Λέρου Θ. Ψ. Παθήσεων Χανίων Ψ. Ν. Κέρκυρας	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκη <hr/> Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΨΥΧ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ	4347 ΚΛΙΝΕΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ						
Νοσοκομείο Ημέρας Αιγινήτειο						
120 ΚΛΙΝΕΣ						

Οι βάσεις των μεταρρυθμιστικών αλλαγών τέθηκαν το 1983, με την ψήφιση του ν. 1397/1983 για την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κεντρικός άξονας της νέας προσέγγισης ήταν η αποασυλοποίηση και η επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα με τη δημιουργία κατάλληλων δομών και υπηρεσιών και την υποστήριξη από καταρτισμένο προσωπικό. Ειδικότερα, στο άρθρο 21 κατηγοριοποιείται πλέον το πλαίσιο παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης, η οποία

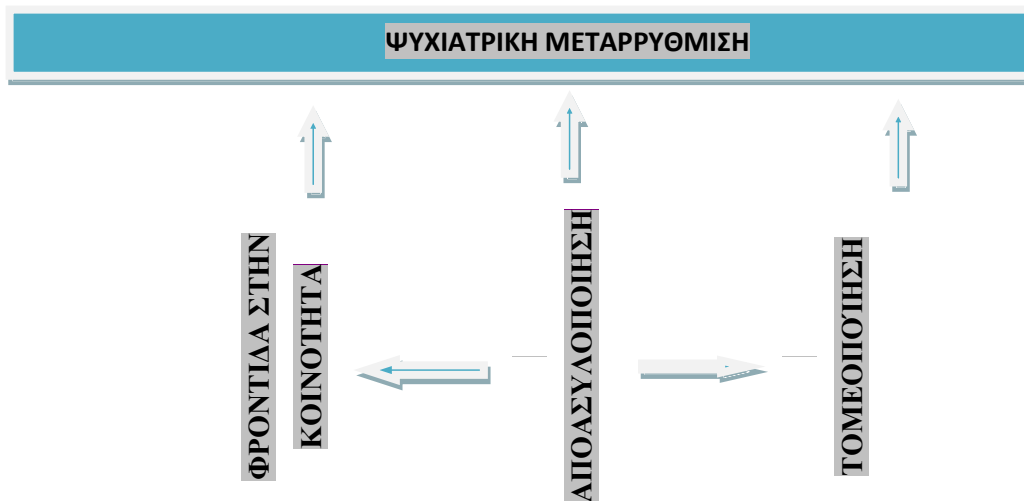
⁹ Μαδιανός Μ. «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα». Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου, Πανεπιστήμιο Αθηνών στο περιοδικό *Ψυχιατρική*, τομ. 21 (2), 2002, σσ. 297-300.

θα παρέχεται από τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων, τα κέντρα ψυχικής υγείας και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία¹⁰.

Οι κύριες αρμοδιότητες των ψυχιατρικών τομέων των γενικών νοσοκομείων αποσκοπούν στην προσφορά βραχείας νοσηλείας και στην οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το πνεύμα των νέων διατάξεων ήταν στα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία να παραπέμπονται πλέον μόνο οι ασθενείς που χρήζουν μακράς νοσηλείας.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας διασυνδέονται πλέον με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση. Δεν λειτουργούν μόνο ως φορείς θεραπείας της ψυχικής νόσου καθώς εκτός από αρμοδιότητες διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης στο πληθυσμό ευθύνης τους, αναλαμβάνουν υπηρεσίες διαφώτισης, πρόληψης και προαγωγής επανένταξης στην κοινότητα, στοχεύοντας σε μια περισσότερο ολιστική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων. Τρεις βασικοί παράμετροι σχετίζονται πλέον με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και έχουν κυρίαρχο ρόλο στην επιτυχία των προγραμμάτων που εφαρμόζονται. Η παροχή της φροντίδας στην κοινότητα, η αποασυλοποίηση και η τομεοποίηση.

Διάγραμμα 2. Βασικοί πυλώνες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.



Στο πλαίσιο υλοποίησης των νέων δράσεων και υπό την πίεση όπως προαναφέρθηκε δυσμενών δημοσιευμάτων, αναφορών και εκθέσεων εκδόθηκε ο Κανονισμός

¹⁰Σκαπινάκης, Μαυρέας (2001) «Η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή η μετάβαση από το μοντέλο της ιδρυματικής φροντίδας στο μοντέλο της φροντίδας στην κοινότητα, είναι μία από τις περισσότερο ριζοσπαστικές κινήσεις που έλαβαν χώρα σε διεθνές κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο».

815/1984-που έγινε ειδικά για την Ελλάδα- και αφορούσε στην χορήγηση έκτακτης οικονομικής βοήθειας για τη βελτίωση της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης. Υιοθετήθηκε ένα πενταετές πρόγραμμα μεταρρυθμιστικών δράσεων, μέσω του οποίου η χώρα μας χρηματοδοτήθηκε με 120 εκατομμύρια ECU (Πρόγραμμα Α: 1984-1988) προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός νέων εισαγωγών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και να δημιουργηθούν δομές για την προώθηση της επανένταξης των μακροχρόνιων ασθενών στην κοινωνία, άγνωστες μέχρι τότε στην χώρα μας (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, κέντρα ημέρας κτλ). Σύμφωνα με τον Μαδιανό, «μεταξύ των ετών 1984-1988 εγκρίθηκαν 182 αιτήσεις για προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενώ για το διάστημα 1988-1991 εκκρεμούσαν 67 αιτήσεις. Από το σύνολο των προγραμμάτων, τα περισσότερα ήταν κατασκευαστικά ή γενικότερης υποδομής, ενώ μόνο 64 προγράμματα είχαν πειραματικό-λειτουργικό χαρακτήρα και 20 αφορούσαν εκπαίδευση προσωπικού ή υποτροφίες».¹¹

Το ελληνικό διοικητικό γραφειοκρατικό σύστημα δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στο απαιτούμενο έργο. Γραφειοκρατικές αγκυλώσεις που απέρρεαν κυρίως από τις δυσκίνητες διαδικασίες που ίσχυαν στα δημόσια έργα, οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών, τα σφιχτά χρονοδιαγράμματα καθώς και η έλλειψη αποϊδρυματικής κουλτούρας, δημιούργησαν πολύ χαμηλό βαθμό υλοποίησης και χαμηλή απορροφητικότητα κοινοτικών πόρων στο τέλος περιόδου. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση, τροποποιήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ο κανονισμός 815/1984 με ένα νέο κανονισμό τον 4130/1988. Βασική πρόβλεψη του νέου κανονισμού ήταν η επέκταση της κοινοτικής ενίσχυσης κατά 3 έτη έως το τέλος 1991.

Την γενικότερη στασιμότητα ως προς την ανάπτυξη των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών και στην συνακόλουθη απορρόφηση των κοινοτικών κονδυλίων ήρθε να αφυπνίσει άρθρο της βρετανικής εφημερίδας *Observer* τον Σεπτέμβριο του 1989 με τίτλο «*Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης*» το οποίο αποκάλυψε τις απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Άμεσο αποτέλεσμα της διεθνούς κατακραυγής ήταν η απαίτηση από την ευρωπαϊκή κοινότητα, υπό την απειλή διακοπής της χρηματοδότησης, για ριζικές αλλαγές προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της περίθαλψης και των συνθηκών διαβίωσης. Στο

¹¹ Μαδιανός Μ. *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της: Από τη Θεωρία στην Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 1994.

πλαίσιο αυτό, προτάθηκε ένα ειδικό πρόγραμμα διेतούς διάρκειας, το «Λέρος Ι». Στόχος ήταν με την υλοποίηση του προγράμματος να συρρικνωθεί βαθμιαία το ψυχιατρείο και να μετατραπεί σε ανοικτή ψυχιατρική μονάδα. Το πρόγραμμα παρατάθηκε με την επωνυμία «Λέρος ΙΙ» έως το 1995 μετά από πρόταση των Ελληνικών αρχών και συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Την ίδια περίοδο, με το π.δ. 83/1990 συστήνεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, η οποία αποτελεί μέχρι σήμερα κεντρικό όργανο για την μεταρρύθμιση και οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παράλληλα, για λόγους που αφορούν στην αναγκαιότητα επίσπευσης των διαδικασιών υλοποίησης των προγραμμάτων ξεκινά η εμπλοκή των πρώτων ν.π.ι.δ στο χώρο της ψυχικής υγείας.¹²

Το 1992 ψηφίστηκε ο ν. 2071/92 με τις διατάξεις του οποίου καθορίζονται τα νέα οργανωτικά πρότυπα (τομεοποίηση), συστήνονται Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά και συγκροτούνται Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ)¹³. Επιπλέον, θεσπίζονται αυστηρές προϋποθέσεις προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, τίθεται νέο αυστηρό πλαίσιο ακούσιας νοσηλείας των ασθενών στα ψυχιατρικά καταστήματα και θεσπίζονται για πρώτη φορά δικαστικές εγγυήσεις για την νοσηλεία.

Τον Ιούνιο του 1995 ολοκληρώθηκε η ειδική χρηματοδοτική στήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που απέρρευε από τον Κανονισμό 815/1984. Με την ολοκλήρωση του προγράμματος δημιουργήθηκαν: (25) Κέντρα Ψυχικής Υγείας, (28) Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία της χώρας και (48) Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.¹⁴

Επιπλέον, την ίδια περίοδο 1984-1994 και σύμφωνα με τα στοιχεία του Ε.Π «Υγεία - Πρόνοια» 2000-2006):

-Μειώθηκε αριθμός των χρονιών ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία κατά 40% καθώς ο μέσος όρος παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία από 207 ημέρες το 1983 σε 117 το 1994.

¹² Μαδιανός Μ. *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της: Από τη Θεωρία στην Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 1994, σελ. 17.

¹³ Με τη διάταξη του άρθρου 92 του ν.2071 «Σε κάθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. κοινής ωφέλειας».

¹⁴ Δεπάστας Χαράλαμπος. «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα» στο περιοδικό *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τομ.17(2), 2018, σελ. 120.

-Μειώθηκε αριθμός των χρονίων ασθενών στις ιδιωτικές κλινικές κατά 23% ενώ αντίθετα παρατηρείται αύξηση του μέσου όρου παραμονής από 66 ημέρες το 1983 σε 97 ημέρες το 1994.

-Αυξήθηκε ο αριθμός των ψυχιάτρων κατά 80% και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά 36% .

Όσον αφορά στην αναμόρφωση του διοικητικού και οργανωτικού μοντέλου, το σύστημα ενσωματώνει νέες διοικητικές δομές και διαμορφώνει τα αρχικά στάδια της τομεοποίησης. Τα βασικά χαρακτηριστικά που το διαμορφώνουν αφορούν:

-Στην σύσταση Διεύθυνσης Ψυχικής υγείας στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

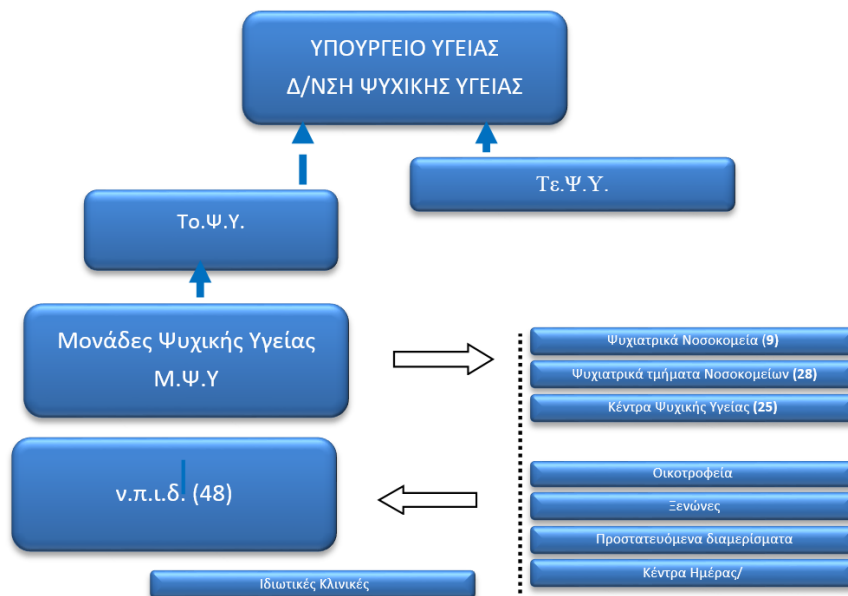
-Στην εμπλοκή ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στην διαχείριση μονάδων αποασυλοποίησης (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, κέντρα ημέρας),

-Στην σύσταση Τομέων Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) και την λειτουργία Τοπικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) και

-Στην εμπλοκή των ψυχιατρικών κλινικών των Γενικών Νοσοκομείων.

Στο διάγραμμα απεικονίζεται η διοικητική και οργανωτική δομή του συστήματος όπως διαμορφώθηκε με την ολοκλήρωση της πρώτης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.

Διάγραμμα 3. Διοικητική και οργανωτική δομή του συστήματος ψυχικής υγείας (1995)



2.2. 2^η Περίοδος μεταρρυθμίσεων - Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός»

2.2.1. Α. Φάση του «Ψυχαργός» (1997-2001)

Με το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης που απέρρευε από τον κανονισμό 815/1984, το Υπουργείο Υγείας εκπόνησε ένα δεκαετές (1997-2006) πρόγραμμα δράσης για την ψυχική υγεία σε όλη την ελληνική επικράτεια. Η χρηματοδότηση εξασφαλίστηκε από ευρωπαϊκούς και από εθνικούς πόρους καθώς ήταν προφανής η ανάγκη συνέχισης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το εθνικό σχέδιο δράσης ονομάστηκε «Ψυχαργός», παραπέμποντας στη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος, συμβολίζοντας έτσι την «επιστροφή» μέσω ψυχιατρικής μεταρρύθμισης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Το πρόγραμμα είχε ως βασικούς πυλώνες τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος με υπηρεσίες προσανατολισμένες στην κοινότητα και ενταγμένες σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ). Πιο συγκεκριμένα δόθηκε έμφαση:¹⁵

-Στην αποϊδρυματοποίηση, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών μετά από τη μακροχρόνια διαβίωσή τους στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

-Στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, όπου ψυχική και σωματική υγεία αντιμετωπίζονται παράλληλα, με αποτέλεσμα την μη απομόνωση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού τους.

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

Το 1999 ψηφίζεται ο ν. 2716 με τίτλο «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*», που ρυθμίζει αποκλειστικά θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τις διατάξεις και την αιτιολογική έκθεση, «*το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την*

¹⁵ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2011, σελ. 76.

ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και παιδιά με μαθησιακά προβλήματα». Επιπλέον, «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας». Οι βασικές διατάξεις που αφορούν την διοικητική δομή του συστήματος προβλέπουν τη συγκρότηση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) οι οποίες είναι πενταμελείς και συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και με τη σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. «Κύριο έργο των ΤΕΨΥ είναι η προώθηση συνεργασίας μεταξύ των μονάδων ψυχικής υγείας του Τομέα ευθύνης τους, για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς, σύμφωνα με τις αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης».

Η πρώτη φάση του Προγράμματος (1997-2001) εντάχθηκε και χρηματοδοτήθηκε από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» με 15,5 δις δραχμές (80% της συνολικής δαπάνης) και επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα.¹⁶

Με την ολοκλήρωση εφαρμογής της Α΄ φάσης:

- Δημιουργήθηκαν 49 ξενώνες, 6 οικοτροφεία αποασυλοποίησης και 71 Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης .
- Καταρτίστηκαν 973 ασθενείς που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Από-ιδρυματοποιήθηκαν και διέμεναν πλέον σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες- οικοτροφεία) 769 ασθενείς. Επίσης προσλήφθηκαν και εκπαιδεύτηκαν 630 άτομα ως στελέχη των νέων δομών και καταρτίστηκαν 910 άτομα ως στελέχη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Κατά την 1^η φάση του προγράμματος ολοκληρώθηκε με εθνικούς πόρους η δημιουργία και λειτουργία μικρών μονάδων αποκατάστασης (Κέντρων Ημέρας) για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομά, πρόσφυγες,) και δημιουργήθηκαν δομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε έξι γενικά νοσοκομεία:

¹⁶ Πρόγραμμα “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” στην ιστοσελίδα *ψυχαργός*. Διαθέσιμο σε: <https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>.

Συνοπτικά, με την ολοκλήρωση της Α΄ φάσης λειτουργούσαν στη χώρα μας: 92 ξενώνες, 13 οικοτροφεία, 94 προστατευμένα διαμερίσματα, και 3 ενδονοσοκομειακοί ξενώνες αποκατάστασης.¹⁷

2.2.2. Β. Φάση του «Ψυχαργός» (2001-2009)

Οι στρατηγικοί στόχοι της δεύτερης φάσης του προγράμματος καθορίστηκαν με βάση τις αδυναμίες που αναδυθήκαν κατά την υλοποίηση της Α΄ φάσης (ιδρυματοποίηση, πεπαλαιωμένες υποδομές, ανεπάρκεια δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας και έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών) και ομαδοποιήθηκαν σε τρεις βασικές κατηγορίες: την αποασυλοποίηση, την ανάπτυξη υποδομών στην κοινότητα και την κατάρτιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας.¹⁸

Στο πλαίσιο υλοποίησης της Β΄ φάσης του προγράμματος καταργήθηκαν:

- Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.
- Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων. (Εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ως ψυχιατρικός Τομέας).
- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης (Εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης ως ψυχιατρικός Τομέας).
- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας (Εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας ως ψυχιατρικός Τομέας).

Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου (Εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης ως ψυχιατρικός Τομέας).

Παράλληλα, μειώθηκε δραστικά ο αριθμός των χρόνιων ασθενών στα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με την ολοκλήρωση της Β φάσης του προγράμματος αποσυλοποίησης, κατανεμήθηκαν 2.689 ψυχικά ασθενείς σε 452 Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εντός του αστικού ιστού των πόλεων όλης της επικράτειας και περιορίστηκε ο αριθμός των ασθενών μακράς διαμονής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία σε λιγότερους από 2000. Οι μονάδες αυτές έχουν διασπαρεί σε όλη την επικράτεια με αποτέλεσμα τη λειτουργία δομών διαβίωσης σε όλες τις

¹⁷ Ειδική υπηρεσία διαχείρισης Ε.Π. «Υγείας- Πρόνοιας» 2000-2006. Προετοιμασία Εφαρμογής του Μέτρου 2.4 (Κατάρτιση του προσωπικού για την στήριξη της αποασυλοποίησης της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών) – Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Αθήνα. 2001, σελ. 11.

¹⁸ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2011, σσ. 77-80.

περιφέρειες και σε 47 νομούς της χώρας. Επιπλέον για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές προστέθηκε και η λειτουργία 17 Κοι.Σ.Π.Ε.

2.3. Ολοκλήρωση των μεταρρυθμιστικών διαδικασιών (2010-2020)

2.3.1. Τα σύμφωνα συνεργασίας Spidla και Laszlo Andor

Με την ολοκλήρωση της Β΄ φάσης του προγράμματος (2009) προέκυψαν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης των δράσεων λόγω της ασυνέχειας στην κοινοτική χρηματοδότηση αλλά και της αβελτηρίας που παρατηρήθηκε στην υλοποίηση της Β΄ φάσης. Μετά από παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα επείγοντα προβλήματα που προέκυψαν υπογράφηκε σύμφωνο συνεργασίας μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης. Το σύμφωνο- που πήρε το όνομα του αρμόδιου επιτρόπου - **Spidla** περιλάμβανε δράσεις που ήταν αναγκαίες προκειμένου να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από το πρόγραμμα του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.) καθώς και οδικό χάρτη υλοποίησής τους. Επικύρωνε τη δέσμευση της ελληνικής πλευράς για συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, για τη Δ΄ Διαχειριστική Περίοδο του Ε.Σ.Π.Α. και ολοκλήρωση έως τις 31/12/2015. Ουσιαστικά περιλάμβανε δεσμεύσεις σε προσυμφωνημένα σημεία με υποχρέωση κατάθεσης ενδιάμεσων και ετήσιων αξιολογήσεων από το Υπουργείο Υγείας ως προϋπόθεση για την καταβολή των ενδιάμεσων πληρωμών του προγράμματος.¹⁹

Το 2013 ακολούθησε η ανανέωση της δέσμευσης της ελληνικής κυβέρνησης με την υπογραφή ενός νέου Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ του τότε Υπουργού Υγείας Α. Λυκουρέντζου και του αρμόδιου Επιτρόπου για θέματα Απασχόλησης, Ένταξης και Ίσων Ευκαιριών **Laszlo Andor**. Το μνημόνιο συνεργασίας συνοδεύτηκε από την κατάρτιση ενός οδικού χάρτη για την ολοκλήρωση των δράσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έως το τέλος του 2015. Στο πλαίσιο του εν λόγω μνημονίου αποφασίστηκε και η δημιουργία ενός νέου πληροφοριακού συστήματος για την παρακολούθηση της λειτουργίας των δομών ψυχικής υγείας.

¹⁹ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Ψυχαργός Γ΄ (2011-2020): Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργός*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2011, σσ. 21-22.

2.3.2. Αναδιοργάνωση των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας

Με το σύμφωνο Andor - Λυκουρέντζου ολοκληρώθηκαν ουσιαστικά και οι δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Με τη λήξη της χρηματοδότησης από τα Ευρωπαϊκά ταμεία τέθηκε σε άμεση προτεραιότητα η βιωσιμότητα του συστήματος. Για την συνέχιση της λειτουργίας των δομών ψυχικής υγείας και να μπορούν να πληρωθούν οι μισθοί των εργαζομένων τόσο στον δημόσιο τομέα όσο και στον ιδιωτικό – μη κερδοσκοπικό τομέα²⁰, κρίθηκε επιτακτική η ανάγκη για ένταξη της χρηματοδότησης στον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας .

Η δομή και η διοικητική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών εμφανίζει πλέον έντονα τα διαχρονικά προβλήματα άναρχης διοικητικής οργάνωσης με τέσσερα ξεχωριστά συστήματα στο χώρο (ψυχιατρικά νοσοκομεία, γενικά νοσοκομεία, ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιωτικός τομέας), τα οποία λειτουργούν ουσιαστικά χωρίς συντονισμό μεταξύ τους. Η χρηματοδότηση γίνεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις από τον ΕΟΠΠΥ, χωρίς αλληλεπίδραση των δύο φορέων με απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας και ουσιαστικό έλεγχο αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Επιπρόσθετα σοβαρά διοικητικά προβλήματα δημιουργήθηκαν στο ρόλο των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες όσες λειτούργησαν είχαν μόνο συμβουλευτικό χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, με αδυναμία να φέρουν εις πέρας τις αρμοδιότητες τους.

Η οργανωτική δομή και φιλοσοφία του συστήματος είχε διαμορφωθεί και απέβλεπε κατά κύριο λόγο στη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, στην οργάνωση δηλαδή συντονισμένου δικτύου διοίκησης και παροχής υπηρεσιών εντός μιας περιοχής ευθύνης με συγκεκριμένα γεωγραφικά και πληθυσμιακά όρια. Στόχος ήταν οι υπηρεσίες να παρέχονται με έναν πιο ολοκληρωμένο τρόπο σε κάθε περιοχή της επικράτειας μέσω της τομεοποίησής τους. Δημιουργήθηκαν κατ' αυτόν τον τρόπο αρχικά 58 Τομείς Ψυχικής Υγείας με κατανομή ανά νομό και με περισσότερους τομείς στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη. Οι φιλοδοξίες που ακολουθούσαν την οργάνωση των τομεακών επιτροπών ήδη από την σύστασή τους, συνέτειναν στην δημιουργία ενός αποκεντρωμένου μοντέλου διοικητικής υποστήριξης των ψυχιατρικών υπηρεσιών μιας συγκεκριμένης περιοχής

²⁰ Η χρηματοδότηση αυτή αφορά κυρίως ν.π.ι.δ που λειτουργούν ξενώνες αποκατάστασης, οικοτροφεία, κέντρα ημέρας και κινητές μονάδες

ευθύνης. Ο στόχος ουσιαστικά ήταν μέσα από τον πλήρη έλεγχο και την εποπτεία μιας περιοχής κάλυψης να παρεμβαίνουν για την αντιμετώπιση του συνόλου σχεδόν των προβλημάτων που θα ανέκυπταν.

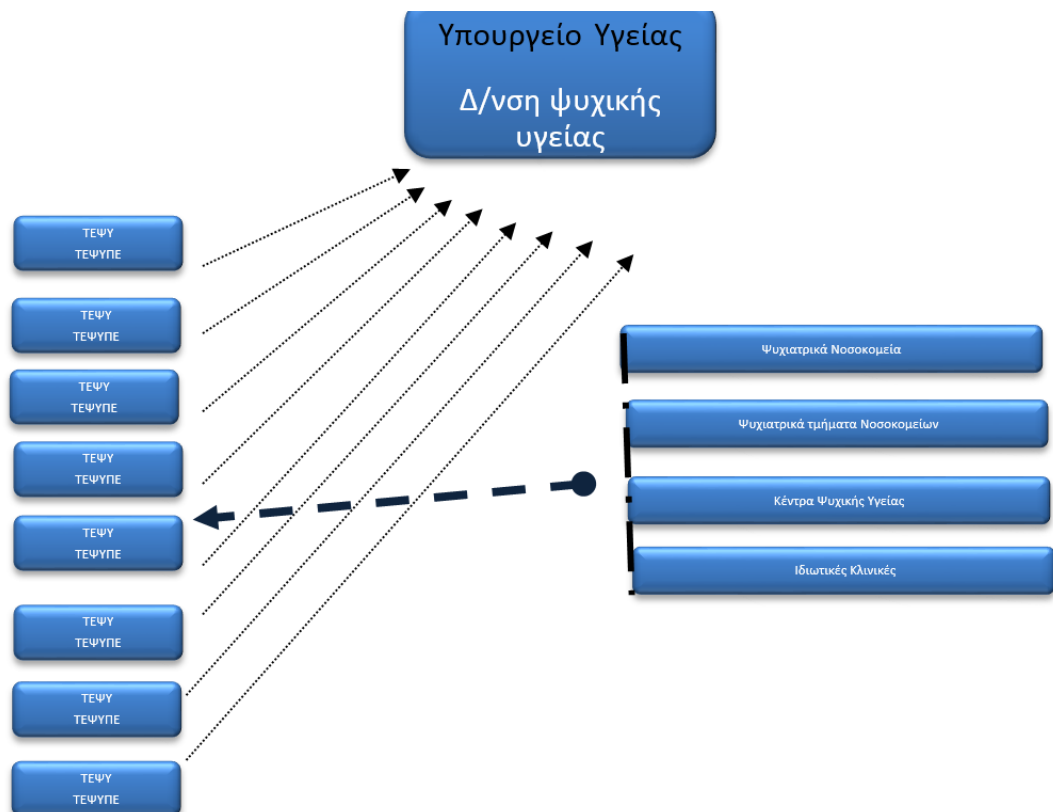
Ωστόσο όπως και αποδείχτηκε στην πράξη, η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών σε κάθε νομό αντιμετώπισε ανυπέβλητες δυσχέρειες και διοικητικές δυσλειτουργίες. Με τις διατάξεις του 4272/2014 έγινε προσπάθεια για την αντιμετώπιση των διοικητικών δυσλειτουργιών. Ο αριθμός των τομέων μειώθηκε σε 38, ενώ αυξήθηκε το εύρος της περιοχής ευθύνης τους, λαμβάνοντας υπόψη γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια (συνήθως ένας Τομέας σε κάθε 2 ή 3 νομούς, με 11 Τομείς στην Αττική για τους ενήλικες και 12 Τομείς για τα παιδιά και τους εφήβους). Παρόλα αυτά και τη νέα αναδιοργάνωση λίγες τομεακές επιτροπές συγκροτήθηκαν και λιγότερες δραστηριοποιήθηκαν. Η δεκαπενταετής εμπειρία από τη λειτουργία τους ανέδειξε μια σειρά προβλημάτων, θεσμικού κυρίως χαρακτήρα, τα οποία οδήγησαν στην εξασθένηση ή και πλήρη εγκατάλειψη της λειτουργίας τους, συχνά δε και στην απαξίωσή τους. Οι αδυναμίες και οι λόγοι για τους οποίους το διοικητικό σύστημα δεν απέδωσε τα αναμενόμενα θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

-Οι τομεακές επιτροπές αντιμετώπισαν εξ αρχής ουσιαστικό έλλειμμα αποφασιστικών αρμοδιοτήτων. Το γεγονός ότι ήδη από την θεσμική τους συγκρότηση γνωμοδοτούσαν προς τη διεύθυνση ψυχικής υγείας του υπουργείου η οποία και τελικά αποφάσιζε τις κατέστησε ουσιαστικά αδρανείς. Θεσμικά είχαν πλήθος αρμοδιοτήτων αλλά χωρίς τη βασική αρμοδιότητα, την δυνατότητα δηλαδή να λαμβάνουν αποφάσεις για αυτές τις αρμοδιότητες .

- Η έλλειψη αποφασιστικών αρμοδιοτήτων αλλά και η απουσία κάποιας ενδιάμεσης διοικητικής δομής είχε ως άμεσο αποτέλεσμα την στρέβλωση της διοικητικής πυραμίδας καθώς όλες οι γνωμοδοτήσεις και αιτήματα από όλους τους τομείς απευθυνόταν προς διεκπεραίωση και λήψη απόφασης στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου η οποία και κατακλύζεται από πλήθος αιτημάτων και γνωμοδοτήσεων δυσχεραίνοντας ιδιαίτερα το έργο της και αποσπώντας την από τον πρωταρχικό της σκοπό, που είναι ο επιτελικός έλεγχος και εποπτεία του συστήματος υπηρεσιών. Το θέμα της απουσίας ενδιάμεσης διοικητικής δομής είχε επισημανθεί ως βασικό μειονέκτημα του συστήματος διοίκησης από όλες τις εξωτερικές αξιολογήσεις των προγραμμάτων του «Ψυχαργός».

Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται η στρέβλωση που δημιουργήθηκε στο σύστημα λήψης αποφάσεων και αρμοδιοτήτων εξαιτίας της κακής λειτουργίας των τομεακών επιτροπών και της μη ενδιάμεσης διοικητικής δομής.

Διάγραμμα 4: Ροή αιτημάτων με χάσμα διοικητικής δομής κατά την διαδικασία λήψης απόφασης.



