



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ  
2020-2021

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2000-2020): ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ  
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ**

**ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

**ΑΜ: mlead20017**

**ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2022**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ  
2020-2021

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2000-2020): ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ  
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ**

**ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

**ΑΜ: mlead20017**

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ:** Λήψη αποφάσεων και σχεδιασμός πολιτικών υγείας

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:** Γ. Κουλιεράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2022



UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

M.Sc. in Leadership, Innovation, and Value Based Health Policies  
(2020-2021)

**Diploma Thesis**

**INVESTIGATION OF THE IMPLEMENTATION OF MENTAL  
HEALTH POLICIES IN GREECE (2000-2020): LEGISLATION AND  
PRACTICES**

**Michalis Michail**

**Registration Number: mlead20017**

**Supervisor: George Koulierakis**

Athens, June 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ  
2020-2021

## ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2000-2020): ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΣ, ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ	
2.	ΓΚΑΡΑΝΗ- ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3.	ΚΟΡΝΑΡΟΥ ΕΛΕΝΗ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

Copyright © Μιχαήλ Μιχαήλ  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην Ηγεσία, Καινοτομία και πολιτικές αξίας στην υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ, του ΧΡΙΣΤΑΚΗ, με αριθμό μητρώου mlead20017, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ηγεσία Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας 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 ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



\* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα  
Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα  
(Υπογραφή)

\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις [Πολιτικές του I.A.](#) (σελ. 6)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι πολιτικές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα καλύπτουν το ανθρώπινο δικαίωμα κάθε ατόμου να ζει και να δρα σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και να είναι ταυτόχρονα σε θέση να επιτύχει καλύτερη ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τους δικούς του στόχους.

### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να δοθεί το πλαίσιο της πορείας των πολιτικών για τη ψυχική υγεία στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση και κάλυψη των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και τις αποφάσεις για την αντιμετώπισή τους.

### Μεθοδολογία

Η εργασία αποτελεί μια ανασκοπική έρευνα. Βασίστηκε σε αναζήτηση με συστηματικό τρόπο βιβλιογραφικών αναφορών και έγκυρων άρθρων του διαδικτύου. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σε διεθνές και εθνικό επίπεδο σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Scopus, PubMed, GoogleScholar, Elsevier, Iatrotek), υπό την μέθοδο Prisma, με βάση τις λέξεις κλειδιά: «ψυχικές διαταραχές», “mentaldisorders” – «αποϊδρυματοποίηση» “deinstitutionalisation” – «ανθρώπινα δικαιώματα» “humanrights”. Ειδικότερα, ακολουθήθηκαν τα βήματα της συστηματικής ανασκόπησης, όπως διαμόρφωση του ερωτήματος, συστηματική αναζήτηση δεδομένων και αξιολόγηση των μελετών που συλλέχθηκαν. Μετά τη συλλογή δεδομένων έγινε η αποδελτίωση, όπου ξεχωρίστηκαν τα δεδομένα που άπτονταν του θέματος της εργασίας.

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρόλο που το σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα επιδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση με 700.000.000 ευρώ και είχε στόχο την πλήρη αποϊδρυματοποίηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την διαβίωσή τους και κοινοτικές δομές, δεν πέτυχε πλήρως λόγω έλλειψης πόρων, εξειδικευμένων ιατρών και δυσπραγίας του συστήματος. Επίσης, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση χαρακτηρίστηκε από μια αργή διαδικασία, ενώ οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα, ως απάντηση στη κρίση, έχουν εφαρμόσει οριζόντιες περικοπές στο προϋπολογισμό, αντί για μεταρρυθμίσεις στο τομέα της υγείας. Η πανδημία, η οικονομική κρίση και η ανεργία επιβάρυναν ψυχολογικά τους πολίτες, με αποτέλεσμα την αύξηση των εισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και μονάδες

έκτακτης ανάγκης, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, αύξηση διαζυγίων και θνησιμότητας.

### **Συμπεράσματα**

Το κύριο συμπέρασμα που απορρέει από την παρούσα εργασία είναι ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει τις συνέπειες μιας βαθιάς ανθρωπιστικής κρίσης που την ανάγκασε παρόλες τις ελλείψεις που αντιμετωπίζει ο τομέας Ψυχικής Υγείας να κάνει οριζόντια περικοπή δαπανών, με αποτέλεσμα να υπολειφθούν οι μονάδες ψυχικής υγείας. Εν τούτοις παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει υπάρχει μία μετάβαση από τον εγκλεισμό των ασθενών σε άσυλα προς δημοτικές κοινότητες ενώ τα ΚΕΨΥ εξυπηρετούν τις αυξημένες απαιτήσεις του πληθυσμού παρόλες τις ελλείψεις στο προσωπικό και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη χρηματοδότηση.

**Λέξεις – κλειδιά:** ψυχικές διαταραχές – αποϊδρυματοποίηση –ανθρώπινα δικαιώματα



## **ABSTRACT**

Do mental health policies in Greece cover the human rights of each individual person to live and act in accordance with current legislation and at the same time to be able to have a better quality of life, in accordance with their own goals?

### **Purpose**

The purpose of this dissertation was to provide the framework for the course of mental health policies in Greece, to address and meet the needs of people with mental disorders, the difficulties they face and the decisions they take.

### **Methodology**

The present work is a literature review. The writing was based on systematic review of bibliographic references and authoritative internet articles. The Google search engine was used as a search tool. The systematic literature review was carried out internationally and nationally in electronic databases (Scopus, PubMed, Google Scholar, Elsevier, Iatrotek), using the Prisma method, by placing the keywords: «mental disorders» – «deinstitutionalization» – «human rights» (in English and in Greek). In particular, the steps of systematic review were followed, such as query configuration, systematic data search and evaluation of the collected studies. After the collection of data, the indexing took place, where the data related to the topic of the work were separated.

### **Results**

The results showed that although the mental health system in Greece was subsidized by the European Union with 700,000.000 euro and aimed to the complete deinstitutionalization of people with mental disorders and their living and community structures, it did not fully succeed due to lack of resources, specialized doctors and hardship. Psychiatric reform has also been a slow process, with governments in Greece responding to the crisis with horizontal budget cuts instead of health care reforms. The pandemic, the economic crisis and unemployment have burdened citizens psychologically, resulting in increased admissions to psychiatric clinics, visits to outpatient clinics and emergency units, suicides, homicides, rising divorces and mortality.

### **Conclusions**

The main conclusion that emerges from the present work is that Greece is facing the consequences of a deep humanitarian crisis that forced it, despite all the

shortcomings faced by the Mental Health sector, to make a horizontal cut in spending, resulting in underperforming mental health units. However, despite the problems it is facing, there is a transition from the inclusion of patients in asylums to municipal communities, while the «ΚΕΨΥ» serves the increased demands of the population despite the staff shortages and the difficulties they face in financing.

**Keywords:** mental disorders, deinstitutionalization, human rights

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iii
ABSTRACT .....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ .....	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	xii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	xiii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	6
1.1 Θέματα ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. ....	6
1.2. Ο ρόλος των εθνικών πολιτικών υγείας στην ψυχική υγεία του πληθυσμού	6
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία από την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα.....	8
1.3.1. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω COVID-19.....	12
1.4. Απόψεις παρόχων ψυχικής υγείας για τη φροντίδα των ασθενών .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	17
2.1. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ψυχική υγεία.....	17
2.2. Η επίδραση της χρηματοοικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στο σύστημα Ψυχικής Υγείας .....	18
2.2.1. Σχέση οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας.....	19
2.3. Προβλήματα ψυχικής υγείας μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα..	20
2.4. Απόψεις νέων για την κατάθλιψη και την ψυχική υγεία .....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	26
3.1. Εισαγωγή .....	26

3.2. Νομοθεσία για τη ψυχική υγεία στην Ελλάδα.....	26
3.2.1. Ποινικός κώδικας .....	26
3.2.2. Αστικός κώδικας .....	27
3.3. Νομοθεσία για την κατάχρηση ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά	27
3.3.1. Διερεύνηση πολιτικών ψυχικής περίθαλψης στην Ελλάδα .....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	31
4.1. Πολιτική και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ψυχική υγεία ..	31
4.2. Στοιχεία για τον επιπολασμό της ψυχικής υγείας παγκοσμίως λόγω της πανδημίας του COVID-19.....	33
4.3. Στοιχεία επιπολασμού του COVID-19 στην Ευρώπη.....	34
4.4. Το επίπεδο ψυχικής νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα .....	35
4.5. Εισαγωγή ασθενών.....	36
4.5.1. Ακούσια εισαγωγή.....	36
4.5.2. Η επείγουσα διαδικασία.....	36
4.6. Ο ρόλος των ΚΨΥ στη φροντίδα ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων.....	38
4.6.1. Τι είναι τα ΚΨΥ .....	38
4.7. Οργανισμοί για την αντιμετώπιση της κρίσης ψυχικής υγείας στην Ελλάδα .....	40
4.7.1. Υπουργείο Υγείας.....	42
4.7.2. Το έργο HOME .....	43
4.7.3. Η ΜΚΟ «Κλίμακα».....	44
4.8. Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας.....	44
4.9. Εφαρμογή υπηρεσιών τηλε-παιδοψυχιατρικής στο Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής.....	45
4.10. Αναδιοργάνωση της διοικητικής δομής βάσει νόμου (Ν. 4461/2017).....	45
4.11. Εφαρμογή του μοντέλου Δυναμικής Κοινωνικής Θεραπείας .....	46
4.11.1. Το Ελληνικό Μοντέλο της Δυναμικής Κοινωνικής Θεραπείας (ΔΚΘ)	48

4.12. Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	50
4.13. Πολιτικές ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19..	51
4.13.1. Ο ρόλος της τηλε-ψυχιατρικής κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.....	52
4.14.Οικονομική κρίση και δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα.....	54
4.15. Αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην παροχή παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ5° ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	57
5.1. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	57
5.2. Το κλείσιμο των νοσοκομείων ψυχικής υγείας και η ίδρυση ψυχιατρικών υπηρεσιών σε γενικά νοσοκομεία.....	59
5.3. Κλείσιμο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και μεταφορά των ασθενών σε κοινοτικές εγκαταστάσεις.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΣΚΟΠΟΣΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7° ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8° ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	64
8.1. Αποτελέσματα αναζήτησης.....	64
8.2 Χαρακτηριστικά των μελετών.....	65
8.3. Στόχοι μελέτης και αποτελέσματα ανασκόπησης.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
Ελληνική.....	76
Ξενόγλωσση.....	79

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

<b>Πίνακας 4.1</b> Συγκριτικός πίνακας επιπολασμού του COVID 19 σε όλες τις ηπείρους .....	35
<b>Πίνακας 8.1</b> Σύνοψη ευρημάτων τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών.....	67

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<b>Γράφημα1.1</b> Διαταραχές Ψυχικής Υγείας (ICD-10).....	11
<b>Γράφημα 8.2.</b> Διάγραμμα ροής με αποτελέσματα αναζήτησης και τελικής επιλογής ερευνών.....	65
<b>Γράφημα9.3.</b> Πολιτική και σχεδιασμός Ψυχικής Υγείας .....	73

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<b>Εικόνα 4.1</b> Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο η Επιτροπή συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κρίσης.....	32
---	----



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΓΧΣ:	Γιατροί Χωρίς Σύνορα
ΔΚΘ:	Δυναμική Κοινωνική Θεραπεία
ΔΙΚΕΨΥ:	Διεπιστημονική και Ερευνητική Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη Παιδιών και Ενηλίκων
ΔΣΝ:	Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών
ΕΚΕΨΥΕ:	Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών
ΕΠΑΨΥ:	Επιστημονική Ένωση για Περιφερειακή Ανάπτυξη και Ψυχική Υγεία
ΗΠΑ:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΚΨΥ:	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
ΚΙΜΟΨΥ:	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
ΜΚΟ:	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΜΣ:	Συμπτώματα Μετατραυματικού Στρες
ΨΝ:	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention (Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών)
CMHC	Community Mental Health Center (Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας)
ED:	Emergency Department (Επείγοντα τμήματα)
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
EU4Health:	Η Ευρωπαϊκή Ένωση για την Υγεία
EU-OSHA:	Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία
HCW:	Health Care Workers
ICN:	International Council of Nurses (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών)
PTSD:	Post-Traumatic Stress Disorder (Διαταραχή μετατραυματικού στρες)
GPs :	General Psychiatric (Γενική Ψυχιατρική)
SSI:	Supplementary Security Income (Συμπληρωματικό εισόδημα από ασφάλεια)
WHO	World Health Organization
WPA- APAL	World Psychiatric Association Asociacion Psiquiatrica America Latina (Παγκόσμιος Οργανισμός Ψυχιατρικής – Οργανισμός Ψυχιατρικής Λατινικής Αμερικής)

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες για να αλλάξει το σύστημα ψυχικής υγείας από την ιδρυματική περίθαλψη προς ένα σύστημα, όπου η κύρια έμφαση δίνεται στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών για μία αξιοπρεπή διαβίωση.

Κάθε χώρα λαμβάνει τις δικές της αποφάσεις σχετικά με τις απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψη μια σειρά παραγόντων όπως οι ανάγκες του πληθυσμού, οι διαθέσιμοι πόροι, η ευελιξία και ο συντονισμός των οργανωτικών δομών, καθώς και το τοπικό πολιτισμικό πλαίσιο. Αυτοί οι παράγοντες γίνονται αναπόσπαστο στοιχείο μιας εθνικής πολιτικής και του σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία, στενά συνδεδεμένοι με τις εθνικές στρατηγικές Δημόσιας Υγείας.

Η Ελλάδα εκσυγχρονίζει ένα απαρχαιωμένο σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο βασιζόταν στη φροντίδα των ιδρυμάτων, τα τελευταία 20 χρόνια. Το ζήτημα των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αναδύθηκε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, αλλά η ουσιαστική δράση ξεκίνησε από την δεκαετία του 1970, όπου πολυάριθμες συμφωνίες υποστήριξαν τα δικαιώματά τους και ορίστηκαν οι πρώτες κατευθυντήριες γραμμές Ηθικής του ζητήματος (Sicilianos, 2013). Σημαντικό ρόλο έπαιξε η επιχορήγηση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και το ότι άλλαξε προσανατολισμό το σύστημα ψυχικής υγείας προσφέροντας φροντίδα στην ψυχική υγεία των ασθενών.

Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», το οποίο ήταν ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο, που εκπόνησε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, βοήθησε να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το 1995 που τελείωσε η ειδική χρηματοδότηση στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Αυτό βοήθησε να αναπτυχθούν διάφορες μορφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας που βασίζονται στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων υποστηριζόμενων εγκαταστάσεων διαβίωσης, κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας και ευκαιριών απασχόλησης.

Η οικονομική κρίση στην οποία που περιήλθε η Ελλάδα μετά την υπογραφή των μνημονίων, οι οριζόντιες περικοπές με τις οποίες αποφάσισε η Ελλάδα να αντιμετωπίσει την κρίση και οι επιπτώσεις της πανδημίας του COVID-19, η οποία προκάλεσε αύξηση των ψυχικών προβλημάτων στον ελληνικό πληθυσμό δημιούργησαν προβλήματα στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του συστήματος ψυχικής υγείας.

Κίνητρο για την επιλογή της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του εάν η ελληνική νομοθεσία για τις μονάδες ψυχικής υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες ψυχικής

υγείας, κάλυπταν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες ψυχικής υγείας και εάν προωθούσαν την αποϊδρυματοποίηση, ιδίως νέων ψυχικά ασθενών. Επίσης, η επιλογή του θέματος της διπλωματικής βασίστηκε και στο γεγονός ότι πλέον η πολιτική ψυχικής υγείας στην Ελλάδα είχε να αντιμετωπίσει παράλληλα δύο διαφορετικές, αλλά εξίσου δυναμικές προκλήσεις: α) την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού και β) την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας των χιλιάδων προσφύγων και μεταναστών που έχουν εισρεύσει στην Ελλάδα και αποτελούν έναν ευάλωτο πληθυσμό που επιβαρύνει τις μονάδες ψυχικής υγείας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν το πλαίσιο της ιστορικής σχέσης του ατόμου προς το κράτος και την κρατική άσκηση εξουσίας, είναι αυτά που επιτρέπουν την μη υπέρβαση των ορίων σεβασμού της ατομικής ελευθερίας εκ μέρους του κράτους, που θεμελιώνουν την κρατική υποχρέωση παροχών προς τον πολίτη αλλά και που του δίνουν τη δυνατότητα συμμετοχής στην άσκηση της κρατικής εξουσίας. Στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας έχει αναφερθεί ο ακόλουθος ορισμός: *Ως ανθρώπινο δικαίωμα ορίζεται η ικανότητα κάθε ατόμου να ζει και να δρα σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και να είναι ταυτόχρονα σε θέση να επιτύχει καλύτερη ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τους δικούς του στόχους* (Paliura, Papadopoulos & Vorvolakos, 2015). Τα ανθρώπινα δικαιώματα δεν αφορούν μόνον σε άτομα αλλά και σε ομάδες ατόμων, κατά συνέπεια το ζήτημα των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αποτελεί ένα μείζον ξεχωριστό ζήτημα.

Τα επίσημα κατοχυρωμένα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών ανθρώπων ξεκίνησαν από την Αμερικανική Ένωση Νοσοκομείων (Hospitals Union) το 1993. Λίγα χρόνια αργότερα, η Επιτροπή Βιοηθικής του Συμβουλίου της Ευρώπης υιοθέτησε μια «Λευκή Βίβλο» (White Paper) με στόχο την των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ανθρώπων που είναι ψυχικά ασθενείς, ιδιαίτερα όσων τοποθετούνται ακούσια σε ψυχιατρικό ίδρυμα (<https://rm.coe.int/psy-white-paper-2000-en/16804553af>). Την ίδια χρονιά, η Διακήρυξη της Χαβάης το 1977/1983, η Διακήρυξη των Αθηνών το 1989 και η Διακήρυξη της Μαδρίτης, το 1996 για την ψυχιατρική πρακτική βασισμένη στους κανόνες της Ηθικής, ενίσχυσαν την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών (Slatanis, 2003• Tsobanoglou, Korres & Giannopoulos, 2005).

Ήδη, τον Απρίλιο του 1994, στο Άμστερνταμ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) επικύρωσε τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη ([http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf)). Σύμφωνα με τους κανόνες της Διακήρυξης αυτής, οι ασθενείς πρέπει να προστατεύονται και κατοχυρώνονται με το δικαίωμα να διεκδικήσουν τις υποθέσεις τους δικαστικώς κάτι που αργότερα επεκτάθηκε και στους ψυχικά ασθενείς. Τα δικαιώματα αυτά οριστικοποιήθηκαν το 2006 και εφαρμόστηκαν το 2008. Όμως σε αυτό το κείμενο του Π.Ο.Υ. δεν έχει αποσαφηνιστεί επαρκώς ο όρος «ψυχοκοινωνική βλάβη» (Lefley & Johnson, 2002). Παρ' όλα αυτά, υπάρχει μία αποσαφήνιση σε ένα άρθρο, όπου ορίζει τον διαχωρισμό μεταξύ της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής αναπηρίας. Μερικά άτομα αναφέρονται ως άτομα με ψυχιατρική απομείωση, που δεν θεωρείται κοινωνική βλάβη (Thio, 2008).

Η πολιτική ψυχικής υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε δυναμικά το 1997 με ένα 10ετές εθνικό σχέδιο ψυχικής υγείας, το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», το οποίο εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και χρηματοδοτήθηκε με 700 εκατομμύρια ευρώ (<http://www.psychargos.gov.gr>). Οι στόχοι του επικεντρώθηκαν κυρίως στην αποϊδρυματοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών μακράς διαρκείας και στο κλείσιμο των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, ασυλικού τύπου. Οι επιμέρους στόχοι ήταν η εισαγωγή νομοθεσίας για την ψυχική υγεία που θα εξασφάλιζε ότι οι ψυχικά ασθενείς θα έχουν την ίδια νοσηλεία εντός και εκτός του ιδρύματος, ότι θα αναπτυχθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας με βάση των κανονισμών της κοινότητας και των υπηρεσιών αποκατάστασης, ότι θα δημιουργηθούν ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία και ότι θα παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Τέλος, καθορίστηκαν λεπτομερείς εγγυήσεις και διαδικασίες για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

Σύμφωνα με το νέο Σχέδιο Ψυχικής Υγείας το 1999, θεσπίστηκε ο νόμος 2716/99, που αποτελούσε μια ενδεδειγμένη και ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία. Ο νόμος επικεντρώθηκε στην τομεοποίηση της χώρας, στην διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ανθρώπων που είναι ψυχικά ασθενείς, ενώ τέλος τόνισε τη σημασία της ύπαρξης ενός εθνικού δικτύου πρωτογενών υπηρεσιών στον ψυχικό τομέα.

Ο COVID-19 και η επερχόμενη οικονομική ύφεση δημιούργησαν αρκετές δυσκολίες στην ψυχική υγεία πολλών ατόμων και έχουν δημιουργήσει αρκετές δυσκολίες, για ανθρώπους που ήδη πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και προβλήματα από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Παράλληλα όμως δημιούργησε ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και σε πολίτες που τους επηρέασαν αρνητικά τα μέτρα της πανδημίας και χρήζουν βοήθειας από τις μονάδες ψυχικής υγείας.

Μία εικόνα για την ψυχική υγεία λόγω COVID-19 δίνουν τα αποτελέσματα έρευνας των Parlapani et al. (2020) με θέμα τις ψυχολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στην πανδημία του COVID-19 στην Ελλάδα, τα οποία έδειξαν ότι το 35,7% των συμμετεχόντων (N=3.029) εμφάνισαν υψηλά επίπεδα φόβου που σχετίζεται με τον COVID-19. Επιπλέον, το 22,8% των συμμετεχόντων ανέφεραν μέτρια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (77,4%), ανέφεραν μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους. Τα ποσοστά μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης και συμπτωμάτων άγχους σε αυτή τη μελέτη ήταν πολύ υψηλότερα από τα ποσοστά που αναφέρθηκαν σε ένα πληθυσμό στην Κίνα (16,5% και 28,8% αντίστοιχα) (Ren, Zhou & Liu, 2020).

Με την εξάπλωση του COVID-19, τα επακόλουθα απαγορευτικά και τους περιορισμούς στην μετακίνηση, δημιουργήθηκε μία κοινωνική αλληλεπίδραση που προκάλεσε αύξηση των θεμάτων ψυχικής υγείας, ιδίως εκείνων που σχετίζονται με την προσωπική ασφάλεια, την απομόνωση, την ανεργία, τις οικονομικές ανησυχίες και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Li et al., 2020).

Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η κατάσταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γιατί σε πολλές περιπτώσεις, οι υπηρεσίες διακόπηκαν λόγω περιορισμών, καραντίνας και ανακατανομής επαγγελματιών υγείας (Newby et al., 2020).

Ένα άλλο θέμα που διογκώνεται συνεχώς είναι ότι σύμφωνα με έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής Διάσωσης, πολλοί πρόσφυγες και μετανάστες σε δομές στα ελληνικά νησιά, υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, άγχος και μετατραυματικό στρες, τα οποία επιδείνωσε ο αποκλεισμός λόγω πανδημίας. Πολλές οργανώσεις έχουν αναφέρει αρκετά ψυχωτικά συμπτώματα ακόμα και αυτοτραυματισμούς πολλών προσφύγων και μεταναστών (Christodoulou & Abou-Saleh, 2016).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

### **1.1 Θέματα ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.**

Από τη στιγμή που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) κήρυξε την ταχεία παγκόσμια εξάπλωση της νόσου του κορωνοϊού-2019 (COVID-19) ως πανδημία, υπήρξε δραματική αύξηση στον επιπολασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας τόσο σε εθνικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο (Vindegaard & Benros, 2020).