-Μία επιπλέον βασική αδυναμία των τομεακών επιτροπών ήταν η ελλιπής γραμματειακή τους υποστήριξη οποία ουσιαστικά βασιζόταν μόνον στην παράλληλη απασχόληση της γραμματείας του εκάστοτε προέδρου. Το πάγιο διαχρονικά αίτημα για μόνιμη και αποκλειστική γραμματειακή υποστήριξη δεν ήταν δυνατό να ικανοποιηθεί, δεδομένου της σημαντικής οικονομικής επιβάρυνσης που θα απαιτείτο για τη στελέχωση των 38 τομέων με ολοκληρωμένες υπηρεσίες γραμματείας, λαμβάνοντας σε κάθε περίπτωση υπόψη και το πρόβλημα της θεσμικής αδυναμίας λήψης αποφάσεων.

2.3.3. Οι νέες οργανωτικές και διοικητικές δομές

Προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι διαχρονικές διοικητικές και οργανωτικές δυσλειτουργίες κρίθηκε επιβεβλημένη η αναδιοργάνωση του συστήματος διοίκησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βασική συνιστώσα τη δημιουργία ενδιάμεσου διοικητικού φορέα μεταξύ των τομέων ψυχικής υγείας και της διεύθυνσης ψυχικής υγείας του υπουργείου.

Το νέο διοικητικό σχήμα, το οποίο υφίσταται μέχρι και σήμερα, εισήχθη με τις διατάξεις των άρθρων 1-6 του ν. 4461/2017 *«Μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις»*. Αποτελείται κατά κύριο λόγο από τις τομεακές επιστημονικές επιτροπές που έχουν τη βάση τους σε κάθε τομέα ψυχικής υγείας και από την Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.).

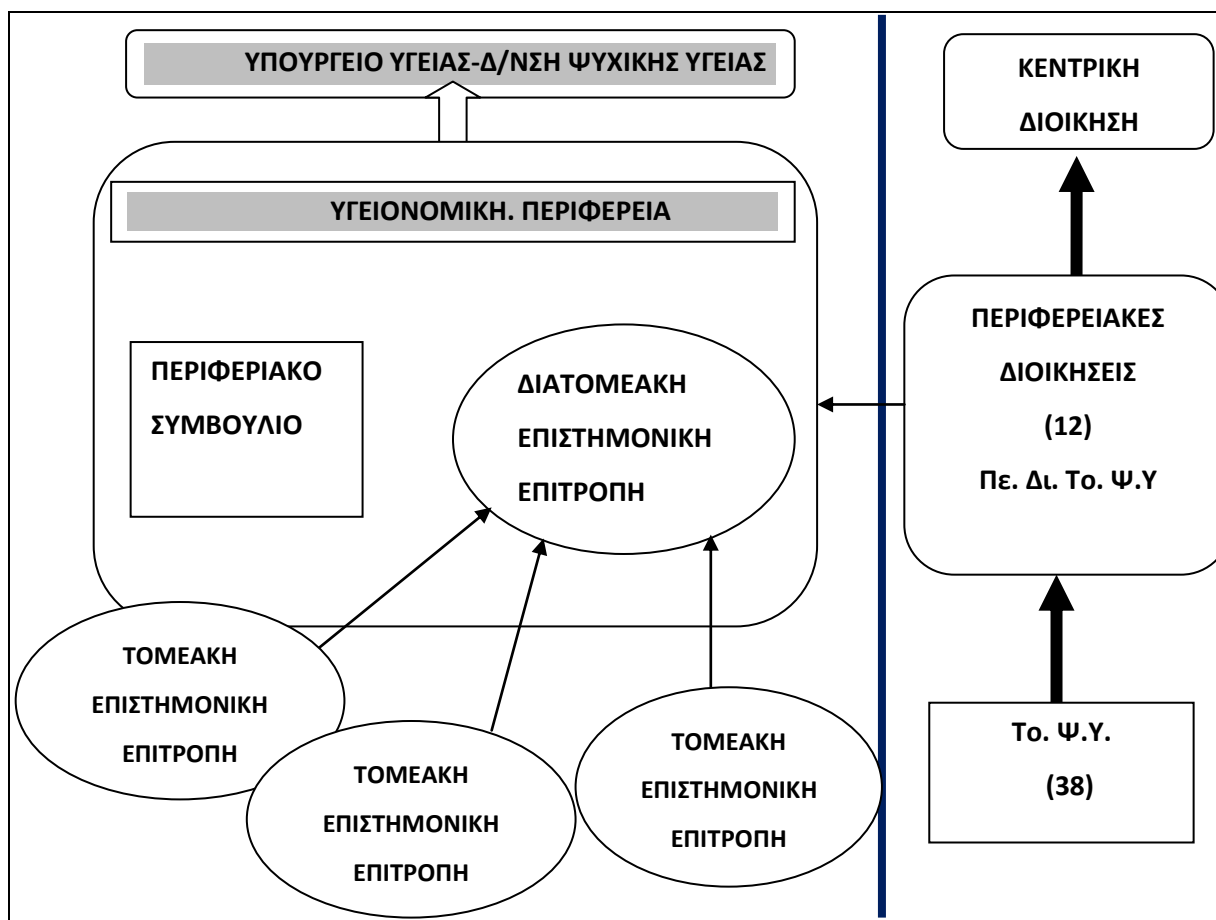
Η ουσιαστική αλλαγή αφορά στην δημιουργία δώδεκα (12) περιφερειακών διοικήσεων τομέων στις υγειονομικές περιφέρειες με βάση την κατανομή των τομέων σε αυτές. Έτσι προβλέπεται η συγκρότηση δύο περιφερειακών διοικήσεων τομέων ψυχικής υγείας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια με εξαίρεση της 5η και 7η, όπου συστήνονται από μια περιφερειακή διοίκηση. Σε κάθε περιφερειακή διοίκηση συγκροτούνται τομεακές επιστημονικές επιτροπές ανά 2 έως 4 τομείς και οι οποίες αντικαθιστούν τις τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας ενηλίκων, παιδιών και εφήβων.

Διάγραμμα 5. Πρώτο επίπεδο της νέας διοικητικής μορφής που εισάγει ο ν.4461/2017



Επιπρόσθετα στις περιφερειακές διοικήσεις τομέων ψυχικής υγείας των Υ.Πε προβλέπεται η συγκρότηση περιφερειακών συμβουλίων με διακριτή λειτουργία. Τα περιφερειακά συμβούλια έχουν αποφασιστικές αρμοδιότητες μέσω του Διοικητή της Υ.Πε ενώ οι τομεακές επιστημονικές επιτροπές κατά βάση γνωμοδοτικές και εισηγητικές. Κατά τον τρόπο αυτόν, η πληροφορία συλλέγεται και επεξεργάζεται από τις τομεακές επιστημονικές επιτροπές οι οποίες και έχουν επίγνωση των δεδομένων του τομέα. Στη συνέχεια, μέσω των προέδρων τους, επικοινωνούν με το κεντρικό αποφασιστικό όργανο, το περιφερειακό συμβούλιο, στο οποίο έχουν επίσης αποφασιστικό ρόλο δια του εκπροσώπου προέδρου, ο οποίος συμμετέχει στην συγκρότηση του συμβουλίου. Τέλος, όλες οι εισηγήσεις καταλήγουν στο περιφερειακό συμβούλιο, το οποίο και αποφασίζει, ενώ η συγκρότηση και του οργάνου αυτού είναι αντιπροσωπευτική των σημαντικότερων εμπλεκόμενων στην ευρύτερη λειτουργία των τομέων.

Διάγραμμα 6. Αποτύπωση της ροής πληροφορίας στο νέο διοικητικό σχήμα.



Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του ν 4461/2017 «*Η δημιουργία του αποκεντρωμένου ενδιάμεσου διοικητικού φορέα, δηλαδή του Περιφερειακού Συμβουλίου, παρέχει στους Τομείς τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις, εκμεταλλεύεται τη δυνατότητα των Υγειονομικών Περιφερειών να παρέχουν διοικητική υποστήριξη ως εκ του ρόλου τους και επιτρέπει στην Κεντρική Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας να επιλαμβάνεται του επιτελικού ρόλου που της αναλογεί. Η νέα διοικητική οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την σύσταση τομεακών επιστημονικών επιτροπών, τις περιφερειακές διοικήσεις και τα περιφερειακά διατομεακά συμβούλια ενσωματώνει σε μεγάλο βαθμό τους βασικούς διοικητικούς πυλώνες της μεταρρύθμισης όπως είναι η αποκέντρωση, η διασφάλιση της λειτουργικότητας, η συμμετοχή και αντιπροσωπευτικότητα όλων των εμπλεκόμενων*». Ωστόσο, όπως θα δούμε στο επόμενο κεφάλαιο, ακόμα και σήμερα το σύστημα εξακολουθεί να είναι συγκεντρωτικό και παραμένει ζητούμενο η λειτουργικότητα και ο απεγκλωβισμός

του από διαχρονικές διοικητικές και οργανωτικές δυσλειτουργίες, για την αντιμετώπιση τους ήταν και ο λόγος της αναδιοργάνωσης του.

στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται η οργανωτική δομή του συστήματος έτσι όπως έχει διαμορφωθεί και λειτουργεί μέχρι σήμερα.

Διάγραμμα 7. Υφιστάμενη οργανωτική δομή του συστήματος ψυχικής υγείας



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας

Εξετάζοντας το υφιστάμενο πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων εντοπίζονται κρίσιμα ζητήματα παθογένειας και αστοχίες κυρίως σε διοικητικούς και οργανωτικούς τομείς που πρέπει να επανεκτιμηθούν και να αντιμετωπιστούν προς την κατεύθυνση της ομαλής λειτουργίας τους. Συγκεκριμένα, εντοπίζονται βασικά ζητήματα δυσλειτουργίας στους τομείς:

- Της οργανωτικής δομής και διοίκησης.
- Της Τομεοποίησης των υπηρεσιών
- Της χρηματοδότησης και οικονομικής διαχείρισης.
- Της λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών

3.1. Οργανωτική δομή και το νέο διοικητικό πλαίσιο

Το υφιστάμενο πλαίσιο οργάνωσης και διοίκησης εισήχθη με τις διατάξεις του ν. 4461/2017. Τα βασικά σημεία του νέου οργανωτικού πλαισίου περιέχουν:

-Τα Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια τα οποία διατηρούν γνωμοδοτικές κυρίως αρμοδιότητες και εισηγήσεις για θέματα προσωπικού, στρατηγικής και επιχειρησιακών σχεδίων δράσης²¹

-Το Συντονιστικό Όργανο των Πε.ΔΙ.Το.Ψ.Υ. στο Υπουργείο Υγείας το οποίο συμμετέχει σε υπουργικές και διυπουργικές επιτροπές ή όπου κληθεί για το σχεδιασμό της κεντρικής στρατηγικής.

Με τις μεταρρυθμιστικές οργανωτικές αλλαγές θα ήταν αναμενόμενη μια ουσιαστική εμπλοκή των υγειονομικών περιφερειών και των επιστημονικών επιτροπών επί των βασικών τους αρμοδιοτήτων χωρίς να προκύπτει η ανάγκη για την επίλυσή τους σε κεντρικό επίπεδο. Ωστόσο, το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης εξακολουθεί να είναι συγκεντρωτικό με αποτέλεσμα πλήθος εκτελεστικών αρμοδιοτήτων να διεκπεραιώνονται από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.

²¹ Στη σύνθεσή τους συμμετέχουν ο διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας, ψυχίατρος που υπηρετεί σε ψυχιατρικό τμήμα νοσοκομείου ΕΣΥ, ψυχίατρος ή παιδοψυχίατρος που υπηρετεί σε μονάδες ψυχικής υγείας ΝΠΔ, παιδοψυχίατρος, ένας επαγγελματίας που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ένας εκ των προέδρων των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών και ένας εκπρόσωπος των Ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

3.2. Τομεοποίηση δομών και υπηρεσιών

Από τις 37 τομεακές επιστημονικές επιτροπές ψυχικής υγείας ενηλίκων λειτουργούν πλέον ελάχιστες, η θητεία των περισσότερων έχει ήδη λήξει και δεν έχει ανανεωθεί μέχρι σήμερα. Επίσης δεν έχει συγκροτηθεί μέχρι σήμερα καμία τομεακή επιστημονική επιτροπή παιδιών και εφήβων. Τα ανωτέρω έχουν σαν αποτέλεσμα την ακύρωση στην πράξη μιας βασικής διάστασης της περιφερειακής διοίκησης, της λήψης αποφάσεων σε περιφερειακό επίπεδο, καθώς πολλά ζητήματα παραπέμπονται στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας χωρίς να τυγχάνουν επεξεργασίας ενισχύοντας έτσι ένα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης²².

Σε επίπεδο δομών εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές περιοχές της χώρας που είτε δεν διαθέτουν καμία μονάδα ψυχικής υγείας, είτε η συσσώρευση των δομών είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την πυκνότητα του πληθυσμού ή τη γεωγραφική κατανομή. Το συνεχές της φροντίδας των ασθενών δεν επιτυγχάνεται ικανοποιητικά ούτε ενδονοσοκομειακά, στα νοσοκομεία που εξυπηρετούν περισσότερους από έναν τομείς. Ενδεικτικά, η μεγαλύτερη συσσώρευση δομών καταγράφεται στις περιφέρειες της Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ αντίθετα υπάρχει σημαντική υστέρηση υπηρεσιών στις περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και του Βορείου Αιγαίου. Τα ψυχιατρεία αλλά και οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία δεν έχουν την δυνατότητα σε νοσηλευτικό προσωπικό και υποδομές για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών που χρήζουν παραμονή στο νοσοκομείο. Στην περιοχή της Αττικής παρατηρείται συχνά συνωστισμός των ψυχικά ασθενών, νοσηλεία σε ράντζα και έξοδο από το νοσοκομείο πριν την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

Με τις διατάξεις του ν. 4461/2017 ενισχύθηκαν οι τομεακές επιτροπές με νέες αρμοδιότητες πέραν της εποπτείας και του συντονιστικού ρόλου τους όπως: Μέριμνα για τη λειτουργική διασύνδεση των μονάδων, γνωμοδοτήσεις για τη σύσταση, μείωση, συγχώνευση ή μεταφορά μονάδων ψυχικής υγείας, γνωμοδοτήσεις για ζητήματα προσωπικού (μετατάξεις, αποσπάσεις και μετακινήσεις), εισηγήσεις για θέματα εφημεριών κ.α. Στην σύνθεση του Δ.Σ. των τομεακών επιτροπών συμμετέχουν εκπρόσωποι από όλους τους φορείς που καλούνται σε μικρότερο ή

²² Σημαντικός ανασχετικός παράγοντας για τη λειτουργία των τομεακών επιτροπών αποτέλεσε το φαινόμενο των συνεχών παραιτήσεων ορισμένων εκ των μελών των επιτροπών, καθώς η διαδικασία ορισμού τους, συχνά πραγματοποιούνταν με κριτήριο την επαγγελματική απασχόλησή τους και συχνά, εν αγνοία τους. Αυτό είχε ως συνέπεια, τη μη διασφάλιση νόμιμης απαρτίας κατά τη συνεδρίαση, τη σταδιακή απαξίωση από τη συμμετοχή μόνο ορισμένων μελών εν αναμονή ορισμού νέων και κατά συνέπεια, την απενεργοποίηση του θεσμού των τομεακών επιτροπών.

μεγαλύτερο βαθμό να διαχειριστούν προβλήματα που άπτονται θεμάτων της ψυχικής υγείας²³.

3.3. Οικονομική διαχείριση των μονάδων ψυχικής υγείας

Οι διαδικασίες χρηματοδότησης και οι πόροι των μονάδων ψυχικής υγείας ρυθμίστηκαν αρχικά με τον ν. 2716/1999. Σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις οι δαπάνες λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας των νοσοκομείων βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις. Όσον αφορά τις μονάδες που ανήκουν σε ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, προβλέφθηκε ειδικό νοσήλιο καθώς και ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό για την καταβολή των αμοιβών και των εξόδων του προσωπικού και των συνεργατών τους για την παροχή υπηρεσιών²⁴. Πρόκειται ουσιαστικά για μια σύνθετη διαδικασία η οποία στηρίζεται στη χρηματοδότηση από δύο βασικούς πυλώνες κυρίως με την επιχορήγηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις τις πληρωμές του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Οι μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε ν.π.ι.δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα έως και την ολοκλήρωση της Β΄ φάσης του προγράμματος «ψυχαργώς» απορροφούν πόρους που προέρχονται κυρίως από τη χρηματοδότηση δράσεων μέσω κοινοτικών προγραμμάτων, από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τις πληρωμές του ΕΟΠΥΥ. Την περίοδο αυτή προέκυψαν προβλήματα χρηματοδότησης των δράσεων λόγω της ασυνέχειας στην κοινοτική χρηματοδότηση αλλά και της δυσλειτουργίας που παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια υλοποίησης της Β΄ φάσης του προγράμματος (Αύξηση δαπανών, σημαντικές αποκλίσεις κόστους/ασθενή, συσσώρευση ελλειμμάτων κτλ).

²³ Η σύνθεσή τους προέβλεπε τόσο τη διαδικασία εκλογών για ορισμένα μέλη της επιτροπής όσο και εκπροσώπους από φορείς όπως η τοπική αυτοδιοίκηση, εκπρόσωπο των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (κατόπιν κληρώσεως), εκπρόσωπο των Μονάδων ψυχικής υγείας που παρέχουν υπηρεσίες επανένταξης - αποκατάστασης, ιδιώτες ψυχιάτρους, εκπρόσωπο από άλλες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικότερα για τους εφήβους προβλέπεται και εκπρόσωπος της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευση κλπ.

²⁴ Το Υπουργείο Υγείας από το 1990 έχει αναθέσει σε Αστικές μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες (ΑμΚΕ) τη λειτουργία Μονάδων Ψυχικής Υγείας που φροντίζουν 2.500 περίπου ψυχικά ασθενείς σε δομές αποασυλοποίησης, καθώς και πάνω από 10.000 εξωτερικούς ασθενείς και τις οποίες επιχορηγεί πλέον εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό

Η δράση και ο ρόλος των ν.π.ι.δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ήταν αναμφισβήτητα σημαντικός και πρωτοποριακός. Κάποιες μάλιστα από αυτές κάλυψαν σε μεγάλο βαθμό την ανεπάρκεια του κράτους να ανταποκριθεί σε σημαντικά θέματα με την οργάνωση των μονάδων αποασυλοποίησης. Από την άλλη πλευρά επισημάνθηκαν και απαράδεκτα φαινόμενα, όπως η αδιαφανής διαδικασία επιλογής τους, η μεγάλη χρηματοδότησή τους σε σύγκριση με των αντίστοιχων δημόσιων μονάδων καθώς και οι μεγάλες αποκλίσεις δαπανών για την ίδια παροχή υπηρεσιών. Επίσης η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν μπορούσε να ελεγχθεί, ούτε επίσης το προσωπικό τους, ενώ παράλληλα υπήρξε και παράδοξη αύξηση του αριθμού τους.²⁵ Σημειώνεται ότι οι επιχορηγήσεις των φορέων αυτών είχαν αυξητική τάση από το 2002 έως το 2009 και έφτασαν από 11.151.660€ στα 47.800.000€ αντίστοιχα με σταθεροποίηση των δαπανών στην συνέχεια.

Από το 2009 έως το 2015 εν μέσω καθυστερήσεων και προβλημάτων υποχρηματοδότησης υπογράφηκαν μεταξύ της Ελληνικής κυβέρνησης και των αρμοδίων επιτρόπων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σύμφωνα συνεργασίας Spidla (2009) και Andor (2013) προκειμένου να συνεχιστεί η χρηματοδότηση των μονάδων αλλά και να τηρηθούν ουσιαστικά οι δεσμεύσεις αναφορικά με τη συνέχιση της κρατικής χρηματοδότησης στις μονάδες ψυχικής υγείας μετά το πέρας της χρηματοδότησης μέσω κοινοτικών κονδυλίων (τέλος 2015).

Έως το 2013 η επιχορήγηση των μονάδων αρμοδιότητας φορέων ν.π.ι.δ διενεργούνταν με βάση με χρηματοδοτικό κριτήριο την κάλυψη των λειτουργικών αναγκών του φορέα σύμφωνα με τα απολογιστικά στοιχεία και τις επιλέξιμες δαπάνες του προηγούμενου έτους. Το 2013 καθιερώθηκε ένα πολύπλοκο σύστημα κοστολόγησης-χρηματοδότησης της λειτουργίας των μονάδων σύμφωνα με τον αριθμό των ασθενών που παρείχαν υπηρεσίες. Το σύστημα αυτό, λόγω κυρίως της δυνατότητας παρακολούθησης των παροχών στους ασθενείς μέσω μοναδιαίου αριθμού Α.Μ.Κ.Α, θα μπορούσε να αποτελέσει ένα αξιόπιστο μηχανισμό κοστολόγησης και αποτύπωσης των λειτουργικών αναγκών κάθε φορέα. Δεν είχε όμως συνέχεια αφού το 2017 λόγω αδυναμιών υποστήριξης και μη λειτουργίας του πληροφοριακού συστήματος στο οποίο θα καταγράφονταν στοιχεία των ωφελουμένων ασθενών διακόπηκε και έτσι οι επιχορηγήσεις ξεκίνησαν να γίνονται

²⁵ Βαρουχάκης Χ. «Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης». στο περιοδικό *Ψυχιατρική*, τομ. 18 (1), 2007, σσ. 78-83.

σύμφωνα με τα απολογιστικά στοιχεία και τις επιλέξιμες δαπάνες του προηγούμενου έτους.

Το υφιστάμενο σύστημα οικονομικής διαχείρισης των μονάδων που ανήκουν σε ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα διέπεται από τις διατάξεις της υπουργικής απόφασης αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.49291/2019, «*Σύστημα διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, ελέγχου, επιχορήγησης και παρακολούθησης της ποιότητας σε μονάδες ψυχικής υγείας*». Ο έλεγχος της οικονομικής διαχείρισης των μονάδων διενεργείται από ανεξάρτητους ορκωτούς λογιστές, για τη διαπίστωση της σκοπιμότητας και της νομιμότητας των εσόδων και των δαπανών σύμφωνα με τις διατάξεις της Αριθ. Πρωτ. Α4β/ΓΠ οικ. 19569/14-3-2017 υπουργικής απόφασης. Στο σύστημα οικονομικής και διοικητικής διαχείρισης των φορέων προβλέπεται ότι οι αμοιβές και έξοδα προσωπικού στη σύνθεση του συνολικού ετήσιου προϋπολογισμού κάθε μονάδας ψυχικής υγείας πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ του 60% κατ' ελάχιστο και του 70% το μέγιστο. Στις λειτουργικές δαπάνες περιλαμβάνονται κυρίως τα ενοίκια, δαπάνες διαβίωσης, εκδηλώσεις, επισκευές, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (στις περιπτώσεις εκείνες που δεν καλύπτονται οι ασθενείς από το ασφαλιστικό τους ταμείο).

Παρά τις ασφαλιστικές δικλίδες που τέθηκαν με τις προαναφερόμενες υπουργικές αποφάσεις, το ισχύον σύστημα μηνιαίας αποζημίωσης με κύριο κριτήριο τις απολογιστικές δαπάνες του προηγούμενου έτους, εξακολουθεί να δημιουργεί σε αρκετές περιπτώσεις, στρεβλώσεις οικονομικής διαχείρισης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα καταγράφεται στον παρακάτω πίνακα όπου ομοειδής κατηγορίας μονάδες εμφανίζουν σημαντικές αποκλίσεις στις ετήσιες δαπάνες τους (κόστος ανά ασθενή).

Πίνακας 1. Διαφορές κόστους ανά ασθενή σε ομοειδής κατηγορίας Μονάδες (2019-2020) .

ΕΙΔΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΕΤΗΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ	1.045.638€	69.700€
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ	877.380 €	58.492 €
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ	451.103 €	30.000 €
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ	484.130 €	32.275 €

Η ανάλυση των δαπανών ανά τύπο δομής εμφανίζει μονάδες με σημαντική ποσοστιαία αύξηση των ετήσιων δαπανών από χρονιά σε χρονιά με διαφορές που φτάνουν 75% στα οικοτροφεία και 300% στα Προστατευόμενα Διαμερίσματα με αντίστοιχη απόκλιση στο κόστος ανά ασθενή, ενώ ένα ποσοστό (20%) περίπου των μονάδων έχει αρχίσει να συσσωρεύει ελλείμματα²⁶.

3.4. Λειτουργική διασύνδεση και συντονισμός υπηρεσιών

Η λειτουργική διασύνδεση των μονάδων ψυχικής υγείας θεωρείται ως ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες αξιολόγησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Στο πλαίσιο της λειτουργικής διασύνδεσης υπηρεσιών η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα δεν έχει να επιδείξει σημαντικές επιτυχίες. Ως σημαντικό παράγοντα για τις όποιες αβλεπίες και παραλείψεις, η αξιολόγηση στο πλαίσιο της Β' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός», αναγνωρίζει ότι *«το σύστημα ψυχικής υγείας είναι κατακερματισμένο και χωρίς συντονισμό»* και ότι *«Υπάρχουν διαφορετικά υποσυστήματα, τα οποία παρέχουν διάφορες υπηρεσίες, οι οποίες δεν εμφανίζουν ούτε οριζόντια ούτε κάθετη διασύνδεση»*. (Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009). Επίσης και σύμφωνα με την Έκθεση αξιολόγησης «Ψυχαργός» Γ' Φάση 2011-2020 *«...παρότι η διασύνδεση των υπηρεσιών αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας, ο συντονισμός και η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας – πόσο μάλλον της ψυχικής υγείας - εξακολουθεί να αποτελεί ζητούμενο και αντικείμενο προς διερεύνηση.»*.

Η έλλειψη αποτελεσματικής εποπτείας και συντονισμού έχει αντίκτυπο στη συνολική λειτουργία και συνδέεται με παθογένειες που ανακύπτουν καθημερινά. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα θα μπορούσαν να αναφερθούν τα ράντζα που αναπτύσσονται και οι δύσκολες συνθήκες νοσηλείας των ασθενών κατά τις ημέρες εφημερίας στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων κυρίως της Αττικής και της Θεσσαλονίκης. Η κατάσταση στα νοσοκομεία της επαρχίας ως προς τις πληρότητες είναι σαφώς καλύτερη αλλά παρατηρείται το φαινόμενο των διαπεριφερειακών ροών. Είναι συχνές δηλαδή οι περιπτώσεις ασθενείς να μεταφέρονται από νομό σε νομό αναζητώντας κρεβάτι για νοσηλεία.

²⁶ Υπουργείο Υγείας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας: *Ετήσια απολογιστικά στοιχεία Μονάδων Ψυχικής Υγείας ετών 2019,2020*

Σε ότι αφορά στις δομές φιλοξενίας ασθενών σύμφωνα με τους απολογισμούς των φορέων των τελευταίων ετών στη συντριπτική πλειοψηφία οι ασθενείς παραμένουν στις ίδιες εξωνοσοκομειακές δομές για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ ελάχιστες είναι εκείνες οι περιπτώσεις που μετά τη βελτίωση της κατάστασής τους ακολουθούν τα επόμενα βήματα μετάβασης σε πιο αυτόνομες δομές (από το οικοτροφείο στον ξενώνα και μετά στο προστατευόμενο διαμέρισμα και τέλος στην κοινότητα)²⁷.

²⁷Υπουργείο Υγείας, Δ/νση Ψυχικής Υγείας: *Απολογισμοί φορέων Ψυχικής Υγείας (2018, 2019,2020)*

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 4. Διεξαγωγή έρευνας –Καταγραφή απόψεων και προτάσεων ειδικών ψυχικής υγείας

4.1. Μεθοδολογία της έρευνας

Η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας έχει ως στόχο να αναζητηθούν οι απόψεις *experts* ψυχικής υγείας για σε μια σειρά κρίσιμων θεμάτων σε τομείς που αφορούν στην οργάνωση, διοικητική δομή και λειτουργίες του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Επιδίωξη είναι να εξερευνηθούν και να κατανοηθούν οι υποκειμενικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες ειδικών του χώρου, ώστε να δημιουργηθεί πληρέστερη και περισσότερο επεξεργασμένη γνώση βασικών θεμάτων και προοπτικών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έτσι όπως έχουν διαμορφωθεί μέχρι σήμερα.

Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε στηρίχτηκε στη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου που συντάχθηκε αποκλειστικά για την παρούσα έρευνα. Το ερωτηματολόγιο έχει τη κατάλληλη δομή, σχεδιασμό και ερωτήσεις ώστε να φέρουν σε πέρας τους στόχους της έρευνας και τη συλλογή των κατάλληλων πληροφοριών. Η έρευνα διενεργήθηκε με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου ώστε να δοθεί ευχέρεια στους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απόψεις και τις τοποθετήσεις τους *ελεύθερα*, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις, την εμπειρία και τις γνώσεις τους.

Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με την τεχνική της σκόπιμης δειγματοληψίας (*purposive sampling*)²⁸ με βάση την υποκειμενική κρίση του ερευνητή για τα χαρακτηριστικά του δείγματος και τη δυνατότητά του να προσφέρει επαρκείς και κατάλληλες πληροφορίες σε μια σειρά τοποθετήσεις που βρίσκονται στον πυρήνα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κατέχουν καίριες θέσεις στον μηχανισμό της κεντρικής διοίκησης και των φορέων ν.π.ι.δ και ν.π.δ.δ. παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και έχουν τη γνώση, τα χαρακτηριστικά και τη θέληση να δώσουν ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις στις ερευνητικές τοποθετήσεις που τους τέθηκαν υπόψη. Το δείγμα αποτελείται από δεκαπέντε (15) συμμετέχοντες, αριθμός ο οποίος κρίνεται επαρκής δεδομένου ότι

²⁸ Thomson C. «Qualitative research into nursing decision making: Factors for consideration in theoretical sampling» στο *Qual Health Res*, 9, 1999, σσ. 815-828

στην ποιοτική έρευνα το δείγμα δεν είναι απαραίτητο να είναι ποσοτικά μεγάλο για τη διεξαγωγή έγκυρης έρευνας. Ένα μεγάλο δείγμα συνήθως λειτουργεί αρνητικά για την εγκυρότητα της έρευνας, αφού μέσα στο μεγάλο αριθμό των συμμετεχόντων είναι υπαρκτός ο κίνδυνος να χαθούν τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι αναγκαίο να κατανοηθούν.²⁹

Για το θέμα της διοικητικής και οργανωτικής δομής τέθηκε υπόψη των ειδικών το πρόβλημα της μη ουσιαστικής εμπλοκής των υγειονομικών περιφερειών σε θέματα διοίκησης και ανάληψης αρμοδιοτήτων και ζητήθηκαν οι απόψεις τους επί δύο συγκεκριμένων προτάσεων ενσωμάτωσης δομών και αρμοδιοτήτων προκειμένου να καταστεί το σύστημα διοίκησης πιο λειτουργικό και ευέλικτο.

Για το καίριο ζήτημα της τομεοποίησης, τέθηκε υπόψη το πρόβλημα της υπολειτουργίας των τομεακών επιτροπών. Ζητήθηκαν οι απόψεις τους για τις αιτίες ακύρωσης της βασικής διάστασης της περιφερειακής διοίκησης καθώς και οι προτάσεις τους για μια γενικότερη αναδιοργάνωση των τομέων.

Αναφορικά με το σύστημα χρηματοδότησης των μονάδων που ανήκουν σε ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τέθηκε ο προβληματισμός για το αν το υπάρχον σύστημα χρηματοδότησης εξυπηρετεί τις ανάγκες των μονάδων και ζητήθηκε η άποψη τους σε μια ενδεχόμενη πρόταση δημιουργίας ενός μοντέλου με βασικό κριτήριο χρηματοδότησης την κοστολόγηση υπηρεσιών. Στο ίδιο πλαίσιο ζητήθηκαν τυχόν προτάσεις για σύνδεση συστήματος χρηματοδότησης και αξιολόγηση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, τέθηκαν ερωτήματα και ζητήθηκαν απόψεις επί βασικών λειτουργιών του συστήματος όπως ενσωμάτωση υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διασύνδεσης και ασυνέχειας στη φροντίδα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τέλος, ζητήθηκαν απόψεις και τυχόν προτάσεις για την υλοποίηση δράσεων πρόληψης προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας ενηλίκων, παιδιών και εφήβων.

²⁹ Στέφανος Μαντζούκας. *Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία οι μέθοδοι και η παρουσίαση*. Thames valley University, London, G. Britain.

4.2. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 7 ερωτήσεις με υπό-ερωτήσεις οι οποίες διαμορφώθηκαν λαμβάνοντας υπόψη βασικούς τομείς που παρουσιάζουν ελλείψεις και δυσλειτουργίες -αποκέντρωση αρμοδιοτήτων, τομεοποίηση, επιχορηγήσεις μονάδων, λειτουργική διασύνδεση-και διαμορφώνεται η αναγκαιότητα επανεξέτασης τους.

Οι σχετικές απαντήσεις, απόψεις και παρατηρήσεις ενσωματώθηκαν και λαμβάνονται υπόψη στην ανάλυση των προτάσεων και των προοπτικών του συστήματος για όλους τους βασικούς τομείς που παρουσιάζουν ελλείψεις και δυσλειτουργίες στο πλαίσιο επανεξέτασης και επανεκκίνησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης³⁰.

1^η Ερώτηση : Σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 4461/2017, οι τομεακές επιτροπές αποτέλεσαν την βάση της νέας περιφερειακής διοικητικής οργάνωσης του συστήματος Μονάδων ψυχικής Υγείας. Ωστόσο σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα από τις 37 τομεακές επιστημονικές επιτροπές ψυχικής υγείας ενηλίκων λειτουργούν ελάχιστες ενώ η θητεία των περισσοτέρων έχει ήδη λήξει και δεν έχει ανανεωθεί. Επίσης δεν έχει συγκροτηθεί καμία Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή παιδιών και εφήβων. Τα ανωτέρω έχουν σαν αποτέλεσμα την ακύρωση στην πράξη μιας βασικής διάστασης της περιφερειακής διοίκησης, της λήψης αποφάσεων σε περιφερειακό επίπεδο.

A) Ποιες είναι κατά την άποψη σας οι αιτίες της μη λειτουργίας του συστήματος τομεοποίησης στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας;

B) Η διαμόρφωση των υφιστάμενων τομέων καλύπτει τις ανάγκες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας; ή θα πρέπει να υπάρξει και μια γενικότερη οργανωτική αναδιοργάνωση των τομέων;

Γ) Αν κατά την γνώμη σας, απαιτείται να υπάρξει παρέμβαση στη λειτουργία και στην οργάνωση των τομεακών επιτροπών ποια είναι εκείνα τα σημεία στα οποία

³⁰ Οι πλήρεις απαντήσεις στην έρευνα έχουν συμπεριληφθεί για κάθε ερώτημα ξεχωριστά στο IV ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Ερωτηματολόγιο – Απόψεις και απαντήσεις των συμμετεχόντων».

θα πρέπει να δοθεί έμφαση ώστε η παρέμβαση να δράσει άμεσα και αποτελεσματικά;

2^η Ερώτηση: Με τις διοικητικές αλλαγές (ν. 4461/2017) θα ήταν αναμενόμενη μια ουσιαστική εμπλοκή των Υγειονομικών Περιφερειών επί βασικών αρμοδιοτήτων διοίκησης του συστήματος Ψυχικής Υγείας χωρίς να προκύπτει η ανάγκη για την αντιμετώπιση τους σε κεντρικό επίπεδο. Ωστόσο, παρατηρείται ότι πλήθος εκτελεστικών αρμοδιοτήτων να διεκπεραιώνονται από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας παράλληλα με τις επιτελικές της αρμοδιότητες.

A) Θεωρείτε ότι θα καταστεί το σύστημα διοίκησης των Μ.Ψ.Υ. πιο λειτουργικό και ευέλικτο εάν:

i) Τα ΚΨΥ, και τα ΚΟΚΕΨΥΠΕ ενταχθούν οργανικά στην Υγειονομική Περιφέρεια ως αποκεντρωμένες Μονάδες όπως ισχύει και με τα Κέντρα Υγείας;

ii) Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια συσταθεί Διεύθυνση που θα έχει το σύνολο των αρμοδιοτήτων

της Ψυχικής Υγείας και θα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο για το συντονισμό και τη συνεργασία όλων των φορέων;

B) Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας

3^η Ερώτηση: Το Υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης των μονάδων που ανήκουν σε ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, διέπεται από το βασικό κριτήριο-χρηματοδότηση βάσει δαπανών προηγούμενου έτους - ταυτόχρονα φορείς με στεγαστικές μονάδες χρηματοδοτούνται παράλληλα και από τον Ε.Ο.Π.Π.Υ.

A) Θεωρείτε ότι το υπάρχον σύστημα χρηματοδότησης εξυπηρετεί τις ανάγκες των Μ.Ψ.Υ. ή οδηγεί σε ασάφειες, παθογένειες και στρεβλώσεις; (π.χ. ίδια παρεχόμενη υπηρεσία διαφορετική καταβολή δαπανών)

B) Ποια θα ήταν η άποψη σας σε μια ενδεχόμενη πρόταση δημιουργίας ενός μοντέλου με βασικό κριτήριο χρηματοδότησης π.χ. την κοστολόγηση υπηρεσιών, δηλαδή να αποζημιώνονται οι φορείς με βάση το έργο και τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ψυχικά ασθενείς;

Γ) Παραθέστε τυχόν προτάσεις για σύνδεση συστήματος χρηματοδότησης με ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4^η Ερώτηση: Το θέμα της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) έχει απασχολήσει την επιστημονική βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια καθώς η σύγχρονη τάση είναι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές να θεραπεύονται στην κοινότητα.

A) Θεωρείτε ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται σε επίπεδο Π.Φ.Υ. είναι επαρκείς; Αξιολογήστε ξεχωριστά τις υπηρεσίες που παρέχονται από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ.

B) Τι είδους υπηρεσίες προτείνετε να αναπτυχθούν σε επίπεδο Π.Φ.Υ. ώστε να παρέχεται στον λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας η κατάλληλη φροντίδα;

5^η Ερώτηση: Σύμφωνα με την Έκθεση Αξιολόγησης «Ψυχαργός» Γ΄ Φάση 2011-2020, «...ο συντονισμός και η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας – πόσο μάλλον της ψυχικής υγείας - εξακολουθεί να αποτελεί ζητούμενο και αντικείμενο προς διερεύνηση». Τα προβλήματα *επικοινωνίας* σε επίπεδο κοινότητας μεταξύ των δομών ψυχικής υγείας έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα την απουσία συνέχειας στη φροντίδα των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

A) Για ποιο λόγο πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;

B) Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας για βελτίωση της διασύνδεσης μεταξύ των δομών.

6^η Ερώτηση: Ως μία από τις βασικές ελλείψεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η μη ολοκλήρωση-παρά σε ελάχιστες περιπτώσεις-της αλυσίδας αποασυλοποίησης. Δηλαδή οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας «*λιμνάζουν*» στα Οικοτροφεία και δεν μετακινούνται σταδιακά σε Ξενώνες και Προστατευόμενα Διαμερίσματα.

A) για ποιο λόγο πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;

B). Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

7^η Ερώτηση: Η υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής έχει υστερήσει σε σημαντικό βαθμό κατά την διάρκεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς δεν υπήρξε σχετικός προγραμματισμός για την ανάπτυξή τους. Εξαίρεση αποτέλεσαν ενδεικτικά οι δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος, η εκπόνηση σχεδιασμού για την πρόληψη της κατάθλιψης και οι δράσεις πρόληψης των Κινητών Μονάδων ψυχικής Υγείας και των προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον.

Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας για βελτίωση της πρόληψης της ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών και εφήβων.

Κεφάλαιο 5. Ανάγκες επανεκκίνησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχει ταυτιστεί με το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Επικεντρώθηκε στην αποϊδρυματοποίηση των νοσηλευόμενων των ψυχιατρείων και στην ανάπτυξη μεταξύ άλλων ενός μεγάλου φάσματος δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα(ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα). Ωστόσο και παρά το σημαντικό έργο που έχει επιτευχθεί, αδύνατα σημεία της μεταρρύθμισης καθώς σημαντικές οργανωτικές εκκρεμότητες που αφορούν στην περιφερειακή και διοικητική οργάνωση δεν έχουν αντιμετωπισθεί επαρκώς μέχρι και σήμερα. Επιπρόσθετα λόγω της οικονομικής κρίσης και της κρίσης δημόσιας υγείας covid-19 καταδεικνύεται η αναγκαιότητα εμβάθυνσης της μεταρρύθμισης και μετάβασης σε ένα κοινοτικό μοντέλο περίθαλψης με υιοθέτηση μέτρων και εφαρμογή παρεμβάσεων που θα βασίζονται στις διαφορετικές ανάγκες του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό εκτιμάται η αναγκαιότητα επανεξέτασης του συστήματος ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην αντιμετώπιση προβλημάτων λειτουργίας του με παράλληλη διαμόρφωση ενός σχεδίου δράσης για την αντιμετώπιση των ευρύτερων συνεπειών των ψυχικών διαταραχών.

5.1. Διοίκηση του συστήματος ψυχικής υγείας – Αρμοδιότητες υγειονομικών περιφερειών

Η επανεξέταση της διοικητικής πυραμίδας και της κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ των φορέων του συστήματος, είναι ένα καίρια θέμα που πρέπει να συζητηθεί για μια αποτελεσματική και αποδοτική επανεκκίνηση της διοικητικής δομής του συστήματος ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Στο πλαίσιο της έρευνας τέθηκε υπόψη στους ειδικούς ο προβληματισμός για το γεγονός ότι το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης εξακολουθεί να είναι συγκεντρωτικό και για την επί της ουσίας μη εμπλοκή των υγειονομικών περιφερειών σε θέματα εκτέλεσης βασικών αρμοδιοτήτων τους. Ζητήθηκαν οι απόψεις επί δύο συγκεκριμένων προτάσεων προκειμένου να καταστεί η διοίκηση των μονάδων πιο λειτουργική και ευέλικτη. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε η θέση τους για την πρόταση α) της οργανικής ένταξης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) και των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων

(Κο.Κε.Ψυ.Υ.Π.Ε.) στην Υγειονομική Περιφέρεια ως αποκεντρωμένες μονάδες όπως ισχύει και με τα Κέντρα Υγείας και

β) σύστασης διευθύνσεων ψυχικής υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες προκειμένου να διαδραματίσουν συντονιστικό ρόλο των φορέων αρμοδιότητας τους.

Η πρόταση ένταξης των Κ.Ψ.Υ. και των Κο.Κε.Ψυ.Υ.Π.Ε. ως αποκεντρωμένες μονάδες στην υγειονομική περιφέρεια θεωρήθηκε από την πλειοψηφία των ερωτώμενων ως ρεαλιστική *εναλλακτική* πρόταση διοίκησης του συστήματος η οποία *«και εξυπηρετεί την συμπερίληψη της ψυχικής υγείας ως στοιχείο της υγείας και ακόμα σαφέστερα συμβάλλει στην άρση των διακρίσεων ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας..»*. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η πρόταση θα μπορούσε να αποδώσει αποτελεσματικά χωρίς να δημιουργηθούν επιπλέον λειτουργικά προβλήματα εφόσον εφαρμοστεί σε συνδυασμό με την λήψη μέτρων ανακατανομής των οικονομικών πόρων καθώς και θεσμικής και διοικητική επάρκειας των υγειονομικών περιφερειών.

Σχετικοί προβληματισμοί αφορούν κυρίως στην επιδείνωση ποιότητας των υπηρεσιών και στην δημιουργία μη ευέλικτου σχήματος. Επίσης εκφράστηκαν κίνδυνοι που μπορεί να ελλοχεύουν όπως η μεταφορά των υπαρχόντων διοικητικών και χωροταξικών προβλημάτων των Κέντρων Υγείας στη λειτουργία του νέου οργάνου, η συντήρηση του μοντέλου της *«ιατροποίησης»* της ψυχικής υγείας και η *«διοικητική υποτέλεια»* της νέας επιτροπής ως προστιθέμενο μέλος στο υφιστάμενο διοικητικό οργανόγραμμα.

Η πρόταση σύστασης διεύθυνσης ψυχικής υγείας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια αντιμετωπίστηκε με επιφυλάξεις. Εκφράστηκαν προβληματισμοί για την ικανότητα περιφερειακών διευθύνσεων να αναλάβουν συγκεκριμένες αρμοδιότητες *«..η αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων της διεύθυνσης ψυχικής υγείας δεν είναι εφικτή σε επίπεδο περιφέρειας. Για πολλούς και διάφορους λόγους με βασικότερο το ότι η διεύθυνση ψυχικής υγείας στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας χαράζει πολιτικές και διαμορφώνει τα πλάνα των χρηματοδοτήσεων τις οποίες και παρακολουθεί»*. Αντί αυτού αντιπροτείνεται η δημιουργία γραφείου ανά τομέα που θα υποστηρίζει τις επιστημονικές επιτροπές και εκφράζεται η προτίμηση δημιουργίας ενός συντονιστικού υποστηρικτικού φορέα η οποία *δείχνει εν μέρει και το πρόβλημα της έλλειψης συντονισμού των φορέων στην περιφέρεια. Ως εναλλακτική αξιολογείται πρόταση για «..πιλοτική εφαρμογή δράσεων τομεοποίησης και σύστασης αντίστοιχων επιτροπών μικρής γεωγραφικής κλίμακας. Α) με έδρα ένα ΚΗ και*

συγκεκριμένη ακτίνα δράσης, Β) στελέχη από επαγγελματίες και λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ΚΗ και άλλες ΜΨΑ της ανωτέρω ακτίνας δράσης, Γ) εκτελεστικές αρμοδιότητες για συγκεκριμένα θέματα, Δ) εισηγητικές αρμοδιότητες για συγκεκριμένα θέματα με υψηλό συντελεστή προτεραιότητας για τις κεντρικές δομές ευθύνης, Ε) εκτελεστικές αρμοδιότητες για τα θέματα που εισηγήθηκαν και τελικά εγκρίθηκαν»

5.2. Τομεοποίηση. Εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών εντός του τομέα

Από τα πιο αδύνατα σημεία της μεταρρύθμισης εξακολουθεί να αποτελεί η τομεοποίηση, η οργάνωση δηλαδή ενός συντονισμένου δικτύου υπηρεσιών εντός μιας περιοχής ευθύνης με συγκεκριμένα γεωγραφικά και πληθυσμιακά όρια. Παρά τις πρωτοβουλίες που ελήφθησαν με τις διατάξεις του ν. 4461/2017 και την ενίσχυση του ρόλου των τομεακών επιτροπών το σύστημα εξακολουθεί να είναι ελλιπές με αποτέλεσμα οι βασικές παράμετροι της τομεοποίησης να μην υλοποιούνται στην πλειονότητα των τομέων της χώρας. Η μη ικανοποιητική δημιουργία ενός ιστού δομών και υπηρεσιών ικανού να παρέχει πρόληψη και φροντίδα έχει ως αποτέλεσμα να καταγράφονται ανισότητες στην κατανομή των δομών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα επιπτώσεων ελλιπούς τομεοποίησης και ικανοποιητικού φάσματος παροχής υπηρεσιών στις γεωγραφικές περιφέρειες είναι η μετακίνηση ασθενών μακριά από το οικείο περιβάλλον προς αναζήτηση κατάλληλων υπηρεσιών καθώς και οι αυξημένες εισαγωγές στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων.

Σε επίπεδο δομών εξακολουθούν να υπάρχουν περιοχές της χώρας που είτε δεν διαθέτουν καμία μονάδα ψυχικής υγείας, είτε η συσσώρευση των δομών είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την πυκνότητα του πληθυσμού ή τη γεωγραφική κατανομή. Το συνεχές της φροντίδας των ασθενών δεν επιτυγχάνεται ικανοποιητικά ούτε ενδονοσοκομειακά, στα νοσοκομεία που εξυπηρετούν περισσότερους από έναν τομέα. Ενδεικτικά, η μεγαλύτερη συσσώρευση δομών καταγράφεται στις περιφέρειες της Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ αντίθετα υπάρχει σημαντική υστέρηση υπηρεσιών στις περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και του Βορείου Αιγαίου. Τα ψυχιατρεία αλλά και οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία δεν έχουν την δυνατότητα σε νοσηλευτικό προσωπικό και υποδομές για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών που χρήζουν παραμονή στο νοσοκομείο. Στην περιοχή της Αττικής

παρατηρείται συχνά συνωστισμός των ψυχικά ασθενών, νοσηλεία σε ράντζα και έξοδο από το νοσοκομείο πριν την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

Στο πλαίσιο της ερευνητικής διαδικασίας η τομεοποίηση των υπηρεσιών αξιολογήθηκε ως ένα από τα σπουδαιότερα ζητήματα που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ζητήθηκε η άποψη των συμμετεχόντων για την αναγκαιότητα γενικότερης αναδιοργάνωσης των τομέων στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς και η γνώμη τους για σημεία παρέμβασης στη λειτουργία και στην οργάνωση των τομεακών επιτροπών απαραίτητα για την άμεση και αποτελεσματική λειτουργία τους.

Για τις αιτίες μη λειτουργίας της τομεοποίησης οι απόψεις των ειδικών συγκλίνουν σε δύο βασικές κατηγορίες: Η πρώτη κατηγορία αφορά στην στελέχωση των τομεακών επιτροπών με μόνιμα εξειδικευμένα στελέχη υπεύθυνα για τον συντονισμό και την διασύνδεση των φορέων. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στην έλλειψη διοικητικής υποστήριξης καθώς και στην απουσία κινήτρων συμμετοχής τόσο για τα μέλη όσο και για τις γραμματείες των επιτροπών. Επισημαίνονται επίσης απόψεις που συσχετίζουν την ανυπαρξία τομεοποίησης με τις δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας *«Η αποτελεσματική λειτουργία της τομεοποίησης προϋποθέτει την ανάπτυξη και υποστήριξη δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ικανών να καλύψουν τις ανάγκες κάθε τομέα. Οι δομές αυτές δεν δημιουργήθηκαν ποτέ με αποτέλεσμα να είναι ελάχιστοι οι τομείς που έχουν επάρκεια δομών ικανών να υποστηρίξουν τον πληθυσμό. Αντί αυτών υλοποιούνται βραχύβια και στοχοκατευθυνόμενα προς ειδικούς πληθυσμούς προγράμματα που δεν μπορούν να συγκροτήσουν ένα σταθερό δίκτυο παροχής υπηρεσιών..»*. Στο πλαίσιο αυτό αξιολογείται επίσης η άποψη που συνδέει την εμπέδωση της διαδικασίας τομεοποίησης με το σύστημα της αποζημίωσης της παροχής και χρήσης υπηρεσιών από τους πολίτες *«..Περαιτέρω την εμπέδωση της τομεοποίησης ως εργαλείου λειτουργίας των υπηρεσιών θα εξυπηρετούσε η θεσμοθέτηση από το κράτος της παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας και της πλήρους αποζημίωσης αυτών από το κράτος μόνον εντός των ορίων εκάστου τομέα για τους πολίτες που διαμένουν σε αυτόν. Τέλος η τομεοποίηση θα λειτουργήσει μόνον όταν εντός ενός τομέα οι πολίτες διαπιστώσουν ότι υφίστανται κοντά τους δημόσιες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που μπορούν να κάνουν χρήση χωρίς να καταβάλλουν οποιοδήποτε αντίτιμο..»*

Τέλος καταγράφονται προβληματισμοί για αδιαφορία αξιολόγησης αιτημάτων των φορέων, ανταγωνισμούς μεταξύ των υπηρεσιών και ανισότητα συμμετοχής των μελών των φορέων στις τομεακές επιτροπές.

Αναφορικά με το ερώτημα κάλυψης των αναγκών από την διαμόρφωση των υφιστάμενων τομέων, οι απόψεις στην πλειοψηφία τους είναι αρνητικές και συγκλίνουν στην άμεση λειτουργική αναδιοργάνωση των τομέων *«Οι συστάσεις των τομέων έγινε κάποια στιγμή με κριτήριο την δυνατότητα ανεύρεσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας που θα στελέχωναν τις επιτροπές ψυχικής υγείας αυτών των τομέων. Σήμερα η διοικητική διάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας διέπεται από ένα σύνθετο πολυεπίπεδο πλαίσιο. Η αύξηση των επιπέδων διάρθρωσης των τομέων και η συγκρότηση των αντίστοιχων επιτροπών επέτεινε τον βαθμό πολυπλοκότητας, με αποτέλεσμα σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης να μην λειτουργούν τα προβλεπόμενα όργανα, καθιστώντας επιτακτική της μετάβαση δυσλειτουργικό και απόλυτα χαοτικό μοντέλο σε ένα πιο απλό και απλοποιημένο μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης»*. Στο πλαίσιο αυτό προτείνεται επίσης *εναλλακτικό σχέδιο τομεοποίησης με ακτίνα δράσης την μονάδα ψυχικής υγείας «.ένα «σχέδιο Καποδίστριας» για την ψυχική υγεία του οποίου τον κορμό να αποτελούν οι υφιστάμενες ΜΨΑ ανά τύπο και ταυτότητα. Προτείνεται ουσιαστικά μια ριζική διοικητική αναπλαισίωση των όρων αναφοράς για την ψυχική υγεία όπου οδηγοί σημεία αποτελούν οι ΜΨΑ και η ακτίνα δράσης τους και όχι οι γραμμές των ορίων των Δήμων και Κοινοτήτων»*.

Για την επανεκκίνηση του συστήματος τομεοποίησης προτείνονται άμεσες παρεμβάσεις:

-Στα ζητήματα υποστελέχωσης, *«με πρώτο και βασικό μέλημα τη στελέχωση με τουλάχιστον ένα συντονιστή και έναν υπεύθυνο διασύνδεσης μεταξύ του μονάδων καθώς και δύο άτομα γραμματεία..»*,

-Στο θέμα της αποζημίωσης των μελών των επιτροπών και της ελλιπούς τεχνικής και διοικητικής υποστήριξης,

-Στη συγκρότηση ή μη ανανέωσης θητείας των επιτροπών.

-Στην καταγραφή των υφιστάμενων υπηρεσιών, χαρτογράφησης αναγκών ανά τομέα και διερεύνησης αναγκών για νέες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.

Η χρονίζουσα δυσλειτουργία των τομεακών επιστημονικών επιτροπών απαιτεί άμεση λήψη μέτρων για αλλαγή του θεσμικού πλαισίου και αναδιοργάνωση με νέες ολιγομελείς επιτροπές χωρίς κάτι τέτοιο να αποκλείει τη συμμετοχή εκπροσώπων φορέων ή υπηρεσιών οι οποίοι θα μπορούν να καλούνται όποτε κρίνεται αναγκαίο

και να λαμβάνουν μέρος στις συνεδριάσεις. Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται απαραίτητο να εξεταστεί η παροχή κινήτρων προκειμένου να υπάρξει μεγαλύτερο ενδιαφέρον συμμετοχής. Επίσης κρίνεται αναγκαία η ανάληψη καίριων αρμοδιοτήτων σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας (συγκρότηση, στελέχωση, τροποποίηση και ανανέωση θητείας επιτροπών, διοικητική και τεχνική υποστήριξη, καταγραφή υπηρεσιών κ.α).

5.3. Χρηματοδότηση και αποζημίωση δαπανών των μονάδων ψυχικής υγείας

Η πολυδιάσπαση στο σύστημα αποζημίωσης των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας ακολουθεί σχεδόν όλη τη διαδρομή της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σήμερα για την επιχορήγηση των Μονάδων ισχύει το χρηματοδοτικό κριτήριο (χρηματοδότηση βάσει δαπανών προηγούμενου έτους), καθώς προσπάθειες επανασχεδιασμού στο παρελθόν με χρηματοδοτικά κριτήρια κοστολόγησης δεν στέφθηκαν με επιτυχία.

Στο πλαίσιο της έρευνας τέθηκε ο προβληματισμός αν εξυπηρετεί τις ανάγκες των μονάδων το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης ή αν αυτό οδηγεί σε ασάφειες παθογένειες και στρεβλώσεις. Ζητήθηκαν γνώμες για το ενδεχόμενο δημιουργίας ενός μοντέλου με κριτήριο αποζημίωσης με βάση το έργο και την παροχή υπηρεσιών καθώς και τυχόν προτάσεις για σύνδεση του συστήματος χρηματοδότησης με δείκτες ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι απόψεις για το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης συντείνουν ουσιαστικά ότι πρόκειται για μια λύση ανάγκης, *«λόγω της αδυναμίας υποστήριξης από τη διεύθυνση ψυχικής υγείας στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας του συστήματος κοστολόγησης που είχε δημιουργηθεί και λειτούργησε για κάποια χρόνια»*. Η λύση αυτή δημιουργεί στρεβλώσεις παθογένειες *«..με αποτέλεσμα να αδικούνται φορείς οι οποίοι παρέχουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών με λελογισμένο κόστος»*. Επιπρόσθετα *«..δημιουργεί προβλήματα που σχετίζονται αφενός με έκτακτες καταστάσεις (μονάδες με χαμηλές δαπάνες λόγω περιορισμών όπως του covid θα αναγκαστούν να προσαρμοστούν περιορίζοντας τις δαπάνες σε επόμενο χρόνο που δεν θα υπάρχει αντίστοιχο ζήτημα) και αφετέρου σε ζητήματα καθυστέρησης των πληρωμών και συνεπώς στην κάλυψη βασικών αναγκών των δομών και της μισθοδοσίας της ομάδας των επαγγελματιών»*.

Αντίθετη με τα παραπάνω άποψη θεωρεί ότι *«Το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης των ΜΨΑ των νπιδ μκχ έχει συμβάλλει στην σταθεροποίηση και*

εξέλιξη του πλαισίου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας υψηλού επιπέδου. Επίσης έχει συμβάλλει στην ενδυνάμωση του θεσμικού ρόλου των ΜΨΑ ως μονάδες υγείας στη χώρα μας. Τέλος έχει συμβάλλει στην εγκατάσταση της παρουσίας των ΜΨΑ ως σημείο αναφοράς για την καθημερινότητα των ληπτών και πεδίο εφαρμογής δράσεων για την ενίσχυση του κοινωνικού ιστού σε επίπεδο κοινοτικής συνείδησης και πραγματικότητας»

Για την πρόταση δημιουργίας ενός μοντέλου χρηματοδότησης με κριτήριο αποζημίωσης το έργο και την παροχή υπηρεσιών, καταγράφεται καταρχήν θετική στάση με αρκετό ωστόσο προβληματισμό, ο οποίος προφανώς προκύπτει και από και την αποτυχημένη υποστήριξη αντίστοιχου μοντέλου στο πρόσφατο παρελθόν. Η βασική συνιστώσα των απαντήσεων προτείνει επί της ουσίας την κοστολόγηση με *«πολύ καλή μελέτη και προετοιμασία ώστε να αποφύγει τις στρεβλώσεις προκαλούν οι διαφοροποιήσεις ανά κατηγορία μονάδας και ανά γεωγραφική περιφέρεια καθώς και ειδικό τμήμα παρακολούθησης της με αντίστοιχο πληροφοριακό σύστημα..»*

Αναφορικά με προτάσεις για σύνδεση του συστήματος χρηματοδότησης με αξιολόγηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, οι θέσεις των ειδικών εκφράζουν σαφέστατο προβληματισμό για τις δυσκολίες που μπορεί να υπάρξουν. Προκρίνεται εν μέρει η ουσιαστική εξέταση και υλοποίηση σε δεύτερο χρόνο μετά από εφαρμογή συστήματος κοστολόγησης και ουσιαστική υποστήριξη από τον Οργανισμό Διασφάλισης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.). Καταγράφεται επί του πρακτέου και η θέση που αφορά μικτό σύστημα με χρηματοδότηση αξιολογημένων προγραμμάτων που ικανοποιεί εν μέρει και το κριτήριο της ποιότητας: *«Σε βάθος τριετίας να αξιολογούνται τα αποτελέσματα πιλοτικών προγραμμάτων που προτείνονται από τους φορείς και μέσα από ακόλουθη διαγωνιστική διαδικασία της ΔΨΥ υλοποιούνται από τους φορείς που προκρίνονται. Τα προγράμματα που έχουν θετικό πρόσημο μπορούν να εντάσσονται στην λειτουργία υφιστάμενων δομών σύμφωνα με τα πρωτόκολλα που έχουν προκύψει από τις καλές εφαρμογές. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται το έργο των οικονομικών αρχών και διευθύνσεων ως προς την ένταξη στον τακτικό προϋπολογισμό προγραμμάτων αξίας και ουσίας τα οποία δύναται να υποστηριχθούν και από κατάλληλα χρηματοδοτικά εργαλεία κοινοτικής προέλευσης..»*

Σημαντική επίσης πρόταση συνδέει τη δημιουργία σαφούς και αυστηρού πλαισίου ποιότητας, λογοδοσίας και χρηματοδότησης: *«..Συμβάσεις αυστηρά ορισμένου χρόνου (πχ διετία) και ανανέωση υπό αυστηρές προϋποθέσεις.Επανεξέταση*

όλων των συμβάσεων με νπιδ και σύνδεση της χρηματοδότησης με σύγχρονους δείκτες ποιότητας που στηρίζονται στα ανθρώπινα δικαιώματα (πχ QualityRights).

Τροποποίηση συμβάσεων όπου απαιτείται ώστε να διασφαλίζεται με κάθε τρόπο η ανθρωποκεντρικότητα που στοχεύει στην ανάρρωση(Recovery) και να αποφεύγεται η «αποθήκευση» με στόχο την κρατική χρηματοδότηση.