Πρώιμα διεθνή στοιχεία και ανασκοπήσεις έχουν αναφέρει τις ψυχολογικές επιπτώσεις της επιδημίας COVID-19 σε ασθενείς και εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα σε εκείνους που έρχονται σε άμεση επαφή με ασθενείς που έχουν προσβληθεί (Chen et al., 2020).

Εκτός από τους ασθενείς με COVID-19, αρνητικά συναισθήματα και ψυχοκοινωνική δυσφορία εμφανίστηκαν και στον γενικό πληθυσμό, λόγω του ευρύτερου κοινωνικού αντίκτυπου της πανδημίας που απορρέει από τον αυστηρό έλεγχο των λοιμώξεων, της καραντίνας, της φυσικής απόστασης και των γενικότερων περιορισμών (Pfefferbaum & North, 2020).

Εν μέσω της πανδημίας COVID-19, πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, για παράδειγμα, συμπτώματα κατάθλιψης, άγχος, στρες, συμπτώματα Μετατραυματικού Στρες (ΣΜΣ) (Posttraumatic Stress Syndrome - PTSS), προβλήματα ύπνου και άλλες ψυχολογικές καταστάσεις προκαλούν αυξανόμενη ανησυχία (Salari et al., 2020• Pfefferbaum & North, 2020). Επίσης, όπως υποστηρίζουν οι Pfefferbaum and North (2020), τα οικονομικά ζητήματα συμβάλλουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού ως προς τις έμμεσες επιπτώσεις.

### **1.2. Ο ρόλος των εθνικών πολιτικών υγείας στην ψυχική υγεία του πληθυσμού**

Η πανδημία COVID-19 μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά την ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού με βάση:

- τις εθνικές πολιτικές υγείας
- τις κυβερνητικές πολιτικές που εφαρμόζονται
- τη δημόσια ανθεκτικότητα, καθώς και
- τους κοινωνικούς κανόνες κάθε χώρας.

Δυστυχώς, λίγα είναι γνωστά για τον παγκόσμιο επιπολασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι υπάρχουσες συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν περιοριστεί από τον αριθμό των συμμετεχόντων και η προσοχή έχει επικεντρωθεί σε συγκεκριμένες συνθήκες και χώρες, με την πλειονότητα των μελετών να διεξάγονται στην ηπειρωτική Κίνα (Vindegard & Benros, 2020).

Οι Nochaiwong et al. (2021) πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των διαθέσιμων μελετών για να εντοπίσουν στοιχεία για τις επιπτώσεις της παγκόσμιας πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού. Στόχος τους ήταν να γίνει κατανοητός ο επιπολασμός των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο και να περιγράψουν τα αποτελέσματα από κάθε περιοχή του ΠΟΥ για τους παγκόσμιους δείκτες κρουσμάτων και θανάτων εξαιτίας της πανδημίας του COVID-19. Τα αποτελέσματα της μελέτης των αποκάλυψαν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας και οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες εν μέσω της πανδημίας COVID-19 είναι εμφανή σε παγκόσμιο επίπεδο και επιβαρύνουν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας, σε διαφορετικά επίπεδα. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της ισότητας και της φτώχειας βρέθηκαν να είναι παράγοντες επικράτησης προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας ομάδας επιστημόνων για την θνητότητα του COVID-19 πριν από την έναρξη των εμβολιασμών, οι μικρότερες επιπτώσεις καταγράφηκαν στην ηλικία περίπου των 7 ετών η οποία εκθετικά αυξανόταν. Οι επιστήμονες προσπάθησαν να εξηγήσουν την αρνητική εικόνα που είχαν οι χώρες με επαρκή συστήματα Υγείας. Η ανάλυσή τους βασίστηκε στον λόγο μόλυνσης από κορωνοϊό προς τη θνητότητα (IFR). Οι επιστήμονες επισημαίνουν ότι η κατανόηση της δυναμικής μετάδοσης του ιού συμβάλλει στην κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την θνητότητα από COVID-19. Η έρευνα διεξήχθη κατά την χρονική περίοδο 15 Απριλίου 2020 μέχρι 1 Ιανουαρίου 2021, όταν ακόμη δεν είχαν εισαχθεί τα εμβόλια. Οι χώρες με τον υψηλότερο δείκτη ήταν η Πορτογαλία, το Μονακό, η Ιαπωνία, η Ισπανία και η Ελλάδα (<https://www.consilium.europa.eu/el/policies/coronavirus/covid-19-research-and-vaccines/>).

Αποτελέσματα ερευνών των Panchal, Kamal and Follow(2021) αναφέρουν ότι ο COVID-19 και η επακόλουθη οικονομική ύφεση έχουν δημιουργήσει δυσκολίες στη ψυχική υγεία αρκετών ατόμων και νέες δυσκολίες σε ανθρώπους που έχουν ψυχικές διαταραχές και ζητήματα ουσιοεξάρτησης. Στις ΗΠΑ ,στη διάρκεια της πανδημίας, περίπου 4 στα 10 ενήλικα άτομα είχαν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, ποσοστό που



ήταν σε μεγάλο βαθμό σταθερό, ενώ ένα στα δέκα άτομα ανέφεραν αυτά τα συμπτώματα από το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2019. Επίσης οι ίδιοι μελετητές αναφέρουν ότι σύμφωνα με μια δημοσκόπηση της KFF Health Tracking που διεξήχθη τον Ιούλιο του 2020, πολλοί ενήλικες αναφέρουν επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία, ενδεικτικά, δυσκολία στον ύπνο (36%) ή στο φαγητό (32%), αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ ή στη χρήση ουσιών (12%) και επιδείνωση χρόνιων παθήσεων (12%), εξαιτίας της ανησυχίας για τον κορωνοϊό. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι κατά τη διάρκεια της επιδημίας αυξήθηκε η κακή ψυχική υγεία και ευημερία των παιδιών και των γονιών τους, ειδικά των μητέρων, εξαιτίας του κλεισίματος των σχολείων και της έλλειψης παιδικής μέριμνας. Οι μητέρες αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης, συγκριτικά με τους πατέρες (49% έναντι 40%).

Όμως, όπως υποστηρίζουν οι Nochaiwong et al. (2021) απαιτούνται μελέτες για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην κατάσταση της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Δεδομένης της υψηλής επιβάρυνσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η βελτίωση των συστημάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και της πρόληψης, η έγκαιρη διεπιστημονική διαχείριση και η έρευνα σχετικά με την κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση της πανδημίας είναι ζωτικής σημασίας.

### **1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία από την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, μεταξύ Μαρτίου και Μαΐου 2020, όλοι οι πολίτες ήταν σε πλήρη καραντίνα. Για να φύγουν από το σπίτι, έπρεπε να στέλνουν ένα γραπτό μήνυμα που να αναφέρει τον λόγο μετακόμισης. Για τον δυτικό κόσμο, αυτός ο έλεγχος που επιβλήθηκε από το κράτος πάνω στις πολύτιμες προσωπικές ελευθερίες ήταν άνευ προηγουμένου και επιβάρυνε σοβαρά την ψυχική κατάσταση του ατόμου. Στους περισσότερους δημιουργήθηκαν πολλά αρνητικά συναισθήματα, όπως: έκπληξη, φόβος, θυμός, θλίψη, απογοήτευση και μια αίσθηση ανασφάλειας και ευαλωτότητας σχετικά με την υγεία την δική τους και των άλλων (Κασελάκη, 2021)..

Η Κορνηλάκη (2022) διεξήγαγε μία μελέτη με σκοπό να εξετάσει την επίδραση της καραντίνας κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα σε νέους, μη μολυσμένους ενήλικες. Εξετάστηκε ο ρόλος των πιθανών παραγόντων κινδύνου όπως: η διαταραχή της καθημερινής ζωής, ο αντιληπτός κίνδυνος της νόσου, η γνωριμία με

κάποιον που έχει προσβληθεί, η τήρηση των μέτρων προστασίας και το φύλο. Η μελέτη διερεύνησε επίσης τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες περνούσαν το χρόνο τους κατά τη διάρκεια της περιόδου καραντίνας στο σπίτι και τις πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του είδους των δραστηριοτήτων και της ψυχικής υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν 1060 φοιτητές που παρακολουθούσαν προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές. Τα ευρήματα, όπως επισημαίνει η Κορνηλάκη (2022), υποδηλώνουν ότι οι φοιτητές πανεπιστημίου είναι ευάλωτοι και τα ιδρύματά τους θα πρέπει να παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη για τον μετριασμό των συνεπειών της πανδημίας στην ψυχολογική τους υγεία.

Το 2021, διεξήχθη μία έρευνα με θέμα «Οι επιπτώσεις των lockdown στην ψυχική υγεία των Ελλήνων». Συμμετείχαν 1361 άτομα, (1.009 στο πρώτο lockdown και 352 στο δεύτερο). Τα αποτελέσματα ήταν αποθαρρυντικά, καθώς οι συμμετέχοντες βίωσαν τα lockdown ως στρεσογόνα γεγονότα, ενώ οι περισσότεροι μπορούν να λάβουν επίσημα την κλινική διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Ειδικότερα, οι Έλληνες νοιώθουν εξουθενωμένοι γιατί ο COVID-19 αποτελεί μία απειλή για την ζωή τους, είναι εξαντλημένοι, εξουθενωμένοι και απογοητευμένοι. Επίσης οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι νιώθουν έντονα αισθήματα μοναξιάς, και ότι αυτοί που εργαζόνταν με άτομα που νόσησαν) ήταν πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Οι ερευνητές επεσήμαναν ότι μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωση και των . διαδικτυακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να υπάρχουν υπηρεσίες ενίσχυσης ψυχικής υγείας για να μαθαίνουν στους πολίτες στρατηγικές ενίσχυσης άγχους και ενδυνάμωση της ψυχολογίας τους. Επίσης ανέφεραν ότι τα βραχυπρόθεσμα συμπτώματα ευαλωτότητας μπορεί μακροπρόθεσμα να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες. Οπότε η κυβέρνηση πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων μελλοντικών πανδημιών (<https://www.kathimerini.gr/society/561408616/ereyna-oi-epiptoseis-ton-lockdown-stin-psychiki-ygeia-ton-ellinon>).

Αποτελέσματα έρευνας των Shuja et al., (2020) έδειξαν ότι ο COVID-19 αποτελεί έναν νέο παράγοντα στρες ή ψυχικό τραύμα, που προκαλεί πολλά προβλήματα.

Οι Hoffart, Ebrahimi and Johnson (2020) επισημαίνουν ότι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές φαίνεται να έχουν επηρεαστεί περισσότερο. Έχει τεκμηριωθεί ισχυρή συσχέτιση των επιπτώσεων της πανδημίας άμεσων ή έμμεσων με:

- τη μοναξιά,
- την κατάθλιψη και
- των αγχωδών διαταραχών.

Οι δυσκολίες που δημιούργησε ο COVID-19 στην ψυχική υγεία μπορεί να έχουν αρκετό σημαντικό βάθος και να υφίστανται ενδείξεις ότι οι αυτοκτονίες θα αυξηθούν.

Η αυτοκτονία είναι πιθανό να γίνει πιο πιεστική ανησυχία καθώς η πανδημία εξαπλώνεται και έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στον γενικό πληθυσμό, την οικονομία και τις ευάλωτες ομάδες. Επομένως, η πρόληψη της αυτοκτονίας χρειάζεται επείγουσα εξέταση (Gunnell et al., 2020).

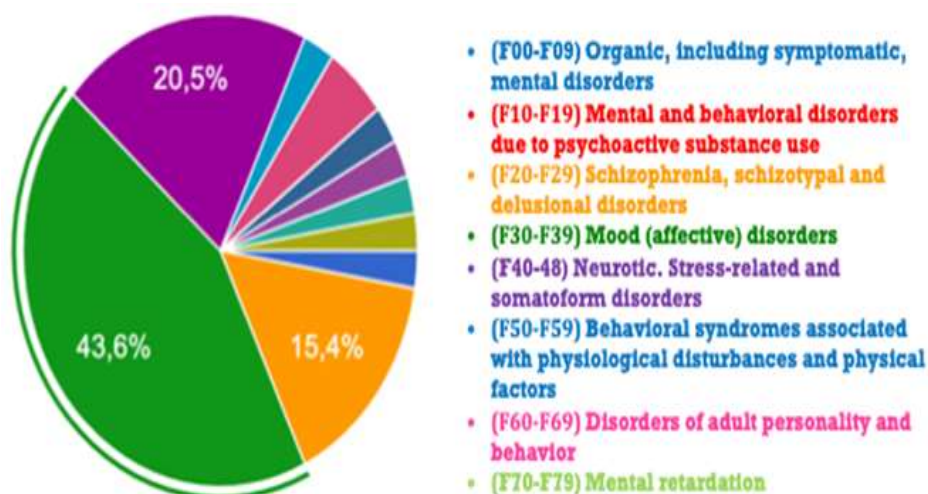
Επίσης, ένας τομέας βασικής ανησυχίας είναι η δυνατότητα των καταστάσεων που προκαλούνται από την πανδημία να επιδεινώσουν τις υπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις και να επηρεάσουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων τους. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με παρανοϊκή ψύχωση φαινόταν να έχουν αυξημένες ψευδαισθήσεις κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες που σχετίζονται με τον COVID-19 (Fisher, Coogan, Faltraco & Thome, 2020).

Αποτελέσματα μελετών της Firrokaaj (2020) έδειξαν τις συνέπειες του COVID-19, στην ψυχοπαθολογία των ασθενών στην Χίο, μετά το lockdown που επιβλήθηκε από τον Μάρτιο έως τον Μάιο του 2020. Οι συμμετέχοντες ήταν 450 ασθενείς της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας (ΚΙΜΟΨΥ) Χίου. 39 από τους ασθενείς ισχυρίστηκαν ότι είχαν επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας μετά την πανδημία. Τα Γραφήματα 1.1 και 1.2 παρακάτω απεικονίζουν αυτά τα ευρήματα.<sup>1</sup>

---

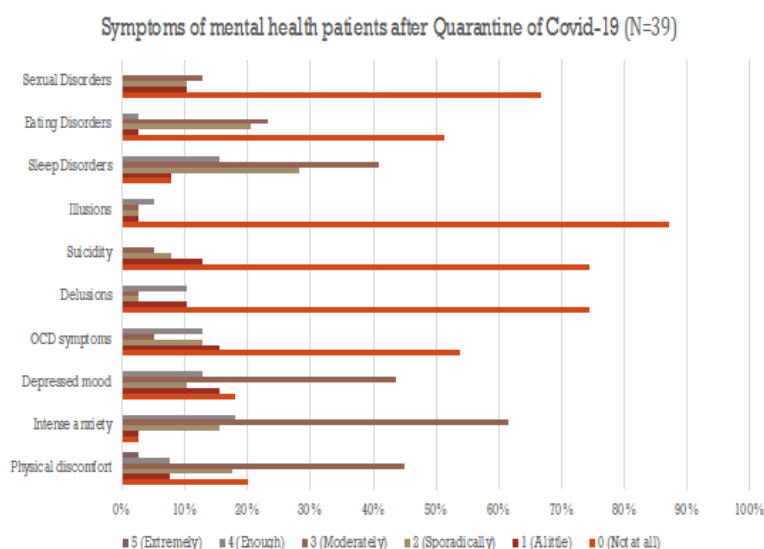
<sup>1</sup>Αυτή η μελέτη ανακοινώθηκε στο 28ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη, από τις 29 Οκτωβρίου έως την 1η Νοεμβρίου 2020.

Γράφημα 1.1 Διαταραχές Ψυχικής Υγείας (ICD-10)



Πηγή: [https://www.sylff.org/news\\_voices/28748/](https://www.sylff.org/news_voices/28748/)

Γράφημα 1.2. Συμπτώματα ψυχικής υγείας σε ασθενείς ψυχικής υγείας μετά από την πανδημία του COVID-19



Πηγή: [https://www.sylff.org/news\\_voices/28748/](https://www.sylff.org/news_voices/28748/)

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν τα ευρήματα των Gorwood and Fiorillo (2020) που έδειξαν ότι το 11,5% των ασθενών ψυχικής υγείας στη ΚΙΜΟΨΥ παρουσίασαν επανάληψη στην ψυχοπαθολογία τους (79,0% γυναίκες, 20,5% άνδρες). Επίσης οι ίδιοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι αυτή η πανδημία έχει συγκριθεί με φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί και τσουνάμι, πόλεμοι και διεθνείς μαζικές

συγκρούσεις, με την διαφορά ότι σε αυτές τις καταστάσεις η απειλή αναγνωρίζεται εύκολα, ενώ στην πανδημία η απειλή είναι αόρατη, μπορεί να είναι οπουδήποτε και θα μπορούσε να μεταδίδεται από οποιοδήποτε άτομο κοντά.

Επίσης οι Gorwood and Fiorillo (2020) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με «συναισθηματικές διαταραχές» παρουσίασαν πιο έντονα συμπτώματα κατά την διάρκεια της πανδημίας, ενώ μερικοί από αυτούς είχαν επίσης αυτοκτονικό ιδεασμό, αύξηση καταναγκασμού, ψευδαισθήσεις και αυταπάτες.

### **1.3.1. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω COVID-19**

Η πανδημία COVID-19 αποτελεί πλέον μια σημαντική παγκόσμια απειλή για την υγεία και επηρεάζει σοβαρά την ψυχική υγεία παγκοσμίως (Fiorillo & Gorwood, 2020). Όμως, όπως υποστηρίζουν οι Brooks, Webster & Smith (2020), οι ανάγκες φροντίδας ψυχικής υγείας όσων υποφέρουν από αυτήν την κρίση έχουν σχετικά παραμεληθεί. Ιδιαίτερα οι ανάγκες των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που αποτελούν την πιο ευάλωτη ομάδα.

Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων της Αμερικής (CDC), ανέφεραν 342.859 περιπτώσεις και 1.177 θανάτους μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης στις 4 Ιανουαρίου 2021. Επιπλέον, πληροφορίες που δημοσιεύθηκαν από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ΔΣΝ - ICN), ανέφεραν ότι έως τις 6 Μαΐου 2020, σχεδόν 90.000 επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν πληγεί και περισσότεροι από 260 νοσηλευτές έχουν πεθάνει (<https://www.cdc.gov/library/researchguides/2020Novel>).

Η πανδημία του COVID-19 έχει συσχετιστεί με σημαντικό επίπεδο στρες και άγχους μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού που αντιμετωπίζει: εξάντληση, δύσκολες αποφάσεις, χωρισμό από τις οικογένειες, στίγμα, φόβο ότι θα μολυνθούν, φόβο μήπως μολύνουν τους αγαπημένους τους και πόνο από απώλεια ασθενών και συναδέλφων. Η ισορροπία μεταξύ του επαγγελματικού καθήκοντος, του αλτρουισμού και του προσωπικού φόβου για τον εαυτό του και τους άλλους μπορεί συχνά να προκαλέσει σύγκρουση και ασυμφωνία σε πολλούς εργαζόμενους υγείας. (<https://apothesis.eap.gr/handle/repo/51164>).

Παρά το σημαντικό άγχος που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στην υγεία, καθημερινά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, τα δεδομένα σχετικά με τον αντίκτυπο της πανδημίας στη ψυχική τους υγεία στην Περιφέρεια της Ανατολικής Μεσογείου είναι σπάνια. Ως εκ τούτου, αυτή η μελέτη πολλών χωρών για τις επιπτώσεις

του COVID-19, είχε στόχο να προσδιορίσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες και να αξιολογήσει τις προληπτικές συμπεριφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανταποκρίνονται στον COVID-19 στις χώρες που διαθέτουν ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς. Επιπλέον, αυτή η μελέτη στόχευε στον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές τις ασθένειες ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης αναμένεται να βοηθήσουν στον σχεδιασμό παρεμβάσεων που προστατεύουν την ικανότητα των HCW να εκτελούν τα καθήκοντά τους για την αντιμετώπιση του COVID-19 καθώς και τη διατήρηση της ευημερίας της ψυχικής τους υγείας (Moccia et al., 2020).

Οι Ghalebetal. (2021) διερεύνησαν το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και μάχονται κατά της πανδημίας COVID-19, βρίσκονται υπό απίστευτη πίεση, γεγονός που τους θέτει σε κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Η μελέτη των ερευνητών είχε στόχο να προσδιορίσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες μεταξύ των εργαζομένων. Η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια Ιουλίου-Αυγούστου 2020 μεταξύ των εργαζομένων στην Υγεία, σε εννέα χώρες της Περιφέρειας της Ανατολικής Μεσογείου. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε χρησιμοποιώντας το KoBo Toolbox. Τα ψυχικά προβλήματα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σε συνολικά 1448 εργαζόμενους, από εννέα χώρες που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη, περίπου το 51,2% ήταν άνδρες και το 52,7% ηλικίας  $\leq 30$  ετών. Από όλους τους εργαζόμενους, το 57,5% είχε κατάθλιψη, το 42,0% είχε άγχος και το 59,1% είχε στρες. Λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα, το 19,2%, το 16,1%, το 26,6% των ασθενών είχαν σοβαρή έως εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη, στρες και άγχος, αντίστοιχα.

Οι Chatzittofis et al. (2021) επισημαίνουν ότι η νόσος του COVID-19 έχει μεγάλο αντίκτυπο στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Αυτός ο αντίκτυπος περιλαμβάνει αρνητικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως μετατραυματικό στρες, άγχος και συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αυτήν τη συγχρονική μελέτη, αναφέρονται τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας μεταξύ των υγειονομικών εργαζομένων στην Κύπρο. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ 3 Μαΐου και 27 Μαΐου 2020, με τη χρήση ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου που περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, εκπαίδευση, τομέας εργασίας, χρόνια εργασιακής εμπειρίας),

Συνολικά 79 νοσηλευτές (18,6%) και 62 γιατροί (14,6%) ανέφεραν κλινικά σημαντικά στοιχεία κατάθλιψης και μετατραυματικό στρες (IES-R > 33) αντίστοιχα. Οι νοσηλευτές ήταν πιο επιρρεπείς από τους γιατρούς να εμφανίσουν κατάθλιψη. Ακόμη και σε χώρες με αρκετά χαμηλή εξάπλωση του COVID-19, υπήρχε σημαντική επιβάρυνση ψυχικής υγείας, ενώ οι νοσηλευτές ανέφεραν αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και PTSD σε σύγκριση με άλλους εργαζόμενους.

Οι Xiaoming et al. (2020) διεξήγαγαν μία μελέτη στην Κίνα για το πώς το κινέζικο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισε την πρόκληση και για την τεράστια ψυχολογική πίεση που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία. Σε αυτή την διαδικτυακή έρευνα συμμετείχαν 8817 νοσοκομειακοί εργαζόμενοι. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπήρχε υψηλό επίπεδο ψυχολογικού αντίκτυπου και SSI μεταξύ των εργαζομένων στα νοσοκομεία, το οποίο έπρεπε να αντιμετωπιστεί. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι απαιτούνται περισσότερες μελέτες σχετικά με τις γνωστικές και συμπεριφορικές αιτίες μετά από μια καταστροφή στη δημόσια υγεία μεταξύ των εργαζομένων στα νοσοκομεία.