Συμπερίληψη ρητρών για οικονομικές συνέπειες ανεπαρκούς εκτέλεσης της σύμβασης (πχ μη επίτευξη εξατομικευμένων στόχων ανάρρωσης(Recovery) ανά ένοικο/λήπτη υπηρεσιών, «αποθήκευση» εφ' όρου ζωής, κλπ). Διακοπή χρηματοδότησης σε περίπτωση μη συμμόρφωσης»

Εκτιμάται ότι η επαναφορά ενός πλαισίου αποζημίωσης με κοστολόγηση των υπηρεσιών θα βελτιώσει σημαντικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, θα προσφέρει ποιοτική αναβάθμιση και θα μπορεί να αποτελέσει μία ξεχωριστή δράση στο πλαίσιο της επανεξέτασης της διοικητικής και οργανωτικής δομής του συστήματος.

Το σύστημα θα μπορούσε να λειτουργήσει και με την αποκλειστική ανάληψη της αποζημίωσης των φορέων από τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του αποζημιώνει τους παρόχους για υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν. Το εγχείρημα ωστόσο, κρίνεται αρκετά περίπλοκο και απαιτεί μελέτη και προετοιμασία ώστε να αποφευχθούν τεχνικά προβλήματα, στρεβλώσεις και παθογένειες που οδήγησαν σε αποτυχία αντίστοιχες προσπάθειες στο παρελθόν. Παράλληλα θεωρείται απαραίτητη μια σειρά ξεχωριστών παρεμβάσεων για την βελτίωση των ελεγκτικών μηχανισμών, του πλαισίου αμοιβών, των δαπανών που θεωρούνται επιλέξιμες και γενικότερα του τρόπου διαχείρισης ώστε να μειωθούν ή να αιτιολογηθούν επαρκώς διαχρονικές αποκλίσεις που παρατηρούνται στις δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

5.4. Ενσωμάτωση υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το πλαίσιο της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας δεν αντιμετωπίστηκε επαρκώς κατά την διάρκεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η μη ικανοποιητική ανάπτυξη του συστήματος ΠΦΥ, δημιουργεί σημαντικό κενό στην παροχή υπηρεσιών. Η έλλειψη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας υφίσταται για λόγους που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τις ελλείψεις σε προσωπικό, την ανεπάρκεια υποδομών και χρηματοδότησης, την

απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και την ασάφεια του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών.

Τα περισσότερα μοντέλα ενσωμάτωσης και εξειδικευμένης φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνουν την παρουσία ψυχιάτρων ή άλλου εκπαιδευμένου προσωπικού στο χώρο της Π.Φ.Υ., τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής και γενικής υγείας καθώς και τις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας που δραστηριοποιούνται στις περιοχές της περιφέρειας.

Το θέμα της ελλιπούς ενσωμάτωσης και αξιολόγησης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχονται από ν.π.δ.δ και ν.π.ι.δ τέθηκε υπόψη στην έρευνα και ζητήθηκαν προτάσεις αναφορικά με τις υπηρεσίες που πρέπει να αναπτυχθούν σε επίπεδο Π.Φ.Υ. ώστε να παρέχεται στον λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας η κατάλληλη φροντίδα. Οι απαντήσεις φέρνουν σε πρώτο πλάνο τη μη ισότιμη ανάπτυξη των υπηρεσιών, τις γεωγραφικές ανισότητες και την γενικότερη έλλειψη υπηρεσιών *«Το ότι πάσχουμε σε υπηρεσίες ΠΦΥ φαίνεται και από το γεγονός ότι παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονη η ανάγκη για στεγαστικές ΜΨΑ (οικοτροφεία, ξενώνες). Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε επίπεδο ΠΦΥ απαιτούν στενή συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες κεντρικών μονάδων υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων αναφοράς. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ομογενοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από όπου κι αν προέρχονται (νπδδ, νπιδ).*

Οι υπηρεσίες που προτείνονται να αναπτυχθούν στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αφορούν κυρίως:

- Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής στήριξης στο γενικό πληθυσμό.
- Υπηρεσίες Άμεσης Βοήθειας στη Ψυχική Υγεία (Ψυχιατρικό ΕΚΑΒ)
- Υπηρεσίες νομικής υποστήριξης και δικαστικής συμπαράστασης για την ψυχική υγεία
- Ανάπτυξη και Ενεργοποίηση του προγράμματος «Φροντιστές κατ' οίκον»
- Χαρτογράφηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας Ψυχικής Υγείας
- Κέντρα Ημέρας και Εξειδικευμένα Κέντρα Ημέρας για άνοια και αυτισμό.

Το παράδειγμα της ένταξης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν πολυεπίπεδη φροντίδα με χαμηλό κόστος και είναι πλήρως ενταγμένες στο σύστημα της ΠΦΥ θα μπορούσε να αποτελέσει πυλώνα μελέτης και ενσωμάτωσης των παραπάνω δράσεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στο πλαίσιο ενός σχεδίου δράσης αντιμετώπισης των νέων αναγκών που έχουν δημιουργηθεί .

5.5. Συντονισμός και λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών

Ο κατακερματισμός των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας και η παράλληλη λειτουργία μονάδων σε ορισμένες περιοχές χωρίς δικτύωση και συνεργασία μεταξύ τους έχει ως άμεσο αποτέλεσμα να προκαλείται σύγχυση και στους χρήστες των υπηρεσιών που δυσκολεύονται να κατανοήσουν τον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών ακόμα και που πρέπει να απευθυνθούν.

Τα προβλήματα λειτουργικής διασύνδεσης και *επικοινωνίας* σε επίπεδο κοινότητας μεταξύ των δομών καθώς και τα θέματα ασυνέχειας και μη ολοκλήρωσης της αλυσίδας αποασυλοποίησης τέθηκαν υπόψη στην διενεργηθείσα έρευνα και αναζητήθηκαν οι αιτίες καθώς και οι προτάσεις για την βελτίωση της διασύνδεσης μεταξύ των δομών. Σύμφωνα με τις απόψεις των ειδικών τα προβλήματα διασυνδετικής και ασυνέχειας της αλυσίδας αποασυλοποίησης αφορούν κυρίως:

- Έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
- Η έλλειψη αναγκαίου συντονισμού και απουσία συστηματικού ελέγχου, οδηγιών και κατευθύνσεων προς τους φορείς από την διεύθυνση ψυχικής υγείας του υπουργείου.
- Αντιπαλότητα των φορέων και αμοιβαία καχυποψία στη διασύνδεση ν.π.ι.δ. με τις δομές του δημόσιου συστήματος.
- Απουσία οργανογράμματος-χάρτη που να λειτουργεί ως οπτικός μηχανισμός διασύνδεσης των υπηρεσιών (ευθυνών και αρμοδιοτήτων) προς όλες τις κατευθύνσεις.
- Απουσία οργανωτικού σχεδιασμού ώστε να υπάρχει ξεκάθαρο πλαίσιο λειτουργίας για κάθε δομή και Προγράμματος του εκάστοτε περιστατικού μέσα στο σύστημα υγείας.
- Έλλειψη κουλτούρας αποασυλοποίησης και μη σύνδεση επιχορήγησης με αποσυλοποίηση.

Ως βασική πρόταση βελτίωσης της διασύνδεσης και επικοινωνιακής συνεργασίας μεταξύ των μονάδων καταγράφεται η *«..ανάπτυξη ψηφιακού συστήματος παραπομπών και διασύνδεσης το οποίο θα είναι συνδεδεμένο με τον ψηφιακό φάκελο του ασθενή, πάντα με τις σχετικές προβλέψεις για τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, ώστε στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης να διαμορφώνεται ένα ενιαίο εξαμηνιαίο θεραπευτικό πλάνο για κάθε εξυπηρετούμενο συμπληρωματικά και ενιαία από τις πολυκλαδικές ομάδες των μονάδων που του παρέχουν υπηρεσίες.»* Επιπρόσθετα αυτού προβάλλεται και η άποψη για *«..Ανάπτυξη*

ψηφιακού φακέλου υγείας εκάστου πολίτη και σύνδεση της αποζημίωσης κάθε παρόχου υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τον ΕΟΠΠΥ υπό τις εξής προϋποθέσεις: α) η χρήση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων ανά κατηγορία παθήσεων β) την ύπαρξη ηλεκτρονικής παραπομπής από την μία υπηρεσία στην άλλη με παράλληλο σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και γ) την ύπαρξη κινήτρων και αντικινήτρων στην αποζημίωση των παρόχων ανάλογα με το ανωτέρω σύστημα αξιολόγησης»

Επιπρόσθετα και για το ερώτημα που αφορά την αλυσίδα αποασυλοποίησης προτείνεται:

-Εισαγωγή συστημάτων ποιότητας, αλλαγές στο σύστημα αποζημίωσης και ενδυνάμωση των μηχανισμών υλοποίησης των αλλαγών .

-Επιχορήγηση ανάλογα με τον αριθμό των ωφελουμένων με αύξησης του ποσού σε περίπτωση ροής από το οικοτροφείο στον ξενώνα και από εκεί στο προστατευόμενο διαμέρισμα.

Στο θέμα του συντονισμού και της λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών εκτιμάται ο σημαντικός ρόλος των τομεακών επιτροπών. Εφόσον εξασφαλιστεί η πλήρης και αδιάλειπτη λειτουργία τους, έχουν πλέον την αρμοδιότητα και τις ευθύνες να καθορίσουν τους τρόπους, τους όρους και τις προϋποθέσεις διασύνδεσης των υπηρεσιών όχι μόνο εντός του τομέα αλλά και μεταξύ διαφορετικών τομέων ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται απαραίτητο να αναληφθούν πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση της εισαγωγής στο σύστημα ηλεκτρονικού φακέλου ψυχικής υγείας. Η ανάληψη μιας δράσης αυτού του επιπέδου θα απέβαινε εξαιρετικά χρήσιμη καθότι πέραν των λόγων συνέχειας της παρακολούθησης αλλά και οικονομίας χρόνου, η συστηματικότερη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα επέτρεπε σε κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας να έχει πρόσβαση στο ιστορικό κάθε ασθενή, την πορεία του και τις χρησιμοποιηθείσες από αυτόν υπηρεσίες καθώς και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες στις περιπτώσεις όπου συχνά προσέρχονται ασθενείς σε κρίση, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να παράσχουν κρίσιμες πληροφορίες για την ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

5.6. Δράσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής Υγείας

Η υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής έχει υστερήσει σε σημαντικό βαθμό κατά την διάρκεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς δεν υπήρξε σχετικός προγραμματισμός για την ανάπτυξη τους. Εξαίρεση αποτέλεσαν ενδεικτικά οι δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος, η εκπόνηση σχεδιασμού για την πρόληψη της κατάθλιψης και οι δράσεις πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας και των προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω αναζητήθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας, προτάσεις για την ανάληψη δράσεων πρόληψης της ψυχικής υγείας ενηλίκων, παιδιών και εφήβων. Καταγράφονται οι δύο πλέον βασικές προτάσεις:

- Στην ανάπτυξη μονάδων έγκαιρης παρέμβασης στην Ψύχωση και στην άνοια.
- Στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη της σχολικής κοινότητας (μαθητές και εκπαιδευτικοί) από ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με παρεμβάσεις πρωτοβάθμιας πρόληψης στα σχολεία κατόπιν ειδικής θεσμοθέτησης.

Στο θέμα της αναδιάρθρωσης των προγραμμάτων πρόληψης προτάσσεται να δοθεί έμφαση:

- Στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων καθώς συνεχίζουν να υπάρχουν περιφέρειες με σημαντικότερες ελλείψεις στις προβλεπόμενες δομές με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιμετωπιστούν περιστατικά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.
- Στον καθορισμό καθολικού πλάνου παροχής υπηρεσιών σε άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού.
- Στην αναδιαμόρφωση και επέκταση προγραμμάτων πρόληψης σε ειδικές ευάλωτες ομάδες πληθυσμού όπως οι άστεγοι, οι άνεργοι και οι μετανάστες.

Στο πλαίσιο της τρέχουσας και της νέας προγραμματικής περιόδου 2021-2027 το Υπουργείο υγείας ενέκρινε τη σκοπιμότητα υλοποίησης δράσεων πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας με βασικούς πυλώνες την πρόληψη, πρώιμη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση. Στο πλαίσιο αυτό προβλέπεται η ανάπτυξη δράσεων ψυχικής υγείας στα σχολεία με στόχο την πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση και την υποστήριξη των παιδιών και εφήβων, προγράμματα για τη συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη παιδιών, εφήβων, ενηλίκων και τρίτης ηλικίας καθώς και τη δημιουργία νέων δομών για την υποστήριξη ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων,

όπως παιδιά, έφηβοι, ηλικιωμένοι ασθενείς με άνοια, νόσο αλτσχαιμερ και αυτισμό. Συγκεκριμένα και για την υλοποίηση αυτών των δράσεων προβλέπεται³¹:

-Η ανάπτυξη μονάδων Ψυχικής Υγείας για Ενήλικους. Το πλαίσιο περίθαλψης αναπροσανατολίζεται με στόχο την μετατόπιση του κέντρου βάρους στην κοινοτική αντί της διαχείριση κρίσης της νόσου μέσω της ιδρυματικής περίθαλψης. Βασική προϋπόθεση προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτός ο στόχος είναι η ανάπτυξη ενός τομεοποιημένου κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών στο οποίο το Κέντρο Ψυχικής Υγείας θα διαδραματίζει επιτελικό ρόλο. Στον σχεδιασμό θα προταχθούν τομείς που παρουσιάζουν ελλείμματα στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας είτε δεν διαθέτουν καθόλου Πρωτοβάθμιες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

-Η ανάπτυξη Ψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία. Στόχος να αντιμετωπισθούν σημαντικά προβλήματα και δυσλειτουργίες του συστήματος που αφορούν στην αποσυμφόρηση των Ψυχιατρικών τμημάτων των νοσοκομείων Αθήνας και Θεσσαλονίκης.

-Η ανάπτυξη στεγαστικών εξειδικευμένων δομών, με στόχο στην πρόληψη του εγκλεισμού και της ιδρυματοποίησης των ατόμων με σοβαρή ψυχική αναπηρία.

-Μονάδες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Ο σχεδιασμός προβλέπει τη λειτουργία τουλάχιστον μιας εξειδικευμένης κοινοτικής δομής ανά περιφέρεια. Επίσης προβλέπεται η ανάπτυξη πέντε (5) μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Δωδεκάνησα και η ανάπτυξη δυο (2) Κέντρων Ημέρας που θα προσφέρουν υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες, με διαταραχές πρόσληψης τροφής, καθώς και δυο (2) Κέντρων Ημέρας για προπαραβατικούς ανηλίκους και τρεις (3) ξενώνες για παραβατικούς εφήβους.

-Ανάπτυξη Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση, σε όλες τις Περιφέρειες της χώρας με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων ψυχωτικών διαταραχών στο αρχικό τους στάδιο και την πρόληψη της υποτροπής

-Μονάδες Ψυχικής Υγείας για την πρόληψη της Άνοιας και Alzheimer. Η παρέμβαση αποβλέπει στην κάλυψη των ελλειμμάτων και στη συμπλήρωση του υφιστάμενου κοινοτικού δικτύου μονάδων για την άνοια σε πολλές περιοχές της χώρας.

³¹ Με την Υπουργική Απόφαση Αρ. Πρωτ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.22845/20-4-2022 δόθηκε η έγκριση από άποψη σκοπιμότητας των πολιτικών ψυχικής Υγείας που θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο της τρέχουσας και της νέας προγραμματικής περιόδου ΕΣΠΑ 2021-2027, των πράξεων ένταξης της χρηματοδότησης νέων Μονάδων Ψυχικής Υγείας από το ταμείο Ανάκαμψης ή και από τον τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας .

-Μονάδες Ψυχικής Υγείας Αυτισμού . Η δράση στοχεύει στην ανάπτυξη τουλάχιστον μιας εξειδικευμένης κοινοτικής δομής στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας.

-Μονάδες Ψυχικής Υγείας για πρόσφυγες και μετανάστες. Η δράση προβλέπει την ανάπτυξη μιας στεγαστικής μονάδας υψηλής προστασίας που θα συμβάλει στην υποστήριξη προσφύγων και μεταναστών με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

-Μονάδες Ψυχικής Υγείας για την στήριξη της Οικογένειας Η δράση με επίκεντρο τα Κέντρα Ημέρας (ΚΜ) έχει ως στόχο την υποστήριξη των μελών μιας οικογένειας.ως μια κοινωνική μονάδα.

-Μονάδες για την προώθηση της Υγιούς Γήρανσης. Αφορά κυρίως την δημιουργία ιατρείων μνήμης, καθώς και της πρόληψης και έγκαιρης ανίχνευσης της έκπτωσης μνήμης και των υπόλοιπων νοητικών λειτουργιών στα άτομα τρίτης ηλικίας.

-Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τη διακομιδή ακούσιων Νοσηλίων. Η δράση αφορά, υπό την αίρεση της θεσμοθέτησης του κατάλληλου νομικού πλαισίου, στη διαμόρφωση ενός πλαισίου μεταφοράς των ψυχικά ασθενών σε μονάδες κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας.

Επίλογος

Το πλαίσιο των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του τομέα ψυχικής υγείας που ξεκίνησε την δεκαετία του 1980 έχει να επιδείξει σημαντικά επιτεύγματα στον τομέα της ενσωμάτωσης και της ομαλής προσαρμογής του ψυχικά ασθενή στον κοινωνικό ιστό. Σε όρους απόλυτων αριθμών επιτεύχθηκε μείωση κλινών και χρόνου παραμονής ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, αναπτυχθήκαν ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία και δημιουργήθηκαν νέες στεγαστικές δομές. Επίσης εφαρμόστηκαν προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υλοποιήθηκαν δράσεις στην κοινότητα προκειμένου να υποστηριχτούν οι βασικοί πυλώνες που είχαν τεθεί για την επιτυχία των σχετικών προγραμμάτων.

Στον αντίποδα άλλα ζητήματα εξίσου κρίσιμα για την επιτυχία του εγχειρήματος δεν αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως και επαρκώς και υπήρξαν καθυστερήσεις. Χρειάστηκε να περάσουν αρκετά χρόνια μετά την ίδρυση και λειτουργία διαφόρων δομών για να εκδοθούν αναγκαίες αποφάσεις και να ρυθμιστούν θέματα διοικητικά και οργανωτικά ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι ρυθμίσεις είτε δεν υλοποιήθηκαν καθόλου είτε υλοποιήθηκαν μερικώς αφού ήταν εμφανής η αδυναμία των μηχανισμών που κλήθηκαν να υλοποιήσουν τις αλλαγές αλλά και της έλλειψης κατάλληλων εργαλείων.

Καθίσταται επιτακτική πλέον η ανάγκη επανεκτίμησης της κατάστασης που επικρατεί συνολικά στην ψυχική υγεία. Ο σχεδιασμός δεν πρέπει να εξαντλείται στο πόσες και ποιες δομές χρειάζονται ακόμα. Η αύξηση των δομών είναι απαραίτητη όμως η ανάπτυξη τους θα πρέπει να επιλύει το μείζον πρόβλημα της ανισοκατανομής ανά γεωγραφική περιφέρεια, κάλυψης ομάδων πληθυσμού και ανάγκης δημιουργίας υπηρεσιών. Η κατεύθυνση δεν πρέπει να είναι πλέον στην διασφάλιση των επιτευγμάτων της μέχρι τώρα πορείας της μεταρρύθμισης αλλά στη διαμόρφωση κατάλληλου διοικητικού και οργανωτικού πλαισίου που θα έχει τη δυνατότητα εφαρμογής βασικών αρχών που βρίσκονται στον πυρήνα της.

Οι νέες ανάγκες απαιτούν να δοθεί έμφαση στα θέματα αναδιοργάνωσης, διοίκησης, λειτουργικής διασύνδεσης, συνεργασίας και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και ανάπτυξης δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας για την υποστήριξη ομάδων στόχων στο πλαίσιο μιας γενικότερης επανεκκίνησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Βιβλιογραφία

- Αιτιολογική έκθεση στο σχέδιο νόμου 4461/2017 «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής υγείας Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων και άλλες διατάξεις».
- Βαρουχάκης Χ. «Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης». στο περιοδικό *Ψυχιατρική*, τομ. 18 (1), 2007, σσ. 78-83.
- Δεπάστας Χαράλαμπος, «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα» στο περιοδικό *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τομ.17(2), 2018.
- Ειδική υπηρεσία διαχείρισης Ε.Π. «Υγείας- Πρόνοιας» 2000-2006. Προετοιμασία Εφαρμογής του Μέτρου 2.4 (Κατάρτιση του προσωπικού για την στήριξη της αποασυλοποίησης της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών) – Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Αθήνα, 2001.
- Μαδιανός Μ. *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, Από τη Θεωρία στην Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 1994.
- Μαδιανός Μ.. «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα». Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου, Πανεπιστήμιο Αθηνών στο περιοδικό *Ψυχιατρική*, τομ. 21 (2), 2002, σσ. 297-300.
- Μπραουδάκης Γ. *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012*. Αθήνα: 2013.
- Πρόγραμμα “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” στην ιστοσελίδα «Ψυχαργός». Διαθέσιμο σε: <https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>
- Σκαπινάκης, Π. & Μαυρέας Β. «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες» στο περιοδικό *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, τομ. 18 (5), 2001, σσ. 444-445.
- Στυλιανίδης, Σ. «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα» στο περιοδικό *ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑ & ΤΕΧΝΕΣ* τχ. 105, 2006.
- Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Αθήνα. 2001

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2011.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ««Ψυχαργός»» Γ' (2011-2020): Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος «Ψυχαργός». Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2011.
- Υπουργείο Υγείας Γραφείο Γενικού Γραμματέα – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας έκθεση «τομεοποιημένος σχεδιασμός ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας υφιστάμενη κατάσταση και ανάγκες σε δομές και προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Ιούνιος 2019
- Φωτιάδου Α., Πρίφτης Φ., Κυπριανός Σ. «Απαντήσεις και συσχετισμοί των ψυχικών διαταραχών και της κοινωνικής βίας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση» στο περιοδικό *Εγκέφαλος: Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, τομ. 42 (2), 2005. Διαθέσιμο σε: <http://www.encephalos.gr/full/42-2-03g.htm>.
- European Brain Council (EBC). «The Value of Treatment for Brain Disorders (VOT)» στην ιστοσελίδα European Brain Council. Διαθέσιμο σε: <https://www.braincouncil.eu/projects/the-value-of-treatment/>.
- Gustavsson & συν. «Cost of disorders of the brain in Europe 2010» στο περιοδικό *European Neuropsychopharmacology*, τομ. 21 (10), 2011, σσ. 718-779.
- OECD. «Mental health and covid-19». Πηγή: National data sources. Sweden, Mexico, U.S.A, Italy, France, United Kingdom, Japan.
- Stefanos Mantzoukas. *Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία οι μέθοδοι και η παρουσίαση*. Thames valley University, London , G. Britain
- Thomson C. «Qualitative research into nursing decision making: Factors for consideration in theoretical sampling» στο *Qual Health Res*, 9, 1999, σσ. 815-828.
- World Health Organization. *Mental Health Policy and Service Guidance Package-Organization of services for Mental Health*. Geneva: World Health Organization. 2003.
- World Health Organization. «Mental health: strengthening our response» στην ιστοσελίδα *World Health Organization*. 30/03/2018. .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Εννοιολογικοί προσδιορισμοί της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

- Οικοτροφεία:** Μονάδες φροντίδας και χαρακτηρίζονται από τον υψηλό βαθμό προστασίας που προσφέρουν. Οι ασθενείς που διαμένουν σε αυτά αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα σοβαρού βαθμού, όπως για παράδειγμα έλλειψη στέγης ή κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Ξενώνες:** Οι ξενώνες έχουν δυναμικότητα φιλοξενίας έως και 15 ατόμων. Παρέχονται υπηρεσίες όσους αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα στη διαβίωση, τη θεραπεία και την υποστήριξη στοχεύοντας στην ανεξαρτητοποίηση τους. Διακρίνονται ανάλογα με: Α. το χρόνο παραμονής των ασθενών σε βραχείας διάρκειας, μακράς διάρκειας και μικτούς και Β. την παρουσία του προσωπικού σε υψηλό βαθμό υποστήριξης με 24ωρη παρουσία του προσωπικού, μέσο βαθμό υποστήριξης με κατώτερη του 24ωρου παρουσία του προσωπικού και χαμηλός βαθμός υποστήριξης με την κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και την υποστήριξη των φιλοξενουμένων
Γ. Ανάλογα με το χώρο εγκατάστασης τους χωρίζονται σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς
- Προστατευόμενα Διαμερίσματα:** Στα Προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχεται εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης για κάθε ένα άτομο που διαμένει εκεί. Το θεραπευτικό έργο λαμβάνει χώρα στα πλαίσια οργανωμένων θεραπευτικών πράξεων και δραστηριοτήτων, που καθορίζονται από τις ανάγκες αλλά και τις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου
- Κέντρα Ημέρας** Είναι ανοιχτές δομές για την παροχή υπηρεσιών σε ενήλικες, που έχουν εμφανίσει ψυχική ασθένεια και διαμένουν με την οικογένεια τους ή σε προστατευόμενες δομές
- Νοσοκομεία Ημέρας** Είναι μονάδες για τη μερική νοσηλεία ασθενών που έχουν προχωρήσει στο στάδιο της αποθεραπείας σε σημαντικό βαθμό. Απευθύνονται σε ενήλικες με ψυχικές ασθένειες, οι οποίοι δε χρήζουν 24ωρης ψυχιατρικής νοσηλείας αλλά και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερικά ιατρεία
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε)** Είναι ν.π.ι.δ., με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους που θεσπίστηκαν με το α. 12 του Ν. 2716/1999. «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι μια ιδιαίτερη μορφή συνεταιρισμού, αφού παράλληλα είναι παραγωγικές και εμπορικές μονάδες αλλά και μονάδες Ψυχικής Υγείας .

- Τομεοποίηση:** Η δημιουργία τομέων, για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός μίας περιοχής ευθύνης σε συγκεκριμένα γεωγραφικά & πληθυσμιακά όρια. Το μέγεθος που έχει κάθε τομέας εξαρτάται για τις αποστάσεις που απαιτούνται από τους ασθενείς να διανύσουν, προκειμένου να μην απομακρύνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον για να λάβουν περίθαλψη.
- Αποσυλοποίηση:** Ο όρος αναφέρεται στην διαδικασία της εξόδου των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρεία και τη μετεγκατάστασή τους στην κοινότητα. Είναι η σημαντικότερη πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, καθώς η μετεγκατάσταση των ασθενών στοχεύει στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση αλλά και στην επανένταξή τους στην κοινότητα.
- Κοινοτική Ψυχιατρική:** Αποτελεί τον αντίποδα της ασυλικής ψυχιατρικής. Αφορά στην κοινοτική φροντίδα και αποκατάσταση της υγείας των ψυχικά ασθενών και της οικογένειας τους στο πλαίσιο της κοινότητας.
-

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Χρονοδιάγραμμα νομοθετικών ρυθμίσεων και διοικητικών δράσεων

ΕΤΟΣ	
1983	Ψηφίζεται ο ν. 1397/1983. Οι απαρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.
1984	Κανονισμός 815/1984. Χορήγηση έκτακτης οικονομικής βοήθειας για τη βελτίωση της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης.
1989	Δημοσίευση άρθρου στην βρετανική εφημερίδα <i>Observer</i> για τη Λέρο με τίτλο « <i>Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης</i> ».
1990	Συστήνεται με το Π.Δ. 83/(ΦΕΚ Α'44/26.03.1990) η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
1992	Ψηφίζεται ο ν. 2071 (ΦΕΚ Α'123/15.07.1992). Εισαγωγή στη χώρα μας των νέων τάσεων της ψυχιατρικής φροντίδας.
1997	Εκπόνηση Προγράμματος (1997-2006) για την ψυχική υγεία με την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Πρώτη φάση του Προγράμματος (1997-2001)
1999	Ψηφίζεται ο ν. 2716/1999 (ΦΕΚ Α' 96/17.05.1999). Ο νόμος ρυθμίζει αποκλειστικά θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία.
2001	Τέλος της Α' φάσης του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». 1 ^η αναθεώρηση του Προγράμματος.
2001-2006	Δεύτερη φάση του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».
2006-2009	Ολοκλήρωση του προγράμματος αποασυλοποίησης.
2009	Υπογραφή του Σύμφωνου Spidla μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης .
2013	Νέο Μνημόνιο συνεργασίας (Laszlo Andor), μεταξύ Ευρωπαϊκής Επιτροπής και Ελληνικής Κυβέρνησης.
2014	Ψηφίζεται ο ν. 4272/2014. Ρυθμίζονται θέματα διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
2017	Ψηφίζεται ο ν. 4461/2017. Μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Περιφερειακή οργάνωση του συστήματος) .
2019	Με Υπ. Απόφαση (Α4β/ΓΠ/οικ.19569/27.03.2017) προβλέπεται ο Έλεγχος της οικονομικής διαχείρισης των Μ.Ψ.Υ που λειτουργούν τα ν.π.ι.δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα από ορκωτούς λογιστές.
2022	Εγκρίνεται η σκοπιμότητα πολιτικών ψυχικής υγείας που θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο της προγραμματικής περιόδου ΕΣΠΑ 2021-2027

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ερωτηματολόγιο – Απόψεις και απαντήσεις των συμμετεχόντων

1^η Ερώτηση: Σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 4461/2017, οι τομεακές επιτροπές αποτέλεσαν την βάση της νέας περιφερειακής διοικητικής οργάνωσης του συστήματος Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Ωστόσο σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα από τις 37 τομεακές επιστημονικές επιτροπές ψυχικής υγείας ενηλίκων λειτουργούν ελάχιστες ενώ η θητεία των περισσότερων έχει ήδη λήξει και δεν έχει ανανεωθεί. Επίσης δεν έχει συγκροτηθεί καμία Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή παιδιών και εφήβων. Τα ανωτέρω έχουν σαν αποτέλεσμα την ακύρωση στην πράξη μιας βασικής διάστασης της περιφερειακής διοίκησης, της λήψης αποφάσεων σε περιφερειακό επίπεδο.

A) Ποιες είναι κατά την άποψη σας οι αιτίες της μη λειτουργίας του συστήματος τομεοποίησης στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας;

Απάντηση: Υπάρχουν δύο βασικές αιτίες η πρώτη αιτία αφορά την έλλειψη στελέχωσης των τομεακών επιτροπών με μόνιμα στελέχη υπεύθυνα για το συντονισμό και τη διασύνδεση σε επίπεδο τομέα, η δεύτερη αιτία αφορά την έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας και διασυνδετικής μεταξύ των μονάδων που λειτουργούν σαν αυτόνομα υποσυστήματα αντί μέρος ενός συστήματος με διασύνδεση και διαλειτουργικότητα

Απάντηση: Για να κατανοηθεί το σύνολο των απαντήσεων καλό θα ήταν να ξεκινήσω τις απαντήσεις μου με την διευκρίνιση μερικών χρήσιμων εννοιών. Τόσο ο πρωταρχικός νόμος για την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσο και όλοι οι επόμενοι που επιχειρήσαν διαχρονικά να τον βελτιώσουν, συμπληρώσουν, εκσυγχρονίσουν, μεταρρυθμίσουν κ.λπ., προέβλεπαν την Περιφερειακή και την Τοπική οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία του συνόλου των υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας. Ωστόσο η ανάπτυξη και η λειτουργία του συνόλου των υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα, παραμένει στον απόλυτο έλεγχο της Κεντρικής εξουσίας μέσω του Υπουργείου Υγείας. Σε καμία περίοδο της σύγχρονης μεταπολιτευτικά ιστορίας του υγειονομικού συστήματος της χώρας δεν επιχειρήθηκε η εκχώρηση των αρμοδιοτήτων μετά των απαραίτητων πόρων (οικονομικών, ανθρώπινων, υλικών κ.α.), σε περιφερικό επίπεδο. Σε κάποιες περιπτώσεις επιχειρήθηκε η μεταφορά αρμοδιοτήτων διαχείρισης & διοίκησης του συστήματος σε περιφερικότερα κέντρα λήψης αποφάσεων, αλλά η πολιτική ασυνέχεια και οι πολιτικές συνθήκες δεν επέτρεψαν καμία ουσιαστική αλλαγή.

Την παραπάνω πορεία και ιστορία ακολουθεί και το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και το ουσιαστικότερο εργαλείο της επίτευξης αυτής της περιφερειοποίησης των υπηρεσιών, που λέγεται τομεοποίηση.

Τομεοποίηση είναι αφενός ο σχεδιασμός για την παροχή υπηρεσιών υγείας εντός μίας περιοχής ευθύνης σε συγκεκριμένα γεωγραφικά & πληθυσμιακά όρια, αφετέρου η διασφάλιση παροχής αυτών των υπηρεσιών ισότιμα σε όλο τον πληθυσμό αναφοράς. Παρόλο που η τομεοποίηση αναγνωρίζεται διαχρονικά ως πρώτη προτεραιότητα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα μας, δεν αποτελεί το εργαλείο για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη ούτε των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά ούτε και στα άλλα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η πρώτη σημαντική διαπίστωση επομένως για την μη λειτουργία της τομεοποίησης σχετίζεται με την μέχρι πρότινος ανυπαρξία τομεοποίησης στην ΠΦΥ. Η τομεοποίηση προβλέφθηκε σε νομοθέτημα του 2014 σχετικά με την δημιουργία συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας για πρώτη φορά.

Η ύπαρξη νομοθετικών προβλέψεων για την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας & ΠΦΥ είναι μία σημαντική εξέλιξη αρκεί αυτές οι δύο διαδικασίες να συμβαδίσουν με κάποιον τρόπο. Περαιτέρω την εμπέδωση της τομεοποίησης ως εργαλείου λειτουργίας των υπηρεσιών θα εξυπηρετούσε η θεσμοθέτηση από το κράτος της παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας και της πλήρους αποζημίωσης αυτών από το κράτος μόνον εντός των ορίων εκάστου τομέα για τους πολίτες που διαμένουν σε αυτόν.

Τέλος η τομεοποίηση θα λειτουργήσει μόνον όταν εντός ενός τομέα οι πολίτες διαπιστώσουν ότι υφίστανται κοντά τους δημόσιες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που μπορούν να κάνουν χρήση χωρίς να καταβάλλουν οποιοδήποτε αντίτιμο. Έτσι θα αλλάξει και η αντίληψη των πολιτών οι οποίοι στην περίπτωση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εγγράφουν τα παιδιά τους στην κοντινότερη στην οικεία τους σχολική μονάδα, ενώ σε περίπτωση ασθένειας επιδιώκουν να βρουν την καλύτερη υπηρεσία ακόμα και αν χρειαστεί να ταξιδέψουν διαπεριφερειακά.

Απάντηση: Η έλλειψη διοικητικής υποστήριξης των τομεακών επιτροπών. Η έλλειψη κινήτρων (οικονομικών και άλλων) και ο φόρτος εργασίας στους επαγγελματίες υγείας που θα μπορούσαν να στελεχώσουν τις επιτροπές. Οι δυσκολίες επικοινωνίας των επιτροπών με τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Διαφορετική (ασύμβατη) τομεοποίηση ενηλίκων και παιδιών και εφήβων

Απάντηση: Η μη λειτουργία της τομεοποίησης, με την έννοια της εξασφάλισης της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός του τομέα παραγωγής οφείλεται, κυρίως, στην έλλειψη δομών, ακόμη και των βασικών τύπων (κέντρα ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών – εφήβων, κλινικές, δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε κάθε τομέα ψυχικής υγείας), ώστε να εξασφαλίζεται η φροντίδα εντός του.

Απάντηση: Το σύστημα τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποτελεί ένα θεωρητικό «εργαλείο» οργάνωσης, συντονισμού, αποκέντρωσης, αξιολόγησης, και εξελικτικά βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στην πράξη, και ουσιαστικά στην καθημερινότητα τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και των ληπτών των υπηρεσιών είναι «άλλο ένα διοικητικό όργανο» που αδυνατεί να εξυπηρετήσει το σκοπό του με αποτέλεσμα να είναι «ένα ακόμα συστημικό μέρος του προβλήματος» της εφαρμογής των αρχών και αξιών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ο κυριότερος λόγος της αποτυχίας του συστήματος τομεοποίησης με τη σημερινή του μορφή και την αναχρονιστική του λογική (και δυστυχώς παρά τις κατά καιρούς τροποποιήσεις/αλλαγές που έχουν εφαρμοστεί) είναι γιατί: η τομεοποίηση της ψυχικής υγείας οφείλει πλέον να καθορίζεται από το έργο και το αντικείμενο των υφιστάμενων δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (τομεοποίηση εξ αντικείμενου) και επιτέλους να πάψει να ορίζεται από τα γεωγραφικά όρια δήμων και κοινοτήτων όπως αυτά προκύπτουν στους χάρτες.

Ο χάρτης της ψυχικής υγείας στη χώρα μας πρέπει να έχει ως σημεία αναφοράς τις δομές που υπάρχουν (και τις δομές που πρέπει να δημιουργηθούν) στις συγκεκριμένες περιφερειακές και δημοτικές ζώνες με ζητούμενο την κάλυψη των αναγκών σε σχέση πάντα με τον αριθμό των κατοίκων ανά περιοχή και γνώμονα την διευκόλυνση της πρόσβασης.

Η επιλογή του συστήματος αναφοράς των ορίων των δήμων και κοινοτήτων ήταν «μια κάποια λύσις» ή έστω μια βάση προς έναρξη του Ψυχαργός όταν αυτό ήταν στην Α' φάση.

Σήμερα, με το Ψυχαργός στη Δ' φάση και με τις τεχνολογικές εξελίξεις που είναι σε θέση να ψηφιοποιήσουν/απλοποιήσουν μεγάλο όγκο από τις αναλογικές συμβατικές υποχρεώσεις της καθημερινής ρουτίνας των επαγγελματιών και των ληπτών είναι μια καλή ευκαιρία για τον ριζοσπαστικό επαναπροσδιορισμό των ΤΟΨΥ και ως εκ τούτου να επαναπροσδιοριστεί το πλαίσιο σύνθεσης και λειτουργίας των τομεακών επιτροπών.

Ο ανωτέρω συλλογισμός ουσιαστικά περιγράφει το κενό που υπάρχει «στη μετάφραση» (ακόμα και μεταξύ επαγγελματιών).

Η τομεοποίηση της Ψυχικής Υγείας είναι μια διαδικασία που περιγράφει συνολικά όλες τις επιμέρους διεργασίες των οργάνων και οργανισμών (επιτροπών, νπδδ, νπιδ, γραμματείες, διευθύνσεις, κλπ). Η τομεοποίηση της Ψυχικής Υγείας ΔΕΝ είναι η τομεοποίηση των Επιτροπών. Η τομεοποίηση των Επιτροπών συμβάλλει στην τομεοποίηση της Ψυχικής Υγείας.

Σε αυτό το χρόνο κι εφόσον έχουμε προσεγγίσει «την αιτία της παθολογίας του γνωσιακού χάρτη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» γενικά, μπορούμε να σταθούμε ειδικά, στον πολυσυλλεκτικό στη θεωρία, πολυπαραγοντικό και πολύπλοκο στην πράξη, χαρακτήρα του υφιστάμενου πλαισίου που διαπνέει τη σύσταση των τομεακών Επιτροπών.

Μιλάμε για ένα υβριδικό (αιρετά και διορισμένα πρόσωπα, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια όργανα εκπροσώπησης), σημείο συνάντησης επαγγελματιών, ληπτών και άλλων ειδικών το οποίο για να μπορέσει να φτάσει στην πλήρη ανάπτυξη του προϋποθέτει αρχαιρεσίες πολλών

συλλογικών οργάνων τα οποία μέσα από το δικό τους πλαίσιο λειτουργίας και υποχρεώσεων (τόσο ως όργανα όσο και ως μέλη) είναι σχεδόν αδύνατο να συγκλίνουν ως προς ένα κοινό τόπο.

Ταυτόχρονα και παράλληλα, ενώ το κύριο ζητούμενο των επιτροπών παραμένει η δημιουργία «μιας δεξαμενής σκέψης με εκτελεστικές αρμοδιότητες για την ψυχική υγεία» στην πράξη το τελικό παραδοτέο των επιτροπών περιορίζεται στην επισήμανση, (αυτό)αναφορά και παραπομπή ζητημάτων σε κεντρικότερες διοικητικές δομές όπου το στοιχείο του χρόνου αντίδρασης ως προς το πρόβλημα και την επίλυσή του μεταμορφώνεται σε μια χρονοβόρα διαδικασία για το πρόβλημα αυτό καθεαυτό και την υποβολή προτάσεων για την αντιμετώπισή του και όχι εφαρμογή των αποφάσεων.

Τέλος, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην διεύρυνση της διεπιστημονικότητας των μελών των επιτροπών σε συνεργασία και (δια)σύνδεση με επαγγελματίες «του πεδίου» ώστε να υπάρχει «ζωντανή» επαφή με την πραγματικότητα των ληπτών και των χώρων αναφοράς τους κατά συνθήκη και περίπτωση, και όχι επαφή εξ αποστάσεως, «κεκλεισμένων των θυρών» και αποκλειστικά μέσω εγγράφων

Απάντηση: Η απουσία κινήτρων στο/η γραμματέα και στα μέλη των Επιτροπών (χρηματική αποζημίωση ανά συνεδρίαση με συγκεκριμένο αριθμό συνεδριάσεων ανά μήνα, ανάθεση καθηκόντων πλήρους απασχόλησης σε συγκεκριμένα μέλη), χαμηλός βαθμός εποπτείας από τις αρμόδιες υπηρεσίες σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο και τέλος το γεγονός ότι οι εν λόγω επιτροπές είναι πολυάριθμες και για τη στελέχωσή τους έχουν προβλεφθεί πολύπλοκες και χρονοβόρες διαδικασίες (εκλογών κλπ)

Απάντηση: Οι Επιτροπές είναι πολυπληθείς και το σχήμα καθίσταται μη λειτουργικό. Επιπλέον είναι μη αμειβόμενες οπότε τα μέλη δεν έχουν κίνητρο να συμμετέχουν

Απάντηση: Κατά τη γνώμη μου θεωρώ ότι το σύστημα αυτό δε μπορεί να λειτουργήσει σε επίπεδο περιφερειακό (όπως και δε λειτούργησε στην περιοχή μας παρά μόνο 1-2 φορές) γιατί πολύ απλά ότι φεύγει από τα υπουργεία χάνεται. Δυστυχώς σε μικρούς τόπους ο δυνατός εξαφανίζεται τον αδύνατο και δεν υπάρχει σωστή αξιολόγηση των αιτημάτων-προβλημάτων. Υπάρχει και η ανισότητα στον αριθμό συμμετοχής των μελών των φορέων με αποτέλεσμα μικροί φορείς όπως ο δικός μας που συμμετείχε μόνο με ένα μέλος να μην έχουν ούτε μια πιθανότητα στις 100 να περάσουν ένα αίτημά τους. Εκτός αυτού το μόνο που αντιμετωπίσαμε ήταν μια απαξιωτική αντιμετώπιση. (Προσωπική εμπειρία).

Απάντηση: Δεν έχει κατανοηθεί η σημασία της τομεοποίησης και πόσο σημαντική είναι για την αρτιότερη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της χώρας ανά τομέα. Οι βασικές αιτίες της μη λειτουργίας της τομεοποίησης είναι οι εξής: Έλλειψη κινήτρων και εμπειρίας στα μέλη των επιτροπών που διορίζονται. Το πλαίσιο που αφορά στη συνεργασία και παρακολούθηση των θεμάτων από τα μέλη δεν είναι ικανοποιητικό

Απάντηση: Έλλειψη γνώσης των συμμετεχόντων για το πλαίσιο και λειτουργία του οργάνου. Μη σωστή οργάνωση του πλαισίου των τομεακών επιτροπών. Δεν υπάρχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένους τομείς ψυχικής υγείας. Οι εκπρόσωποι των Μονάδων ψυχικής υγείας δεν έχουν γνώση για την λειτουργία των υπόλοιπων μονάδων

Απάντηση: Η έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η μη συνεργασία και διασύνδεση ιδιωτικού και δημόσιου φορέα, ελλιπής γνώση των εμπλεκόμενων τόσο για τις υπηρεσίες που υπάρχουν όσο και για τον τρόπο λειτουργίας τους καθώς και η μη παρακολούθηση και η συνέχεια στο έργο με αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που μπορεί να έχουν ανεπάρκεια έργου ποσοτικά και ποιοτικά

Απάντηση: Η αποτελεσματική λειτουργία της τομεοποίησης προϋποθέτει την ανάπτυξη και υποστήριξη δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ικανών να καλύψουν τις ανάγκες κάθε τομέα. Οι δομές αυτές δεν δημιουργήθηκαν ποτέ με αποτέλεσμα να είναι ελάχιστοι οι τομείς που έχουν επάρκεια δομών ικανών να υποστηρίξουν τον πληθυσμό. Αντί αυτών υλοποιούνται βραχύβια και στοχοκατευθυνόμενα προς ειδικούς πληθυσμούς προγράμματα που δεν μπορούν να συγκροτήσουν ένα σταθερό δίκτυο παροχής υπηρεσιών. Δευτερευόντως, το υπάρχον σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων, που δεν είναι τομεοποιημένο προκαλεί περαιτέρω δυσκολίες στην υλοποίηση της τομεακής λειτουργίας

Απάντηση: Όταν ξεκίνησε πριν από 35 χρόνια η προσπάθεια για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ο στόχος ήταν να υπάρχει ένα πλήρες δίκτυο υπηρεσιών στην κοινότητα το οποίο να διασφαλίζει σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας τη λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες της ψυχικής υγείας του τοπικού πληθυσμού. Οι βασικές αρχές ανάπτυξης αυτού του κοινοτικού δικτύου θα έπρεπε να περιλαμβάνουν: Α) Κατάργηση των υφιστάμενων ψυχιατρικών νοσοκομείων και μετασχηματισμό τους σε δίκτυα υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής. Β) Τομεοποίηση και αποκέντρωση. Γ) Εξατομικευμένη και ολιστική προσέγγιση. Δ) Σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα μέσα από την δραματική μείωση των αναγκαστικών νοσηλείων. Ε) Διασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας. Εκτός από νησίδες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που υπάρχουν στη χώρα κανένας από αυτούς τους στόχους δεν έχει υλοποιηθεί.

Η μη λειτουργία της τομεοποίησης/αποκέντρωσης οφείλεται κυρίως στο ότι α) επιβλήθηκε στη χώρα αντί να γεννηθεί βάσει οράματος και αναγκών του πληθυσμού, β) δεν αναπτύχθηκε η κουλτούρα ανάγκης δημιουργίας και λειτουργίας ολοκληρωμένων και λειτουργικών δικτύων ανά τομέα ώστε να ενισχυθεί η κοινοτική φροντίδα, γ) ελλείπει συντονισμένου σχεδιασμού οι «ασκήσεις επί χάρτου» ήταν αναμενόμενο να μην μπορούν μεταφραστούν σε υλοποιήσιμες δράσεις, δ) η παντελής έλλειψη συμμετοχικότητας όλων των ενδιαφερομένων μερών στον πλημμελή σχεδιασμό από πλευράς Υπουργείου Υγείας (top-down vs. bottom-up approach) ή τους άφησε αδιάφορους (πχ ΠΕΔΙΤΟΨΥ) ή δεν τους επέτρεψε να συμμετάσχουν ισότιμα και δημιουργικά (Συλλόγους ληπτών και οικογενειών), ε) η μη προτεραιοποίηση από πλευράς Υπουργείου Υγείας της αναγκαιότητας καταπολέμησης του στίγματος (κοινωνικού και θεσμικού), της προαγωγής και πρόληψης, όπως και της έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση/κρίση, σε συνδυασμό με την μη-συμμετοχική λήψη αποφάσεων που χαρακτηρίζεται από αδιαφάνεια και στην εμμογή χρηματοδότησης και συντήρησης ενός συστήματος που δεν ευνοεί την αποκέντρωση, στ) ο επί δεκαετίες υποβιβασμός της ψυχικής υγείας

Απάντηση: Η ανεπαρκής οργάνωση των τομεακών επιτροπών τόσο σε κεντρικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο υποστήριξης της λειτουργίας τους με ανθρώπινους και άλλους πόρους.

Β) Η διαμόρφωση των υφιστάμενων τομέων καλύπτει τις ανάγκες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας; ή θα πρέπει να υπάρξει και μια γενικότερη οργανωτική αναδιοργάνωση των τομέων;

Απάντηση: Η έως τώρα λειτουργία των τομέων χαρακτηρίζεται από την ελλιπή στελέχωση και ανάπτυξη που προκαλεί ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών ενώ η αδυναμία σύστασης των περισσότερων επιτροπών λόγω περιορισμένης εκδήλωσης ενδιαφέροντος συμμετοχής υποβιβάζει ακόμα περισσότερο την αποτελεσματικότητα του θεσμού που σίγουρα μόνο πετυχημένη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί. Σαφώς πρέπει να υπάρξει λειτουργική αναδιοργάνωση των τομέων με πρώτο και βασικό μέλημα τη στελέχωση με τουλάχιστον ένα συντονιστή και έναν υπεύθυνο διασύνδεσης μεταξύ του μονάδων καθώς και δύο άτομα γραμματεία. Επίσης πρέπει να διερευνηθεί η δυνατότητα καταβολής μιας ελάχιστης αποζημίωσης στα μέλη των επιτροπών

Απάντηση: Οι σημερινοί τομείς ψυχικής υγείας δεν έχουν διαρθρωθεί με κριτήρια ικανοποίησης του συνόλου των αναγκών των πολιτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μιας που δεν υπάρχουν επιδημιολογικά δεδομένα για το ποιες είναι αυτές οι ανάγκες και αν διαφοροποιούνται ανάλογα με τις πληθυσμιακές, αλλά και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της χώρας. Οι τομείς δεν έχουν διαρθρωθεί με κριτήριο ύπαρξης όλων των απαραίτητων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που πιθανά θα χρειαστεί ο πολίτης. Οι συστάσεις των τομέων έγινε κάποια στιγμή με κριτήριο την δυνατότητα ανεύρεσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας που θα στελέχωναν τις επιτροπές ψυχικής υγείας αυτών των τομέων. Σήμερα η διοικητική διάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας διέπεται από ένα σύνθετο πολυεπίπεδο πλαίσιο. Η αύξηση των επιπέδων διάρθρωσης των τομέων και η συγκρότηση των αντίστοιχων επιτροπών επέτεινε τον βαθμό πολυπλοκότητας, με αποτέλεσμα σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης να μην λειτουργούν τα

προβλεπόμενα όργανα, καθιστώντας επιτακτική της μετάβαση δυσλειτουργικό και απόλυτα χαοτικό μοντέλο σε ένα πιο απλό και απλοποιημένο μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης.

Απάντηση: Δεν τις καλύπτει. Υπάρχουν μεγάλοι τομείς με πληθυσμό 300.000 ατόμων, ενώ σε χώρες του εξωτερικού, οι τομείς αφορούν πληθυσμό 100.000. Δεν υπάρχει επάρκεια δομών ψυχικής υγείας και εργαζόμενων. Πρέπει να υπάρξει αναδιοργάνωση γιατί επιπλέον υπάρχει σύγχυση ανάμεσα στον γεωγραφικό και διοικητικό διαχωρισμό των τομέων στη νομοθεσία.

Απάντηση: Η επαναδιαμόρφωση των τομέων ψυχικής υγείας έγινε την περίοδο 2017-2019, με στόχο, κυρίως, τη δημιουργία τομέων με γνώμονα την εφαρμογή πληθυσμιακών και γεωγραφικών κριτηρίων και όχι απλώς την επανακατανομή των υφιστάμενων δομών σε ζώνες. Παρότι, οι τομείς που διαμορφώθηκαν είναι μεγαλύτεροι και γεωγραφικά και πληθυσμιακά από ένα μέγεθος που θα παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά της κοινότητας, η ταυτόχρονη πρόταση για τη δημιουργία, σε αυτό το επίπεδο, των απαραίτητων δομών που θα εξασφαλίσουν τη συνέχεια της φροντίδας εντός τους (όπως αποτυπώνεται στην Έκθεση «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Μονάδων Ψυχικής Υγείας» του Υπουργείου Υγείας), υπήρξε ένα βήμα προς αυτή την κατεύθυνση

Απάντηση: Η διαμόρφωση των υφιστάμενων τομέων με την γεωγραφική της μέχρι σήμερα βάση, μπορεί να προσδιορίσει με ακρίβεια μόνο τα κενά που υπάρχουν ως προς τη δημιουργία ΚΟΙΣΠΕ και να μας κατευθύνει μέσα από διαδικασίες επιχειρησιακής και επιχειρηματικής αξιολόγησης, στην ανάπτυξη των συγκεκριμένων μονάδων υγείας που συμβάλουν στην εργασιακή επανένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με όχημα την κοινωνική επιχειρηματικότητα και οικονομία.

Σε ότι αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από νομικά πρόσωπα δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου, κρίνεται εκ των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων, ως μια αναχρονιστική βάση που δεν είναι σε θέση να «χωρέσει» την ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται και εξελίσσεται.

Το πλαίσιο που φαίνεται να προκρίνεται μέσα από την ανάλυση των υπαρχόντων αναγκών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε όλους τους βαθμούς είναι ένα «σχέδιο Καποδίστριας» για την ψυχική υγεία του οποίου τον κορμό να αποτελούν οι υφιστάμενες ΜΨΑ ανά τύπο και ταυτότητα.

Προτείνεται ουσιαστικά μια ριζική διοικητική αναπλαισίωση των όρων αναφοράς για την ψυχική υγεία όπου οδηγία σημεία αποτελούν οι ΜΨΑ και η ακτίνα δράσης τους και όχι οι γραμμές των ορίων των Δήμων και Κοινοτήτων.

Ουσιαστικά μιλάμε για την «ανάπτυξη ενός πρότυπου συστήματος χαρτογράφησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» όπου αποκτά προστιθέμενη αξία η δομή που υφίσταται και πολλαπλασιαστική ουσία η δομή (ή οι δομές) που πρόκειται να αναπτυχθούν.

Απάντηση: Δεν αποτελεί πρόβλημα η υφιστάμενη διαμόρφωση των τομέων

Απάντηση: Θα πρέπει ο πολίτης να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κοντινή ακτίνα δίπλα στο σπίτι του και σε περίπτωση εξειδικευμένων υπηρεσιών (ή ελλείψει αυτών) αυτή η ακτίνα να διευρύνεται και όχι να υπάγεται σε ένα τομέα που έχει οριστεί αυθαίρετα. Ειδικά στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη παρατηρούνται φαινόμενα π.χ. πολίτης να μένει στην Αργυρούπολη και να μην μπορεί να επισκεφτεί ΜΨΥ στην Γλυφάδα γιατί υπάγεται σε διαφορετικό τομέα

Απάντηση: Θεωρώ ότι πρέπει να καταργηθούν τελείως.

Απάντηση: Οι υφιστάμενοι τομείς δεν λειτουργούν σωστά. Θα πρέπει το Υπουργείο να αξιολογήσει αυτή τη λειτουργία και να προβεί σε γενικότερη αναδιοργάνωση

Απάντηση: Πρέπει να υπάρξει γενικότερη οργανωτική αναδιοργάνωση των τομέων

Απάντηση: Η παρούσα παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν καλύπτει γιατί έχουν αυξηθεί οι ανάγκες του πληθυσμού θα πρέπει να υπάρξει αναδιοργάνωση των τομέων

Απάντηση: Το υφιστάμενο σύστημα αναπτυγμένων δομών καλύπτει πολύ μικρό μέρος των αναγκών, με διαφοροποιήσεις που έχουν να κάνουν με τον εκάστοτε τομέα. Πέρα από την αναδιοργάνωση των τομέων χρειάζεται πολιτική βούληση για την ανάπτυξη και υποστήριξη επιπλέον δομών.

Απάντηση: Η γεωγραφική κατανομή των τομέων είναι ικανοποιητική. Ο τρόπος λειτουργίας απαιτεί εκ των βάθρων αναδιοργάνωση

Απάντηση: Η υφιστάμενη διαμόρφωση καλύπτει τις ανάγκες αρκεί να υποστηριχθεί πρακτικά.

Γ) Αν κατά την γνώμη σας, απαιτείται να υπάρξει παρέμβαση στη λειτουργία και στην οργάνωση των τομεακών επιτροπών ποια είναι εκείνα τα σημεία στα οποία θα πρέπει να δοθεί έμφαση ώστε η παρέμβαση να δράσει άμεσα και αποτελεσματικά;

Απάντηση: Σαφώς πρέπει να υπάρξει λειτουργική αναδιοργάνωση των τομέων με πρώτο και βασικό μέλημα τη στελέχωση με τουλάχιστον ένα συντονιστή και έναν υπεύθυνο διασύνδεσης μεταξύ του μονάδων καθώς και δύο άτομα γραμματεία. Επίσης πρέπει να διερευνηθεί η δυνατότητα καταβολής μιας ελάχιστης αποζημίωσης στα μέλη των επιτροπών

Απάντηση: Η ουσιαστική τοπική οργάνωση της φροντίδας ανά περιοχή ευθύνης-τομέα, γεγονός που συνεπάγεται ότι τα άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής θα έχουν τοπική πρόσβαση στο πλήρες φάσμα των υπηρεσιών που χρειάζονται. Από εκεί πρέπει να ξεκινήσουν οι παρεμβάσεις

Απάντηση: Κίνητρα στα στελέχη των επιτροπών, Στελέχωση και επέκταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Απάντηση: Το πρόβλημα της συγκρότησης, της μη ανανέωσης της θητείας ή ακόμη και της υπολειτουργίας των επιτροπών στο επίπεδο του τομέα ψυχικής υγείας [είτε των ενηλίκων (Τ.Επ.Επ.Ψ.Υ.Ε.), είτε των παιδιών – εφήβων (Τ.Επ.Επ.Ψ.Υ.Π.Ε.)], φαίνεται να βασίζεται, πέρα από την έλλειψη των απαραίτητων δομών:

(α) στην υποστελέχωση των υφιστάμενων δομών, ειδικά στα Ν.Π.Δ.Δ.,

(β) στις μεγάλες περιόδους «παγώματος» των προσλήψεων, με αποτέλεσμα τη γήρανση, την κόπωση, το “burn out” και εν τέλει την απονοηματοδότηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας,

(γ) της ελλιπούς τεχνικής και διοικητικής υποστήριξης των επιτροπών, η λειτουργία των οποίων βασίζεται στη μέριμνα, τον εθελοντικό χαρακτήρα των μελών τους, τα οποία καλούνται να εξασφαλίσουν, πολλές φορές, μόνα τους, την μετακίνηση, την τροποποίηση του προγράμματός τους, την εύρεση της αίθουσας, του τεχνικού εξοπλισμού κλπ..

Απάντηση: Η διεπιστημονικότητα και η επαφή των μελών των επιτροπών με τους επαγγελματίες του πεδίου και τις ανάγκες τους είναι οι αρχικές προϋποθέσεις της καλής λειτουργίας των επιτροπών.

Η Ψηφιοποίηση των διαδικασιών ως προς τους παράγοντες: χρόνο και αποτελέσματα μπορεί να συμβάλλει στον αποχαρακτηρισμό του έργου των επιτροπών ως «γραφειοκρατία» που ακόμα κι όταν λειτουργεί, αργεί να δώσει λύσεις.

Επίσης προτείνεται η καλλιέργεια και ανάπτυξη συνεργατικής κουλτούρας για την ψυχική υγεία από όλους τους σχετιζόμενους με το έργο και το αντικείμενο: φορείς, στελέχη φορέων, λήπτες τόσο για τη διεύρυνση των πηγών των αιτημάτων όσο και την ανάπτυξη αυτοματισμών για τη διαχείρισή τους.

Τέλος, προτείνεται η αξιολόγηση των υφιστάμενων δυσλειτουργιών με τελική πρόταση την πιλοτική εφαρμογή σε ένα τομέα ΨΥ, ενός μοντέλου λειτουργίας των επιτροπών από επαγγελματίες και λήπτες στην βάση (bottom to up feedback) ώστε να δοκιμαστούν δυνατότητες και πιθανές αδυναμίες, να αναπτυχθούν καλές πρακτικές και εξελικτικά να οδηγήσουν στην θεσμική αναδιοργάνωση του τρόπου λειτουργίας των επιτροπών (top to down management).

Απάντηση: Σύσταση στην οργανωτική δομή των υγειονομικών περιφερειών Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας επαρκώς στελεχωμένη με προσωπικό που έχει γνώση και εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας. Παράλληλα είναι αναγκαία η ανάπτυξη κατάλληλων εργαλείων (πληροφοριακών συστημάτων, πρωτοκόλλων κλπ) για τη συλλογή δεδομένων με ομοιόμορφο και αξιόπιστο τρόπο, την επεξεργασία αυτών προκειμένου να διευκολύνεται η υπηρεσία στο έργο της. Τέλος είναι απαραίτητη η αποκέντρωση αρμοδιοτήτων και η απλούστευση των διαδικασιών που προβλέπονται

Απάντηση: Να μειωθεί ο αριθμός των συμμετεχόντων σε αυτές και να γίνουν αμειβόμενες

Απάντηση: Αν συνεχίσουν να υφίστανται θα πρέπει να λειτουργούν σωστά και δίκαια και όχι με αντιπαλότητα (κάτι που δυστυχώς κυριαρχεί στην επαρχία). Επίσης τα μέλη που θα

απαρτίζουν τις Τομεακές επιτροπές θα πρέπει να απαρτίζονται τουλάχιστον από 3 μέλη από κάθε φορέα (εκ των οποίων ο ένας να είναι ο πρόεδρος του φορέα) και όχι ανάλογα με τις δομές που λειτουργούν. Και πάλι θεωρώ ότι πρέπει να καταργηθούν.