Οι Song et al. (2020) επισημαίνουν ότι το τμήμα επειγόντων περιστατικών θεωρείται περιοχή υψηλού κινδύνου, καθώς συχνά είναι ο πρώτος σταθμός για εμπύρετους ασθενείς που στη συνέχεια διαγιγνώσκονται με νόσο του κορωνοϊού. Αυτή η μελέτη, η οποία χρησιμοποίησε έναν συγχρονικό σχεδιασμό, είχε ως στόχο να αξιολογήσει την ψυχική υγεία του ιατρικού προσωπικού του τμήματος επειγόντων περιστατικών κατά τη διάρκεια της επιδημίας στην Κίνα. Η έρευνα διεξήχθη με την χρήση ηλεκτρονικών ημερολογίων από την 28 Φεβρουαρίου 2020 έως τις 18 Μαρτίου 2020. Συνολικά συμμετείχαν 14.825 γιατροί και νοσηλευτές σε 31 επαρχίες της ηπειρωτικής Κίνας. Τα ποσοστά επικράτησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) ήταν 25,2% και 9,1%, αντίστοιχα. Οι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν συμπτώματα κατάθλιψης και PTSD από τις γυναίκες. Όσοι ήταν μέσης ηλικίας, εργάζονταν για λιγότερα χρόνια, είχαν μεγαλύτερο καθημερινό χρόνο εργασίας και είχαν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα κατάθλιψης και PTSD.

Συμπερασματικά τα ψυχικά προβλήματα ήταν διαδεδομένα μεταξύ των εργαζομένων στην υγεία λόγω COVID-19, και ως εκ τούτου, πρέπει να εφαρμοστούν άμεσα ειδικές παρεμβάσεις για την προώθηση της ψυχικής ευεξίας μεταξύ των εργαζομένων που έχουν επηρεαστεί από τον COVID-19.

#### 1.4. Απόψεις παρόχων ψυχικής υγείας για τη φροντίδα των ασθενών

Οι Agapidaki et al. (2014) διεξήγαγαν έρευνα για την διερεύνηση απόψεων παιδιατρικών παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με την αναγνώριση και τη διαχείριση της μητρικής κατάθλιψης στο πλαίσιο του αδύναμου ελληνικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία 26 παιδίατροι και επισκέπτες υγείας με τους οποίους πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο σε βάθος διάρκειας περίπου 45 λεπτών. Φάνηκε ότι το κατακερματισμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας έχουν οδηγήσει σε δυσμενή κατάσταση για τη ψυχική υγεία της μητέρας. Παρόλο που οι παιδίατροι και οι επισκέπτες υγείας γνωρίζουν τη μητρική κατάθλιψη και τη σημασία της μητρικής ψυχικής υγείας, ωστόσο αποτυγχάνουν να εφαρμόσουν με επιτυχία τις πρακτικές ανίχνευσης και διαχείρισης. Οι αναποτελεσματικά αποκεντρωμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες αλλά και ο στιγματισμός και οι εσφαλμένες αντιλήψεις για τη κατάθλιψη της μητέρας έχουν εμποδίσει την ενσωμάτωση της μητρικής ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και εμποδίζουν τους παρόχους παιδιατρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να εφαρμόσουν πρακτικές ανίχνευσης και διαχείρισης.

Οι Fountoulakis et al. (2021) διεξήγαγαν μία έρευνα με θέμα τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας και των πεποιθήσεών τους για τις θεωρίες συνωμοσίας σχετικά με τον COVID-19. Η έρευνα έγινε κατά τη διάρκεια του lockdown, με ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο και συγκέντρωσε δεδομένα από 507 επαγγελματιών (432 γυναίκες ηλικίας  $33,86 \pm 8,63$  ετών και 75 άνδρες ηλικίας  $39,09 \pm 9,54$  ετών). Από τη συγκεκριμένη έρευνα φανερώθηκε ότι το άγχος και η πιθανή κατάθλιψη αυξήθηκαν 1,5–2 φορές και ήταν υψηλότερα στις γυναίκες και κυρίως στις νοσηλεύτριες. Το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης ήταν ο κύριος παράγοντας κινδύνου. Τα ποσοστά πίστης σε θεωρίες συνωμοσίας σχετικά με τον COVID-19 ήταν ανησυχητικά με την πλειοψηφία των ατόμων (ιδιαίτερα των γυναικών) να ακολουθούν κάποια θεωρία τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό.

Η Basson (2012) διεξήγαγε έρευνα με θέμα: «Professional nurses attitudes and perceptions towards the mentally ill in an associated psychiatric hospital». Η ερευνήτρια επισημαίνει ότι οι επαγγελματίες νοσηλευτές με πρόσθετη εκπαίδευση στην ψυχική υγεία, αναφέρουν στάσεις και αντιλήψεις για τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας πιο θετικές, ενώ αυτοί με λιγότερη εκπαίδευση αναφέρουν περισσότερες αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις για τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διπλωματούχοι



νοσηλευτές αναφέρουν σημαντικά υψηλότερη ικανότητα ρόλου από αυτούς νοσηλευτές με πτυχίο. Η εθνικότητα των νοσηλευτών έπαιξε ρόλο στη διαμόρφωση των στερεοτύπων των ψυχικά ασθενών. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών νοσηλευτών που είχαν ολοκληρώσει προχωρημένα μαθήματα ψυχικής υγείας και αυτών που δεν είχαν.

Οι Lammie et al. (2010) αναφέρουν ότι η Σκωτία έχει ένα εθνικό πρόγραμμα για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και ευημερίας και η αντιμετώπιση του στίγματος μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελεί προτεραιότητα. Αυτή η μελέτη διερευνά τις στάσεις των επαγγελματιών απέναντι σε ασθενείς σε μεσαίου και χαμηλού ασφαλούς εγκληματολογικούς χώρους ψυχικής υγείας μέσω ποιοτικών και ποσοτικών προσεγγίσεων. Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια για το νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στη στάση μεταξύ μεσαίων και χαμηλών ρυθμίσεων ασφαλείας. Ωστόσο, συνολικά, οι άνδρες ανέφεραν περισσότερες αρνητικές στάσεις σε σχέση με την ενοχοποίηση και την αποφυγή και οι νεότεροι συμμετέχοντες έδειξαν περισσότερες αρνητικές στάσεις από τους μεγαλύτερους σε σχέση με το φόβο και τον κίνδυνο.

Αποτελέσματα έρευνας των Pawaskar et al. (2022) δείχνουν ότι υπάρχει υψηλότερος επιπολασμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία σε αγροτικές περιοχές, παρά σε μητροπολιτικά κέντρα. Αυτό προκύπτει από ελλείψεις εξειδικευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μεγαλύτερο κοινωνικό στίγμα κατά της ψυχικής ασθένειας, μεγαλύτερα κοινωνικοοικονομικά μειονεκτήματα και περιοχές που ευνοούν τους αυτοτραυματισμούς στις αγροτικές περιοχές. Λίγα είναι γνωστά, ωστόσο, για τα ειδικά χαρακτηριστικά των παρουσιάσεων ψυχικής υγείας σε αγροτικά τμήματα έκτακτης ανάγκης στην Αυστραλία. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι το προσωπικό της ΕΔ αισθάνεται άβολα να διαχειριστεί παρουσιάσεις ψυχικής υγείας σε ΣΔ λόγω παραγόντων όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης και το στίγμα κατά των ψυχικών ασθενειών. Όμως αυτοί οι παράγοντες συνέβαλαν στην αυξημένη διατήρηση ασθενών ψυχικής υγείας σε ΣΔ λόγω αβεβαιότητας σχετικά με την οριστική τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν την αξία της πρακτικής εμπειρίας στην ψυχική υγεία ως τον καλύτερο τρόπο για την αύξηση της εμπιστοσύνης των κλινικών ιατρών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ψυχική υγεία

Αποτελέσματα έρευνας των Gilman et al. (2002) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα από χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατά τη παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (1,69 με 2,07 φορές) να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη από άλλα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ανεξάρτητα από την πορεία τους στη ζωή ακόμα και μετά την ενηλικίωση. Ενώ ο Hudson (2005) επισημαίνει ότι οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη σχέση με την εμφάνιση κακής ψυχικής υγείας από ότι οι οικονομικοί.

Σύμφωνα με τους Efthimiou et al. (2013), οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες δεν έχουν μία μόνο αιτία. Αντίθετα, έχουν μια ποικιλία αιτιών, που ονομάζονται παράγοντες κινδύνου. Σε όσους περισσότερους παράγοντες κινδύνου εκτίθεται ένα άτομο, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να αναπτύξει ψυχική ασθένεια. Μερικές φορές, η ψυχική ασθένεια αναπτύσσεται σταδιακά. Άλλες φορές, δεν εμφανίζεται μέχρι να το πυροδοτήσει ένα αγχωτικό γεγονός, όπως η εμφάνιση της πανδημίας, η ανεργία, ο φόβος μη τυχόν συγγενικά πρόσωπα αρρωστήσουν κ.ά.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να οφείλονται σε ένα ευρύ φάσμα αιτιών. Είναι πιθανό για πολλούς ανθρώπους να υπάρχει ένας περίπλοκος συνδυασμός παραγόντων – αν και ο κάθε άνθρωπός μπορεί να επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες, όπως παρατίθενται (<https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health>):

*Γενετικοί:* Η ψυχική ασθένεια που εμφανίζεται συχνά στην οικογένεια. Ο Παπαδημητρίου (2007) υποστηρίζει ότι μελέτες σε οικογένειες επαλήθευσαν το γεγονός της οικογενειακής εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών. Μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης έχουν οι μείζονες ασθένειες κυρίως σε πρώτου βαθμού συγγενείς (γονείς, παιδιά, αδέρφια) του ατόμου που πάσχει.

*Περιβάλλον:* Η ζωή σε ένα αγχωτικό περιβάλλον δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη ψυχικής ασθένειας. Επίσης ένα περιβάλλον με ακραία φτώχεια, ή μία οικογένεια που κακοποιεί τα παιδιά, ασκούν πολύ άγχος στον εγκέφαλό και συχνά προκαλούν ψυχικές ασθένειες, όπως Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να είναι πρωτοπαθείς (κρίση πανικού, φοβίες, σύνδρομο μετατραυματικό στρες) ή δευτεροπαθείς (π.χ. απόρροια της διάγνωσης μιας σοβαρής ασθένειας).

*Στρεσογόνα γεγονότα:* Όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή ένα ατύχημα.

*Αρνητικές σκέψεις:* Η απαισιοδοξία και η αναμονή ότι πάντα θα έρθει το χειρότερο μπορεί να ωθήσει το άτομο να κολλήσει σε ένα κύκλο κατάθλιψης ή άγχους.

*Ανθυγιεινές συνήθειες:* Όπως να μην κοιμάται κάποιος αρκετά ή να μην τρώει.

*Ναρκοτικά και αλκοόλ:* Η κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ψυχική ασθένεια, ή να κάνει πιο δύσκολη την ανάκαμψη από ψυχικές ασθένειες.

*Χημεία του εγκεφάλου.* Η ψυχική ασθένεια περιλαμβάνει μια ανισορροπία των φυσικών χημικών ουσιών στον εγκέφαλό και στο σώμα. Αυτές οι χημικές ουσίες είναι οι νευροδιαβιβαστές που μεταφέρουν μηνύματα στον εγκέφαλο. Σε περίπτωση ψυχικών ασθενειών, όπως π.χ. της κατάθλιψης πιστεύεται ότι οφείλεται στα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης που ρυθμίζουν την διάθεση και πρέπει ο ασθενής να λάβει φάρμακα (<https://www.therapia.gr/chimeia-tis-katathlipsis/>).

Όμως οι παραπάνω παράγοντες κινδύνου δεν επηρεάζουν μόνο την ανάπτυξη της ψυχικής ασθένειας, αλλά και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθώς και τη χρονική περίοδο που αυτά θα εμφανιστούν.

## **2.2. Η επίδραση της χρηματοοικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στο σύστημα Ψυχικής Υγείας**

Σύμφωνα με τους Anagnostopoulos and Soumaki (2012) και Mladovsky et al. (2012), η οικονομική ύφεση στον Ελλαδικό χώρο έχει δημιουργήσει δυσκολίες τόσο στον ψυχισμό των ανθρώπων, όσο και στον τομέα του σχεδιασμού, οργάνωσης και εφαρμογής παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία.

Οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα, ως απάντηση στη κρίση, εφάρμοσαν οριζόντιες περικοπές στο προϋπολογισμό, αντί για μεταρρυθμίσεις στο τομέα της υγείας (Mladovsky et al., 2012). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια δυσμενή κατάσταση για τη ψυχική υγεία, η οποία εντάχθηκε για άλλη μια φορά στις κατευθυντήριες γραμμές της ατζέντας της Ευρωπαϊκής Ένωσης της πολιτικής για την υγεία (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

Αποτελέσματα μελέτης των Giotakos, Karabelas and Kafkas (2011) έδειξαν ότι η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, στα χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αφορούσε την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ παρατηρήθηκε γενική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι ένας στους τέσσερις ανθρώπους στην Ελλάδα ζει σε συνθήκες ακραίας φτώχειας (Matsaganis, 2013) και οι ευάλωτες ομάδες επηρεάζονται από τη κοινωνική ανισότητα στην υγεία (Economou et al., 2016).

Οι περιορισμένες δαπάνες για την ψυχική υγεία, η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και η αναποτελεσματική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων, συνδυασμένα με την αυξημένη νοσηρότητα και τους στην αναζήτηση βοήθειας για προβλήματα ψυχικής υγείας, έχουν οδηγήσει σε κενά θεραπειών και αυξημένη ανεκπλήρωση των αναγκών της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού» (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Αποτελέσματα έρευνας των Souliotis et al. (2017) για τη κατάσταση των υπηρεσιών υγείας στη πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα έδειξαν ότι το ξέσπασμα της ύφεσης βρήκε το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας σε μεταβατικό στάδιο. Όμως, οι κυβερνήσεις, ως απάντηση στη κρίση, εφάρμοσαν αντί για μεταρρυθμίσεις στο τομέα υγείας, οριζόντιες περικοπές στο προϋπολογισμό και έτσι δημιουργήθηκαν συνθήκες που δεν ευνοούν τη θεραπεία και βελτίωση της ζωής ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

### **2.2.1. Σχέση οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας**

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα οι συναισθηματικές διαταραχές, θεωρούνται μεγάλης σημασίας για τη δημόσια υγεία και θεωρούνται από τις κύριες αιτίες με αποτέλεσμα σημαντικά μειωμένη λειτουργικότητα (Giotakos, Karabelas & Kafkas, 2011).

Το θέμα των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία προκαλεί παγκόσμια ανησυχία στην επιστημονική κοινότητα, που τονίζει την ανάγκη κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας, με ενημέρωση, πρόληψη και άμεση διαδικτυακή υποστήριξη των ψυχικά ασθενών (Theotoka et al., 2015).

Επίσης οι Giotakos, Karabelas and Kafkas (2011) επισημαίνουν ότι στο περιοδικό Lancet, το 2011, αναφέρθηκε ότι τα επόμενα χρόνια οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών πρόκειται να αυξηθούν σημαντικά ενώ την ίδια χρονιά (2011) στο Ηνωμένο Βασίλειο τριπλασιάστηκαν τα περιστατικά κατάθλιψης και διπλασιάστηκε η κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης οι Giotakos, Karabelas and Kafkas (2011) παρατήρησαν αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία, ενώ στη Χιλή, βρέθηκε μια ισχυρή σχέση μεταξύ της αιφνίδιας απώλειας εισοδήματος και της εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών. Στην Αυστρία, σε δείγμα 106 ατόμων που ήταν στα πρόθυρα της χρεοκοπίας, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης οικονομικής δυσκολίας και ψυχολογικής υγείας, και επίσης τις επιμέρους μεταβλητές που επηρεάζουν αυτή τη σχέση. Όσον αφορά αυτούς τους επιμέρους παράγοντες υπάρχει διχογνωμία μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών διαστάσεων των οικονομικών στρεσογόνων παραγόντων (Πολυζόπουλος, 2022).

Οι Efthimiou et al. (2013) διεξήγαγαν μία έρευνα με θέμα τη διερεύνηση του επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ανεργία και το μέσο εισόδημα ήταν οι δύο συνιστώσες της οικονομικής κρίσης που φαίνεται να συνδέονται στενότερα με τη ψυχική υγεία, όπου υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Όμως πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει μια ποικιλία σημαντικών παραγόντων που μπορούν επηρεάζουν εξ ίσου αυτή τη κατάσταση..

Αποτελέσματα έρευνας των Souliotis et al. (2017), που διεξήχθη μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2015, σε 174 ψυχιάτρους, έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό όσων συμμετείχαν αντιλαμβάνεται τις κρατικές υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υποστήριξης και τις κοινοτικές υπηρεσίες σε επίπεδο ψυχικής φροντίδας ως ελλειπείς, ενώ θεωρεί τη συμμετοχή των ψυχιάτρων στη πρωτοβάθμια περίθαλψη σημαντική, για τη βελτίωση των ποσοστών ανίχνευσης και διαχείρισης ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχικής υγείας. Πιστεύουν επίσης ότι:

(α) οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (όχι ψυχιάτροι) στην Α'θμια περίθαλψη, συνήθως αποτυγχάνουν να εντοπίσουν τις καταστάσεις ψυχικής υγείας των ασθενών,

(β) η συμμετοχή τους (των ψυχιάτρων) στη Α'θμια περίθαλψη θα μειώσει τον κοινωνικό στιγματισμό για καταστάσεις ψυχικής υγείας,

(γ) οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για θέματα ψυχικής υγείας από γενικούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες Α'θμιας φροντίδας συνήθως δε καλυτερεύει η υγεία τους. Επίσης οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Souliotis et al., (2017) επισημαίνουν ότι η ένταξή τους στη πρωτοβάθμια περίθαλψη θα έχει ως αποτέλεσμα μειωμένο κοινωνικό στιγματισμό, για προβλήματα ψυχικής υγείας, αυξημένη πρόσβαση ασθενών και βελτιωμένα ποσοστά ανίχνευσης και διαχείρισης κοινών παθήσεων ψυχικής υγείας.

### **2.3. Προβλήματα ψυχικής υγείας μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα**

Οι Christodoulou and Abou-Saleh (2016) επισημαίνουν ότι υπάρχει γενική συμφωνία ότι οι πρόσφυγες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ψυχοπαθολογίας. Αυτό είναι αναμενόμενο, αν λάβει κανείς υπόψη του τα αγχωτικά γεγονότα της ζωής που υφίστανται σχεδόν όλοι οι πρόσφυγες. Η απώλεια σπιτιού, εργασίας, σε συνδυασμό με απώλεια συγγενών και ιδιαίτερα παιδιών η έκθεση σε άγχος και τραυματικές εμπειρίες πολύ συχνά οδηγούν σε απώλεια νοήματος ύπαρξης και ελπίδας (Fischman, 2008), καθώς και σε

ανατροπή της προσωπικής ταυτότητας (Alcock, 2003). Οι Anagnostopoulos et al. (2016) αναφέρουν ότι εκτός από τις σωματικές, συναισθηματικές και τραυματικές εμπειρίες τους, οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν τη φτώχεια, την εχθρότητα και τον ρατσισμό, ενώ παράλληλα βιώνουν αλλαγές στη λειτουργικότητα της οικογένειας και τις συνθήκες διαβίωσης καθώς και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και απομόνωση.

Για διάφορους λόγους, που συνδέονται κυρίως με τα κακά οικονομικά αλλά και με την αποτυχία καθορισμού προτεραιοτήτων, η ψυχική υγεία των προσφύγων στην Ελλάδα δεν έχει λάβει την προσοχή που της αξίζει. Υπάρχει σαφώς ανάγκη για γρήγορη αξιολόγηση, με τη βοήθεια διερμηνέων, η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης όπου χρειάζεται.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για ψυχοπαθολογία εξακολουθεί να παραμελείται. Ωστόσο, ο επιπολασμός της ψυχοπαθολογίας αναμένεται να είναι υψηλός και είναι σίγουρα προτιμότερο να θεραπεύεται παρά να μην αντιμετωπίζεται, όχι μόνο για κλινικούς και ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και για λόγους κόστους-αποτελεσματικότητας

Μια σειρά από σημαντικές διακηρύξεις για την ψυχική υγεία των προσφύγων και σχετικά ζητήματα έχουν εκδοθεί πρόσφατα, όπως:

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ψυχική Υγεία (2015): Διακήρυξη του Καΐρου σχετικά με την ψυχική υγεία των προσφύγων, των εσωτερικά εκτοπισμένων και άλλων πληθυσμών που επηρεάζονται από συγκρούσεις: Κάλεσμα(<http://www.wfmh.com>)

Η Δήλωση της Ευρωπαϊκής Ψυχιατρικής Εταιρείας για την Ψυχιατρική Φροντίδα των Προσφύγων στην Ευρώπη (2015) (<http://www.europsy.net>)

Η Δήλωση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας: Ευρώπη, μεταναστευτική και προσφυγική κρίση, σε συνεργασία με το Κέντρο Εφαρμοσμένης Έρευνας και Αξιολόγησης (2016) (<http://www.careif.org>)

η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας – AsociacionPsiquiatricaAmericaLatina (WPA-APAL) για την ψυχική υγεία των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο (2016) ([http://www.wpanet.org/uploads/Position\\_Statement/WPA-APAL\\_Statement.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA-APAL_Statement.pdf))

Η Δήλωση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων Προσφύγων (2016) (<http://www.escap.eu/care/position-statement>)

Η Αντιπολεμική Διακήρυξη της Αθήνας, που συντάχθηκε από την Εταιρεία Προληπτικής Ψυχιατρικής, την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, την Ψυχιατρική

Εταιρεία για την Ανατολική Ευρώπη και τα Βαλκάνια και τη Σερβική Ψυχιατρική Εταιρεία (2016) (<http://www.psychiatricprevention.com>).

Η Αντιπολεμική Διακήρυξη της Αθήνας σχετίζεται με το προσφυγικό πρόβλημα, γιατί βασίζεται στην υπόθεση ότι, το σημερινό προσφυγικό κύμα και η επακόλουθη ψυχοπαθολογία προκαλούνται από τον πόλεμο στη Μέση Ανατολή. Λαμβάνοντας υπόψη τις σοβαρές συνέπειες του πολέμου στην ψυχική υγεία, οι οργανώσεις ψυχικής υγείας έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να εκστρατεύουν κατά του πολέμου. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι τη Διακήρυξη έχουν συνυπογράψει έως και 100 οργανισμοί (Christodoulou & Abou-Saleh, 2016).

Όπως επισημαίνουν ο Chatzipoulidis and Chatzipoulidis (2009), περίπου στο 11,6% των μεταναστών, έχουν παρουσιάσει ψυχικές ασθένειες. Στην Ελλάδα, όσον αφορά την πρόσβαση των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη η κατάσταση είναι απελπιστική. Όπως αναφέρουν οι Γιατροί του Κόσμου μόνο το 6,9% των μεταναστών δικαιούνται πρόσβαση σε μονάδες ιατρικής περίθαλψης([http://www.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=16.01.2008](http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=16.01.2008)). Το 10% της δεύτερης γενιάς μετανάστες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά να εμφανίσουν σχιζοφρένεια λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, και πολιτισμική αποστέρηση. Έχει παρατηρηθεί ότι η θρησκεία δρα αποτελεσματικά στην καταπολέμηση του άγχους (<https://www.academia.edu/6764837>).