Απάντηση: Σαφώς και απαιτείται να υπάρξει παρέμβαση. Τα σημεία στα οποία θα πρέπει να δοθεί έμφαση είναι τα εξής: Σύστημα αξιολόγησης στην επιλογή των μελών, Σχεδιασμός του πλαισίου των προβλεπόμενων συνεργασιών και παρακολούθηση της τήρησης του, Θέσπιση κινήτρων (οικονομικών, επιβραβεύσεις κτλ

Απάντηση: Καταγραφή των υφιστάμενων υπηρεσιών και διερεύνηση για τις ανάγκες νέων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Προτάσεις για την λειτουργία νέων υπηρεσιών ώστε να μιλάμε για τομεοποίηση.

Απάντηση: Καταγραφή υφιστάμενων υπηρεσιών , χαρτογράφηση αναγκών ανά τομέα και διασύνδεση, συνέργειες ,υιοθέτηση νέων μοντέλων φροντίδας και περίθαλψης από το εξωτερικό

Απάντηση: Το πρόβλημα κατά τη γνώμη μου δεν βρίσκεται στην διοικητική οργάνωση όσο στην τεράστια έλλειψη κοινοτικών δομών οργανωμένων στη βάση των αναγκών

Απάντηση: Η υποχρεωτική συμμετοχή σε κάθε τομέα ενός εκπροσώπου ληπτών ΚΑΙ ενός εκπροσώπου οικογενειών (όχι ή ο ένας ή ο άλλος).

Η εκπαίδευση/κατάρτιση των εκπροσώπων ληπτών και οικογενειών στις διαδικασίες λειτουργίας των επιτροπών στα θέματα που αυτές καλούνται να συζητήσουν/επιλύσουν (οι Σύλλογοι θα μπορούσαν να αναλάβουν αυτό το έργο με χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας-κάτι που ούτως ή άλλως είναι και υποχρεωτικό βάσει των διεθνών συμβάσεων που δεσμεύουν τη χώρα και δημιουργούν προσδοκίες στους πολίτες)

Η ισότιμη (και όχι προσχηματική) συμμετοχή τους στις συζητήσεις και στη λήψη αποφάσεων, καθώς και η παροχή εύλογων προσαρμογών σε όσους τις χρειάζονται

Απάντηση: Πρέπει να εξασφαλιστεί η τακτική συμμετοχή όλων των μελών των επιτροπών καταρχήν! Ίσως πρέπει να δοθούν κίνητρα για την συμμετοχή.

2^η Ερώτηση: Με τις διοικητικές αλλαγές (ν. 4461/2017) θα ήταν αναμενόμενη μια ουσιαστική εμπλοκή των Υγειονομικών Περιφερειών επί βασικών αρμοδιοτήτων διοίκησης του συστήματος Ψυχικής Υγείας χωρίς να προκύπτει η ανάγκη για την αντιμετώπιση τους σε κεντρικό επίπεδο. Ωστόσο, παρατηρείται ότι πλήθος εκτελεστικών αρμοδιοτήτων να διεκπεραιώνονται από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας παράλληλα με τις επιτελικές της αρμοδιότητες.

Α) Θεωρείτε ότι θα καταστεί το σύστημα διοίκησης των Μ.Ψ.Υ. πιο λειτουργικό και ευέλικτο εάν:

ι) Τα ΚΨΥ, και τα ΚΟΚΕΨΥΠΕ ενταχθούν οργανικά στην Υγειονομική Περιφέρεια ως αποκεντρωμένες Μονάδες όπως ισχύει και με τα Κέντρα Υγείας;

Απάντηση: Σίγουρα θα βοηθούσε

Απάντηση: Η υπαγωγή των ανωτέρω μονάδων στην διοίκηση των ΥΠε θα μπορούσε να αποτελέσει μία εναλλακτική πρόταση διοίκησης του συστήματος, αρκεί να συνοδευτεί α) από την ανακατανομή των οικονομικών πόρων και την μεταφορά τους στην ΥΠε, β) από την παραμονή και ενίσχυση των ανθρώπινων πόρων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός των μονάδων αυτών, γ) από την απόκτηση ουσιαστικής αυτονομίας για την αποκλειστική διαχείριση οικονομικών, ανθρώπινων και υλικών πόρων του υγειονομικού συστήματος, δ) της πρόβλεψης ανάπτυξης εντός των οργανογραμμάτων των ΥΠε Διεύθυνσης ή τμήματος αρμόδιου για τα ζητήματα ψυχικής υγείας. ε) Η ενίσχυση των ΥΠε σε ανθρώπινο δυναμικό για την υποστήριξη της νέας Διεύθυνσης ή Τμήματος. Η πιο ρεαλιστική οπτική για την ανωτέρω πρόταση είναι η ενσωμάτωση στην Διεύθυνση ΠΦΥ των ΥΠε διακριτού τμήματος Ψυχικής Υγείας, με αποτέλεσμα η Διεύθυνση να μετονομαστεί σε Διεύθυνση ΠΦΥ & ΨΥ, με την ύπαρξη δύο τμημάτων (ΠΦΥ & ΨΥ), με παράλληλη πρόβλεψη για μικρή ενίσχυση σε ανθρώπινο δυναμικό

Απάντηση: Όχι. Υπάρχουν μεγάλες ανάγκες και αυτή η αλλαγή θα επιδεινώσει την ποιότητα των υπηρεσιών

Απάντηση: Αυτό θα μπορούσε να συμβεί χωρίς να δημιουργηθούν επιπλέον λειτουργικά προβλήματα εάν οι Υ.ΠΕ. εξασφάλιζαν τη διοικητική επάρκεια σε προσωπικό

Απάντηση: Το όραμα της δημιουργίας Κέντρων Υγείας βασίστηκε στην πραγματικότητα της μειωμένης πρόσβασης και προσβασιμότητας σε βασικές υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό μιας χώρας όπως η Ελλάδα του τότε η οποία χαρακτηριζόταν από απομακρυσμένες περιοχές.

Σήμερα, τα ΚΥ ως λειτουργικές μονάδες του ΕΣΥ αντιμετωπίζουν σε απόλυτη αναλογία τα ίδια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μεγάλες, κεντρικές, συστημικές μονάδες δημόσιας υγείας (νοσοκομεία όλων των επιπέδων και κατηγοριών, γενικά, πανεπιστημιακά, περιφερειακά, κλπ) όπως: έλλειψη και ανεπάρκεια προσωπικού, ξεπερασμένος εξοπλισμός, παλαιότητα στο βαθμό της ακαταλληλότητας των εγκαταστάσεων, κλπ.

Ως εκ τούτου η πρόταση για οργανική ένταξη των ΚΥ και των ΚΟΚΕΨΥΠΕ στην αντίστοιχη Υγειονομική Περιφέρεια σαφώς και εξυπηρετεί την συμπερίληψη της ψυχικής υγείας ως στοιχείο της υγείας και ακόμα σαφέστερα συμβάλλει στην άρση των διακρίσεων ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας (καρδιοπαθής vs λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας).

Σε αυτή την πρωτοβουλία και μέσα από την υπάρχουσα εμπειρία οι κύριοι παράγοντες κινδύνου που ελλοχεύουν για τον περιορισμό των όποιων αποτελεσμάτων είναι:

A) η μεταφορά των υπάρχοντων προβλημάτων του ΚΥ (διοικητικών, χωροταξικών, κλπ) και στη λειτουργία του νέου οργάνου

B) η συντήρηση του μοντέλου της «ιατροποίησης» της ψυχικής υγείας όταν η εμπειρία έχει δείξει ότι οι θεραπευτικοί στόχοι επιτυγχάνονται αθροιστικά και συνεργατικά από όλες τις επιστημονικές ειδικότητες που αποτελούν την ομάδα αποκατάστασης.

Γ) η «διοικητική υποτέλεια» της νέας επιτροπής ως προστιθέμενο μέλος στο υφιστάμενο διοικητικό οργανόγραμμα και οι περιορισμοί των εκτελεστικών της αρμοδιοτήτων.

Σε κάθε περίπτωση και με δεδομένο ότι υπάρχουν τρόποι και μηχανισμοί που μπορούν να προλάβουν τα επίχειρα των ανωτέρω παραγόντων η συγκεκριμένη πρόταση μπορεί να εφαρμοστεί με μεγάλες πιθανότητες επιτυχίας στις νησιωτικές και άλλες απομακρυσμένες ορεινές περιοχές της χώρας μας.

Απάντηση: Οι αλλαγές αυτές είναι στη σωστή κατεύθυνση, δεν αρκούν όμως καθώς θα πρέπει να συνδυαστούν με πρόσθετες παρεμβάσεις δηλαδή ενίσχυση της εποπτείας τους, ανάλυση των αναγκών σε προσωπικό, εξυπηρέτηση πολιτών (χρόνοι αναμονής για ραντεβού) πλαίσιο συνεργασίας με άλλους φορείς, σύστημα παραπομπών

Απάντηση: Ναι και το έχει αποδείξει η εμπειρία για το πώς λειτούργησε αυτό με τα ΚΥ

Απάντηση: Για εμάς το καλύτερο είναι να μην αλλάξει τίποτα και να συνεχίσουν οι μονάδες ψυχικής υγείας να απευθύνονται απευθείας και μόνο στο Υπουργείο Υγείας (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας). Σε αντίθετη περίπτωση θα είναι πιο δυσλειτουργικό και μη ευέλικτο

Απάντηση: Ναι

Απάντηση: Ναι

Απάντηση: Δεν γνωρίζω επαρκώς το θέμα. Μέχρι στιγμής και σε ότι αφορά την έως τώρα εμπλοκή τους οι Υγειονομικές Περιφέρειες έχουν εξορθολογικοποιήσει κάποιες διαδικασίες ενώ έχουν αποτελέσει τροχοπέδη σε άλλες.

Απάντηση: Σαφέστατα ναι.

Απάντηση: Ναι οπωσδήποτε.

ii) Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια συσταθεί Διεύθυνση που θα έχει το σύνολο των αρμοδιοτήτων της Ψυχικής Υγείας και θα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο για το συντονισμό και τη συνεργασία όλων των φορέων;

Απάντηση: Η υγειονομική περιφέρεια είναι πολύ μεγάλη γεωγραφικά περιοχή για αυτό αντιπροτείνουμε να δημιουργήσουμε ένα Γραφείο ανά τομέα που θα υποστηρίζει την επιτροπή. η αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων της διεύθυνσης ψυχικής υγείας δεν είναι εφικτή σε επίπεδο περιφέρειας. Για πολλούς και διάφορους λόγους με βασικότερο το ότι η διεύθυνση ψυχικής υγείας στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας χαράζει πολιτικές και διαμορφώνει τα πλάνα των χρηματοδοτήσεων τις οποίες και παρακολουθεί.

Απάντηση: Ναι

Απάντηση: Η συγκρότηση Διευθύνσεων Ψυχικής Υγείας θα συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας στο επίπεδο των υγειονομικών

περιφερειών. Ωστόσο, για τη λειτουργία των ΚΨΥ και των ΚΟΚΕΨΥΠΕ υπό τις ΥΠΕ είναι απαραίτητη η συνολική διοικητική στελέχωση των ΥΠΕ.

Απάντηση: Το Ψυχαργός βρίσκεται στην Δ φάση του. Αυτό το στοιχείο και μόνο, αποτελεί αναγκαία και ικανή συνθήκη για να κατανοήσουμε ότι η εξέλιξη στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση από αυτό το σημείο κι έπειτα απαιτεί διοικητική αναπροσαρμογή (administration) των υφιστάμενων δομών με εκτελεστική δυνατότητα.

Παραρτήματα Διευθύνσεων (directorates) για την ψυχική υγεία σε μεγάλα αστικά κέντρα (και/ή μεγάλες περιφερειακές ενότητες) με εκτελεστική ταυτότητα και εκτελεστικές αρμοδιότητες μπορούν να συμβάλλουν στην «προστασία» του επιτελικού ρόλου που πρέπει να ασκεί η ΔΨΥ του ΥΓΚΑ.

Στο πλαίσιο αυτής της πρότασης, Διευθύνσεις στελεχωμένες πολυσυλλεκτικά από μέλη της επαγγελματικής κοινότητας των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας και λήπτες μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά ως προς:

Α) την αξιοποίηση της υφιστάμενης εμπειρίας και γνώσης άμεσα προερχόμενης από το πεδίο

Β) την εισαγωγή νέων τεχνολογιών επικοινωνίας

Γ) την εισαγωγή νέων τεχνολογιών μεταφοράς δεδομένων και πληροφοριών

Δ) την αξιολόγηση και εξελικτικά εφαρμογή των καλών πρακτικών για την ψυχική υγεία σε διοικητικό επίπεδο από άλλα εθνικά συστήματα υγείας/ψυχικής υγείας

Απάντηση: Οι αλλαγές αυτές είναι στη σωστή κατεύθυνση, δεν αρκούν όμως καθώς θα πρέπει να συνδυαστούν με πρόσθετες παρεμβάσεις

Απάντηση: Ναι γιατί έτσι θα μειωθεί ο τεράστιος φόρτος εργασίας της Δ/σης και θα μπορέσει η υπηρεσία να ασχοληθεί με θέματα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και με τον σχεδιασμό της ολοκλήρωσης της αποασυλοποίησης

Απάντηση: Όχι θα είναι λάθος

Απάντηση: Θα ήταν αρκετά ικανοποιητικό να υπάρχει ένα συντονιστικό όργανο ανά περιφέρεια, το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει αποτελεσματικά στη διασύνδεση των φορέων, στην ανταλλαγή καλών πρακτικών και εμπειριών μεταξύ τους

Απάντηση: Ναι

Απάντηση: Σαφέστατα ναι.

Απάντηση: Ναι

B) Παραθέστε τυχόν προτάσεις

Απάντηση: Η εμπειρία στη διοίκηση ΜΨΑ έχει δείξει ότι όταν υπάρχουν δύο τουλάχιστον καλές προτάσεις για την βελτιστοποίηση της διαχείρισης μιας κατάστασης σχεδόν αυτόματα προκύπτει και μια τρίτη που συναποτελείται από στοιχεία των πρώτων δύο.

Το μόνο που απομένει είναι να δοκιμαστούν στην πράξη και να αξιολογηθούν στο σύνολό τους οι προτάσεις προκειμένου να προκριθεί η τελική διαδικασία προς πιστοποίηση (ISO) και εφαρμογή (result based management).

Το οξύμωρο στην Ψυχική υγεία και την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι ότι ενώ όλοι οι φορείς και όλες οι ΜΨΑ έχουν άριστη επιμέρους διοίκηση και παράγουν σημαντικό έργο, συνολικά πάσχουμε ως προς την ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικών δομών και οργάνων που έχουν ως αντικείμενο εργασίας την ποιοτική αναβάθμιση του συνόλου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σε αυτό το σημείο και με δεδομένη την αξία και τη σπουδαιότητα της διοίκησης (administration) ως εργαλείο τόσο για τη διαχείριση της καθημερινότητας (day to day fire management) όσο και για την ποιοτική εξέλιξη και αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας προτείνεται η πιλοτική εφαρμογή δράσεων τομεοποίησης και σύστασης αντίστοιχων επιτροπών μικρής γεωγραφικής κλίμακας όπου:

Α) με έδρα ένα ΚΗ και συγκεκριμένη ακτίνα δράσης

Β) στελέχη από επαγγελματίες και λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ΚΗ και άλλες ΜΨΑ της ανωτέρω ακτίνας δράσης

Γ) εκτελεστικές αρμοδιότητες για συγκεκριμένα θέματα

Δ) εισηγητικές αρμοδιότητες για συγκεκριμένα θέματα με υψηλό συντελεστή προτεραιότητας για τις κεντρικές δομές ευθύνης

Ε) εκτελεστικές αρμοδιότητες για τα θέματα που εισηγήθηκαν και τελικά εγκρίθηκαν

Απάντηση: Οι παραπάνω αλλαγές πρέπει να υποστηριχθούν από σύγχρονα πληροφορικά συστήματα τα οποία θα συλλέγουν δεδομένα αναφορικά με το παραγόμενο έργο των φορέων, την εξυπηρέτηση των ασθενών, την εκπόνηση πρωτοκόλλων και τη λειτουργία με βάση αυτά καθώς και την εισαγωγή δεικτών ποιότητας. Η συστηματική συγκέντρωση και ανάλυση τέτοιων δεδομένων θα βελτιώσει την όλη λειτουργία του συστήματος

Απάντηση: Α) Να μη γίνει καμία αλλαγή στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Β) Να καταργηθούν οι τομεακές επιτροπές

Απάντηση: Εκπαίδευση όσων πρόκειται να στελεχώσουν τα ΚΨΥ, τα ΚΟΚΕΨΥΠΕ και τις Διευθύνσεις ΨΥ στις αρχές τις κοινοτικής ψυχιατρικής που διαπνέεται από τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Συμμετοχή ληπτών και οικογενειών στα όργανα διοίκησης των Διευθύνσεων ΨΥ.

Επικοινωνία και συνεργασία των ΚΨΥ, τα ΚΟΚΕΨΥΠΕ και των Διευθύνσεων ΨΥ με Συλλόγους ΨΥ

3^η Ερώτηση: Το Υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης των μονάδων που ανήκουν σε ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, διέπεται από το βασικό κριτήριο-χρηματοδότηση βάσει δαπανών προηγούμενου έτους-ταυτόχρονα φορείς με στεγαστικές μονάδες χρηματοδοτούνται παράλληλα και από τον ΕΟΠΠΥ.

Α) Θεωρείτε ότι το υπάρχον σύστημα χρηματοδότησης εξυπηρετεί τις ανάγκες των Μ.Ψ.Υ. ή οδηγεί σε ασάφειες, παθογένειες και στρεβλώσεις; (π.χ. ίδια παρεχόμενη υπηρεσία διαφορετική καταβολή δαπανών)

Απάντηση: Το σημερινό σύστημα χρηματοδότησης των μονάδων αποτελεί λύση ανάγκης λόγω της αδυναμίας υποστήριξης από τη διεύθυνση ψυχικής υγείας στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας του συστήματος κοστολόγησης που είχε δημιουργηθεί και λειτουργήσει για κάποια χρόνια. Το μοντέλο της χρηματοδότησης βάσει των επιλέξιμων δαπανών δεν δημιουργεί κίνητρα για διεύρυνση της λειτουργίας των μονάδων και είναι πάγια θέση των ΝΠΙΔ ότι το σύστημα κοστολόγησης αποτελεί τη βέλτιστη λύση ώστε βασικό κριτήριο για τη χρηματοδότηση να είναι όγκος αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, μετά όμως από τις κατάλληλες τροποποιήσεις και μετά από μια πιλοτική εφαρμογή για κάποιο διάστημα.

Απάντηση: Σχετικά με το σύστημα χρηματοδότησης εν τω συνόλω και ΟΧΙ μόνον για τον τρόπο χρηματοδότησης μίας ομάδας παρόχων υπηρεσιών ψυχικής υγείας παραθέτω σύντομο απόσπασμα από την ταχεία αξιολόγηση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα που διενήργησε το Υπουργείο Υγείας και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το έτος 2021: «Το Υπουργείο Υγείας χρηματοδοτεί το ευρύτερο πακέτο υπηρεσιών που κυμαίνονται από νοσηλεία οξέων περιστατικών έως ειδικευμένες υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, κινητές μονάδες, ημερήσια κέντρα, μονάδες προσωρινής φροντίδας για ανάγκες ξεκούρασης, στεγαστικές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες & προστατευόμενα διαμερίσματα για ενήλικες, δομές για ηλικιωμένους) και ειδικευμένες μονάδες (π.χ. χρόνια φροντίδα, παιδοψυχιατρική, αυτισμός κτλ.).

Αντιθέτως, ο ΕΟΠΠΥ πληρώνει μόνο για τις υπηρεσίες που συνεβλήθησαν πριν το 2012, κυρίως για υπηρεσίες νοσηλείας οξέων περιστατικών και υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλείας (θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, καθώς και άλλες δαπάνες όπως σίτιση, ένδυση, εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, δραστηριότητες κοινωνικής επανένταξης), στεγαστική φροντίδα (στους γνωστούς ξενώνες, σε γηροκομεία και προστατευόμενα διαμερίσματα), συμβουλευτική που παρέχεται από ιδιώτες ψυχιάτρους στο ιατρείο τους και για ειδική εκπαίδευση (κάθε μορφή θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της λογοθεραπείας, συμπεριφορικής θεραπείας κτλ.). Συγχρόνως, ο ΕΟΠΠΥ δεν πληρώνει για κοινοτικές υπηρεσίες όπως η κατ' οίκον θεραπεία, η κατ' οίκον παρέμβαση στην περίπτωση κρίσης κτλ. Σύμφωνα με την εκπρόσωπο του ΕΟΠΠΥ, η προτεραιοποίηση των υπηρεσιών προέκυψε κατόπιν πιέσεων από τα σωματεία.

Η ίδια επεσήμανε ακόμη ότι η πληρωμή για υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφέρει από εκείνη για υπηρεσίες για παθολογικά συμπτώματα, δηλ. ο ΕΟΠΥΥ δεν διαθέτει δείκτες απόδοσης για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, δεν υπάρχει κάποια διαδικασία ή κάποια οδηγία για το ποιες υπηρεσίες πρέπει να προτεραιοποιούνται ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού. Αντ' αυτού, ο ΕΟΠΥΥ απλώς πληρώνει σύμφωνα με τις ιστορικές συμβάσεις, παρά το ότι ενίοτε διερωτάται κατά πόσο είναι καλή ιδέα να συνεχίζει να πληρώνει για νοσηλείες πολύ μεγάλης διάρκειας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ελλείψει κριτηρίων που ορίζουν κατά πόσο αυτό είναι το ενδεδειγμένο θεραπευτικό σχήμα για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που υποβάλλονται σε αυτές τις μακρές νοσηλείες.

Σε άλλο σημείο της αξιολόγησης αναφέρεται: «Η κύρια πρόκληση που θέτει ο σχεδιασμός του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ότι, ενώ η συντριπτική πλειονότητα των υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (από το Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΠΥΥ) και, επομένως, εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, αντιμετωπίζονται διαφορετικά, ανάλογα με τη νομική τους μορφή (νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου έναντι μη κερδοσκοπικών νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου έναντι κερδοσκοπικών νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου). Συνεπώς, ενώ το Υπουργείο Υγείας θα έπρεπε να δικαιούται να ενεργήσει ως επόπτης όλων αυτών των οργανισμών, στην πράξη υπάρχουν αρκετά εμπόδια

Απάντηση: Η χρηματοδότηση των Μονάδων των ΝΠΙΔ και των Νοσοκομείων πρέπει να είναι ισότιμη

Απάντηση: Η χρηματοδότηση των μονάδων που αναπτύσσονται και λειτουργούν από Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με βάση τις δαπάνες προηγούμενου έτους δημιουργεί προβλήματα που σχετίζονται αφενός με έκτακτες καταστάσεις (μονάδες με χαμηλές δαπάνες λόγω περιορισμών όπως του covid θα αναγκαστούν να προσαρμοστούν περιορίζοντας τις δαπάνες σε επόμενο χρόνο που δεν θα υπάρχει αντίστοιχο ζήτημα) και αφετέρου σε ζητήματα καθυστέρησης των πληρωμών και συνεπώς στην κάλυψη βασικών αναγκών των δομών και της μισθοδοσίας της ομάδας των επαγγελματιών. Αυτό το ζήτημα θα μπορούσε να λυθεί εάν η χρηματοδότηση βασιζόταν στον προϋπολογισμό των μονάδων που κατατίθεται από τον Οκτώβριο του προηγούμενου έτους, ωστόσο δεν θα έλυσε τα ζητήματα που έχουν να κάνουν με τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Απάντηση: Το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης των ΜΨΑ των νπιδ μκχ έχει συμβάλει στην σταθεροποίηση και εξέλιξη του πλαισίου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας υψηλού επιπέδου.

Επίσης έχει συμβάλει στην ενδυνάμωση του θεσμικού ρόλου των ΜΨΑ ως μονάδες υγείας στη χώρα μας.

Τέλος έχει συμβάλει στην εγκατάσταση της παρουσίας των ΜΨΑ ως σημείο αναφοράς για την καθημερινότητα των ληπτών και πεδίο εφαρμογής δράσεων για την ενίσχυση του κοινωνικού ιστού σε επίπεδο κοινοτικής συνείδησης και πραγματικότητας.

Αυτό που φαίνεται να μην έχει αξιοποιηθεί σε αυτό το χρονικό σημείο (κι αν υπάρχει η αισιοδοξία της πρόβλεψης) είναι οι υφιστάμενες υποδομές και εγκαταστάσεις να λειτουργήσουν ως βάση για την επέκταση του έργου των ΜΨΑ σε άλλες χρονικές ζώνες και άλλα πεδία.

Ο κυριότερος λόγος που συμβαίνει αυτό αποδίδεται στους περιορισμούς που επιβάλλει η αρχική άδεια λειτουργίας μιας ΜΨΑ ως προς τον αριθμό των μελών του προσωπικού, τις υπηρεσίες και το ωράριο.

Επιπλέον η χρηματοδότηση «από το πέρυσι στο φέτος» δεν αφήνει πολλά περιθώρια στις διοικήσεις των φορέων και τους επαγγελματίες των ΜΨΑ να καταθέσουν προς έγκριση ένα νέο ολοκληρωμένο σχέδιο δράσεων και υπηρεσιών όπου η υφιστάμενη δομή με την προσθήκη στελεχών να αναπτύξει οριζόντια και κάθετα το έργο και τις παρεχόμενες υπηρεσίες της.

Κρίνεται απαραίτητο σε επίπεδο σχεδιασμού και προϋπολογισμού να δίνεται η ευκαιρία στους φορείς κάθε χρόνο, μαζί με τον προϋπολογισμό τους να προτείνουν πιλοτικά σχέδια δράσης σύμφωνα με τις προτεραιότητες της ΔΨΥ και κατόπιν αξιολόγησης να προκρίνονται προς εφαρμογή από τους φορείς.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι ΜΨΑ των νπιδ μκχ είναι μονάδες του ΥΥΚΑ και οι φορείς στο σύνολό τους είναι σημαντικά μέσα για την επίτευξη των στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Απάντηση: Το υφιστάμενο σύστημα (επιχορήγηση με βάση τις απολογιστικές δαπάνες) οδηγεί σε στρεβλώσεις και παθογένειες αφού μονάδες ψυχικής υγείας που παρέχουν υπηρεσίες στην ίδια κατηγορία ασθενών και σε αντίστοιχο αριθμό παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις ως προς τις δαπάνες τους χωρίς κάτι τέτοιο να αιτιολογείται από άλλους ειδικότερους δείκτες

Απάντηση: Σαφέστατα οδηγεί σε στρεβλώσεις με αποτέλεσμα να αδικούνται φορείς οι οποίοι παρέχουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών με ληλογισμένο κόστος. Επίσης το εν λόγω σύστημα δεν συνδέει καθόλου το ποσό της επιχορήγησής με την ποιότητά της υπηρεσίας που παρέχεται

Απάντηση: Θεωρούμε ότι η χρηματοδότηση βάσει δαπανών εξυπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες των Μ.Ψ.Υ. και δεν πρέπει να αλλάξει.

Απάντηση: Δεν ισχύει ο χαρακτηρισμός ότι η χρηματοδότηση των Ν.Π.Ι.Δ. από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι διαφορετική από τη χρηματοδότηση από τον ΕΟΠΥΥ. Το ποσό της χρηματοδότησης από τον ΕΟΠΥΥ αφαιρείται από το ποσό της κρατικής χρηματοδότησης. Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι θα πρέπει να υπάρχει η ευελιξία έκτακτης χρηματοδότησης για τη κάλυψη τυχόν αναγκών τρέχοντος έτους (πχ Covid-19) σε σχέση με τις δαπάνες του προηγούμενου έτους.

Απάντηση: Η χρηματοδότηση βάσει δαπανών εξυπηρετεί τις ΜΨΥ καθώς υπάρχουν μεγάλες αυξήσεις στις δαπάνες και λόγω covid αλλά και σε προσωπικό και αυξήσεις σε λειτουργικά έξοδα

Απάντηση: Εξαρτάται από το είδος της μονάδας ψυχικής υγείας που αφορά

Απάντηση: Η χρηματοδότηση των μονάδων όπως εφαρμόστηκε με την πλατφόρμα κοστολόγησης υπηρεσιών εξυπνήρησε με σχετικά ορθολογικό τρόπο τις ανάγκες των Μ.Ψ.Υ.

Απάντηση: Σαφέστατα οδηγεί και ενισχύει ασάφειες, παθογένειες και στρεβλώσεις που δημιουργεί η συνύπαρξη διαφόρων μοντέλων χρηματοδότησης

Απάντηση: Ναι, το υπάρχον σύστημα χρηματοδότησης είναι περίπλοκο και οδηγεί σε στρεβλώσεις!

Β) Ποια θα ήταν η άποψη σας σε μια ενδεχόμενη πρόταση δημιουργίας ενός μοντέλου με βασικό κριτήριο χρηματοδότησης π.χ. την κοστολόγηση υπηρεσιών, δηλαδή να αποζημιώνονται οι φορείς με βάση το έργο και τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ψυχικά ασθενείς;

Απάντηση: Το σύστημα κοστολόγησης των υπηρεσιών απαιτεί πολύ καλή μελέτη και προετοιμασία ώστε να αποφύγει τις στρεβλώσεις προκαλούν οι διαφοροποιήσεις ανά κατηγορία μονάδας και ανά γεωγραφική περιφέρεια καθώς και ειδικό τμήμα παρακολούθησης της με αντίστοιχο πληροφοριακό σύστημα. Το σύστημα κοστολόγησης μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη λειτουργία τις μονάδες δημιουργώντας κίνητρα για αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά μπορεί να οδηγήσει σε στρεβλώσεις στην χρηματοδότηση αν δεν έχει μελετηθεί και δεν έχει δοκιμαστεί στο πλαίσιο μιας πιλοτικής εφαρμογής

Απάντηση: Όλοι οι φορείς του δημόσιου, του ιδιωτικού αλλά και του τρίτου (μη κερδοσκοπικού) τομέα που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θα πρέπει να χρηματοδοτούνται βάσει ενός μοντέλου χρηματοδότησης, που βασικό ρόλο θα διαδραματίζει η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με σημαντική συμβολή στην ανωτέρω διαδικασία αξιολόγησης και των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Απάντηση: Συμφωνώ

Απάντηση: Η κοστολόγηση των υπηρεσιών μπορεί να επιλύσει εν μέρει το ζήτημα, καθώς βασίζεται στον έλεγχο και την αξιολόγηση των ποσοτικών και όχι των ποιοτικών δεδομένων των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, στο παρελθόν, η εφαρμογή ενός συστήματος κοστολόγησης δημιούργησε προβλήματα σε μονάδες που μπορεί να παρείχαν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες δεν μπορούσαν να εμφανίσουν ποσοτικά δεδομένα για να εξασφαλίσουν επαρκή χρηματοδότηση.