Ο Καψάλης (2005) αναφέρει ότι η κατάθλιψη και το στρες στα επόμενα χρόνια θα εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα παγκοσμίως. Η γνώση της γλώσσας και η μικρή πολιτισμική διαφορά φαίνεται να δρα προστατευτικά στην ψυχολογία των μεταναστών. Οι Chatzipoulidis and Chatzipoulidis(2009) επισημαίνουν ότι το σωματικό άγχος, οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις, οι πονοκέφαλοι, οι αϋπνίες, η κατάχρηση ουσιών και ο αλκοολισμός στους άνδρες αποτελούν πολύ συχνά φαινόμενα ανάμεσα στους μετανάστες. Επίσης η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται σε πολλές μορφές, ειδικά σε μετανάστες που προέρχονται από βίαιη ή υποχρεωτική μετανάστευση. Ενώ αναφέρονται υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών, καταστολής συναισθημάτων, θυμού, αναβίωσης τραυματικών εμπειριών, αδυναμίας σχολικής απόδοσης στα παιδιά κ.ά. (Chatzipoulidis & Chatzipoulidis, 2009).

## 2.4. Απόψεις νέων για την κατάθλιψη και την ψυχική υγεία

Ενώ οι ηλικιωμένοι δεν ασπάζονται εύκολα τις ψυχικές ασθένειες, οι νεότερες γενιές έχουν αναγνωρίσει την κατάθλιψη ως σχετικό πρόβλημα υγείας σε περιόδους κρίσης. Οι Seven et al., (2020) διερεύνησαν τις ψυχικές ασθένειες στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή οι οποίες αυξάνονται σταθερά. Έτσι, οι ψυχικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν μια ατομική και κοινωνική πρόκληση και μια τεράστια οικονομική επιβάρυνση για την υγεία, δημιουργώντας επείγουσα ανάγκη για έρευνα και δράση. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας βρίσκονται στην ζωή των νέων και το διαδίκτυο είναι η πρώτη πηγή, που τους βοηθά να κατανοήσουν την κατάσταση τους.

Οι νέοι με μεταναστευτικό υπόβαθρο έχουν συχνά περισσότερες δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι ψηφιακές τεχνολογίες προσφέρουν μια ιδανική ευκαιρία για μια πλατφόρμα χαμηλού ορίου που καλύπτει τις ανάγκες των νέων. Το έργο «GeKo:mental» ([https://www.th-koeln.de/en/information-science-and-communication-studies/gekomental\\_69182.php](https://www.th-koeln.de/en/information-science-and-communication-studies/gekomental_69182.php)) στόχευε στο σχεδιασμό ενός πολύγλωσσου ιστότοπου για εφήβους και νεαρούς ενήλικες από την Κολωνία που θα τους επέτρεπε να λάβουν ολοκληρωμένες πληροφορίες για ψυχικές ασθένειες και υγεία, επιλογές θεραπείας και πρώτα σημεία επαφής. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν συγκεκριμένες προκλήσεις και ανάγκες (Röthlin, Pelikan & Ganahl, 2013).

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας έδειξαν πόσο διαδεδομένες είναι οι εμπειρίες με ψυχικές ασθένειες στην ομάδα-στόχο των εφήβων και νεαρών ενηλίκων με και χωρίς μεταναστευτικό υπόβαθρο. Κατέστη επίσης σαφές ότι τα μέσα ενημέρωσης είναι απαραίτητα στην καθημερινή ζωή των νέων που συμμετείχαν και ότι οι πληροφορίες για την υγεία στο Διαδίκτυο αποτελούν σημαντική πηγή για την κατανόηση του προβλήματος και την εξεύρεση λύσεων. Όσον αφορά τις δυσκολίες χειρισμού και θεραπείας, κατέστη σαφές ότι υπάρχουν πολύ βασικά εμπόδια για την ανοιχτή αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς η ψυχική ασθένεια εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται χωρίς κατανόηση και προκατάληψη.

Εκτός από αυτά τα προβλήματα σε ατομικό επίπεδο, υπάρχουν επίσης ελλείμματα στην υγειονομική περίθαλψη, όπως οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για μια θέση σε πρόγραμμα θεραπείας, που επηρεάζουν το κοινωνικό σύνολο και δυσχεραίνουν την έγκαιρη και κατάλληλη βοήθεια. Οι νέοι πρόσφυγες σε αυτό το δείγμα εκτίθενται σε περαιτέρω φραγμούς και ελλείμματα φροντίδας πέρα από το άγχος και τις πιέσεις της φυγής, καθώς δεν λαμβάνουν επαρκή βοήθεια λόγω των γλωσσικών φραγμών, ενώ



παράλληλα οι επιλογές θεραπείας δεν είναι σχεδόν διαθέσιμες. Μακροπρόθεσμα, αυτά τα ελλείμματα φροντίδας οδηγούν σε χρονισμό και μη αναστρέψιμες συνέπειες όπως η αυτοκτονία. Έφηβοι και νεαροί ενήλικες με μεταναστευτικό υπόβαθρο που ζουν τώρα στη Γερμανία στην τρίτη γενιά, ανέφεραν επίσης εμπειρίες διακρίσεων και περαιτέρω επιβαρύνσεις. Οι μουσουλμάνοι συμμετέχοντες αυτής της μελέτης ανέφεραν μια πολιτισμικά έγχρωμη άποψη για την ψυχική ασθένεια

Οι Reavley and Jorm (2011) διεξήγαγαν μία εθνική έρευνα με τηλεφωνικές συνεντεύξεις προκειμένου να αξιολογηθεί η στιγματιστική στάση των νέων απέναντι σε άτομα με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και ψύχωση/σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενώ οι νέοι συσχέτισαν όλες τις ψυχικές διαταραχές με απρόβλεπτο, τα πρότυπα στιγματιστικών στάσεων διέφεραν ανάλογα με τη διαταραχή, με αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ ψύχωσης/σχιζοφρένειας και κοινωνικής φοβίας. Οι παρεμβάσεις κατά του στίγματος θα πρέπει να επικεντρώνονται σε μεμονωμένες διαταραχές και όχι σε «ψυχικές ασθένειες» γενικά και μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν οι πεποιθήσεις σχετικά με το απρόβλεπτο, την κοινωνική φοβία λόγω αδυναμίας χαρακτήρα και επικινδυνότητας σε άτομα με πιο σοβαρές διαταραχές. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει επίσης να επικεντρωθούν στην ευθυγράμμιση των πεποιθήσεων για τις δημόσιες αντιλήψεις με τις προσωπικές πεποιθήσεις, καθώς οι τελευταίες είναι πολύ λιγότερο στιγματιστικές.

Οι Ellis et al. (2013) σχεδίασαν μία μελέτη μικτών μεθόδων για να διερευνήσουν τη στάση και τη συμπεριφορά των νεαρών Αυστραλών ανδρών σε σχέση με την ψυχική υγεία και τη χρήση της τεχνολογίας για την ενημέρωση της ανάπτυξης διαδικτυακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για νέους άνδρες. Ήταν μία εθνική διαδικτυακή έρευνα με 486 άνδρες (ηλικίας 16 έως 24 ετών) και 17 ομάδες εστίασης στις οποίες συμμετείχαν 118 άνδρες (ηλικίας 16 έως 24 ετών). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι αναζήτησαν βοήθεια για ένα πρόβλημα στο διαδίκτυο και ήταν ικανοποιημένοι με τη βοήθεια που έλαβαν. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα εστίασης εντόπισαν πιθανές στρατηγικές για το πώς θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί η τεχνολογία για να ξεπεραστούν τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας για νέους άνδρες.

Η βασική πρόκληση για τις διαδικτυακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι να σχεδιάσουν παρεμβάσεις ειδικά για νέους άνδρες που βασίζονται στη δράση, να επικεντρώνονται στην αλλαγή συμπεριφοράς και στιγματισμού και να μην αφορούν απλώς την αύξηση των γνώσεων για την ψυχική υγεία. Επιπλέον, τέτοιες παρεμβάσεις θα πρέπει να καθοδηγούνται από τους χρήστες, να ενημερώνονται από τις απόψεις των νεαρών

ανδρών και τις καθημερινές τεχνολογικές πρακτικές και να αξιοποιούν την επιρροή των συνομηλίκων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

### **3.1. Εισαγωγή**

Στην Ελλάδα, η βασική μεταρρύθμιση στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας επήλθε με την ψήφιση του Ν. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αλλά η διαδικασία αποϊδρυματισμού, η βελτίωση των συνθηκών υγείας μέσα στα ιδρύματα και η μεταφορά αυτών σε αυτόνομες δομές ξεκίνησε όταν ψηφίστηκε από την ΕΟΚ ο Κανονισμός 815/84. Ακολούθως, ο Νόμος 2716/99, «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» έδωσε μία νέα δυναμική στην μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma>).

Η διασφάλιση της υψηλότερης ποιότητας φροντίδας ψυχικής υγείας είναι εξίσου σημαντική με την ανάδειξη της σημασίας της υποστήριξης για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και τους χρήστες υπηρεσιών.

Το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει επιφορτιστεί με τις ευθύνες διασφάλισης ποιότητας και βελτίωσης ασθενών έχει μια αυξημένη ανάγκη κατανόησης της φύσης της εργασίας που αναλαμβάνουν (McMillenet al., 2008).

### **3.2. Νομοθεσία για τη ψυχική υγεία στην Ελλάδα**

#### **3.2.1. Ποινικός κώδικας**

Ο Νομοθέτης δέχεται ότι υπάρχουν περιπτώσεις, όπου μια ψυχική διαταραχή μπορεί να βλάψει την ικανότητα του ατόμου να διακρίνει το σωστό από το λάθος και να παρεμβαίνει στην ελεύθερη βούληση. Οι δράστες με ψυχική διαταραχή θα πρέπει πρωτίστως να θεωρούνται άρρωστοι και επομένως να εξαιρούνται από την τιμωρία.

Στο άρθρο 34 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα (Ν. 4619/2019) ορίζεται ότι: «η εγκληματική πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη, εάν λόγω διαταραχής των διανοητικών του λειτουργιών ή διαταραχής της συνείδησης δεν έχει την ικανότητα να αναγνωρίσει το άδικο της πράξης αυτής ή να ενεργήσει σύμφωνα με αυτές τις γνώσεις»..

Εάν το δικαστήριο αποδεχθεί ότι συμβαίνει αυτό, ο δράστης θεωρείται αθώος για το έγκλημα, δηλαδή «αθώος λόγω παραφροσύνης» και εισάγεται σε ψυχιατρείο για «προστασία άλλων και θεραπεία» (άρθρο 69, Ν.4509/2017).

Εάν η ικανότητα «αναγνώρισης του αδικήματος της πράξης» δεν απουσιάζει εντελώς, αλλά μόνο μειώνεται, υπάρχει μειωμένη ευθύνη για την εγκληματική πράξη και επομένως μειωμένη ποινή (άρθρο 36) (Douzenis, Tsopelas & Lykouras, 2014).

### **3.2.2. Αστικός κώδικας**

Σύμφωνα με το άρθρο 128 του Ελληνικού Αστικού Κώδικα *«όλοι οι ενήλικες (δηλαδή οι άνω των 18 ετών) θεωρούνται νομικά υπεύθυνοι (π.χ. μπορούν να υπογράψουν νομικά έγγραφα). Ένα άτομο που υποστηρίζει ότι κάποιος είναι ανίκανος πρέπει να αποδείξει την ανικανότητα και όχι το αντίστροφο»*. Τα άρθρα 129 και 130 διευκρινίζουν την έννοια της μειωμένης ικανότητας στο άτομο. Τα άτομα μπορεί να έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για ορισμένες από τις υποθέσεις τους υπό ορισμένες συνθήκες και η ικανότητα κάποιου να συντάσσει διαθήκη συνδέεται στενά με τα παραπάνω (Androulakis, 1986).

### **3.3. Νομοθεσία για την κατάχρηση ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά**

Η ισχύουσα νομοθεσία για τη κατάχρηση ουσιών (Νόμος 3459/2006, που ονομάζεται Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά) εισήγαγε την έννοια της «αποποινικοποίησης» για άτομα που εξαρτώνται από παράνομες ουσίες. Αυτή η νομοθετική μεταρρύθμιση στοχεύει να ενθαρρύνει την έναρξη θεραπείας και να μειώσει τις ποινές φυλάκισης για άτομα με εθισμό (κυρίως στην ηρωίνη) που διαπράττουν μικροαδικήματα (Kotsalis et al., 2007).

Εάν ένα δικαστήριο αποδεχθεί ότι οι κατηγορούμενοι είναι εθισμένοι, τότε μπορούν να λάβουν μειωμένη ποινή, όπως αναφέρεται παραπάνω για άτομα με ψυχική ασθένεια. Οι κατηγορούμενοι που προβάλλουν τέτοιους ισχυρισμούς, ως μέρος της υπεράσπισής τους, πρέπει να εξεταστούν από ψυχίατρο και να λάβουν ψυχιατρική έκθεση, που να επιβεβαιώνει τη παρουσία ή την απουσία εθισμού. Αυτό όμως μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί εάν ο ψυχίατρος δεν καλείται αμέσως μετά τη είσοδο του ασθενή (Douzenis, Tsopelas & Lykouras, 2014). Στη συνέχεια ακολούθησε ο Νόμος 4139/2013, περί εξαρτησιογόνων ουσιών, όπου στα άρθρα του 29 έως και 34, γίνεται αναφορά στην μεταχείριση των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών.

### 3.3.1. Διερεύνηση πολιτικών ψυχικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Οι Argyriadou and Lionis (2009) επισημάνουν ότι στην Ελλάδα, επί του παρόντος, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από γενικούς ιατρούς και εσωτερικούς γιατρούς που εξυπηρετούν τα κέντρα υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που βρίσκονται όλα σε αγροτικές περιοχές. Οι υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας στα εξωτερικά ιατρεία παρέχονται κυρίως από ψυχιάτρους και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο τον ιδιωτικό τομέα.

Στην Ελλάδα, η μεγάλη προσπάθεια που πραγματοποιείται από το 1984 για την αποκέντρωση των υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας και τη δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων στην πρόληψη, με βάση τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει ολοκληρωθεί τα τελευταία χρόνια (Hellenic Republic Ministry of Health and Welfare, 2003).

Ο Νόμος για την Ψυχική Υγεία (Νόμος 2716/1999) δημιούργησε μια νέα ιδέα που ονομάζεται «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», η οποία είναι ένα 10ετές σχέδιο δράσης. Ήταν προφανές ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα είναι αδύναμες και το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ θα παρέχει, σε εθνικό επίπεδο, δραματική μεταρρύθμιση και νέα οράματα και δομή για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επικεντρώνεται στην αναδιάρθρωση του παλιού συστήματος ψυχικής υγείας, με νέα έμφαση στην κοινωνική ένταξη και συνοχή στην κοινότητα. Θα βοηθήσει στην εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού με τη δημιουργία νέων μονάδων (π.χ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας και κινητές μονάδες) για την εξυπηρέτηση των αναγκών των πολιτών. Έτσι, τα τελευταία 25 χρόνια, έχει παρατηρηθεί μια σταθερή μετατόπιση από τα θεσμοθετημένα περιβάλλοντα σε περιβάλλοντα που βασίζονται στην κοινότητα για ασθενείς (Argyriadou & Lionis, 2009). Μολονότι μέσω αυτού του σύγχρονου νόμου και του δεκαετούς σχεδίου έχουν επιτευχθεί πολλά, υπάρχει, όπως έδειξαν οι Lionis et al. (2009) μεγάλη ζήτηση για ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθιστώντας την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη επείγον ζήτημα στην τρέχουσα υγεία. πολιτική ατζέντα.

Οι Souliotis et al. (2017) μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2015 διεξήγαγαν μία έρευνα στην οποία συμμετείχαν 174 ψυχίατροι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων αντιλαμβάνεται τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητά τους ως ανεπαρκείς και θεωρεί τη συμμετοχή των ψυχιάτρων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σημαντική για την ανίχνευση και διαχείριση ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα συμπεράσματα που απορρέουν από την παρούσα εργασία είναι ότι οι ερωτηθέντες είναι

δεκτικοί να συμμετάσχουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ πιστεύουν ότι η ένταξή τους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα έχει ως αποτέλεσμα μειωμένο κοινωνικό στιγματισμό για προβλήματα ψυχικής υγείας, αυξημένη πρόσβαση των ασθενών και βελτιωμένα ποσοστά ανίχνευσης και διαχείρισης κοινών παθήσεων ψυχικής υγείας

Οι Souliotis et al. (2017) επισημαίνουν ότι αν και η ανάγκη για ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι καλά τεκμηριωμένη, ελάχιστα έχουν γίνει. Η έναρξη της οικονομικής κρίσης βρήκε τον ελληνικό μηχανισμό στον τομέα της ψυχικής υγείας σε μεταβατικό στάδιο. Ως απάντηση στην κρίση, το κράτος υιοθέτησε την τακτική των οριζόντιων μειώσεων στον προϋπολογισμό αντί για κάποιες σοβαρές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια δυσμενή κατάσταση για την ψυχική υγεία που τέθηκε για άλλη μια φορά στο περιθώριο της ατζέντας της πολιτικής για την υγεία.

Ο Madianos (2020) επανεξέτασε τις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης του ελληνικού δημόσιου τομέα και τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία, από το 2010. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πλεονάζουσες δαπάνες περιορίστηκαν επιτυχώς, στοιχεία του θεσμικού πλαισίου εκσυγχρονίστηκαν και τα αποτελέσματα για την υγεία ήταν σχετικά ευνοϊκά. Επιπλέον, φάνηκε ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έγινε με αργά και οπισθοδρομικά βήματα και δεν έχει υποκινηθεί είτε από επαγγελματίες είτε από πολίτες. Ο κύριος στόχος της ήταν η αποϊδρυματοποίηση χιλιάδων ασθενών ασύλου και η μεταφορά τους σε εναλλακτικές δομές, με βάση την κοινότητα. Παρά το γεγονός ότι έχουν επιτευχθεί πολλές αλλαγές με το σχέδιο μεταρρυθμίσεων, εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες αδυναμίες όπως η άνιση ανάπτυξη πολλών υποδομών, η μη λειτουργία των ΚΨΥ σε 24ωρη βάση και η μη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους. Η λογική της κοινοτικής ψυχικής υγείας και οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής δεν διέπουν την εκπαίδευση του προσωπικού, ενώ δεν υπήρξε κοινοτική συμμετοχή σε προγράμματα παρέμβασης.

Από την άλλη πλευρά, οι θετικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν ένα κίνημα κατά του στίγματος και τη συγκρότηση σε όλη την Ελλάδα, δομών που για οικογένειες ατόμων με ψυχικές ασθένειες, καθώς και Έλληνες εκπροσώπους του δικτύου Hearing Voices, που ιδρύθηκε το 2010 (<http://www.hearingvoices.gr/index.php/el/component/content/article/78-hvathens/151-petition-drop-schizophrenia>). Εν κατακλείδι, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εξακολουθεί να σημειώνει πρόοδο σε πολλούς τομείς, παρά ορισμένες ανεπάρκειες και περιορισμούς. Όμως απομένουν πολλά να γίνουν στους τομείς των πολιτικών πρόληψης, της

εκπαίδευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και της έρευνας αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Ψυχικής Υγείας (Madianos, 2020).

Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο Τούντας (2020), ειδικά πριν από τον COVID-19, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είχαν συμπιεστεί σε δυνητικά μη βιώσιμα επίπεδα, με διευρυνόμενες ανισότητες και μεγάλες ανεκπλήρωτες ανάγκες, ειδικά μεταξύ των φτωχών. Απαιτούνται υψηλότερες δημόσιες δαπάνες και προώθηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της δικαιοσύνης του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της μείωσης των πληρωμών και της εξάλειψης των υπολειπόμενων ασφαλιστικών κενών

Οι Douki,Tzagkarakis & Karakatsani (2021) υποστηρίζουν ότι παρόλο που η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα είχε την ίδια πορεία με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθυστέρησε στην δημιουργία ασύλων. Οι συγγραφείς διερεύνησαν την ανάπτυξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην Ελλάδα και την διαμόρφωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (ΨΜ). Τα συμπεράσματά τους δείχνουν ότι παρόλα τα σοβαρά κενά που είχε η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα δεν θεωρήθηκαν αρκετά για να επισημανθεί η αναγκαιότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αλλά ήταν οι παράγοντες που επέβαλαν την Ελλάδα να αλλάξει την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1. Πολιτική και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ψυχική υγεία

Οι πολιτικές και οι υπηρεσίες που αφορούν την ψυχική υγεία αποτελούν ευθύνη των επιμέρους κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το έργο της Επιτροπής για την ψυχική υγεία η οποία συντονίζεται από εκπροσώπους των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μέρος των δραστηριοτήτων της για τις μη μεταδοτικές ασθένειες, βασίζεται σε διεθνή πλαίσια πολιτικής, όπως η βιώσιμη ανάπτυξη των Ηνωμένων Εθνών που στοχεύει να συμπληρώσει τα κράτη μέλη πολιτικών, υποστηρίζοντας την πραγματική δράση επί τόπου.

Η συμμετοχή της Επιτροπής στην ψυχική υγεία συνεχίζεται σχεδόν δύο δεκαετίες, στην Πράσινη Βίβλο του 2005 «Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού: Προς μια στρατηγική για την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση». η Γενική Διεύθυνση της Επιτροπής για την Υγεία και την Ασφάλεια των Τροφίμων ίδρυσε ένα αποκλειστικό χώρο δικτύου για την πολιτική της, μια πλατφόρμα για την υγεία και τους κοινωνικούς φορείς για την ανταλλαγή πρακτικών ψυχικής υγείας και γνώση. Η πλατφόρμα συντονίζεται από την «Ψυχική Υγεία στην Ευρώπη» και περιλαμβάνει εστίαση σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι άστεγοι, οι άνθρωποι με προϋπάρχουσες συνθήκες, και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ([https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health\\_en](https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health_en))

Οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας, θεωρήθηκαν κρίσιμο μέρος της ανάκαμψης από τον COVID-19. Οι κυβερνήσεις, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι διεθνείς παράγοντες επανεξετάζουν την προσέγγισή τους ως προς την ποιότητα της περίθαλψης ψυχικής υγείας, με την ασφάλεια των ασθενών να κατέχει εξέχουσα θέση στη συζήτηση. Εστιάζονται ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων, στη δημιουργία προσβάσιμων, πολυεπιστημονικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις τοπικές κοινωνίες, στην ανανέωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στη ενίσχυση των επενδύσεων, σε ένα κατάλληλο εργατικό δυναμικό ψυχικής υγείας· καθώς και στην αντιμετώπιση δομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων της κακής ψυχικής υγείας (Athens Mental Health Summit, 2021).

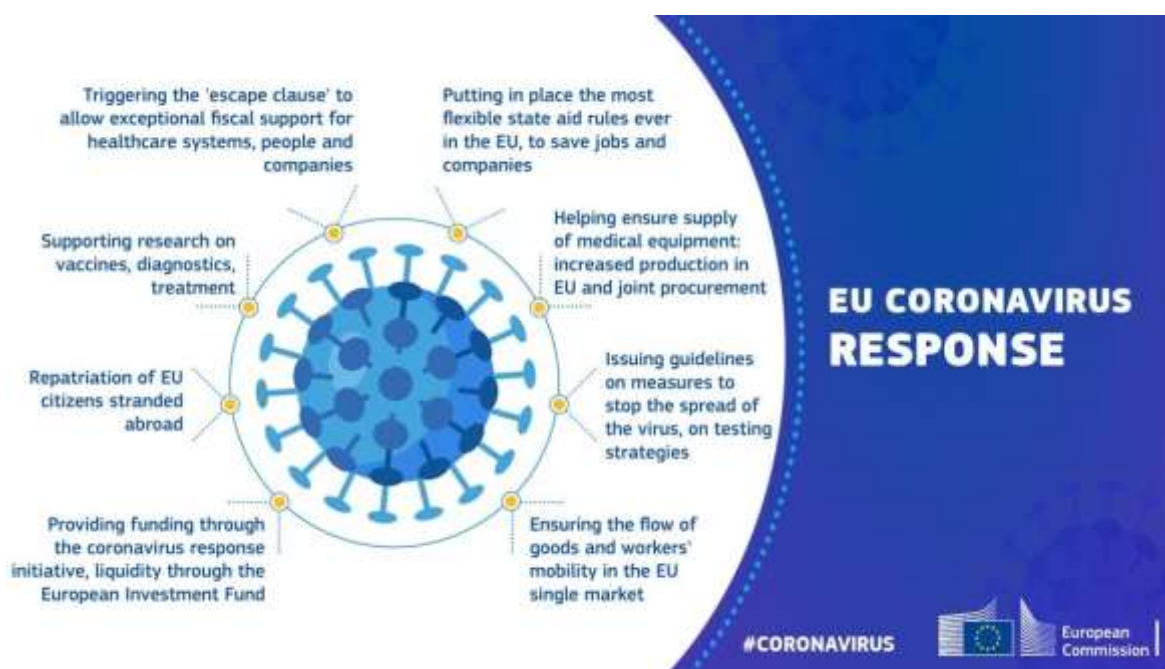
Η κύρια ψυχολογική επίπτωση (από τον Δεκέμβριο του 2020) είναι τα αυξημένα ποσοστά στρες ή άγχους. Ωστόσο, με την εισαγωγή νέων μέτρων, όπως οι πολιτικές παραμονής στο σπίτι, καραντίνα και παρατεταμένες απαγορεύσεις κυκλοφορίας αυξάνονται τα –επίπεδα μοναξιάς, κατάθλιψης, επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, αυτοτραυματισμού, ενδοοικογενειακής βίας και αυτοκτονική συμπεριφορά,



επίσης αυξάνεται. Οι συστάσεις για τις χώρες της ΕΕ περιλαμβάνουν: κοινοποίηση με σαφήνεια σχετικά με τα νέα μέτρα, τους λόγους για τους οποίους εφαρμόζονται, και πότε και πώς μπορούν να αρθούν, εξασφάλιση της διαθεσιμότητας και της εύκολης πρόσβασης σε ψυχική υγεία και υπηρεσίες για ψυχοκοινωνική υποστήριξη για άτομα που έχουν ανάγκη, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων πρώτης γραμμής και των βασικών εργαζομένων ή υπηρεσιών(για παράδειγμα, δωρεάν τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης)· παροχή υποστήριξης σε άτομα με αναπηρίες και ευάλωτους πληθυσμούς ([https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response\\_el](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response_el))

Η πλατφόρμα της πολιτικής για την υγεία έχει συγκεντρώσει τα ενδιαφερόμενα μέρη για να εντοπίσει πολλές βέλτιστες πρακτικές από το πρώτο κύμα της πανδημίας, η οποία θα μπορούσε να προωθηθεί με την υποστήριξη της Επιτροπής στο αίτημα των κρατών μελών ([https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health\\_el](https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health_el)).

**Εικόνα 4.1** Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο η Επιτροπή συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κρίσης



Πηγή: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response\\_el](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response_el))

Μια έκθεση του Μαΐου 2021 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA) εξετάζει τους κινδύνους, οφέλη και προκλήσεις που προκύπτουν από την ξαφνική αύξηση της τηλεργασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας κορωνοϊού. Επικεντρώνεται στους πιθανούς ψυχοκοινωνικούς κινδύνους και συζητά την ισχύοντες κανονισμούς για την προστασία των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος αποσύνδεσης. Η έκθεση προσφέρει τα καλύτερα παραδείγματα πρακτικής και υπογραμμίζει τη σημασία της αξιολόγησης κινδύνου <https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/mental-health>).

Η έρευνα που χρηματοδοτείται από την ΕΕ στο πλαίσιο του προγράμματος Horizon 2020 περιλαμβάνει έργα προς βελτίωση και κατανόηση των συμπεριφορικών, κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας. Η ευρύτερη ψυχική υγεία θα αναπτυχθεί στα πλαίσια του προγράμματος EU4Health 2021-2027, το οποίο περιλαμβάνει στοχευμένες δράσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας στα σχολεία, την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αύξηση της ευαισθητοποίησης (<https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027>).

#### **4.2. Στοιχεία για τον επιπολασμό της ψυχικής υγείας παγκοσμίως λόγω της πανδημίας του COVID-19**

Πριν από το 2020, οι ψυχικές διαταραχές ήταν οι κύριες αιτίες της παγκόσμιας επιβάρυνσης που σχετίζεται με την υγεία, με τις καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές να είναι οι κύριοι παράγοντες που συνεισφέρουν σε αυτό (<https://www.iatronet.gr/article/104506/532>). Η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 έχει δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου πολλοί καθοριστικοί παράγοντες κακής ψυχικής υγείας επιδεινώνονται.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας των Santomauro et al. (2021), κατά την περίοδο της πανδημίας, εκτιμώμενη παγκόσμια επικράτηση της κατάθλιψης και του άγχους ήταν 3152,9 (2722,5-3654,5) και 4802,4 (4108,2-5588,6) περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Οι περιοχές με μεγαλύτερη μετάδοση του COVID-19 φάνηκε να παρουσιάζουν μεγαλύτερες αυξήσεις στα ποσοστά επιπολασμού. Μαζί, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές προκάλεσαν περίπου 49,4 (33,6-68,7) εκατομμύρια και 44,5 (30,2-62,5) DALYs παγκοσμίως, το 2020.

Αυτά τα δεδομένα καταδεικνύουν την ραγδαία επίδραση του COVID-19 στην παγκόσμια επιβάρυνση της ψυχικής υγείας. Για τους περιορισμούς της μελέτης, οι

ερευνητές σημείωσαν ότι τα δεδομένα για τις ψυχιατρικές διαταραχές δεν ήταν διαθέσιμα σε μέρη της Νότιας Αμερικής και της Αφρικής. Ως εκ τούτου, τα υπολογισμένα ποσοστά επιπολασμού μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν κατάλληλα το βάρος της κατάθλιψης και του άγχους σε αυτές τις περιοχές.

### 4.3. Στοιχεία επιπολασμού του COVID-19 στην Ευρώπη

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στις 11.1.2022, είχε προειδοποιήσει ότι η μισή Ευρώπη θα έχει μολυνθεί με την παραλλαγή COVID Omicron μέσα στις επόμενες έξι έως οκτώ εβδομάδες. Η πρόβλεψη βασίστηκε στα επτά εκατομμύρια νέα κρούσματα που αναφέρθηκαν σε όλη την Ευρώπη την πρώτη εβδομάδα του 2022. Ο αριθμός των μολύνσεων είχε υπερδιπλασιαστεί σε διάστημα δύο εβδομάδων. «Σήμερα η παραλλαγή Omicron αντιπροσωπεύει ένα νέο παλιρροιακό κύμα από τη Δύση προς την Ανατολή, που σαρώνει την περιοχή πάνω από το κύμα Δέλτα που διαχειρίζονταν όλες οι χώρες μέχρι τα τέλη του 2021» (Kluge, 2022, αν. <https://www.bbc.com/news/world-europe-59948920>).

Το Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας που εδρεύει στο Σιάτλ πρόβλεψε ότι "περισσότερο από το 50 τοις εκατό του πληθυσμού στην περιοχή της Ευρώπης αρχές του 2022 θα μολυνόταν από την COVID Omicron παραλλαγή σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα Ταυτόχρονα οι χώρες της Ευρώπης και της Κεντρικής Ασίας αρχές του 2022 παρέμεναν υπό «έντονη πίεση» καθώς ο ιός εξαπλώθηκε από τις δυτικές χώρες στην περιοχή των Βαλκανίων (<https://www.bbc.com/news/world-europe-59948920>).

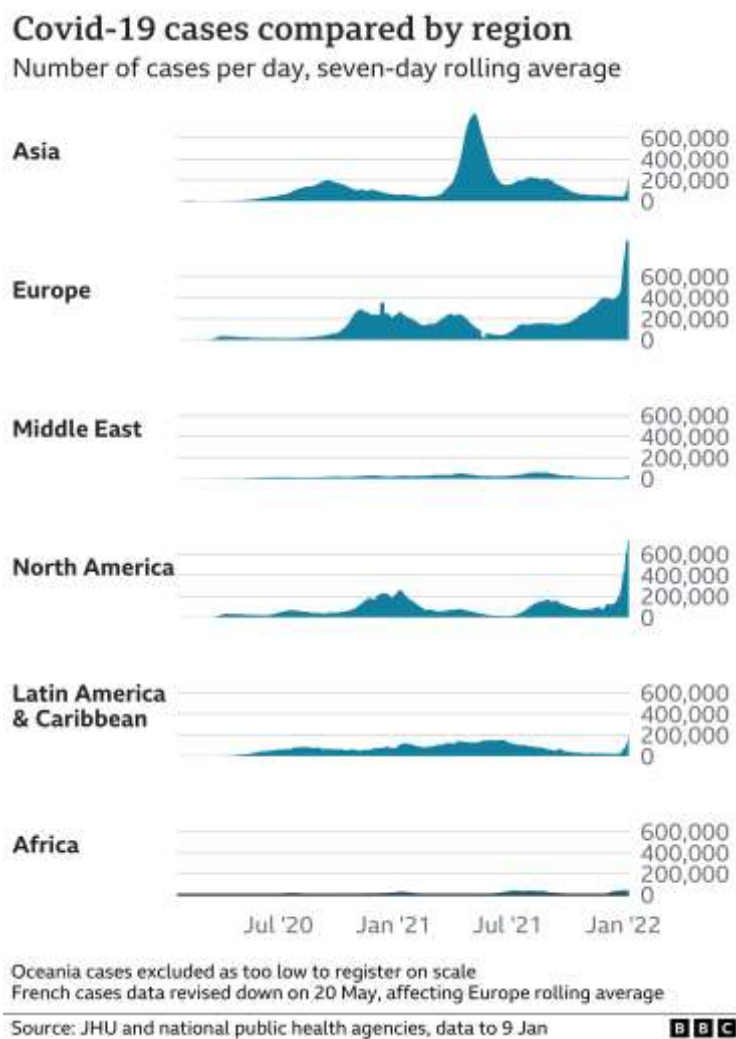
Το Ηνωμένο Βασίλειο αυτή την χρονική περίοδο ανέφερε επιπλέον 142.224 επιβεβαιωμένα κρούσματα του ιού και 77 θανάτους. Ορισμένα νοσοκομεία έχουν δηλώσει «κρίσιμα» περιστατικά λόγω απουσιών προσωπικού και αυξανόμενων πιέσεων που προκαλούνται από τον COVID-19 (<https://www.bbc.com/news/world-europe-59948920>).

Στην Ανατολική Ευρώπη, η Πολωνία ανέφερε ότι 100.000 άνθρωποι πέθαναν από τον ιό στη χώρα από την έναρξη της πανδημίας. Η Πολωνία έχει πλέον το έκτο υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας στον κόσμο από τον COVID-19 και σχεδόν το 40% του πληθυσμού της παραμένει ανεμβολίαστο (<https://www.bbc.com/news/world-europe-59948920>).

Στη Ρωσία, τον Ιανουάριο του 2022 η μη δράση των αρμόδιων αρχών για τον έλεγχο της εξάπλωσης του ιού, μπορούσε να επηρεάσει τον ημερήσιο αριθμό νέων κρουσμάτων COVID-19, που θα μπορούσε να φτάσει τις 100.000 χιλιάδες. Την περίοδο αυτή είχαν

εντοπιστεί κρούσματα της παραλλαγής Omicron, σε 13 περιοχές της Ρωσίας, ενώ η χώρα έχει καταγράψει τουλάχιστον 311.281 θανάτους και 10,5 εκατομμύρια κρούσματα μέχρι σήμερα. Το ημερήσιο ποσοστό μόλυνσης μειώθηκε την δεδομένη περίοδο από το ανώτατο όριο των 41.335 κρουσμάτων που καταγράφηκε στις αρχές Νοεμβρίου (2021) (<https://tass.com/society/1304331>).

**Πίνακας 4.1** Συγκριτικός πίνακας επιπολασμού του COVID 19 σε όλες τις ηπείρους



Πηγή:<https://www.bbc.com/news/world-europe-59948920>

#### 4.4. Το επίπεδο ψυχικής νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα

Όπως υποστηρίζουν οι deAlmeida and Killaspy (2011), η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας ψυχικής υγείας σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές ήταν και εξακολουθεί να είναι, μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων

ψυχικής υγείας τις τελευταίες δεκαετίες, για διάφορους λόγους (deAlmeida & Killaspy, 2011).

Τον Μάρτιο του 2017, ψηφίστηκε ο Ν.4461, για τη διοικητική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο οποίος προβλέπει τη σύσταση σειράς επιστημονικών και διοικητικών επιτροπών, συμβουλίων, τόσο σε περιφερειακό, όσο και σε τομεακό επίπεδο και συντονιστικών οργάνων προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων πολιτικής για την ψυχική υγεία και προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

## **4.5. Εισαγωγή ασθενών**

### **4.5.1. Ακούσια εισαγωγή**

Στην Ελλάδα, οι ακούσιες εισαγωγές ρυθμίζονται από τον Ν. 2071/92, ο οποίος αντικατέστησε τη προηγούμενη νομοθεσία που διέπει την ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία. Η αλλαγή αυτή ήταν απαραίτητη, προκειμένου να ευθυγραμμιστεί η ελληνική νομοθεσία με τις νομικές προϋποθέσεις για την ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Όταν θεσπίστηκε ο νόμος αναγνωρίστηκε ως ένα σημαντικό, αν και καθυστερημένο, βήμα προς την αναγνώριση και κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Για παράδειγμα, ο νόμος αναγνώρισε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα το δικαίωμά τους να ασκήσουν έφεση κατά της ακούσιας νοσηλείας.

Ειδικότερα, ο Νόμος 2071/92 περιγράφει δύο διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται για τις ακούσιες εισαγωγές, οι οποίες χωρίζονται σε: «κανονικές» και «έκτακτες». Η «κανονική» διαδικασία απαιτεί δύο ξεχωριστές ψυχιατρικές αξιολογήσεις από «εγκεκριμένους» ψυχιάτρους που πρέπει να ολοκληρωθούν πριν από την εισαγωγή του ασθενούς. Στη πραγματικότητα, η «κανονική» διαδικασία δεν χρησιμοποιείται σχεδόν ποτέ (Douzenis et al., 2010).

### **4.5.2. Η επείγουσα διαδικασία**

Η διαδικασία «έκτακτης ανάγκης» παρακάμπτει τις αρχικές ψυχιατρικές αξιολογήσεις. Αντίθετα, οι συγγενείς που ζητούν την εισαγωγή έρχονται σε άμεση επαφή με εισαγγελέα (υπάρχουν αρκετοί από αυτούς τους υπαλλήλους, ένας από τους οποίους θα είναι σε υπηρεσία οποιαδήποτε συγκεκριμένη ημέρα). Το άτομο για το οποίο ένας συγγενής έχει ζητήσει ψυχιατρική αξιολόγηση για ακούσια εισαγωγή συνοδεύεται από την

αστυνομία στο τμήμα επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών (για το σκοπό αυτό ορίζεται ένα τέτοιο τμήμα για να εφημερεύει οποιαδήποτε συγκεκριμένη ημέρα).

Εναλλακτικά, ελλείψει του «πλησιέστερου συγγενή», κινείται αυτεπάγγελτα η διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, όπου ο εισαγγελέας υποβάλλει την αίτηση και διατάσσει την αστυνομία να πάει το άτομο για αξιολόγηση. Ο εισαγγελέας δίνει αυτή τη διαταγή εγγράφως, αφού ειδοποιηθεί από την αστυνομία ή κάποιο μέλος του κοινού (π.χ. γείτονας). Μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης μπορεί ο εισαγγελέας να διατάξει προφορικά την αστυνομία.

Μόλις τα άτομα που πρόκειται να αξιολογηθούν φτάσουν στη ψυχιατρική μονάδα εφημερίας, εξετάζονται από δύο ειδικευμένους ψυχιάτρους. Η αξιολόγηση ψυχικής υγείας πρέπει να αποδείξει: ότι πάσχουν από ψυχική ασθένεια και δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους, και ότι αρνούνται τη θεραπεία λόγω έλλειψης διορατικότητας.

Επιπλέον, οι εξετάζοντες ψυχίατροι πρέπει να είναι πεπεισμένοι ότι εάν η ψυχική διαταραχή παραμείνει χωρίς θεραπεία, τότε η ζωή του ασθενούς ή οι ζωές άλλων μπορεί να τεθούν σε κίνδυνο. Εάν οι ψυχίατροι διαπιστώσουν ότι συντρέχουν αυτές οι προϋποθέσεις για την ακούσια εισαγωγή, τότε, αφού συμπληρωθούν τα κατάλληλα έντυπα (τα οποία επιστρέφονται στον εισαγγελέα), το άτομο εισάγεται ακούσια. Στη συνέχεια, ο εισαγγελέας φέρνει την υπόθεση ενώπιον δικαστηρίου εντός 10 ημερών (Douzenis et al., 2013).

Το άτομο που εξετάζεται και θεωρείται ότι πάσχει από ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε αυτό το δικαστήριο και να επιχειρηματολογήσει κατά της ακούσιας εισδοχής, με νομική εκπροσώπηση.

Ο μέγιστος χρόνος για ακούσια εισαγωγή είναι 6 μήνες. Ο εισαγγελέας ζητά ιατρικές γνωματεύσεις μετά από 3 μήνες και ξανά στο τέλος των 6 μηνών (στις σπάνιες περιπτώσεις που ένας ασθενής δεν έχει πάρει εξιτήριο νωρίτερα).

Μετά την ακούσια εισαγωγή των ασθενών, μπορούν να λάβουν εξιτήριο όποτε ο υπεύθυνος ιατρός αποφασίσει ότι δεν πληρούνται πλέον τα κριτήρια για ακούσια εισαγωγή. Η ακούσια νοσηλεία διαρκεί κατά μέσο όρο 4–6 εβδομάδες. Στη πραγματικότητα, ακούσια «εισαγωγή» σημαίνει ακούσια θεραπεία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Douzenis & Lykouras, 2008).

## **4.6. Ο ρόλος των ΚΨΥ στη φροντίδα ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων**

### **4.6.1. Τι είναι τα ΚΨΥ**

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) συνιστώνται ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Νοσοκομείων. Σκοπός τους είναι η παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας στον πληθυσμό του τομέα ευθύνης του, η οποία αφορά κατά κύριο λόγο σε υπηρεσίες πρόληψης και πρωτοβάθμιας / βασικής ψυχιατρικής περίθαλψης, σε υπηρεσίες που εξασφαλίζουν τη θεραπευτική συνέχεια, καθώς και σε υπηρεσίες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση, μέσω της ενίσχυσης προγραμμάτων ανάρρωσης / ανάκαμψης (recovery) των ασθενών και συνεργασίας με μονάδες αποκατάστασης. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ως σύγχρονες μονάδες υγείας στοχεύουν: στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, στην θεραπεία της ψυχικής νόσου, στην αποκατάσταση εκεί όπου ήδη έχει υπάρξει σοβαρή ψυχική διαταραχή και στη λειτουργική διασύνδεση με τις λοιπές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Έχουν καθορισμένη περιοχή ευθύνης γιατί στην παρέμβασή τους θα πρέπει να γνωρίζουν και να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά (κοινωνικο-οικονομικά) της συγκεκριμένης τοπικής κοινωνίας. Άλλωστε σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία και κλινική εμπειρία η παρέμβαση στο κοινωνικό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου αλλά και στην πρόληψη της υποτροπής ([https://autismap.gr/images/kentra\\_psychikis\\_ugeias.pdf](https://autismap.gr/images/kentra_psychikis_ugeias.pdf)). Ανάλογο μοντέλο των ΚΨΥ είναι το Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων και Ψυχικής Υγείας (CAMH) στον Καναδά. Το CAMH είναι το μεγαλύτερο εκπαιδευτικό νοσοκομείο ψυχικής υγείας του Καναδά και ένα από τα κορυφαία ερευνητικά κέντρα στον κόσμο στον τομέα του. Το CAMH είναι πλήρως συνδεδεμένο με το Πανεπιστήμιο του Τορόντο και είναι ένα συνεργαζόμενο κέντρο Παναμερικανικής Οργάνωσης Υγείας / Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Διαθέτει 3.000 γιατρούς, κλινικούς γιατρούς, ερευνητές, εκπαιδευτικούς και προσωπικό υποστήριξης και προσφέρει εξαιρετική κλινική φροντίδα σε περισσότερους από 34.000 ασθενείς κάθε χρόνο. Ο οργανισμός διεξάγει πρωτοποριακή έρευνα, παρέχει εκπαίδευση ειδικότητας σε επαγγελματίες υγείας και επιστήμονες, αναπτύσσει καινοτόμες στρατηγικές προαγωγής και πρόληψης της υγείας και υποστηρίζει θέματα δημόσιας πολιτικής σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης (<https://www.camh.ca/en/driving-change/about-camh#>).



Όπως επισημαίνουν οι Economidou et al. (2017), η μακροχρόνια ύφεση, η απώλεια εισοδήματος και η μεγάλη πίεση στο κλάδο της δημόσιας υγείας έχει αυξήσει σημαντικά τη ζήτηση για τις υπηρεσίες των ΚΨΥ τα τελευταία χρόνια.

Βέβαια οι ιατρικές φροντίδες δεν απευθύνονται μόνο σε παιδιά και εφήβους με θέματα ψυχικής υγείας, αλλά όπως συμβαίνει σε πολλές άλλες ειδικότητες και τομείς του δημόσιου Εθνικού Συστήματος Υγείας του νέου Ν. 4368/2016 εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των υπηκόων τρίτων χωρών (μετανάστες/πρόσφυγες) (Economidou et al., 2017).

Η ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη εξαιτίας των οικονομικών διακυμάνσεων που πλήττει τον ελληνικό πληθυσμό (Durkheim et al., 2006). Τα πρώτα διαθέσιμα στοιχεία αποκαλύπτουν ανησυχητικές τάσεις:

- αύξηση των ποσοστών ανεργίας,
- αύξηση του αριθμού των οικογενειών που αντιμετωπίζουν οικονομική δυσπραγία,
- αύξηση του ποσοστού των παιδιών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας,
- επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ενηλίκων όπως υποδεικνύεται από την αύξηση των αποπειρών αυτοκτονιών ή αυτοκτονιών,
- αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης,

επηρεάζοντας την οικογενειακή λειτουργία και την κοινωνική συνοχή, με δυσμενείς επιπτώσεις στη ψυχική υγεία των παιδιών (Daskalakis, Bougioukos & Fasoulis, 2014).