Επί της ουσίας, η αξιολόγηση των υπηρεσιών και η χρηματοδότηση είναι δύο διαφορετικά πράγματα. Μία μονάδα μπορεί να καταγράφει πληθώρα θεραπευτικών πράξεων ή, για περιπτώσεις στεγαστικών δομών, να είναι πλήρης, αλλά να παρέχει χαμηλής ποιότητας

υπηρεσίες. Αντίστοιχα, μπορεί μία δομή να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες που να μην μπορούν να καταγραφούν σε απόλυτους αριθμούς.

Οι ελάχιστες θεραπευτικές πράξεις μιας μονάδας ή μη πλήρωση των θέσεων μιας στεγαστικής δομής μπορεί να οφείλονται σε αναποτελεσματικό κεντρικό σχεδιασμό (πχ Κέντρο Ημέρας με εξειδικευμένες υπηρεσίες σε επαρχία). Αυτό δεν μπορεί να επιβαρύνει τιμωρητικά μία μονάδα μειώνοντας την επιχορήγηση σε βαθμό που να μην μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες διαβίωσης των φιλοξενουμένων ή μισθοδοσίας των επαγγελματιών της μονάδας. Ένα τέτοιο ζήτημα θα μπορούσε να λυθεί με δυνατότητα για τροποποίηση των υπηρεσιών της μονάδας, διευρύνοντας ή αλλάζοντας το πεδίο δράσης της και όχι με υποχρηματοδότηση.

Απάντηση: Το ζητούμενο από τους επαγγελματίες της Ψυχικής Υγείας είναι και παραμένει η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών που υπηρετούν.

Σαφώς και η χρηματοδότηση των φορέων αποτελεί σημαντικό δομικό στοιχείο της λειτουργίας των φορέων και των μονάδων τους όμως σε κάθε περίπτωση αποτελεί ένα σημαντικό οικονομικό διοικητικό ζήτημα που αφορά κυρίως στις οικονομικές διεθύνσεις.

Η διαδικασία της κοστολόγησης των υπηρεσιών όπως εφαρμόστηκε στο παρελθόν μόνο προβλήματα είχε δημιουργήσει.

Επιπλέον η κοστολόγηση από τη φύση της έχει ξεκάθαρο ποσοτικό χαρακτήρα και προσανατολισμό όταν το ζητούμενο της λειτουργίας των ΜΨΑ είναι και παραμένει η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών παράλληλα με την επίτευξη άλλων συνοδευτικών ποιοτικών στόχων όπως: θεραπευτικό πρόγραμμα ατομικό και ομαδικό, εκπαίδευση, κατάρτιση, μελέτες, ημερίδες, δράσεις αγωγής κοινότητας, κλπ.

Για τους λόγους αυτούς προκρίνεται η χρηματοδότηση του έργου των φορέων από τον τακτικό προϋπολογισμό και μέσα από την αξιολόγηση των ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών του συνολικού τελικού παραδοτέου

Απάντηση: Είναι απολύτως αναγκαίο ένα νέο μοντέλο το οποίο θα αναπτύσσει και θα επικαιροποιεί τα κριτήρια και το ύψος της αποζημίωσης ανά παρεχόμενη υπηρεσία. Κάτι τέτοιο απαιτεί τη συνεργασία όλων των αρμοδίων φορέων (ΕΟΠΥΥ, ΓΑΚ, ΚΕΤΕΚΝΥ, Υπ. Υγείας) και θα οδηγήσει σε ξεκάθαρους κανόνες αποζημίωσης λαμβάνοντας υπόψη όπου αυτό απαιτείται τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής ή ομάδας εξυπηρετούμενων

Απάντηση: Το σύστημα θα πρέπει είτε να ξαναγυρίσει στην κοστολόγηση και οι πληρωμές να γίνονται μέσω ΕΟΠΥΥ είτε θα πρέπει να γίνεται η επιχορήγηση με κλειστούς προϋπολογισμούς ανάλογα με τον τύπο μονάδας

Απάντηση: Με την κοστολόγηση των υπηρεσιών η χρηματοδότηση τις περισσότερες φορές ήταν ανεπαρκής και οι φορείς πολλές φορές αδυνατούσαν να καλύψουν τις δαπάνες του μήνα. Αυτό συνέβαινε όταν πχ λείπουν ένα ή δύο επωφελούμενοι οπότε ο φορέας δεν αμείβεται για εκείνες τις ημέρες που σημαίνει ότι θα είναι μειωμένη η χρηματοδότηση και δεν είναι δυνατόν κάθε μήνα να αυξομειώνουμε τα ωράρια των υπαλλήλων η να μειώνουμε πάγιες αναγκαίες δαπάνες για να μπορέσουμε να βγάλουμε το μήνα. (Π.Χ. μια δομή με 30 επωφελούμενους αν τον ένα μήνα λάβουν τις υπηρεσίες 30 επωφελούμενοι η επιχορήγηση σύμφωνα με το παλιό τρόπο κοστολόγησης θα ήταν 24.000 ευρώ. Σε περίπτωση που λείπουν δυο επωφελούμενοι η επιχορήγηση θα ήταν 22.400 ευρώ). Αυτό δυσκολεύει πάρα πολύ τη λειτουργία

Απάντηση: Η άποψη μας είναι ότι το μοντέλο εξειδικευμένης χρηματοδότησης, σύμφωνα με τα κριτήρια: Ποσότητα, πολυπλοκότητα, αριθμός δράσεων αγωγής κοινότητας που προσφέρει ο φορέας, θα καλύπτει καλύτερα τις ανάγκες λειτουργίας του

Απάντηση: Η αποζημίωση βάση κοστολόγησης δεν προσμετρά την ποιοτική εργασία

Απάντηση: Εξαρτάται από το είδος της μονάδας καθώς οι υπηρεσίες που παρέχονται σε κάθε μονάδα διαφέρουν

Απάντηση: Θα συμφωνούσα

Απάντηση: Συμφωνώ υπό την προϋπόθεση ότι θα δημιουργηθεί ένα σαφές πλαίσιο ποιότητας υπηρεσιών όπως αυτό προτείνεται από τον Π.Ο.Υ. (πχ QualityRights), λογοδοσίας και διαφάνειας (πχ αναρτήσεις στην ιστοσελίδα του Υπουργείου των αποτελεσμάτων αξιολόγησης ανά έτος)

Απάντηση: Σίγουρα ένα σύστημα χρηματοδότησης με κριτήριο την κοστολόγηση των υπηρεσιών είναι προτιμότερο αλλά χρειάζεται εξειδικευμένους επιστήμονες τόσο για την ανάπτυξη του όσο και για την παρακολούθησή της λειτουργίας του στην πράξη.

Γ) Παραθέστε τυχόν προτάσεις για σύνδεση συστήματος χρηματοδότησης με ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Απάντηση: Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί μετά από σχετική μελέτη σε έναν δεύτερο χρόνο αφού έχει στανταριστεί το σύστημα της κοστολόγησης ως προς τα ποσοτικά του δεδομένα

Απάντηση: Καταρχάς προτείνεται η αξιολόγηση της απόδοσης όλων των μονάδων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς η έλλειψη παρακολούθησης & αξιολόγησης οδηγεί σε άνισες πρακτικές και άνιση ποιότητα φροντίδας. Ο Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην υγεία (ΟΔΙΠΥ) θα μπορούσε να επιτελέσει αυτό το έργο.

Περαιτέρω, προτείνεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ανάλογα με τα ευρήματα της ανωτέρω αξιολόγησης αλλά και χρήσης βασικών αντικειμενικών δεικτών αξιολόγησης.

Ψηφιοποίηση του συνόλου των επιμέρους υποσυστημάτων, δομών και υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας που θα μπορούσε μελλοντικά να διαδραματίσει βασικό ρόλο στην παρακολούθηση της χρήσης των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και την αξιολόγηση της απόδοσης εν γένει.

Απάντηση: Να λαμβάνεται υπόψη ο αριθμός συνεδριών, πράξεων, δραστηριοτήτων. Να υπάρχει έλεγχος.

Απάντηση: Είναι δύσκολη η ανάπτυξη ενός συστήματος που θα συνδέει χρηματοδότηση και ποιότητα των υπηρεσιών.

Μία δομή που δεν παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες, που δεν καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης της ή που παρέχει κακή ποιότητα υπηρεσιών δεν αναμένεται να βελτιωθεί με υποχρηματοδότηση.

Από την άλλη χρηματοδότηση με βάση τα στοιχεία του προϋπολογισμού που υποβάλλονται από τον προηγούμενο Οκτώβριο μπορεί να λύσει τα ζητήματα βιωσιμότητας που αντιμετωπίζουν οι δομές, χωρίς να διασφαλίζεται η αποτελεσματική λειτουργία και η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.

Στην πραγματικότητα, ο έλεγχος και η αξιολόγηση των δομών (μέχρι τη συγκρότηση ενός φορέα αξιολόγησης) μπορεί να γίνει μέσα από τη συνεργασία της κεντρικής διοίκησης (Δ/ση Ψυχικής Υγείας) με τις περιφερειακές αρχές (όπως είναι οι Υ.ΠΕ.). Είναι χαρακτηριστική η εμπειρία και η γνώση που έχουν αποκτήσει οι επιτροπές διαχείρισης μετάβασης των Υ.ΠΕ. για τον τρόπο που λειτουργούν οι στεγαστικές δομές αρμοδιότητάς τους

Απάντηση: Σε βάθος τριετίας να αξιολογούνται τα αποτελέσματα πιλοτικών προγραμμάτων που προτείνονται από τους φορείς και μέσα από ακόλουθη διαγωνιστική διαδικασία της ΔΨΥ υλοποιούνται από τους φορείς που προκρίνονται. Τα προγράμματα που έχουν θετικό πρόσημο μπορούν να εντάσσονται στην λειτουργία υφιστάμενων δομών σύμφωνα με τα πρωτόκολλα που έχουν προκύψει από τις καλές εφαρμογές.

Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται το έργο των οικονομικών αρχών και διευθύνσεων ως προς την ένταξη στον τακτικό προϋπολογισμό προγραμμάτων αξίας και ουσίας τα οποία δύναται να υποστηριχθούν και από κατάλληλα χρηματοδοτικά εργαλεία κοινοτικής προέλευσης.

Πρέπει να γίνει σαφές ότι οι ΜΨΑ στο σύνολό τους υπηρετούν ένα κοινό σκοπό με την επίβλεψη της ΔΨΥ του ΥΥΚΑ.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι ΜΨΑ στο σύνολό τους παρέχουν συστημικές υπηρεσίες υγείας. Πρέπει να γίνει σαφές ότι οι ΜΨΑ σαν έργο και ταυτότητα δεν διαφέρουν από τις μονάδες υγείας του ΕΣΥ.

Απάντηση: Ανάπτυξη προτύπων ποιότητας από τον ΟΔΙΠΥ, παρακολούθηση εφαρμογής τους και σύνδεση της αποζημίωσης των φορέων μέσω του ΕΟΠΥΥ (ο φορέας αυτός θα συγκεντρώνει όλες τις πηγές χρηματοδότησης που υπάρχουν σήμερα και θα υπογράψει συμβάσεις με όλους τους παρόχους) κατόπιν υποβολής των συγκεκριμένων απαιτήσεων (με τον ίδιο ακριβώς τρόπο που υποβάλλουν σήμερα όλοι οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ πάροχοι)

Απάντηση: Στις στεγαστικές θα πρέπει η πληρωμή να γίνεται ανάλογα με τον αριθμό των ωφελουμένων και σε περίπτωση που υπάρχει ροή από το Οικοτροφείο στον Ξενώνα και από εκεί στο ΠΔ τότε αυτό το ποσό να αυξάνεται

Απάντηση: Αν υπάρξει περίπτωση να γίνεται η χρηματοδότηση βάσει κοστολόγησης υπηρεσιών θα μπορούσε ίσως να ανεβεί το ποσό της ώρας πχ της Ατομικής Συνεδρίας από 40 ευρώ να γίνει 50 ευρώ και σε περίπτωση που θα μειώνεται το ποσό της επιχορήγησης η διαφορά να καλύπτεται με έκτακτη επιχορήγηση

Απάντηση: Δημιουργία και αποστολή ετήσιας αναφοράς προς το Υπουργείο με αναλυτική περιγραφή των δράσεων που έχει υλοποιήσει ο Φορέας καθώς και του κόστους αυτών. Βασική προϋπόθεση είναι το Υπουργείο να έχει οριοθετήσει τις δράσεις που μπορεί να χρηματοδοτήσει

Απάντηση: Προσμέτρηση δράσεων Αγωγής κοινότητας , εξέλιξη μελών , συμμετοχή μελών σε δραστηριότητες, εργασιακή απασχόληση

Απάντηση: Δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας

Απάντηση: Δεν έχω προτάσεις που να διασυνδέουν την ποιότητα των υπηρεσιών με το κόστος. Θεωρώ πως για κάθε πράξη θα πρέπει να καθοριστούν τα απαραίτητα standards που θα πρέπει να πληροί προκειμένου να κοστολογηθεί με κατά τα άλλα σταθερή κοστολόγηση για όλες τις ανάλογες πράξεις.

Απάντηση: Δημιουργία σαφούς και αυστηρού πλαισίου

Συμβάσεις αυστηρά ορισμένου χρόνου (πχ διετία) και ανανέωση υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Επανεξέταση όλων των συμβάσεων με ντιν και σύνδεση της χρηματοδότησης με σύγχρονους δείκτες ποιότητας που στηρίζονται στα ανθρώπινα δικαιώματα (πχ Quality Rights).

Τροποποίηση συμβάσεων όπου απαιτείται ώστε να διασφαλίζεται με κάθε τρόπο η ανθρωποκεντρικότητα που στοχεύει στην ανάρρωση(Recovery) και να αποφεύγεται η «αποθήκευση» με στόχο την κρατική χρηματοδότηση.

Συμπερίληψη ρητρών για οικονομικές συνέπειες ανεπαρκούς εκτέλεσης της σύμβασης (πχ μη επίτευξη εξατομικευμένων στόχων ανάρρωσης(Recovery) ανά ένοικο/λήπτη υπηρεσιών, «αποθήκευση» εφ' όρου ζωής, κλπ).

Διακοπή χρηματοδότησης σε περίπτωση μη συμμόρφωσης

Απάντηση: Να δημιουργηθούν δείκτες απόδοσης και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

4^η Ερώτηση: Το θέμα της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) έχει απασχολήσει την επιστημονική βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια καθώς η σύγχρονη τάση είναι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές να θεραπεύονται στην κοινότητα.

Α) Θεωρείτε ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται σε επίπεδο Π.Φ.Υ. είναι επαρκείς; Αξιολογήστε ξεχωριστά τις υπηρεσίες που παρέχονται από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ

Απάντηση: Τόσο σε ότι αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τα ΝΠΔΔ όσο και από τα ΝΠΙΔ, αυτές χαρακτηρίζονται από τεράστιες γεωγραφικές ανισότητες και τομεακές ανεπάρκειες και έλλειψη διασύνδεσης και συνεργασίας. Σαφώς η ένταξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί μία σωστή στρατηγική επιλογή εάν και εφόσον έχει εξασφαλιστεί η ισότιμη ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τους άλλους τομείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Απάντηση: Σύμφωνα με την ταχεία αξιολόγηση: «Ο τρέχων σχεδιασμός του συστήματος ψυχικής υγείας είναι ενδεικτικός των προσπαθειών που κατεβλήθησαν τις τελευταίες δεκαετίες για να τονωθεί η ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το σύστημα διαθέτει ένα μείγμα υπηρεσιών που κυμαίνονται από κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας (συμπεριλαμβάνονται κινητές ομάδες, η κατ' οίκον θεραπεία και κατ' οίκον παρεμβάσεις στην περίπτωση κρίσης), κέντρα ημερήσιας νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία, υποστηριζόμενα διαμερίσματα, ξενώνες, οικοτροφεία και μονάδες νοσηλείας οξέων περιστατικών. Ενώ ο βαθμός στον οποίο επιτελούν οι εν λόγω υπηρεσίες τις επιμέρους

λειτουργίες τους χρήζει ξεχωριστής ανάλυσης, το γεγονός ότι διατίθενται αυτές οι υπηρεσίες και δομές αποτελεί σημαντική ευκαιρία και μπορεί να αξιοποιηθεί σε περαιτέρω προσπάθειες για την βελτίωση του συστήματος ψυχικής

Απάντηση: Δεν είναι επαρκείς οι υπηρεσίες. Υπάρχει ανισότητα στη στελέχωση των υπηρεσιών σε ΝΠΔΔ και ΝΠΔΔ

Απάντηση: Αυτή τη στιγμή δεν παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο επίπεδο της Π.Φ.Υ. Ωστόσο, υπάρχουν, αν και όχι σε κάθε τομέα ψυχικής υγείας, πρωτοβάθμιες δομές ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες και Κέντρα Ημέρας που παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και πρώιμης παρέμβασης).

Απάντηση: Η πανδημία έφερε στο προσκήνιο ανάγκες και του γενικού πληθυσμού για ψυχοκοινωνική στήριξη. Η επιτυχία της λειτουργίας του 10306 σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας που έχουν τη γνώση και την εμπειρία να παρεμβαίνουν σε κρίσιμες καταστάσεις. Ταυτόχρονα και παράλληλα υπήρχε έτοιμη προς αξιοποίηση και εφαρμογή στις αναγκαίες υπηρεσίες η συσσωρευμένη τεχνογνωσία των υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας κατ' οίκον.

Η συζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε επίπεδο ΠΦΥ είναι συζήτηση για το αυτονόητο. Οι προτάσεις που έχουν κατά καιρούς υποβληθεί για κοινοτικού χαρακτήρα υπηρεσίες πρόληψης και παρέμβασης πρέπει άμεσα να επικαιροποιηθούν και να ενταχθούν στο Ψυχαργός.

Το ότι πάσχουμε σε υπηρεσίες ΠΦΥ φαίνεται και από το γεγονός ότι παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονη η ανάγκη για στεγαστικές ΜΨΑ (οικοτροφεία, ξενώνες).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε επίπεδο ΠΦΥ απαιτούν στενή συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες κεντρικών μονάδων υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων αναφοράς.

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ομογενοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από όπου κι αν προέρχονται (νπδδ, νπιδ).

Απάντηση: Δεν μπορεί να δοθεί απάντηση γιατί απουσιάζουν οι δείκτες του υγειονομικού χάρτη. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. δεν διαφέρουν, ωστόσο λόγω έλλειψης συστηματικής καταγραφής στοιχείων και επεξεργασίας αυτών δεν μπορεί να αξιολογηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες

Απάντηση: Υπάρχει έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται σε επίπεδο ΠΦΥ και δει στη επαρχία. Η έλλειψη είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν μιλάμε για εξειδικευμένες Μονάδες πχ για άνοια και αυτισμό. Τα ΝΠΔΔ παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε επίπεδο ΠΦΥ από ότι τα ΝΠΔΔ τα οποία συν τοις άλλοις είναι και υποστελεχωμένα (ΚΨΥ, ΚΟΚΕΨΥΠΕ)

Απάντηση: Και οι δυο λειτουργούν αποτελεσματικά

Απάντηση: Η ενσωμάτωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στη πρωτοβάθμια είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της νόσου. Ασφαλώς είναι αναγκαίο να στηριχθεί ψυχολογικά ο έφηβος για να μη γίνει ψυχοσικός ενήλικας. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι επαρκείς.

Απάντηση: Θα πρέπει να γίνει χαρτογράφηση σε κάθε τομέα ψυχικής υγείας για την λειτουργία των νπδδ και νπιδ και να υπάρξει συνεργασία. Παρατηρείται ότι οι προσπάθειες για συνεργασίες ιδιωτικού και δημοσίου γίνεται μόνο από τα νπιδ ενώ υπάρχει αντίσταση από τα νπδδ για συμμαχίες και ολοκλήρωση της τομεοποίησης

Απάντηση: Θα πρέπει να υπάρξει διασύνδεση καθώς και συνέργειες μεταξύ των υπηρεσιών νπδδ και νπιδ τόσο για μοίρασμα γνώσεων όσο και για την οργάνωση και λειτουργία νέων υπηρεσιών

Απάντηση: Με έμφαση σε υπηρεσίες που παρέχονται και υλοποιούνται τα τελευταία χρόνια κυρίως από ν. π. ι. δ. η πρωτοβάθμια παρέμβαση στην κοινότητα έχει αναπτυχθεί σημαντικά στο σκέλος της ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, πληροφόρησης για την ψυχική νόσο. Όμως δεν έχει δοθεί ισότιμη έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη διαχείριση, δεδομένου ότι αυτό το σκέλος σηκώνεται σε σημαντικό ακόμη βαθμό από το ήδη υπερφορτωμένο δημόσιο σύστημα

Απάντηση: Ανεπάρκεια υπηρεσιών ΨΥ για σοβαρές ΨΔ σε επίπεδο ΠΦΥ που συνεπάγεται υψηλό αριθμό ακούσιων νοσηλείων.

Δυσκολία για ραντεβού σε άτομα με ήπιες ΨΔ

Μη διασύνδεση επαγγελματιών ΠΦΥ με ψυχιάτρους ΠΦΥ (παραπομπές, επικοινωνία, συναντήσεις)

Ανυπαρξία ψυχοθεραπειών σε δημόσιες δομές ΠΦΥ

Ελλειψη κινήτρων ενσωμάτωσης της ΨΥ στην ΠΦΥ

Μη διασύνδεση ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών με ΠΦΥ

Απάντηση: Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε επίπεδο Π.Φ.Υ είναι τελείως ανεπαρκείς στην χώρα μας, ποιοτικά και ποσοτικά. Οι ασθενείς πρέπει να θεραπεύονται στην κοινότητα. Σίγουρα οι υπηρεσίες που παρέχονται από ν.π.ι.δ. είναι υψηλότερου επιπέδου από τις δημόσιες δομές.

Β) Τι είδους υπηρεσίες προτείνετε να αναπτυχθούν σε επίπεδο Π.Φ.Υ. ώστε να παρέχεται στον λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας η κατάλληλη φροντίδα;

Απάντηση: Η οποιαδήποτε πρόταση για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να βασιστεί σε επιδημιολογικά δεδομένα σε τομεακό επίπεδο και ανάλυση των αναγκών. Δεν μπορεί να διατυπωθεί ένας γενικός κανόνας πέρα της ανάπτυξης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης για τις ήπιες ψυχικές διαταραχές και αγωγής κοινότητας που θα έχουν τα εξής πλεονεκτήματα:

Εύκολη πρόσβαση

Έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

Συνέχεια στη φροντίδα

Μεγαλύτερες πιθανότητες αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα

Προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών

Βελτίωση ικανοτήτων προσωπικού ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Ολιστική φροντίδα – καλύτερα αποτελέσματα στη φροντίδα της σωματικής υγείας των ψυχικά πασχόντων

Μείωση κόστους

Μείωση στίγματος και διακρίσεων

Αλλά έχει και περιορισμούς: Ανεπαρκής εκπαίδευση στη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών Διστακτικότητα των γενικών ιατρών να αναλάβουν τέτοια περιστατικά, Χρονικοί περιορισμοί Περιορισμένη στελέχωση

Απάντηση: Η ένταξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός των δομών και υπηρεσιών της ΠΦΥ και η διασύνδεση τους με άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα που καλύπτουν λοιπές ανάγκες (στεγαστικές, προνοιακές κ.λπ.)

Απάντηση: Κινητές Μονάδες, Ψυχοθεραπεία στην Κοινότητα

Απάντηση: Σε πρώτη φάση είναι σημαντική η στελέχωση των δομών της Π.Φ.Υ. με τις βασικές ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Οι βασικές και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι σημαντικό να ενισχυθούν και αναπτυχθούν στις υφιστάμενες δομές ψυχικής υγείας

Απάντηση: Ενδεικτικά και μη περιοριστικά προτείνουμε:

Υπηρεσίες Ψυχικής υγείας κατ' οίκον

Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής στήριξης στο γενικό πληθυσμό

Υπηρεσίες Άμεσης Βοήθειας στη Ψυχική Υγεία (Ψυχιατρικό ΕΚΑΒ)

Υπηρεσίες νομικής υποστήριξης και δικαστικής συμπαράστασης για την ψυχική υγεία

Ανάπτυξη και Ενεργοποίηση του προγράμματος «Φροντιστές κατ' οίκον» στο πλαίσιο του οποίου να εκπαιδευτούν φροντιστές (care givers) για την παροχή υπηρεσιών στήριξης των ληπτών στις καθημερινές τους υποχρεώσεις

Ψηφιακή βάση δεδομένων για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Κινητή μονάδα για τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Απάντηση: Η απόφαση που έχει εκδοθεί για τις πολιτικές ψυχικής υγείας 2021-2023 καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες

Απάντηση: ΚΗ και Εξειδικευμένα ΚΗ για άνοια και αυτισμό, επέκταση παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, ΚΨΥ, ΚΟΚΕΨΥΠΕ, Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση και Κινητές Μονάδες

Απάντηση: Θα πρέπει να λειτουργήσουν Κέντρα Ημέρας για παιδιά και εφήβους ανά τομέα. Να υπάρξει πολιτικός σχεδιασμός προκειμένου να διευκολυνθεί η παρέμβαση από τους Φορείς Ψυχικής Υγείας στα σχολεία.

Απάντηση: Υπηρεσίες σε εφήβους και παιδιά καθώς πρέπει να υπάρχει πρόληψη. Πρέπει να δώσουμε έμφαση στην εργασιακή αποκατάσταση των ληπτών και να δημιουργηθούν ειδικές μονάδες για ανθρώπους τρίτης ηλικίας

Απάντηση: Κινητές Μονάδες ανά τομέα και διασύνδεση τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας του κάθε τομέας Επαγγελματική αποκατάσταση Κοισπε

Απάντηση: Θα έδινά βάση σε διαδικασίες έγκαιρης διάγνωσης με πιο κλινικό ρόλο

Απάντηση: Εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών ΠΦΥ σε θέματα ΨΥ (και σε απομακρυσμένες περιοχές).

Εκπαίδευση επαγγελματιών σε βασικές ψυχοκοινωνικές δεξιότητες και υποστηρικτική οικογενειακή θεραπεία.

Μαθήματα ΨΥ σε όλους τους φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής

Ενσωμάτωση της εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία στην εκπαίδευση ψυχιάτρων

Απάντηση: Εξωτερικά ιατρεία για ψυχικά πάσχοντες. Κινητές μονάδες για κατ' οίκον παρακολούθηση, διασύνδεση με ΤΟΜΥ και οικογενειακούς γιατρούς.

5^η Ερώτηση: Σύμφωνα με την Έκθεση Αξιολόγησης «Ψυχαργός» Γ' Φάση 2011-2020, «...ο συντονισμός και η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας – πόσο μάλλον της ψυχικής υγείας - εξακολουθεί να αποτελεί ζητούμενο και αντικείμενο προς διερεύνηση». Τα προβλήματα επικοινωνίας σε επίπεδο κοινότητας μεταξύ των δομών ψυχικής υγείας έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα την απουσία συνέχειας στη φροντίδα των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Α) Για ποιο λόγο πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;

Απάντηση: Οι βασικές αιτίες έλλειψης διασυνδετικής είναι η έλλειψη της κουλτούρας συνεργασίας και επικοινωνίας, ο τεράστιος φόρτος εργασίας που μετατρέπει τη διασυνδετική σε πολυτέλεια, η έλλειψη διαύλων επικοινωνίας και η έλλειψη συντονισμού και προώθησης της διασυνδετικής σε επιτελικό επίπεδο π.χ. με ψηφιακά εργαλεία

Απάντηση: Έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Απουσία συγκεκριμένου μονοπατιού φροντίδας στην υγεία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που θα θέτει στο επίκεντρο την αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας και όχι την αποσπασματική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, από άλλοτε άλλο θεραπευτικό πλαίσιο

Απάντηση: Δεν υπάρχει ο αναγκαίος συντονισμός από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Δεν υπάρχει η αναγκαία στελέχωση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

Απάντηση: Οι δυσκολίες στη διασύνδεση και την επικοινωνία μεταξύ των δομών, πέρα από την έλλειψη της κουλτούρας συνεργασίας, φαίνεται να βασίζεται στις ελάχιστες ευκαιρίες να βρεθούν οι ομάδες ή οι εκπρόσωποι των ομάδων επαγγελματιών σε κοινές διαδικασίες που θα θέτουν κοινούς στόχους στο επίπεδο της κοινότητας ή του τομέα

Απάντηση: Η ψυχική υγεία έχει ως στόχο την συμπερίληψη χωρίς διακρίσεις.

Στην πράξη, οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας διακρίνονται σε τόσες κατηγορίες, μορφές και επίπεδα που καταλήγουν να δημιουργούν, συμμετέχουν και αναφέρονται σε ένα πολύπλοκο «γραφειοκρατικό» σύστημα που μόνο σύγχυση και ταλαιπωρία επιφέρει στον τελικό αποδέκτη των υπηρεσιών τους. Η κυριότερη αιτία αυτού του φαινομένου είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα σαφές οργανόγραμμα-χάρτης (στην πιο απλή μορφή του) που να λειτουργεί ως οπτικός μηχανισμός διασύνδεσης των υπηρεσιών (ευθυνών και αρμοδιοτήτων) προς όλες τις κατευθύνσεις.

Σε αυτό το χρόνο επαφίεται στη διάθεση (και ουσιαστικά τη μαχητικότητα) των συναδέλφων να βγουν από τους δαιδαλώδεις διαδρόμους «του ποιος είναι υπεύθυνος και για τι, ποιος συντάσσει αναφορές και/ή εκθέσεις για λήπτες της κοινότητας, ποιος συνοδεύει στα δικαστήρια αν πρόκειται για δικαστική συμπαράσταση, κλπ».