Παράλληλα, η προσφυγική κρίση έφερε στην Ελλάδα μεγάλο αριθμό ασυνόδευτων ανηλίκων, καθώς και παιδιά μεταναστών με τις οικογένειές τους, με πολλούς από αυτούς να έχουν αυξημένες ανάγκες για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έρευνα των Nikolaidis, Ntinapogias & Stayrou (2017) συνέκριναν τις υπηρεσίες φροντίδας ΚΨΥ σε ευρωπαϊκές χώρες και επεσήμαναν ότι λειτουργούν 45 δημόσια ΚΕΨΥ στην Ελλάδα (2,4/100.000 νέοι).

Από τα 45 ΚΨΥ που υπάρχουν στην Ελλάδα, τα περισσότερα βρίσκονται σε μεγάλες πόλεις και στην μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας (Kolaitis et al., 2010• Signorini et al., 2017).

Όμως τα υπάρχοντα δημόσια ΚΨΥ λειτουργούν με 30–40% λιγότερους υπαλλήλους, των οποίων οι μισθοί έχουν περικοπεί κατά 40%, ενώ μεγάλη μερίδα από έμπειρους ιατρούς έχουν συνταξιοδοτηθεί, χωρίς να έχουν αντικατασταθεί λόγω των σοβαρών



περικοπών στις δημόσιες δαπάνες για το σύστημα υγείας (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013).

Ταυτόχρονα, η ζήτηση για τα δημόσια ΚΨΥ έχει αυξηθεί σημαντικά λόγω της αύξησης των ποσοστών ψυχολογικών προβλημάτων των παιδιών και των εφήβων, ως αποτέλεσμα της κρίσης στη λειτουργία της οικογένειας, καθώς και λόγω της οικογενειακής οικονομικής κατάστασης, η οποία δεν επιτρέπει την αναζήτηση βοήθειας ή τη συνέχιση της θεραπείας στον ιδιωτικό τομέα. Οι Anagnostopoulos and Soumaki (2013) διεξήγαγαν μία έρευνα τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά παιδοψυχιατρικά ιδρύματα και συνέκριναν δεδομένα από το 2007 έως το 2011 (2 χρόνια πριν την ύφεση και 2 χρόνια μετά την εφαρμογή μέτρων λιτότητας). Τα αποτελέσματα έρευνάς τους έδειξαν αύξηση 39,8% για τα παιδιά και 25,5% για τους εφήβους στα δημόσια εξωτερικά ιατρεία, σε αντίθεση με τη συνολική μείωση του 35,4% των νέων στον ιδιωτικό τομέα.

Οι πιο συχνά αναφερόμενες περιπτώσεις που απαιτούν πολύ επίπεδη παρέμβαση είναι πολύπλοκες και σοβαρές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που δεν ήταν τόσο διαδεδομένες πριν από την οικονομική κρίση, όπως:

- σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας,
- αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές,
- σοβαρές, δυσκολίες διαταραχής της διάθεσης
- αλκοόλ και κατάχρηση ουσιών,

είναι από τις πιο συχνά αναφερόμενες περιπτώσεις που απαιτούν πολυεπίπεδη παρέμβαση. Στα ΚΨΥ γίνονται προσπάθειες για την αποτελεσματική περιπτώσεων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και περίπλοκες οικογενειακές ανάγκες στην κοινότητα (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013).

#### **4.7. Οργανισμοί για την αντιμετώπιση της κρίσης ψυχικής υγείας στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Με περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους και υψηλά ποσοστά ανεργίας, πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν τη φτώχεια. Λόγω της οικονομικής κρίσης, το 27% του πληθυσμού βρέθηκε άνεργος. Η αδυναμία αντιμετώπισης της απώλειας μισθών και επιδομάτων προκάλεσε αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης και αυτοκτονιών στους Έλληνες. Το 2013, περισσότερο από το 12,3% του πληθυσμού έπασχε από κατάθλιψη.

Όπως επισημαίνει ο Mavridis (2018), η Ελλάδα, το 2008, αντιμετώπισε σοβαρά οικονομικά προβλήματα, όταν κορυφώθηκε η παγκόσμια οικονομική κρίση. Ο Mavridis (2018) διερευνά τον τρόπο που η κρίση επηρέασε τον τοπικό μετασχηματισμό της κοινωνίας από το 2008 έως το 2017. Η εργασία του έκανε ανάλυση δευτερογενών δεδομένων (εκθέσεις, άρθρα και πληροφορίες για το ΑΕΠ, το κατά κεφαλήν εισόδημα, την ανεργία, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την φτώχεια και την έλλειψη στέγης). Παρά το γεγονός ότι το Ελληνικό κράτος έχει υιοθετήσει διαχρονικά τρία Διεθνή Οικονομικά Προγράμματα, η Ελλάδα συνεχίζει να αγωνίζεται για την οικονομική της ισορροπία. Επιπλέον, οι συνέπειες της κρίσης ήταν καταστροφικές για την κοινωνία. Τα αντίμετρα του κρατικού μηχανισμού έχουν αυξήσει τη ανεργία, τη μετανάστευση, τη φτώχεια και τον αποκλεισμό, ιδίως μεταξύ των νέων. Επιπλέον, κάποιοι κύριοι εθνικοί οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες έχουν επιδεινωθεί σημαντικά.

Οι Tragaki and Lenos(2017) ανέλυσαν τις πρόσφατες τάσεις αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Βασίστηκαν σε δύο ξεχωριστές βάσεις δεδομένων, ζωτικής σημασίας, σε στατιστικά στοιχεία και αστυνομικά αρχεία, τα οποία δεν έχουν διερευνηθεί ποτέ στο παρελθόν. Αυτά τα σύνολα δεδομένων παρουσίασαν μία διαφορετική εικόνα σχετικά με τα ποσοστά και τις τάσεις αυτοκτονιών, επιβεβαιώνοντας την κρίσιμη σημασία της αξιοπιστίας των δεδομένων και της συνέπειας στην ανάλυση των τάσεων του χρόνου. Τα ευρήματά των Tragaki and Lenos (2017) υποδηλώνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ζωτικής σημασίας και αστυνομικών στατιστικών για τις αυτοκτονίες. Σε εθνικό επίπεδο, κατά την περίοδο 1990–2013, οι ζωτικές στατιστικές ανέφεραν κατά μέσο όρο 7 % περισσότερες αυτοκτονίες, ετησίως. Οι διαφορές ήταν πιο έντονες μεταξύ των γυναικών και των μικρότερων ηλικιών. Και τα δύο σύνολα δεδομένων επιβεβαιώνουν μια αλλαγή στις συνολικές τάσεις αυτοκτονίας κατά την πρόσφατη ύφεση, αλλά η ανάλυση δεδομένων της αστυνομίας υποστηρίζει ότι οι αυξήσεις είναι λιγότερο εντυπωσιακές από ότι ισχυρίζονται οι ζωτικής σημασίας στατιστικές.

Οι Agaroglou and Gounis (2015) διεξήγαγαν μία μελέτη με θέμα: «Φροντίδα για τους αστέγους και τους φτωχούς στην Ελλάδα: επιπτώσεις για το μέλλον της κοινωνικής προστασίας και της κοινωνικής ένταξης». Τα ευρήματα έδειξαν ότι επιπτώσεις της κρίσης ήταν: οι εξαιρετικά μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές, η αναγκαστική μετατόπιση του καθήκοντος σε εθελοντές, οι επιδοτούμενες δαπάνες προσωπικού, η επέκταση συμβάσεων μερικής απασχόλησης και βραχυπρόθεσμων για επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, επιβεβλημένοι περιορισμοί στην επιλογή πελατών, η χαμηλή κατά κεφαλήν

χρηματοδότηση, η διάβρωση των διαδικασιών δημόσιας διαβούλευσης, η προνομιακή χρηματοδότηση της Εκκλησίας της Ελλάδος και πολιτικά συνδεδεμένοι «παίκτες» κ.λπ.

Συγκρίνοντας τα ευρήματα με του Agaroglu (2004), απεκάλυψαν ότι στην τωρινή έρευνα υπάρχουν πολύ περισσότεροι Έλληνες από ότι στο παρελθόν. που είναι άστεγοι ή νοιώθουν στεγαστική ανασφάλεια και που είναι άνεργοι με αποτέλεσμα να έχουν απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης και εισοδήματος. Όπως υποστηρίζουν οι Gutiérrez (2014) και Papadopoulos and Roumpakis (2013), αυτά είναι αποτελέσματα της ήδη περιορισμένης κοινωνικής προστασίας και εκφόρτωση του κόστους της κοινωνικής αναπαραγωγής στις οικογένειες της Νότιας Ευρώπης.

Το 2017, η Ελληνική Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας εξέτασε 2.005 ενήλικες και διαπίστωσε ότι περισσότεροι από τους μισούς είχαν προβλήματα ψυχικής υγείας (ΕΛΣΤΑΤ).

Το 2014, ο επιπολασμός της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μειώθηκε από 63,1% σε 36%. Καθώς η ελληνική οικονομία άρχισε σιγά-σιγά να ανατρέπεται, η σύνδεση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και της ψυχικής υγείας έγινε ακόμη πιο εμφανής και οι συζητήσεις σχετικά με τη φροντίδα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα έγιναν πιο αποδεκτές (ΕΛΣΤΑΤ). Οι οργανισμοί που μάχονται την κρίση ψυχικής υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνουν το ελληνικό Υπουργείο Υγείας, το THE HOME PROJECT και την ΜΚΟ Κλίμακα.

#### **4.7.1. Υπουργείο Υγείας**

Το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας έχει πραγματοποιήσει εκστρατείες που είχαν επιρροή στην αύξηση της ευαισθητοποίησης για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Το 2019, συντόνισε μια επιτροπή ειδικών ψυχικής υγείας σε μια εκστρατεία ευαισθητοποίησης για την ψυχική υγεία. Στόχος αυτής της επιτροπής ήταν να εκπαιδεύσει και να εξοπλίσει τους επαγγελματίες ώστε να είναι σε θέση να διαγνώσουν αποτελεσματικά την κατάθλιψη και τις ασθένειες ψυχικής υγείας (<https://www.moh.gov.gr/>).

Για να βοηθήσει στη σταθεροποίηση των εισαγωγών, το Υπουργείο Υγείας υλοποίησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα για να διασφαλίσει ότι οι κύριες περιοχές είχαν τουλάχιστον μία ψυχιατρική κλινική που θα λειτουργούσε ως κέντρο υποδοχής ανά πάσα στιγμή. Το πρόγραμμα αυτό οδήγησε στην αρχή σε λειτουργία τριών νέων κλινικών σε ελληνικά νοσοκομεία (Σισμανόγλειο στην Αθήνα, Ιπποκράτειο στην Θεσσαλονίκη και Γενικό Νοσοκομείο Σερρών. Τώρα έχουν ψυχιατρικό τμήμα σχεδόν όλα τα νοσοκομεία της χώρας, όπως: στην Αθήνα ο «Άγιος Σάββας», η «Αγία Σοφία», ο «Ευαγγελισμός» κ.ά.,

στη Θεσσαλονίκη το «Ιπποκράτειο», η «ΑΧΕΠΑ», το «Παπανικολάου», το «Παπαγεωργίου» κ.ά., στην υπόλοιπη Μακεδονία και Θράκη, το «Γενικό Νοσοκομείο Σερρών», το «Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς» το «Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής – Πολυγύρου», το «Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών», κ.ά., στην Ήπειρο το «Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων», το «Γενικό Νοσοκομείο Άρτας», το «Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας», κ.ά. στη Θεσσαλία το «Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας», το «Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «Κουτλιμπάνιο και Τριανταφύλλιο» κ.ά., στη Στερεά Ελλάδα το «Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας», το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου «Χατζηκώστα», στην Πελοπόννησο το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών (Ρίο), το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Πύργου «Μανωλοπούλειο», κ.ά. στα νησιά του Αιγαίου το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας», στα νησιά του Αιγαίου το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο», το Γενικό Ιατρείο Νοσοκομείου Χίου – «Σκυλίτσειο», κ.ά., στην Κρήτη το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου – «Βενιζέλειο-Πανάκειο», το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «ο Άγιος Γεώργιος», κ.ά. (<https://mazi.org.gr/Χρήσιμα/Ψυχιατρικά-Ιατρεία>), (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psykhikhygeia/c685-drasesis/8388-programma-psyxologikhs-yposthriksis>).

#### **4.7.2. Το έργο HOME**

Τα παιδιά που είναι άστεγα ή έχουν εγκαταλείψει τους καταυλισμούς και τα κέντρα κράτησης μπορούν να βρουν υποστήριξη και στέγαση μέσω του έργου της ΜΚΟ «TheHOME PROJECT» (<https://www.homeproject.org/gr/>). Η THEHOME PROJECT έχει καταβάλει προσπάθειες για την υποστήριξη περισσότερων από 2.500 ασυνόδευτων ανήλικων παιδιών στην Ελλάδα που δεν εμπíπτουν σε οποιαδήποτε επίσημη προστασία (<https://www.paskedi.gr/h-mko-the-home-project-ths-exaderfis-me-ta-asynodeyta>). Το THEHOME PROJECT παρέχει νομική, εκπαιδευτική, κοινωνική και ψυχική υποστήριξη υγείας σε αυτόν τον πληθυσμό σε κίνδυνο που κυμαίνεται από νήπια έως εφήβους (<https://www.homeproject.org/gr/%/σχετικά/με/εμας>). Πολλά από αυτά τα παιδιά έχουν υποστεί τραύματα και κινδυνεύουν περισσότερο να υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας. Το έργο HOME υποστηρίζει τη διάθεση πόρων για τα παιδιά πρόσφυγες στην Ευρώπη που μπορούν να δημιουργήσουν μακροπρόθεσμες λύσεις παιδικής προστασίας.

#### **4.7.3. Η ΜΚΟ «Κλίμακα»**

Η φροντίδα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα βελτιώνεται από οργανισμούς όπως η «ΚΛΙΜΑΚΑ», μια ΜΚΟ που δεσμεύεται να φροντίζει όσους επηρεάζονται από προβλήματα ψυχικής υγείας (<https://www.klimaka.org.gr/home/>). Στην Ελλάδα η δράση της «ΚΛΙΜΑΚΑΣ» στοχεύει στην πρόληψη αυτοκτονιών και παρόλο που στο παρελθόν είχε λίγες διαφωνίες, συνεργάζεται με την Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία (<https://www.klimaka.org.gr/kalipsi-lifo-klimaka/>).

#### **4.8. Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας**

Τον Ιούνιο του 2019, το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε την εθνική έκθεση: «Ψυχικής Υγείας που αφορά την τρέχουσα κατάσταση και τις ανάγκες σε υποδομές και προσωπικό της «Ψυχικής Υγείας» (Ministry of Health, 2018).

Σύμφωνα με την έκθεση, εκτιμάται ότι για την «ομαλή» λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας και την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, χρειάζονται περισσότερα από 1200 άτομα νέο προσωπικό και δημιουργία περισσότερων από 208 νέων δομών, συμπεριλαμβανομένων 28 εξειδικευμένων υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους. Η αυξημένη συνειδητοποίηση της σημασίας της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, παράλληλα με την περιορισμένη πρόσβαση στη δημόσια φροντίδα των ΚΚΨΥ, οδήγησε το Υπουργείο Υγείας στην ανάπτυξη ενός νέου εθνικού στρατηγικού σχεδίου για τη φροντίδα στα ΚΚΨΥ. Αυτό το σχέδιο επικεντρώνεται στις:

- (α) ενδυνάμωση των υποστελεχωμένων ήδη υπαρχουσών υπηρεσιών ΚΚΨΥ,
- (β) ανάπτυξη νέων υπηρεσιών στους τομείς αυξημένης ανάγκης (π.χ. υποβαθμισμένες περιοχές της Αθήνας),
- (γ) επέκταση καινοτόμων υπηρεσιών όπως κινητές μονάδες και τηλεψυχιατρική σε παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης ψυχικής υγείας σε απομακρυσμένες κοινότητες,
- (δ) ίδρυση μίας εσωτερικής μονάδας ανά Αρχή Περιφερειακής Υγείας, ώστε να μην χρειάζεται να νοσηλεύονται παιδιά μακριά από το σπίτι της οικογένειας, και
- (ε) άνοιγμα μονάδας εφήβων ενδονοσοκομειακών ασθενών στην Αθήνα (Σχέδιο σε αναστολή από το 2010) (Ministry of Health, 2018).

#### **4.9. Εφαρμογή υπηρεσιών τηλε-παιδοψυχιατρικής στο Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής**

Τα τελευταία δύο χρόνια, το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής(<https://www.ktpae.gr/erga/>)έχει συσταθεί από τη Β' Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή και έχει ξεκινήσει την εφαρμογή υπηρεσιών τηλε-παιδοψυχιατρικής από το Γενικό Νοσοκομείο Σύρου και δύο γενικά νοσοκομεία της Αθήνας στις μονάδες υγείας των Νήσων Αιγαίου (<https://www.ktpae.gr/erga/%CE%>). Αυτό αντιπροσωπεύει μια νέα προσπάθεια υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας των ΚΕΨΥ σε απομακρυσμένες κοινότητες, όπου υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ σπάνια. Η τηλεϊατρική και τα ΚΕΨΥ συμπληρώνουν τα κενά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τοπικά σε συνδυασμό με το περιορισμένο ανθρώπινο δυναμικό.

Οι υπηρεσίες των ΚΕΨΥ που παρέχουν τηλε-παιδική ψυχιατρική οδηγούν συνήθως σε ad hoc αξιολογήσεις και παρεμβάσεις και δεν επιτρέπουν αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και περίπλοκων περιπτώσεων. Ωστόσο, έχουν εντοπιστεί πολλές καλές πρακτικές στον τομέα που δίνουν αφορμή για επανεξέταση του τρόπου με την τηλεψυχιατρική υπηρεσία θα μπορούσε να εφαρμοστεί για να αξιοποιήσει τις τεράστιες δυνατότητές του.

#### **4.10. Αναδιοργάνωση της διοικητικής δομής βάσει νόμου (Ν. 4461/2017)**

Η πρόσφατη αναδιοργάνωση της διοικητικής δομής στη δημόσια φροντίδα ψυχικής υγείας και στην τομεοποίηση της ψυχικής υγείας (Ν. 4461/2017) είναι μια ακόμη θετική εξέλιξη, Ο συγκεκριμένος νόμος παρέχει μια συνολική χαρτογράφηση των υφιστάμενων δημόσιων και ΜΚΟ υπηρεσιών (υποδομές και προσωπικό) που παρέχει φροντίδα ψυχικής υγείας εντός των οριοθετημένων γεωγραφικές περιοχές (τομέας) και προσδιορίζει τις ανάγκες προτεραιότητας για ανάπτυξη νέων υπηρεσιών, δεν προσδιορίζει το είδος μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας που θα πρέπει να δημιουργηθούν προκειμένου να παρακολουθούν την ποιότητα της φροντίδας και της σχέσης κόστους / αποτελεσματικότητάς της. Εξάλλου, δεν προσδιορίζει τους συγκεκριμένους στόχους της τομεοποίησης και την εφαρμογή της, καθώς και τη μέθοδο αξιολόγησης της εφαρμογής της πολιτικής ([http://www.moh.gov.gr/articles/ health/domes](http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes)).

Δεδομένου ότι οι κλαδικές επιτροπές ψυχικής υγείας, στην πράξη, έχουν περιορισμένες λειτουργίες συντονισμού και των οικονομικών πόρων και δεν έχουν καμία εξουσία για τη λήψη αποφάσεων, την αναδιοργάνωση της διοικητικής δομής για να

εξουσιοδοτήσει την αποκέντρωση στη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας-φροντίδας, εντός των τομέων των Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών, συστάθηκε ως υψηλή προτεραιότητα, ώστε ο νέος Ν. 4461/2017 να καθιερώσει την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με 17 τομείς για τη φροντίδα από τα ΚΕΨΥ σε ολόκληρη τη χώρα (Εφημερίδα της κυβέρνησης, 2019).

Επίσης ο νέος νόμος Ν. 4461/2017 στοχεύει στην επίτευξη σχεδιασμού και ανάπτυξης νέων υπηρεσιών ανάλογα με τις προσδιορισμένες ανάγκες. Επίσης, στόχος είναι η καλύτερη διαχείριση των πόρων εντός του τομέα και εντός της περιφέρειας για το όφελος των ασθενών. Οι Περιφερειακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (υπεύθυνος 2–4 τομέων) σε επίπεδο Περιφερειακής Υγείας αποτελούν το νέο ενδιάμεσο διοικητικό επίπεδο, μεταξύ Τομεακών Υγειονομικών Επιτροπών και Υπουργείου Υγείας-Τμήματος Ψυχικής Υγείας. Η εκπροσώπηση των χρηστών υπηρεσιών στις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας αναγνωρίζει τη σημασία της συμμετοχής τους ως εταίρων στο σχεδιασμό και την παρακολούθηση υπηρεσιών. Η αναδιοργάνωση τομέων, σύμφωνα με τους κοινωνικο-δημογραφικούς δείκτες των καθορισμένων γεωγραφικών περιοχών και η διασφάλιση της επικάλυψης μεταξύ ενηλίκων και τομείς παιδικής ψυχικής υγείας (προηγουμένως ανύπαρκτος), είναι εξαιρετικά χρήσιμη ανάπτυξη καθώς αναμένεται να βελτιωθεί η φροντίδα μέσω της δυνατότητας ολοκληρωμένης παρέμβασης εάν χρειάζεται (π.χ. σε περίπτωση ψυχικής ασθένειας των γονέων). Επιπλέον, η παροχή συνεχής φροντίδας από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 2019).

#### **4.11. Εφαρμογή του μοντέλου Δυναμικής Κοινοτικής Θεραπείας**

Αποτελέσματα έρευνας των Simmonds et al. (2001) έχουν δείξει ότι οι ομάδες ψυχικής υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη μείωση των νοσηλείων και των ποσοστών αυτοκτονιών, ενώ η επίδρασή τους στους ασθενείς, η συμπτωματολογία και η αναπηρία μπορεί να είναι λιγότερο έντονες.

Συγκεκριμένα, μια σημαντική μειοψηφία, περίπου το 30% των ασθενών αποδεσμεύονται από τη παραδοσιακή φροντίδα θεραπείας όπως είναι η εισαγωγή σε νοσοκομείο και η προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία κοκ. (O'Brien, Fahmy&Singh, 2009). Αντίστοιχα, οι γενικές υπηρεσίες εξελίχθηκαν σε εξαιρετικά εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως η Δυναμική Κοινοτική Θεραπεία (ΔΚΘ) (Assertive Community Treatment - ACT).

Το μοντέλο προήλθε από την μελέτη των Test and Stein (1976) για τις ψυχικές υπηρεσίες θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Οι μελετητές έκαναν ανασκόπηση των μελετών σχετικά με την κοινοτική θεραπεία και τη σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα εναλλακτικών λύσεων στα προγράμματα ψυχιατρικών νοσοκομείων, μελέτες πρόωρης απελευθέρωσης και μια ποικιλία υπηρεσιών που αφορούν την μετέπειτα κοινοτική φροντίδα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς που συνήθως εισάγονται σε νοσοκομεία μπορούν να αντιμετωπιστούν σε κοινοτικές εναλλακτικές λύσεις και φαίνεται ότι κάποιου είδους συνεχιζόμενη κοινοτική θεραπεία ή πρόγραμμα μετέπειτα φροντίδας είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της φροντίδας από την κοινότητα. Σταδιακά εξελίχθηκε και έγινε γνωστό ως ΔΚΘ και προορίζεται για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ενασχόληση με τις υπηρεσίες και υποβάλλονται σε επανειλημμένες νοσηλεύσεις (Harvey et al., 2012).

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η φροντίδα ψυχικής υγείας είναι προσανατολισμένη στον ασθενή με επίκεντρο την ανάκτηση του και να παραδοθεί σε λιγότερο περιοριστικά περιβάλλοντα, δηλαδή στην κοινότητα (Thornicroft, Deb & Henderson, 2016). Αντίστοιχα, έχουν υπάρξει πολλές γενικές και εξειδικευμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που ξεκίνησαν τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως σε δυτικές χώρες, με στόχο την πρόληψη και θεραπεία ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (Semrau et al., 2011). Αυτές οι υπηρεσίες δίνουν προτεραιότητα σε ασθενείς με σοβαρή μορφή ψυχική ασθένεια και χρήση διεπιστημονικής εργασίας για την αντιμετώπιση των πολύπλευρων αναγκών του οι ασθενείς (Vita & Barlati, 2019).

Οι Peritogiannis and Tsoli (2021) διεξήγαγαν μία έρευνα με θέμα το μοντέλο περίθαλψης της Δυναμικής Κοινοτικής Θεραπείας, το οποίο θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματικό στη διαχείριση ασθενών με σοβαρές ψυχικές ασθένειες στις περισσότερες δυτικές χώρες, αν και η εφαρμογή του αρχικού μοντέλου ΔΚΘ μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές με μικρό και διασκορπισμένο πληθυσμό και έλλειψη επαρκών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Συνοψίζοντας, το μοντέλο της ΔΚΘ είναι μια εξαιρετικά εντατική, ομαδοποιημένη και βασισμένη στην κοινότητα υπηρεσία που παρέχει θεραπεία σε άτομα που παρουσιάζουν δυσκολία συμμετοχής σε παραδοσιακές μορφές θεραπείας. Οι στόχοι του εξατομικεύονται και περιλαμβάνουν την κοινοτική ένταξη και τη συνέχεια της περίθαλψης σε ιατρικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες (Swanson, 2018).



Το μοντέλο της ΔΚΘ είναι δαπανηρό μοντέλο φροντίδας που δίνει προτεραιότητα σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα αναγκών, όπως ασθενείς με ψυχωτικές ή σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές με πολλαπλές και δυνητικά επικίνδυνες υποτροπές, κακή χρήση της φαρμακευτικής αγωγής, κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών, δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και παραβατική συμπεριφορά. Οι βασικές αρχές του μοντέλου ΔΚΘ είναι η in vivo (επιτόπια) αξιολόγηση, εκπαίδευση και υποστήριξη (Burns, 2009).

#### **4.11.1. Το Ελληνικό Μοντέλο της Δυναμικής Κοινοτικής Θεραπείας (ΔΚΘ)**

Στην αγροτική Ελλάδα, οι ΚΙΜΟΨΥ (Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας) αποτελούν μια εδραιωμένη μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ενασχόληση με τις υπηρεσίες θεραπείας, το νέο μοντέλο ΔΚΘ. Επίσης οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην αγροτική Ελλάδα, με τη μορφή ΚΙΜΟΨΥ, μπορεί να είναι αποτελεσματική στη διαχείριση ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, εάν ορισμένοι ασθενείς είναι σοβαρά άρρωστοι, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να συμμετάσχουν στη θεραπεία.

Για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, το ελληνικό κράτος ξεκίνησε ένα μοντέλο της ΔΚΘ, το 2018. Αυτό αφορούσε την επέκταση του καθιερωμένου μοντέλου των ΚΙΜΟΨΥ σε αγροτικές περιοχές και η επέκταση των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας και εξωτερικών ψυχιατρικών τμημάτων των γενικών νοσοκομείων των πόλεων, αντίστοιχα. Όσον αφορά το εργατικό δυναμικό των ομάδων ΔΚΘ, μια ξεχωριστή ομάδα τεσσάρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας προστέθηκε στο υπάρχον εργατικό δυναμικό των προαναφερόμενων υπηρεσιών. Αυτή η ομάδα αποτελείται από ειδικότητες ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για την πρόσληψη νέου προσωπικού από άποψη εμπειρίας, εκπαίδευση ή ειδικές δεξιότητες.

Το κόστος χρήσης του μοντέλου Δυναμικής Κοινοτικής Θεραπείας (ΔΚΘ) στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλό, γιατί χρησιμοποιούν την υποδομή των προϋπαρχουσών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μοιράζονται τα ίδια γραφεία και έχουν κοινές εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας. Χρησιμοποιούν επίσης την ίδια ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Παρέχονται και άλλα υλικά που χρειάζονται, όπως υπολογιστές ή κινητά τηλέφωνα από τον φορέα υλοποίησης. Έτσι, αυτές οι ομάδες που δημιουργήθηκαν πρόσφατα μπορεί να

χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους, καθώς λειτουργούν αποκλειστικά με την πραγματοποίηση επισκέψεων σε κατοικίες ασθενών (Peritogiannis and Tsoli, 2021).

Η ελληνική εφαρμογή του μοντέλου της Δυναμικής Κοινωνικής Θεραπείας δίνει προτεραιότητα σε πιο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Αν και τα κριτήρια παραπομπής δεν έχουν καθοριστεί αυστηρά, ο αριθμός των προηγούμενων υποτροπών και οι νοσηλείες λαμβάνονται πάντα υπόψη. Πράγματι, το πιο σημαντικό κριτήριο για την παραπομπή ενός ασθενούς στην ομάδα ΔΚΘ είναι το ιστορικό κακής θεραπείας, η προσκόλληση και απομάκρυνση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς που αξιολογούνται ως δύσκολοι να συμμετάσχουν στη θεραπεία σε τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως επί το πλείστον λαμβάνουν θεραπεία από τη νέα υπηρεσία. Συνεπώς, αυτές οι ομάδες θα πρέπει να δέχονται μόνο παραπομπές από εγκατεστημένες κινητές μονάδες ή από τα εσωτερικά και εξωτερικά ιατρεία.

Υπάρχουν αρκετές προκλήσεις στην εφαρμογή του μοντέλου της ΔΚΘ στην Ελλάδα. Το πιο σημαντικό είναι ότι ομάδες επιστημονικού προσωπικού της ΔΚΘ έχουν εισαχθεί σε αρκετούς τομείς ερήμην των προϋπαρχόντων κινητών μονάδων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παραπομπές όλων των ψυχικών διαταραχών στην επιστημονική ομάδα της ΔΚΘ, συμπεριλαμβανομένων κοινών ψυχικών διαταραχών και οργανικών διαταραχών του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να περιορίσει σημαντικά το ρόλο του επιστημονικού προσωπικού της ΔΚΘ στις δύσκολες περιπτώσεις ασθενών.

Μια άλλη σημαντική πρόκληση για την εφαρμογή αυτού του μοντέλου στις αγροτικές περιοχές είναι η απόσταση. Λόγω της αραιότητας του πληθυσμού σε αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα, οι ομάδες αυτές μπορεί να χρειαστεί να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να επισκεφθούν ασθενείς στο σπίτι (Peritogiannis & Tsoli, 2021).

Όσον αφορά τη χρήση της τηλεψυχιατρικής από τις ομάδες ΔΚΘ, τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους είναι περιορισμένα (Swanson et al., 2018) και δείχνουν ότι η τηλεψυχιατρική έχει εφαρμοστεί σε κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην Ελλάδα, κυρίως στο νησιά (Garoni, Sarantidis & Katsadoros, 2016).

Ωστόσο, η τηλεψυχιατρική μπορεί να μην χρησιμοποιείται τακτικά από το ελληνικό μοντέλο ΔΚΘ, καθώς ένα άγνωστο αλλά σημαντικό ποσοστό ασθενών με σχιζοφρένεια στην αγροτική Ελλάδα μπορεί να μην έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο (Nugter et al., 2016).

#### **4.12. Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα**

Όπως υποστηρίζουν οι Peritogiannis et al. (2017), οι εμπειρογνώμονες και αναλυτές στην πολιτική υγείας έχουν εντοπίσει ελλείψεις στη πρόσβαση και τη παροχή της ψυχικής υγείας σε υπηρεσίες σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές, στην Ελλάδα.

Η Επιστημονική Ένωση για Περιφερειακή Ανάπτυξη και Ψυχική Υγεία (ΕΠΑΨΥ) προώθησε το 2003, τις ΚΙΜΟΨΥ στα Βορειοανατολικά νησιά και στις Δυτικές Κυκλάδες στα νησιά Πάρος, Αντίπαρος, Σύρος, Τήνος, Μύκονος, Άνδρος, Κέα, Κύθνος, Σέριφος, Σίφνος, Κίμωλος και Μήλος (Lykomitrou et al., 2020). Αυτές οι μονάδες παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, Χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και υποστηρίζονται από τη τοπική αυτοδιοίκηση και άλλους τοπικούς φορείς (Stylianidis et al., 2016).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα παραπάνω νησιά, πριν από την επέμβαση της κινητής μονάδας ψυχικής θεραπείας οι ασθενείς αντιμετώπιζαν μείζονες δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με δυσμενείς συνέπειες στην κατάσταση της υγείας τους (Tylee & Walters, 2007). Η ψυχική περίθαλψη εφαρμόστηκε μόνο στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου της Σύρου.

Οι καιρικές συνθήκες εμπόδισαν δυσανάλογα τη πρόσβαση των ασθενών τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η δυσμενής δημοσιονομική κατάσταση στη χώρα είχε δημιουργήσει κλίμα αβεβαιότητας, ανεργίας, οικονομικών δυσχερειών κ.λπ., που σχετίζονται άμεσα με τον αντίκτυπο της ψυχιατρικής νοσηρότητας (Daig et al., 2013).

Όλα αυτά τα χρόνια έχουν γίνει πολλές ενέργειες από τις ΚΙΜΟΨΥ που καλύπτουν τον πληθυσμό των νησιών που έχουν ανάγκη και επίσης παρέχουν προληπτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, υλοποιούνται εργαστήρια, επιμορφωτικά σεμινάρια και βιωματικές ομάδες που απευθύνονται σε γιατρούς, και εκπαιδευτικούς., Παράλληλα οργώνονται και υλοποιούνται σεμινάρια σε αστυνομικούς, δημόσιους υπαλλήλους και άλλες τοπικές επαγγελματικές ομάδες. Επιπλέον, έχουν δημιουργηθεί εθελοντικές ομάδες και έγινε ανάληψη δράσεων που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως ηλικιωμένοι, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, γονείς, παιδιά κ.λπ. και που αποτελούν σημαντικό μέρος της δράσης των ΚΙΜΟΨΥ (Stylianidis et al., 2016).

#### 4.13. Πολιτικές ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Οι ψυχιατρικές ασθένειες που σχετίζονται με την πανδημία της νόσου COVID-19 μπορούν να εμφανιστούν σε πολλούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών γιατρών που θεραπεύουν ασθενείς με COVID-19, των μελών των οικογενειών τους και των ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές (Stein, 2022).

Ωστόσο, η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας μπορεί να μειώνεται αναλογικά με τη μείωση που παρατηρείται στη χρήση άλλων ιατρικών υπηρεσιών για καταστάσεις διαφορετικές από το COVID-19 (Alvarado, 2020).

Για άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, αϋπνίας ή διαταραχής μετατραυματικού στρες κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η σταδιακή φροντίδα μπορεί να είναι μια αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική προσέγγιση στη θεραπεία (Greenberg et al., 2020). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η παρακολούθηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι πρωταρχικής σημασίας. Οι Hale et al. (2021) επισημαίνουν ότι η ενδοοικογενειακή βία και η κακοποίηση παιδιών, προβλέπεται να αυξηθούν κατά τη διάρκεια των υποχρεωτικών παραμονών μέσα στο σπίτι.

Οι υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας σε άτομα με χαμηλά επίπεδα συμπτωμάτων περιλαμβάνουν:

υλικό αυτοβοήθειας που σχετίζεται με τα συμπτώματα και τις ανησυχίες τους και οδηγίες για να απευθυνθούν σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, εάν έχουν επιπλέον ή επίμονες ανησυχίες (Fetzer et al., 2020).

Η διαδικτυακή φροντίδα, καθοδηγούμενη από τον κλινικό ιατρό για αυτοβοήθεια ή η καθαρή γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αυτοβοήθειας μπορεί επίσης να είναι ευεργετική. Άλλες παρεμβάσεις που μπορεί να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν ήπια ψυχιατρικά συμπτώματα που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19 περιλαμβάνουν το περιορισμό της πρόσληψης ειδήσεων σχετικά με την πανδημία, καθώς και τη διατήρηση ρουτίνας για ύπνο, και διατήρηση δομημένων δραστηριοτήτων όπως η άσκηση, η ενασχόληση με ευχάριστες και χαλαρωτικές δραστηριότητες και η διατήρηση της επαφής με την οικογένεια και τους φίλους μέσω τηλεφώνου και υπολογιστή. Άτομα με μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία από τον πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας ή να παραπεμφθούν σε ειδικό ψυχικής υγείας (Brodeur & Clark, 2020).

#### 4.13.1. Ο ρόλος της τηλε-ψυχιατρικής κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Η πανδημία της νόσου COVID-19 έχει φέρει τον κόσμο σε μια πρωτοφανή κατάσταση, αναγκάζοντας τις κοινότητες και τις κυβερνήσεις να λάβουν γρήγορες αποφάσεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει τονίσει τη σημασία των μέτρων που αποσκοπούν στην καθυστέρηση της εξάπλωσης του ιού (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO>). Μεταξύ αυτών των μέτρων, παρέχονται και παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής υποστήριξης πέραν της ιατρικής φαρμακευτικής φροντίδας, και αποτελεί σημαντικό μέρος των τρεχόντων μέτρων δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας (Markel et al., 2007). Αυτές οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην προστασία των ατόμων απομακρύνοντας τη φυσική απόσταση εκείνων με επιβεβαιωμένο και ύποπτο COVID-19 ή δυνητικά φορείς του ιού από τον γενικό πληθυσμό (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO>). Τέτοιες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη φυσική απόσταση, την καραντίνα, την υποχρεωτική ή εθελοντική απομόνωση, το κλείσιμο των εθνικών συνόρων και άλλους περιορισμούς που σχετίζονται με τα ταξίδια, το κλείσιμο σχολείων και χώρων εργασίας και την ακύρωση κοινωνικών εκδηλώσεων (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO>).

Η ταχεία εξάπλωση της νόσου, μαζί με τα μέτρα δημόσιας υγείας που λαμβάνονται για τη μείωση της εξέλιξής της, αποτελούν πρόκληση για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε όλο τον κόσμο, τόσο από την άποψη της πιθανής υψηλότερης ζήτησης όσο και από την άποψη των δυσκολιών στην παροχή επιτόπιων υπηρεσιών (Li et al., 2020). Σε αυτό το σενάριο, οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής παρέχουν ένα ζωτικό πλεονέκτημα για την περίθαλψη ψυχικής υγείας (Chauhan et al., 2020). Η τηλεϊατρική ορίζεται ως η χρήση τηλεπικοινωνιακών τεχνολογιών για την παροχή εξ αποστάσεως υγειονομικής περίθαλψης (Perednia & Allen, 1995). Η πανδημία του COVID-19 έχει δημιουργήσει την ανάγκη επέκτασης της τηλεψυχιατρικής φροντίδας. Στην πραγματικότητα, η χρήση τηλεψυχιατρικής μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχει αυξηθεί παγκοσμίως (Corruble, 2020). Δυστυχώς, αυτές οι υπηρεσίες είναι περιορισμένες σε διάφορες χώρες και ενδέχεται να μην είναι όλες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο έτοιμες να ανταπεξέλθουν σε αυτήν τη ζήτηση δημόσιας υγείας (Pereira-Sanchez et al., 2020). Επίσης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι πάροχοι υπηρεσιών μπορεί να έχουν αισθήματα φόβου ή κακής ετοιμότητας όταν αντιμετωπίζουν την ξαφνική ανάγκη

δημιουργίας τηλεψυχιατρικών υπηρεσιών ή/και παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας κυρίως μέσω αυτής της προσέγγισης (Pereira-Sanchez et al., 2020). Ταυτόχρονα, δεν συνυπολογίζονται όλες οι υπηρεσίες στις τοπικές κατευθυντήριες γραμμές για την τηλεψυχιατρική (Ramalho et al., 2020), και οι διαθέσιμες κατευθυντήριες γραμμές ενδέχεται να μην μπορούν να μεταφερθούν σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια.

Όπως επισημαίνουν οι Ramalho et al. (2020), η ταχεία εξάπλωση της νόσου του COVID-19 έχει αναγκάσει τις περισσότερες χώρες να λάβουν δραστικά μέτρα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένου του κλεισίματος των περισσότερων εξωτερικών ιατρείων ψυχικής υγείας και ορισμένων μονάδων εσωτερικών ασθενών. Αυτό δημιούργησε ξαφνικά την ανάγκη προσαρμογής και επέκτασης της τηλε-ψυχιατρικής φροντίδας σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, ενδέχεται να μην ήταν όλες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έτοιμες να ανταποκριθούν σε αυτή τη ζήτηση δημόσιας υγείας. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε για να δημιουργήσει ένα πρακτικό και κλινικά χρήσιμο πρωτόκολλο για τη τηλεματική υγειονομική περίθαλψη που θα εφαρμοστεί στο πλαίσιο της τρέχουσας πανδημίας COVID-19. Για την δημιουργία αυτού του πρωτόκολλου συγκλήθηκε μία ομάδα ψυχιάτρων από 15 διαφορετικές χώρες, που καλύπτουν όλες τις περιοχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Το πάνελ χρησιμοποίησε έναν συνδυασμό αντιδραστικής τεχνικής DELPHI και στρατηγικών συναινετικής ανάπτυξης συνεδρίων για να αναπτύξει ένα πρωτόκολλο για την παροχή τηλεμεταφορικής υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Το προτεινόμενο πρωτόκολλο περιγράφει μια ημι-δομημένη αρχική αξιολόγηση και μια σειρά πιθανών παρεμβάσεων που ταιριάζουν με ήπιες, μέτριες ή υψηλής έντασης ανάγκες των πληθυσμών-στόχων.

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι η τηλεϊατρική έχει γίνει βασικό εργαλείο στο έργο της διασφάλισης της συνεχούς παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας στον πληθυσμό και το πρωτόκολλο που περιγράφεται μπορεί να βοηθήσει σε αυτό το έργο. Η δύναμη αυτού του πρωτοκόλλου έγκειται στην πρακτικότητα, την κλινική του χρησιμότητα και την ευρεία δυνατότητα μεταφοράς, που προκύπτει από την ποικιλομορφία της ομάδας συναίνεσης που το ανέπτυξε. Αναπτύχθηκε από ψυχιάτρους από όλο τον κόσμο και το προτεινόμενο πρωτόκολλο μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο για πολλά κλινικά και πολιτισμικά πλαίσια, βοηθώντας τους παρόχους φροντίδας ψυχικής υγείας σε όλο τον κόσμο.

Ο Ohannessian (2015) υποστηρίζει ότι η χρήση της τηλεϊατρικής σε περιόδους επιδημικών καταστάσεων, όπως η πανδημία COVID-19 που διανύουμε, έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την επιδημιολογική έρευνα, τον έλεγχο της νόσου και τη

διαχείριση κλινικών περιστατικών. Αν και η τελική λύση για τον COVID-19 θα είναι πολύπλευρη, η τηλεψυχιατρική αποτελεί έναν από τους αποτελεσματικούς τρόπους χρήσης των υπαρχουσών τεχνολογιών για τη διευκόλυνση της βέλτιστης παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών, ελαχιστοποιώντας παράλληλα τον κίνδυνο της άμεσης έκθεσης στον ιό.

#### **4.14.Οικονομική κρίση και δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα**

Η Ελληνική αστάθεια λόγω της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης έχει δημιουργήσει μεγάλες ανησυχίες στην Ευρωζώνη. Οι Grammatikopoulos et al. (2011) επισημαίνουν ότι κύριες αιτίες της οικονομικής κρίσης είναι οι αδυναμίες για σημαντικές αλλαγές του μοντέλου διοίκησης, στις οικονομικές δραστηριότητες και στη κοινωνική διάρθρωση με αποτέλεσμα τη γραφειοκρατία, τη διαφθορά και τη χαμηλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες.

Αν και οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του ΑΕΠ το 1991, σε 9,7% το 2008, μια ποσοστιαία μονάδα υψηλότερη από την κατά μέσο όρο 8,9% των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε (Grammatikopoulos et al., 2011).

Οι Οικονομου and Mariolis (2010) αναφέρουν, ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας. Επίσης υποστηρίζουν ότι μια από τις κύριες αιτίες για το υπερμεγέθη χρέος της και άλλων σχετικών ελλείψεων είναι η αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική δημόσια διοίκηση.

Επίσης η δομή και η οργάνωση των ελληνικών δημόσιων ιδρυμάτων, όπως μονάδων ψυχικής υγείας, είναι γραφειοκρατικές και χαρακτηρίζονται από την έλλειψη κατάλληλων συστημάτων για επικύρωση, αξιολόγηση, έλεγχο και ρύθμιση που οφείλονται στην αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική δημόσια διοίκηση (Καρβούνης, 2017).

Οι Kentikelenis and Papanicolas (2012) επισημαίνουν ότι η ελληνική Α'θμια περίθαλψη είναι ιδιαίτερα κατακερματισμένη εξαιτίας της απουσίας ενός συστήματος συντονισμού και ελέγχου των δημόσιων και ιδιωτικών επαγγελματιών υγείας, που ασχολούνται με αυτό, ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αναμένεται να υποχωρήσει περαιτέρω ενόψει της οικονομικής κρίσης.

#### **4.15. Αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην παροχή παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών**

Η οικονομική κρίση στον Ελλαδικό χώρο, από το 2010 που ξεκίνησε δημιούργησε σημαντικά προβλήματα στην παροχή παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων που προϋπήρχαν στο εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν πλέον με 10–40% λιγότερο προσωπικό, του οποίου οι μισθοί έχουν περικοπεί κατά 40% και οι οποίοι δεν πληρώνονται κανονικά (Τσιάντης & Ασημόπουλος, 2019).

Ένα μεγάλο μέρος του πιο έμπειρου προσωπικού έχει αναγκαστεί να συνταξιοδοτηθεί. Όμως παράλληλα η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες έχει αυξηθεί σημαντικά, καθώς η ψυχοπαθολογία των παιδιών και των εφήβων έχει αυξηθεί ως αποτέλεσμα της κρίσης στο σύνολο της οικογένειας, ενώ τα οικογενειακά οικονομικά δεν επιτρέπουν τη συνέχιση της θεραπείας στον ιδιωτικό τομέα.