Απάντηση: Στην απουσία συστηματικού ελέγχου, οδηγιών και κατευθύνσεων προς τους φορείς καθώς και στην έλλειψη πρωτοκόλλων ώστε να ακολουθούνται συγκεκριμένες διαδικασίες και μέσω αυτών να αναπτύσσονται οι απαραίτητες συνεργασίες όπου αυτό είναι απαραίτητο

Απάντηση: Τομεοποιημένος Σχεδιασμός με αυθαίρετα κριτήρια, έλλειψη συνεργατικής κουλτούρας

Απάντηση: Όπως ανέφερα και πιο πάνω στην επαρχία υπάρχει η αντιπαλότητα. Είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των φορέων. Θεωρώ ότι έτσι όπως λειτουργούν οι δομές μέχρι τώρα οι λήπτες υπηρεσιών λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες

Απάντηση: Μέσα στα πλαίσια της λειτουργίας της Ομοσπονδίας ΑΡΓΩ, οι φορείς ΝΠΙΔ συνδέονται μεταξύ τους. Ίσως υπάρχει ένα χάσμα συνεργασίας μεταξύ φορέων ΝΠΙΔ και ΝΠΔΔ

Απάντηση: Γιατί ο κάθε φορέας λειτουργεί αυτόνομα χωρίς να υπάρχει διασύνδεση και συνεργασία

Απάντηση: Λόγω της έλλειψης συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, άλλη φιλοσοφία,

Απάντηση: Μεγάλος αριθμός αυτοτελών βραχύβιων προγραμμάτων (μέχρι να διασυνδεθούν εκπνέουν)

Απουσία οργανωτικού σχεδιασμού ώστε να υπάρχει ξεκάθαρο πλαίσιο λειτουργίας για κάθε δομή και Προγράμματος του εκάστοτε περιστατικού μέσα στο σύστημα υγείας.

Μεγαλύτερες δυσκολίες στη διασύνδεση ν.π.ι.δ. με τις δομές του δημόσιου συστήματος όπου παραδοσιακά οι σχέσεις διέπονται από έντονη αμοιβαία καχυποψία.

Υπερφόρτωση του φόρτου εργασιών κάθε μεμονωμένης δομής που λειτουργεί αμυντικά στην διεύρυνση της απεύθυνσής της προς τα έξω

Απάντηση: Γιατί το στίγμα στη χώρα συνεχίζει να είναι τόσο μεγάλο ώστε παγιωμένες αντιλήψεις ότι η ΨΥ και οι υπηρεσίες της είναι κάτι το τελείως διαφορετικό από την Υγεία και τις υπόλοιπες υπηρεσίες. Οι εν λόγω παγιωμένες αντιλήψεις δεν απαντώνται μόνο στην κοινωνία αλλά και στους χαρακτες πολιτικών

Απάντηση: Δεν υπάρχει κεντρική οργάνωση των υπηρεσιών και διασύνδεση. Κυρίως διότι λείπουν *guidelines* και προδιαγραφές λειτουργίας του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας γενικά και του Ψυχαργώς ειδικότερα.

B) Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας για βελτίωση της διασύνδεσης μεταξύ των δομών.

Απάντηση: Η βασική πρόταση για τη βελτίωση της διασύνδεσης και της συνεργασίας των μονάδων στο πλαίσιο και του συνεχούς της φροντίδας είναι η ανάπτυξη ψηφιακού συστήματος παραπομπών και διασύνδεσης το οποίο θα είναι συνδεδεμένο με τον ψηφιακό φάκελο του ασθενή, πάντα με τις σχετικές προβλέψεις για τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, ώστε στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης να διαμορφώνεται ένα ενιαίο εξαμηνιαίο θεραπευτικό πλάνο για κάθε εξυπηρετούμενο συμπληρωματικά και ενιαία από τις πολυκλαδικές ομάδες των μονάδων που του παρέχουν υπηρεσίες.

Απάντηση: Ανάπτυξη ψηφιακού φακέλου υγείας εκάστου πολίτη και σύνδεση της αποζημίωσης κάθε παρόχου υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τον ΕΟΠΠΥ υπό τις εξής προϋποθέσεις: α) η χρήση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων ανά κατηγορία παθήσεων β) την ύπαρξη ηλεκτρονικής παραπομπής από την μία υπηρεσία στην άλλη με παράλληλο σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και γ) την ύπαρξη κινήτρων και αντικινήτρων στην αποζημίωση των παρόχων ανάλογα με το ανωτέρω σύστημα αξιολόγησης

Απάντηση: Ηλεκτρονική Εφαρμογή χάρτη υπηρεσιών

Απάντηση: Η διοικητική υποστήριξη των τομεακών επιτροπών

Απάντηση: Οι δομές, οι υπηρεσίες, οι ΜΨΑ, οι επιτροπές είναι οντότητες που περιγράφονται με αυτή την τεχνοκρατική ορολογία.

Οι δομές, οι υπηρεσίες κλπ είναι οι επαγγελματίες που υπηρετούν σε αυτές.

Η διασύνδεση των στελεχών είναι εγγύηση διασύνδεσης των υπηρεσιών.

Απλά εργαλεία διασύνδεσης (όπως πχ το ΝΟΕΣΙ των κοινωνικών λειτουργών), άμεσα και σε πρώτο πρόσωπο και χρόνο μπορούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των συνεργειών

προς όφελος του τελικού χρήστη γιατί ας μην ξεχνάμε ότι δεν είναι ζητούμενο η διασύνδεση για τη διασύνδεση. Είναι υποχρέωσή μας ως επαγγελματίες, επιστήμονες και άνθρωποι η διασύνδεσή μας με συναδέλφους για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ληπτών μας

Απάντηση: Εφαρμογή πρωτοκόλλων και συστημάτων ποιότητας τα οποία θα προσδιορίζουν το πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των δομών, έλεγχος αυτών και μεταφορά των αρμοδιοτήτων από το Υπουργείο Υγείας στην Υγειονομική Περιφέρεια

Απάντηση: Ενδυνάμωση των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων και ενίσχυση της συνεργατικής κουλτούρας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων με κατάλληλη εκπαίδευση και με σύνδεση της με την αξιολόγηση της ποιότητας κάθε ΜΨΥ

Απάντηση: Θα ήταν εποικοδομητικό να λειτουργούν προγράμματα με συνεργασίες μεταξύ των φορέων. Το Υπουργείο θα μπορούσε να προκηρύξει προγράμματα που θα απαιτούν αυτή τη συνεργασία (πχ στα προγράμματα ψυχολογικής στήριξης του πληθυσμού που επλήγη από τις πυρκαγιές της Β. Εύβοιας, λειτούργησε εξαιρετικά η συνεργασία των κλιμακίων ψυχικής υγείας διαφόρων φορέων της Ομοσπονδίας ΑΡΓΩ).

Απάντηση: Δημιουργία Τοπικών ομάδων ψυχικής υγείας με εκπροσώπους από κάθε τομέα όπου θα γίνεται διάχυση της πληροφορίας για την λειτουργία κάθε μονάδας και καταγραφή ελλείψεων υπηρεσιών για ολοκλήρωση της τομεοποίησης

Απάντηση: Η δημιουργία επιτροπών που θα χαρτογραφήσουν και θα καταγράψουν τις υπηρεσίες και τις ανάγκες ανά τομέα και θα προάγουν την έννοια της διασύνδεσης και της συνεργασίας προς όφελος των ψυχικά πασχόντων

Απάντηση: Όταν ο αριθμός των εξειδικευμένων δομών θα είναι ικανός να υποστηρίξει τον όγκο των αναγκών της κοινότητας, τότε η διάκριση του πλαισίου και της λειτουργίας κάθε μιας εξ αυτών θα είναι ευχερέστερος και θα καταστεί εφικτή η απρόσκοπτη ροή του περιστατικού μεταξύ των δομών αυτών

Απάντηση: Covid-19 και σεισμοί μας έδωσαν ιδέες για τη διασύνδεση μεταξύ των δομών (πχ διασύνδεση ιδιωτικών φορέων με νοσοκομεία, επαγγελματίες ΨΥ στους σεισμόπληκτους)

6^η Ερώτηση: Ός μία από τις βασικές ελλείψεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η μη ολοκλήρωση-παρά σε ελάχιστες περιπτώσεις-της αλυσίδας αποασυλοποίησης. Δηλαδή οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας «λιμνάζουν» στα Οικοτροφεία και δεν μετακινούνται σταδιακά σε Ξενώνες και Προστατευόμενα Διαμερίσματα.

Α) για ποιο λόγο πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;

Απάντηση: Βασικές αιτίες του φαινομένου είναι: η έλλειψη κουλτούρας προώθησης της αυτονόμησης των ενοίκων, ο υπερπροστατευτισμός κάποιων επαγγελματιών, η έλλειψη θέσεων σε ξενώνες, η γεωγραφική ανισοκατανομή των μονάδων αλλά και ο μεγάλος μέσος όρος ηλικίας των ενοίκων συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες φροντίδας.

Απάντηση: Οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ικανοποιούν τις βασικές στεγαστικές ανάγκες των ατόμων που φιλοξενούν και δεν έχουν κίνητρα για την περαιτέρω ικανοποίηση αναγκών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παράλληλα δεν υπάρχουν ούτε αντικίνητρα για να αλλάξει η ανωτέρω πρακτική. Τέλος οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που διαθέτουν οι ανωτέρω μονάδες δεν έχουν κίνητρα για να επιδιώκουν την επίτευξη περαιτέρω στόχων ψυχοκοινωνικής ένταξης & αποκατάστασης, δεν έχουν υποχρέωση περαιτέρω εκπαίδευσης τους και τέλος δεν αξιολογούνται για το έργο που παράγουν.

Απάντηση: Όλες οι στεγαστικές δομές θα έπρεπε να ανήκουν σε ένα δίκτυο που θα προωθεί την κινητικότητα της αλυσίδας αποασυλοποίησης. Αυτό σημαίνει, ότι τα οικοτροφεία, οι ξενώνες και τα Π.Δ. θα υποστηρίζονται και θα συνδέονται με λειτουργική διασύνδεση με μη στεγαστικές δομές (Κ.Ψ.Υ. και Κέντρα Ημέρας). Αυτές οι δομές, (και στις περιπτώσεις όπου είναι συνδεδεμένες λειτουργικά με τις στεγαστικές δομές το καταφέρνουν) μπορούν να εξασφαλίσουν τη μεταβατικότητα στη λογική της προώθησης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της αυτονομίας, παρέχοντας κοινοτικές, εξωιδρυματικές υπηρεσίες εκτός

της στεγαστικής δομής, αποτρέποντας την τάση και την ροπή των στεγαστικών δομών προς την «εσωστρέφεια» και την παραγωγή ιδρυματικών πρακτικών.

Απάντηση: Μια απλουστευμένη προσέγγιση του φαινομένου αυτού μπορεί να είναι το ότι δεν έχουν όλοι οι φορείς την ευθύνη λειτουργίας και τους τριών τύπων στεγαστικών ΜΨΑ που αναφέρουμε, με συνέπεια να μην είναι σε θέση να υποστηριχθεί μια ολοκληρωμένη διαδικασία αποκατάστασης και εξέλιξης του λήπτη από το σταθερό ασφαλές περιβάλλον που γνωρίζει κι εμπιστεύεται.

Μια βιαστική απάντηση σε αυτό το ερώτημα μπορεί να μας παραπέμψει στο κενό της διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών και των φορέων.

Με αυτό το σκεπτικό μπορούμε εύκολα να οδηγηθούμε σε απορίες τύπου: «αν οι ένοικοι μιας ΜΨΑ πχ οικοτροφείου Α1 γίνονται 65 ετών, πρέπει στα γενέθλιά τους να μεταφερθούν σε ΜΨΑ ψυχογηριατρική, τύπου Α2?»

Με λίγα λόγια η επιφανειακή προσέγγιση (ίσως και ποσοτική) της θεραπευτικής διαδικασίας μπορεί εύκολα να μετατοπίσει το κέντρο βάρους της συζήτησης σε γραφικότητες.

Για να βρούμε τις σωστές απαντήσεις πρέπει να κάνουμε τις σωστές ερωτήσεις.

Ας αναρωτηθούμε λοιπόν:

Πόσες ΜΨΑ είχαμε το 2000 και πόσες το 2020?

Τι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχουμε συνολικά, και ποια είναι η πορεία του κάθε λήπτη ατομικά?

Πόσο περιοριστική μπορεί να είναι σε κάθε συνθήκη και περίπτωση η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας?

Σήμερα βρισκόμαστε στα πρόθυρα σημαντικής ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Προς ποια κατεύθυνση? Φτιάχνουμε κι άλλες στεγαστικές μονάδες κλειστού τύπου ή επενδύουμε στην παρέμβαση για την ψυχική υγεία στην κοινότητα?

Έχουμε εκπαιδευμένους φροντιστές εκεί έξω?

Έχουμε υποστηρικτικά περιβάλλοντα εξοικειωμένα με τη δικαστική συμπαράσταση?

Έχουμε πρόβλεψη για το μετά των ληπτών υπηρεσιών που έως σήμερα έχουν την στήριξη ηλικιωμένων φροντιστών?

Απάντηση: Δεν υπήρξε συστηματική εποπτεία και έλεγχος των φορέων που αναλάμβαναν τα περιστατικά στις μονάδες, δεν τέθηκαν συγκεκριμένοι στόχοι, δεν συνδέθηκε το παραγόμενο έργο με την αποζημίωση των φορέων

Απάντηση: Έλλειψη κουλτούρας αποασυλοποίησης, Ανεπαρκής αριθμός ΠΔ, Μη σύνδεση επιχορήγησης με αποασυλοποίηση

Απάντηση: Τα ψυχιατρεία παραπέμπουν στα Οικοτροφεία φορέων ΝΠΔ, ασθενείς όχι μόνο μεγάλης ηλικίας αλλά και πολύ βαριάς ψυχοπαθολογίας, οι οποίοι είναι ακατάλληλοι για να φιλοξενηθούν σε διαμερίσματα

Απάντηση: Γατί έως τώρα εργαζόμασταν με χρόνιους ψυχωσικούς. Υπάρχει ανομοιογένεια στο πλήθος των μελών των οικοτροφείων καθώς καλούμαστε να δουλέψουμε σε διαφορετικά επίπεδα στον ίδιο χώρο με χρόνιους ψυχωσικούς και ασθενείς που έχουν διαμείνει ελάχιστο χρόνο στα ψυχιατρεία

Απάντηση: Για το λόγο ότι υπάρχει διαφορετικότητα στις ψυχοπαθολογίες των ληπτών, δίνοντας προτεραιότητα στους λήπτες που δεν έμειναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στα ψυχιατρεία. Με αποτέλεσμα πολλοί από τους χρόνιους ψυχωσικούς να μην μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτή την συνθήκη, της διαφορετικότητας μέσα στο ίδιο πλαίσιο

Απάντηση: Η ψυχική νόσος είναι κάποιες φορές πολύ βαριά αναπηροποιητική νόσος χωρίς ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχει ένας αριθμός περιστατικών που δεν μπορεί να ανακτήσει το απαιτούμενο επίπεδο λειτουργικότητας για την επιστροφή στην κοινότητα σε μη προστατευόμενη διαβίωση.

Η μεγάλη αλλαγή που σήμανε την χαλάρωση των παραδοσιακών δεσμών της οικογένειας καθώς και η μεγάλη οικονομική ύφεση που δυσκολεύει και εκείνους που έχουν την σωστή πρόθεση, απέσυραν από τη σκηνή τον έτερο πυλώνα στήριξης των βαρέως πασχόντων που ήταν το οικογενειακό περιβάλλον

Απάντηση: Δεν έχουμε αναπτύξει την κουλτούρα της φροντίδας στην κοινότητα

Ακόμη θεωρούμε τα μικρά «ασυλάκια» στο κέντρο του αστικού αστικού ιστού ως κοινοτικές δομές

Το πλαίσιο σταδιακής μετακίνησης λειτουργεί «στα χαρτιά» μόνο.

Η χρηματοδότηση είναι υψηλότερη για τα Οικοτροφεία.

Ο έλεγχος, η παρακολούθηση και η λογοδοσία βάσει δεικτών είναι σχεδόν ανύπαρκτοι

Απάντηση: Γιατί το κράτος δεν ενδιαφέρεται για την αποασυλοποίηση τόσο ώστε να αναπτύξει κινητές μονάδες και άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα. Τα δε υπάρχοντα προστατευόμενα διαμερίσματα και οι ξενώνες δεν είναι χωροταξικά κατανομημένα και τα κριτήρια ένταξης ασθενών σε αυτά συχνά είναι ρουσφετολογικά!!

B). Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

Απάντηση: Προαπαιτούμενο της οποίας αλλαγής είναι η πλήρης ανάπτυξη του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα σε συνδυασμό με την ανάπτυξη νέων μοντέλων που εφαρμόζονται στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση όπως αυτό του Recovery που προωθεί τα δικαιώματα και τη βελτίωση της αυτονομίας και της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων

Απάντηση: Επαναπροκήρυξη όλων των αδειών λειτουργίας δομών από ΑΜΚΕ και εφεξής ισχύς οποιασδήποτε νέας άδειας λειτουργίας για 10 έτη και εκ νέου διαδικασία ανάθεσης με την παρέλευση 10ετίας

Απάντηση: Καλύτερη χρηματοδότηση, εκπαίδευση και στελέχωση των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Απάντηση: Είναι σημαντική η λειτουργική διασύνδεση κάθε στεγαστικής δομής με κοινοτική μη στεγαστική δομή. Η επαφή και η συνεργασία των δύο ομάδων επαγγελματιών θα εξασφαλίσει το απαραίτητο «κοινωνικό βλέμμα» και τη συνεργασία για το σχεδιασμό και την υλοποίηση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που μπορούν να υπερβούν την παγίωση του φαινομένου του «παγώματος» της μεταβατικότητας. Η λειτουργία μιας στεγαστικής δομής «σε ζεύγος» με μία μη στεγαστική μπορεί να αποτελέσει ένα πυρήνα δικτύου υπηρεσιών

Απάντηση: Το 2000 είχαμε την επιβεβλημένη υποχρέωση να προχωρήσουμε στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Δράσαμε, και με τα σωστά μας και τα λάθη μας φτάσαμε είκοσι χρόνια μετά να έχουμε ένα σύστημα ψυχικής υγείας που μπορεί να μην είναι τέλειο, είναι όμως ξεκάθαρα καλύτερο από ότι δεν είχαμε είκοσι χρόνια πριν.

Πρέπει με ψυχραιμία και νηφαλιότητα να αναλογιστούμε τις απαντήσεις σε δύο βασικές ερωτήσεις:

Που και πως είναι η ψυχική υγεία σήμερα?

Που και πως θέλουμε να είναι η ψυχική υγεία σε είκοσι χρόνια από σήμερα?

Με λίγα λόγια να αξιολογήσουμε σε όλα τα επίπεδα το σήμερα και με τα συμπεράσματά μας ως αφετηρία, να σχεδιάσουμε, οργανώσουμε και υλοποιήσουμε (Effective, Efficient, Economy) έργα με όραμα και αποστολή την εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τον άνθρωπο και την κοινωνία.

Απάντηση: Εισαγωγή συστημάτων ποιότητας, αλλαγές στο σύστημα αποζημίωσης και ενδυνάμωση των μηχανισμών υλοποίησης των αλλαγών παράλληλα με την αποκέντρωση αρμοδιοτήτων

Απάντηση: Στις στεγαστικές θα πρέπει η πληρωμή να γίνεται ανάλογα με τον αριθμό των ωφελουμένων και σε περίπτωση που υπάρχει ροή από το Οικοτροφείο στον Ξενώνα και από εκεί στο ΠΔ τότε αυτό το ποσό να αυξάνεται. Πρόβλεψη για τη δημιουργία νέων ΠΔ

Απάντηση: Θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στα ΝΠΙΔ να λειτουργούν Κ.Η. να λειτουργούν και Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευόμενα διαμερίσματα έτσι ώστε να υπάρχουν επαρκώς ολοκληρωμένες δομές.

Απάντηση: Καλό θα ήταν το Υπουργείο να νομοθετήσει τη δυνατότητα μετάβασης ασθενών στα Οικοτροφεία, από τη κοινότητα, τη δυνατότητα μετάβασης από τη Κοινότητα ασθενών λειτουργικών, οι οποίοι θα μπορούν να εκπαιδευτούν και να εξελιχθούν

Απάντηση: Δημιουργία περισσότερων προστατευόμενων διαμερισμάτων και ξενώνων με εκπαίδευση των εργαζομένων και κατάλληλη επιλογή μελών

Απάντηση: Η αναηρωποίηση ως συνέπεια της βαριάς ψυχικής νόσου δεν είναι δυσλειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών και δεν θα εξαλειφθεί. Για να γίνει το πρόβλημα διαχειρίσιμο θα πρέπει αρχικά να αναγνωριστεί, να συζητηθούν οι παράμετροι που

οδήγησαν στην παραγνώρισή του και να επανασχεδιαστεί ένα μέρος των τριτοβάθμιων υπηρεσιών στη βάση της αποδοχής του

Απάντηση: Κεντρικός σχεδιασμός κα οργάνωση, δείκτες απόδοσης και ποιότητας.

7^η Ερώτηση: Η υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής έχει υστερήσει σε σημαντικό βαθμό κατά την διάρκεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς δεν υπήρξε σχετικός προγραμματισμός για την ανάπτυξή τους. Εξαιρέση αποτέλεσαν ενδεικτικά οι δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος, η εκπόνηση σχεδιασμού για την πρόληψη της κατάθλιψης και οι δράσεις πρόληψης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον.

Παραθέστε τυχόν προτάσεις σας για βελτίωση της πρόληψης της ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών και εφήβων

Απάντηση: Η πλήρης ανάπτυξη του δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα σε συνδυασμό με ανάπτυξη μονάδων έγκαιρης παρέμβασης τόσο στην Ψύχωση όσο και στην άνοια θα αναβαθμίσουν τις δράσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας.

Απάντηση: Ένταξη στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης της Δημόσιας Υγείας & του Σχεδίου Πρόληψης Δοξιάδης συγκεκριμένων δράσεων & προγραμμάτων τόσο στο δευτερογενές όσο και στο τριτογενές επίπεδο πρόληψης. Ενδεικτικά αναφέρεται η ενίσχυση του θεσμού των ΚοιΣΠΕ και των διαδικασιών ένταξης/επανένταξης στην εργασία ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα καθώς έχει αποδειχθεί ότι η παρέμβαση «εργασία» μέσω δομημένης διαδικασίας (υποστηριζόμενη εργασία), επιτυγχάνει την μακροχρόνια παραμονή των ατόμων στο εργασιακό περιβάλλον και μειώνει την βλάβη και τις επιπτώσεις που προκαλούν οι σοβαρές ψυχικές παθήσεις.

Απάντηση: Να στελεχωθούν και να εμπλακούν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στην πρόληψη, αφού υπάρξει ένας συνολικός στρατηγικός σχεδιασμός σε πανελλήνιο επίπεδο

Απάντηση: Οι δράσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων θα μπορούσαν να υλοποιηθούν αποτελεσματικά σε συνεργασία των μονάδων ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων της κοινότητας με σχολεία της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη της σχολικής κοινότητας (μαθητές και εκπαιδευτικοί) από μία ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από την αποσπασματική και χωρίς ενιαία μεθοδολογία στελέχωση των σχολείων από σχολικούς ψυχολόγους.

Η αντίστοιχη υποστήριξη στο γενικό πληθυσμό των ενηλίκων, αν και όχι με τον ίδιο τρόπο, μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από τη συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Απάντηση: Μια παροιμία λέει: « όταν καίγεται το σπίτι σου καλείς την πυροσβεστική. Όταν δεν καίγεται το σπίτι σου οργανώνεις την πυρασφάλειά του».

Είναι σαφές ότι «η πυροσβεστική» αντίδραση σε πρώτο χρόνο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση λειτούργησε όπως λειτούργησε και λειτούργησε όσο καλύτερα πιστέψαμε ότι μπορεί να λειτουργήσει. Δεν πρέπει να έχουμε μηδενιστική διάθεση και αντίληψη για το συνολικό σημερινό παραδοτέο στην ψυχική υγεία.

Με ψυχραιμία και νηφαλιότητα μπορούμε να αξιοποιήσουμε το χρόνο και την εμπειρία μας προς μια απλή κατεύθυνση: Επένδυση για την ενίσχυση σε ανθρώπινο δυναμικό των υπαρχόντων υποδομών στην κοινότητα με έργο και αντικείμενο την πρόληψη.

Δεν χρειαζόμαστε δεκάδες νέα ΚΗ για την πρόληψη. Προσθήκη μικρών ομάδων επαγγελματιών στα υπάρχοντα ΚΗ με έργο την πρόληψη και την εκπαίδευση στην κοινότητα είναι κάτι που αξίζει να δοκιμάσουμε.

Δεν χρειαζόμαστε δεκάδες νέες κινητές μονάδες. Κλιμάκια (υπο)στήριξης του έργου των υφιστάμενων μονάδων με άξονα αναφοράς την πρόληψη.

Ας δεχθούμε ως επαγγελματίες και άνθρωποι πως μέχρι σήμερα, έχουμε δημιουργήσει και προσφέρει ότι καλύτερο μπορέσαμε για τους λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που γνωρίζουμε.

Ας δούμε ως επαγγελματίες και άνθρωποι τι μπορούμε να κάνουμε από αύριο για ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση της προσφοράς μας στους λήπτες που γνωρίζουμε και ακόμα περισσότερο πως θα μπορέσουμε να προλάβουμε παθολογίες και νοσηρές καταστάσεις ληπτών που υπάρχουν και δεν γνωρίζουμε.

Η παρέμβαση απαιτεί συγκεκριμένες δεξιότητες. Η πρόληψη απαιτεί πρόβλεψη. Ας προβλέψουμε λοιπόν τα έργα που χρειαζόμαστε στη βάση ότι μπορούμε να μιλάμε για υποέργα ενίσχυσης των ρόλων και των καθηκόντων των υφιστάμενων ΜΨΑ

Απάντηση: Ανάπτυξη συνεργασιών μεταξύ των φορέων (φορείς υγείας με την τοπική αυτοδιοίκηση, τους φορείς εκπαίδευσης κλπ) με εποπτεία έλεγχου και κατευθύνσεις από το Υπουργείο Υγείας

Απάντηση: Ανάπτυξη Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση, Ανάπτυξη ΚΗ για πρώιμη παρέμβαση στον αυτισμό

Απάντηση: Λειτουργία Κέντρων Ημέρας για παιδιά και έφηβους Παρεμβάσεις πρωτοβάθμιας πρόληψης στα σχολεία από τα ΝΠΙΔ με ειδική θεσμοθέτηση Τακτές χρηματοδοτούμενες δράσεις αγωγής-ευαισθητοποίησης κοινότητας.

Απάντηση: Υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση. Δράσεις στα σχολεία σε παιδιά όλων των βαθμίδων

Απάντηση: Κινητές Μονάδες για παιδιά και Εφήβους, Κέντρα Ημέρας ενηλίκων και παιδιών και εφήβων, Προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη και την έγκαιρη παρέμβαση, επαγγελματική αποκατάσταση, peer support

Απάντηση: Οι δράσεις πρόληψης και προαγωγής είχαν και έχουν σημαντική έκταση και ανάπτυξη αν και φαίνεται να υστερούν σε αποτελεσματικότητα. Ενδεικτικότερο όλων το παράδειγμα της καταπολέμησης των εξαρτήσεων. Εκεί που ο πολιτισμός παράγει δυσφορία- και σήμερα η δυσφορία αυτή αγγίζει ένα παγκόσμιο ζενιθ- τα προγράμματα πρόληψης ασθμαίνουν τρέχοντας πίσω από τους αυξανόμενους τοξικούς καπνούς του κυρίαρχου πολιτισμικού παραδείγματος της κατανάλωσης. Η σύνδεση αυτών των δράσεων με ένα διαφορετικό πολιτισμικό και κοινωνικό ήθος και παράδειγμα θα ήταν κατά τη γνώμη μου στη σωστή κατεύθυνση

Απάντηση: Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, και για την τρίτη ηλικία, όπου υπάρχουν μεγάλα κενά. Επίσης, υπηρεσίες για άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες (άστεγοι, άνεργοι, μετανάστες/πρόσφυγες).

Ψυχική υγεία σε όλες τις πολιτικές, με στόχο την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των «κοινωνικών καθοριστών» των ψυχιατρικών διαταραχών (ανισότητες, διακρίσεις, αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, πτωχή εκπαίδευση, ανεργία και εργασιακή ανασφάλεια, οικονομικές ανισότητες, ποιότητα του περιβάλλοντος και της κατοικίας, απουσία στέγης και έλλειψη τροφής, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας).

Προγράμματα πρόληψης σε κάθε επίπεδο, πρωτογενές, δευτερογενές, τριτογενές (αποκατάσταση και παρακολούθηση σταθερής θεραπείας) και τεταρτογενές (εγγραμματοσύνη ψυχικής υγείας, πολιτικές μείωσης του στίγματος).

Υπηρεσίες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση για την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στα νέα περιστατικά ψυχικών διαταραχών, όπως και Υπηρεσίες Ενεργητικής Παρέμβασης στην Κοινότητα για την αποτροπή των υποτροπών και νοσηλειών ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και πολλαπλές νοσηλείες ΣΕ ΚΑΘΕ ΝΟΜΟ.

Σεβασμός και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και συμμετοχή των αντιπροσωπευτικών τους οργανώσεων στο σχεδιασμό, υλοποίηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση πολιτικών και πρακτικών που τους αφορούν.

Ανάπτυξη εθνικής πολιτικής πρόληψης ψυχικών ασθενειών και προαγωγής ψυχικής υγείας εντός του πλαισίου δημόσιας υγείας και πολιτικής με οριζόντιες δράσεις (στέγαση, κοινωνική πρόνοια, εργασία, εκπαίδευση, ποινική δικαιοσύνη, προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων).

Ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης για την πρόληψη ψυχικών ασθενειών και την προαγωγή ψυχικής υγείας.

Ανάπτυξη έρευνας στον τομέα της πρόληψης, όπως και της ταυτοποίησης παραγόντων κινδύνου (επιδημιολογική έρευνα), και της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ανάπτυξη βιώσιμων και αποτελεσματικών συνεργασιών μεταξύ κυβερνητικών και μη-κυβερνητικών οργανώσεων και συλλόγων ασθενών και οικογενειών.

Διευκόλυνση συνεργασίας μεταξύ έρευνας, πολιτικής και πρακτικής.

Εγκαθίδρυση μηχανισμών διασφάλισης της συνέχειας στις δράσεις.

Εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων (υλικών, ανθρώπινων) και διάθεση για την κάλυψη αναγκών των πολιτών ανά την επικράτεια.

Επένδυση στην πρόληψη εντός της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας

Συνεργασία μεταξύ ψυχικής υγείας, δημόσιας υγείας και άλλων τομέων

Ύπαρξη κοινού οράματος και πολιτικής βούλησης.

Απάντηση: Σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία και τη συνολική διαχείριση των ψυχικών νόσων παιδών, ενηλίκων και ατόμων της τρίτης ηλικίας.