Μια έρευνα των Anagnostopoulos and Soumaki (2013) τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά παιδοψυχιατρικά ιδρύματα συνέκρινε δεδομένα από το 2007 και το 2011 (2 χρόνια πριν και 2 χρόνια μετά την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας). Τα ευρήματα αποκάλυψαν:

α. αύξηση 39,8% στα νέα κρούσματα στα δημόσια εξωτερικά ιατρεία, με ασθενείς παιδιά με ψυχικές διαταραχές,

β. αύξηση 25,5% σε εφήβους με ψυχικές διαταραχές,

γ. στον ιδιωτικό τομέα τα ποσοστά μειώθηκαν συνολικά κατά 35,4%.

Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα, στις περισσότερες δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ο χρόνος αναμονής για συνηθισμένες περιπτώσεις να έχει τριπλασιαστεί και να είναι πλέον μεγαλύτερος από ένα μήνα, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις μπορούσε να φτάσει και τον ένα χρόνο (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013).

Αποτελέσματα μελέτης των Giannakopoulos and Anagnostopoulos (2016) έδειξαν ότι η αποϊδρυματοποίηση και η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν προχωρήσει σημαντικά από τη δεκαετία του 1980, όταν ξεκίνησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ωστόσο, αυτή η μεταρρύθμιση είναι ακόμη ημιτελής, εξαιτίας διαφόρων παραγόντων όπως:

- τομεακός διαχωρισμός,
- ακατάλληλες πολιτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- διατομεακός συντονισμός και



- οι εξειδικευμένες υπηρεσίες –όπως αυτές για παιδιά και εφήβους, και για άτομα με αυτισμό και νοητική αναπηρία, και γηριατρικές και ιατροδικαστικές υπηρεσίες– βρίσκονται σε υπό –ανάπτυξη.

Αυτή η προβληματική κατάσταση περιπλέκεται περαιτέρω από τις σοβαρές επιπτώσεις της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης, που έχει οδηγήσει σε αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες, δυσκολίες χρηματοδότησης και ελλείψεις προσωπικού.

Για παράδειγμα, σύμφωνα με τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, οι επισκέψεις ασθενών σε μονάδες επειγόντων περιστατικών, εξωτερικά ιατρεία και κλινικές ψυχικής υγείας στα εθνικά γενικά νοσοκομεία υγείας αυξήθηκαν κατά 120% κατά την περίοδο 2011–2013 (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013).

Η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και τις μονάδες επειγόντων περιστατικών (Giotakos, Karabelas & Kafkas, 2011). Η διατήρηση των υφιστάμενων υπηρεσιών, η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων περιορισμένων πόρων και η σύνδεση της χρηματοδότησης με την απόδοση των υπηρεσιών, αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ5<sup>ο</sup> ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

### 5.1. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η αποϊδρυματοποίηση και οι βελτιωμένες συνθήκες ζωής ενισχύθηκαν από την έκτακτη οικονομική ενίσχυση από την ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84), ενώ τις αλλαγές που έγιναν στο τρόπο ζωής των ψυχικά ασθενών, ήρθε να τις καλύψει ο νόμος 2716/99, ο οποίος αφορούσε την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας". Ο νόμος εξασφάλιζε ότι κάθε νομός της Ελλάδας θα διαθέτει έναν τομέα Ψυχικής Υγείας, εκτός από τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης που θα είχαν περισσότερους. Για τη διεκπεραίωση αυτού του νόμου, το 1999, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημιούργησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο που το ονόμασε «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και πάνω σε αυτόν βασίζεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας υφίσταται ριζικές μεταρρυθμίσεις τα τελευταία είκοσι χρόνια. Σε συμφωνία με τις τάσεις και τις πρακτικές σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι ελληνικές μεταρρυθμίσεις για τη ψυχική υγεία σχεδιάστηκαν για την ανάπτυξη ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βάση την κοινότητα. Η υλοποίηση ενός εκτεταμένου μετασχηματισμού κατέστη δυνατή μέσω του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ενός εθνικού στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου, το οποίο εκπόνησε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011-2020).

Για την καλύτερη εφαρμογή του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», το 2002, ολόκληρη η χώρα διαχωρίστηκε σε επτά περιοχές υγείας και 37 τομείς. Αυτή η κατανομή αναθεωρήθηκε το 2015. Έτσι το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» βοήθησε στη βελτίωση της υποδομής και στη μεταφορά ασθενών μακράς διαμονής σε εναλλακτικές δομές. Κατά την χρονική περίοδο 2001 έως 2010, έκλεισαν τέσσερα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εκατοντάδες ασθενείς στεγάστηκαν στα μέρη καταγωγής τους στην ηπειρωτική Ελλάδα από διάφορες υπηρεσίες, πανεπιστημιακά τμήματα, μη κυβερνητικές οργανώσεις και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Το Σχέδιο Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προέβλεπε ότι κατά την χρονική περίοδο 2001-2010 θα έπρεπε να καταργηθούν και τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία των Αθηνών, της Θεσσαλονίκης και της Λέρου, ενώ το Δρομοκαΐτειο έπρεπε να καταργηθεί μέχρι το 2015.

Τα νοσοκομεία της Αθήνας, Θεσσαλονίκης και της Λέρου λειτουργούσαν ως μονάδες οξείας φροντίδας που συνδέονταν με διαδοχικούς τομείς, με 419 κρεβάτια

βραχείας διαμονής στην Αθήνα και 237 στη Θεσσαλονίκη. Συνολικά, στο πλαίσιο των προγραμμάτων «ΨΥΓΑΡΧΩΣ», ιδρύθηκαν 23 νέα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ), 53 εξωτερικές κλινικές και 28 ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Το αποτέλεσμα ήταν - μεταξύ του 1984 και του 2019 - να αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός μονάδων, κλινών και θέσεων σε όλους τους τύπους υπηρεσιών (<http://www.psychargos.gov.gr>).

Στην Ελλάδα, η πρώτη προσπάθεια επαναπροσανατολισμού του συστήματος ψυχικής υγείας σε μια προσέγγιση πιο βασισμένη στην κοινότητα έγινε στα τέλη της δεκαετίας του '90 (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Η μεταρρύθμιση αυτή εφαρμόστηκε σε δύο φάσεις:

(α) Προγράμματα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» I (2000-2001) που είχε στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και την αποϊδρυματοποίηση ατόμων που νοσηλεύονταν σε μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία στην Ελλάδα (<http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%>).

(β) Προγράμματα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» II (2001-2010) (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Η δεύτερη φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» διεξήχθη από το 2000 έως το 2010 και επικεντρώθηκε και στόχευε στην ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τη κάλυψη των αναγκών του γενικού πληθυσμού και τη διευκόλυνση της αποϊδρυματοποίησης των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών (Karastergiou et al., 2005). Η υπογραμμισμένη αρχή της μεταρρύθμισης ήταν η μετατόπιση από τον ασθενή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, στον ασθενή στην κοινότητα (Madianos & Economidou, 1999). Έτσι η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Οι κύριες εμπλεκόμενες υπηρεσίες και πάροχοι υγείας είναι:

(α) Εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων που υπάγονται στο δημόσιο εθνικό σύστημα υγείας.

(β) Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που απευθύνονται σε ευάλωτες ομάδες και άτομα που ζουν κάτω από το επίπεδο της φτώχειας.

Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» χρηματοδοτήθηκε από κοινού από την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά 75% του κόστους σε διάστημα 5 ετών και από το Ελληνικό Δημόσιο. Μετά την περίοδο των 5 ετών, ολόκληρο το κόστος των νέων υπηρεσιών περιήλθε στην ευθύνη του Ελληνικού Εθνικού Προϋπολογισμού. Με τα χρόνια, το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» έγινε σχεδόν συνώνυμο με την αποϊδρυματοποίηση μακροχρόνιων ψυχιατρικών ασθενών και με την ανάπτυξη ενός ευρέος φάσματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η πρώτη φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» έληξε το Δεκέμβριο του 2009 και η δεύτερη ξεκίνησε το 2011-2020 (Loukidou et al., 2013).

Η σημαντικότερη προσφορά του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» στο ελληνικό σύστημα υγείας ήταν ότι βοήθησε τη μετάβαση από την Ασυλική Ψυχιατρική στη Κοινωνική – Κοινοτική Ψυχιατρική και στη Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Δηλαδή οι ψυχικά ασθενείς από τον εγκλεισμό τους σε κλειστά ιδρύματα, τελείως αποκομμένοι από τη κοινωνική ζωή, άρχισαν να ζούνε σε βελτιωμένες καινοτόμες δομές. Αυτή η ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής των ξεκίνησε όταν ψηφίστηκε ο νόμος (Ν.1997/83) για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Βέβαια πολλές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (κέντρα ημερήσιας φροντίδας, υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας) είχαν αναπτυχθεί κυρίως στις αστικές περιοχές, αλλά ο στόχος για ένα αποτελεσματικό, ολοκληρωμένο, ολοκληρωμένο και βιώσιμο σύστημα ψυχικής υγείας δεν επιτεύχθηκε ποτέ (Madianos, 2013).

## **5.2. Το κλείσιμο των νοσοκομείων ψυχικής υγείας και η ίδρυση ψυχιατρικών υπηρεσιών σε γενικά νοσοκομεία**

Το κλείσιμο νοσοκομείων ψυχικής υγείας, η ίδρυση ψυχιατρικών υπηρεσιών σε γενικά νοσοκομεία και η ανάπτυξη ή η επέκταση εξειδικευμένων υπηρεσιών ήταν μερικοί από τους κύριους στόχους του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με συντονισμό και παροχή φροντίδας σε σχετικά μικρές, διακριτές γεωγραφικές περιοχές σε ολόκληρη τη χώρα, ήταν ένας άλλος κύριος στόχος της μεταρρύθμισης.

Τα έτη 2001-2009 στο πλαίσιο της υλοποίησης της Β φάσης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» συντελέστηκαν τα εξής:

Η κατάργηση 4 από τα 9 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝ). Τα ασυλικά τμήματα του ΨΝ Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκαν τον Ιανουάριο του 2005, του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων το Φεβρουάριο του 2006, του ΨΝ Κέρκυρας τον Οκτώβριο του 2006, του Παιδο-ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής το Σεπτέμβριο του 2007.

Η δραστική μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται στα εναπομείναντα ΨΝ: στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής - ΔΑΦΝΙ, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής - Δρομοκαΐτειο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο ΨΝ Τρίπολης και σε μικρότερο βαθμό στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όπου οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς είναι κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης

νέων εισαγωγών από περιοχές άλλες πλην του νομού Δωδεκανήσου (<http://www.psychargos.gov.gr>).

Επίσης, για την ολοκλήρωση των έργων «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» συστάθηκε μια σειρά από μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ). Το 2012, συμμετείχαν 65 ΜΚΟ με 220 μονάδες (30% του συνόλου των μονάδων ψυχικής υγείας) που κάλυπταν το 50% των κλινών αποϊδρυματοποίησης και συνολικό προϋπολογισμό 45 εκατ. ευρώ το 2010. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, υπήρχαν 4207 κρεβάτια ασθενών το 2007. Η τελευταία αναθεώρηση του προγράμματος καλύπτει την περίοδο 2011–2020 (Christodoulou et al., 2012).

Οι Loukidou et al. (2013) επισημαίνουν ότι ομάδες εστίασης παρόχων υπηρεσιών και χρηστών υπηρεσιών ανέφεραν αρκετά θετικά στοιχεία των μεταρρυθμίσεων του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», συμπεριλαμβανομένων:

της εκτεταμένης μείωσης των νοσοκομειακών καταλυμάτων μακράς διαμονής, του πλήρους κλεισίματος ορισμένων ψυχιατρικών νοσοκομείων και ενός μεγάλου αριθμού κοινοτικές υπηρεσίες που ιδρύθηκαν σε πολλά μέρη της χώρας,

ότι οι τοπικές κοινωνίες έγιναν σταδιακά πιο αποδεκτές από άτομα με ψυχικές ασθένειες και

ότι υπήρξαν επίσης θετικές αλλαγές στη στάση του προσωπικού απέναντι στην προσωποκεντρική φροντίδα.

### **5.3. Κλείσιμο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και μεταφορά των ασθενών σε κοινοτικές εγκαταστάσεις**

Ένας από τους βασικούς στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα ήταν το κλείσιμο του τεράστιου Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, που λειτουργούσε από το 1960. Οι ασθενείς του, κυρίως παιδιά με βαριά νοητική αναπηρία, μεταφέρθηκαν σε κοινοτικές εγκαταστάσεις. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες που απευθύνονταν στα παιδιά ακολούθησαν διαφορετική πορεία από αυτή των ενηλίκων, καθώς μόνο το 30% των προγραμματισμένων ιατρικών παιδοκαθοδήγησης έχουν δημιουργηθεί (Thornicroft et al., 2010). Επίσης, η κατανομή των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών ήταν άνιση προς όφελος της περιοχής της Αθήνας, καθώς ορισμένες μεγάλες γεωγραφικές περιοχές δεν είχαν καμία ενιαία υπηρεσία παιδοψυχιατρικής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής μελέτης είναι να διερευνηθεί αν το Εθνικό Σχέδιο Ψυχικής Υγείας για την χρονική περίοδο 2000 - 2020 αντιμετωπίζει με αποτελεσματικότητα τις ψυχικές διαταραχές που απαιτούν δια βίου φροντίδα, ψυχιατρική θεραπεία και παρακολούθηση. Επίσης, στοχεύει στο να διερευνηθούν οι κρατικές, ιδιωτικές και εθελοντικές παρεμβάσεις και η αποτελεσματικότητα αυτών είτε στους ψυχικά ασθενείς είτε στους εργαζομένους στον τομέα ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται σε πολύ δύσκολες συνθήκες λόγω της πανδημίας COVID-19.

Οι επιμέρους στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

α. Να εντοπισθούν ελλείψεις και αδυναμίες στην υπάρχουσα νομοθεσία, καθώς και αναποτελεσματικές πρακτικές ως προς την κοινωνικοποίηση και την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών ατόμων.

β. Να διερευνηθεί η πορεία του Σχεδίου Αναθεώρησης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ' Γ'» σε σχέση με την αποϊδρυματοποίηση ιδίως νέων ψυχικά ασθενών ατόμων.

γ. Να διερευνηθεί εάν το παρόν Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που φέρνει στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας η επιδείνωση της υγείας των ατόμων με ψυχικές ανάγκες - διαταραχές και η δημιουργία νέων ψυχικά ασθενών λόγω ύπαρξης της πανδημίας COVID-19.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνές και εθνικό επίπεδο σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Scopus, PubMed, GoogleScholar, Elsevier, Iatrotek), υπό την μέθοδο Prisma. Ειδικότερα, ακολουθήθηκαν τα βήματα της συστηματικής ανασκόπησης, όπως διαμόρφωση του ερωτήματος, συστηματική αναζήτηση δεδομένων και αξιολόγηση των μελετών που συλλέχθηκαν.

Οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι:

α. Η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

β. Η αποϊδρυματοποίηση κυρίως νέων ψυχικά ασθενών με περισσότερα δικαιώματα στην κοινωνική ζωή.

Τα κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού των μελετών, ερευνών ή άρθρων ήταν ποιοτικά, δηλαδή να υπάρχει ομοιογένεια των άρθρων, αξιοπιστία συγγραφέα και εκδοτικού οργανισμού, και να υπάρχουν όσο το δυνατόν πρωτογενείς δημοσιεύσεις, ανασκοπήσεις κ.ά. Οι πηγές από τις οποίες αντλήθηκαν τα στοιχεία ήταν 191, χρονολογικά κυρίως της τελευταίας πενταετίας, αλλά αξιοποιήθηκαν και τα στοιχεία μερικών παλαιότερων ερευνών ή δημοσιεύσεων. Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κυρίως στην αγγλική γλώσσα, λιγότερα στην ελληνική και ένα στην γερμανική γλώσσα.

Αντίστοιχα, αποκλείστηκαν: α) μελέτες που πραγματοποιήθηκαν εκτός του χρονικού διαστήματος, δηλαδή πριν το 1990 (περίοδος πριν την έναρξη του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»), β) άρθρα που δεν ήταν δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά (πηγές χωρίς επιστημονικό κύρος) ή δεν είχαν εκδοθεί από αξιόπιστο εκδοτικό κύρος, είτε σε ηλεκτρονική, είτε σε κλασική μορφή, γ) οι συγκρίσεις που αναφέρονταν σε διαφορετικά επίπεδα έκθεσης από αυτά που έχουν οριστεί και δ) άλλες πηγές χωρίς επιστημονικό κύρος, όπως προσωπικές ή επιχειρηματικές ιστοσελίδες.

Τα άρθρα που συλλέχθηκαν αναζητήθηκαν στις ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης, στις ιστοσελίδες διεθνώς αναγνωρισμένων εκδοτικών οίκων (π.χ. Elsevier, Emerald) και σχετικών περιοδικών (π.χ. Healthcare and Technology, Health Management etc.), και στις ιστοσελίδες ενώσεων, συλλόγων και οργανισμών (π.χ. MedicineNet, WebMd, PubMed etc.). Όπου δε θα ήταν δυνατή η πρόσβαση στο πλήρες κείμενο κάποιου άρθρου, εφαρμόστηκε επιπλέον αναζήτηση του τεύχους του περιοδικού σε βιβλιοθήκες ή πραγματοποιήθηκε προσωπική επικοινωνία με τους συγγραφείς του άρθρου. Επιπλέον, οι

βιβλιογραφικές παραπομπές των άρθρων και των ανασκοπήσεων προέκυψαν από την αναζήτηση μελετήθηκαν προσεχτικά για τον εντοπισμό περαιτέρω άρθρων.

Πέραν των κριτηρίων εισόδου ή αποκλεισμού, καθορίστηκαν επίσης και όροι ευρετηριασμού. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμό, όπως «ψυχικές διαταραχές», “mentaldisorders” – «αποϊδρυματοποίηση» “deinstitutionalization” – «ανθρώπινα δικαιώματα» “humanrights”.

Μετά από τη συλλογή της βιβλιογραφίας, ακολουθήθηκε η αξιολόγηση των άρθρων βάσει κριτηρίων. Στη συνέχεια έγινε αποτίμηση της μεθοδολογικής αρτιότητας των μελετών και επιλέχθηκαν τελικά αυτές που απαντούν ή βοηθούν στην απάντηση του ερευνητικού ερωτήματος της συγκεκριμένης μελέτης.

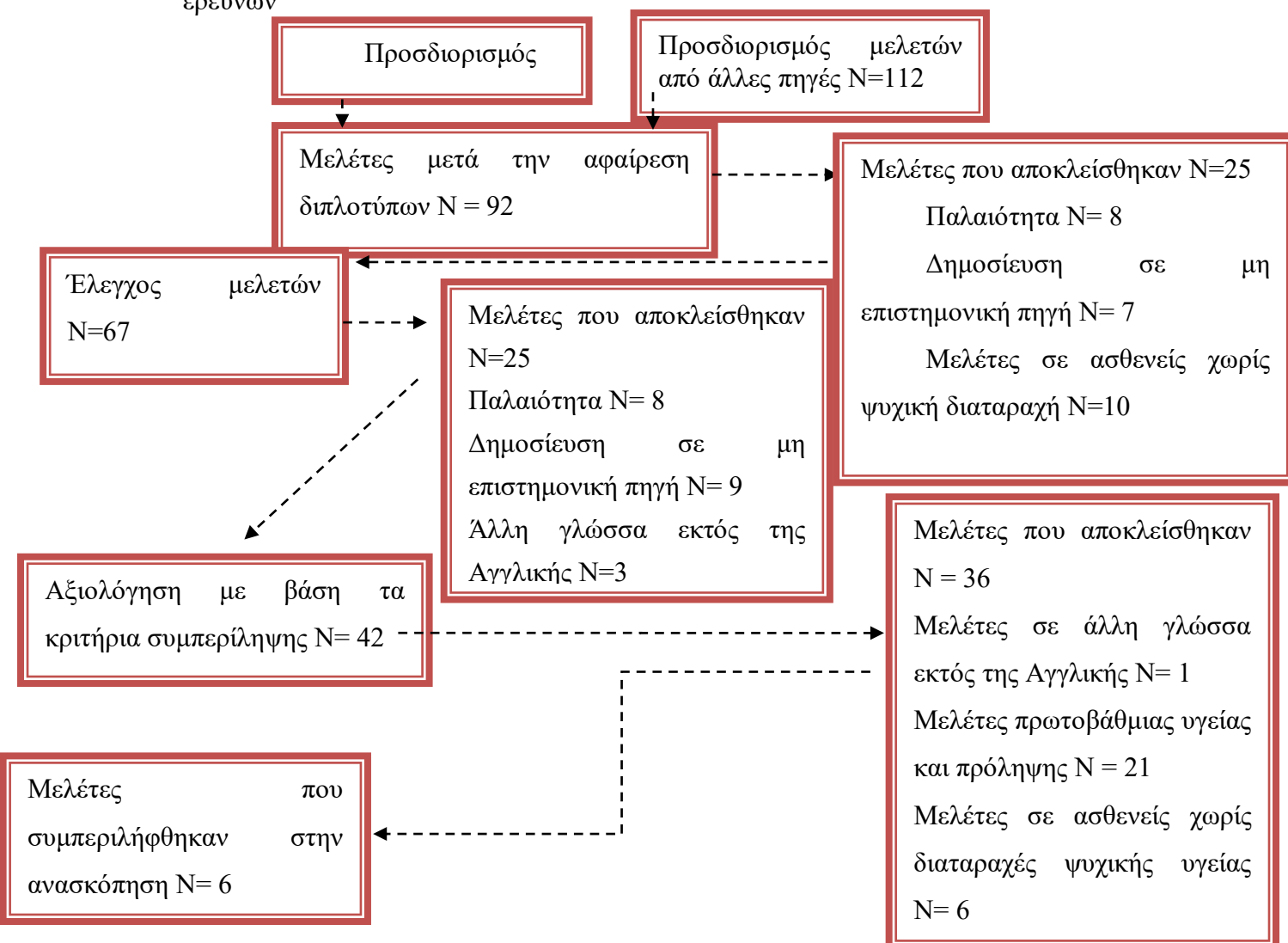


## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 8.1. Αποτελέσματα αναζήτησης

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, προέκυψαν 232 άρθρα. Από την ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων προέκυψαν 120 άρθρα. Τα 107 άρθρα προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των παραπάνω άρθρων και 5 από την ανασκόπηση βιβλίων. Αφού απορρίφθηκαν οι διπλότυπες μελέτες (140), τα εναπομείναντα 92 άρθρα ελέγχθηκαν και μελετήθηκαν περαιτέρω με βάση τα κριτήρια εισόδου - αποκλεισμού. Από την διαδικασία αυτή μελετήθηκαν 67 άρθρα, αφού πρώτα εξαιρέθηκαν από τα 90 άρθρα τα 25 (λόγω παλαιότητας 8, δημοσίευση σε μη επιστημονική πηγή 7 και μελέτες σε ασθενείς χωρίς ψυχική διαταραχή 10). Από την μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των άρθρων, συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν με βάση κριτηρίων συμπερίληψης στην ανασκόπηση 42 άρθρα. Δεν συμπεριλήφθηκαν 25 άρθρα (λόγω παλαιότητας 8, σε άλλη γλώσσα εκτός της αγγλικής 3, σε μη επιστημονική δημοσίευση 9 και μελέτες σε ασθενείς χωρίς ψυχική διαταραχή και μελέτες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα 5). Από τα 42 άρθρα τα 36 αποκλείστηκαν (άλλη γλώσσα εκτός της αγγλικής 1, μελέτες πρωτοβάθμιας υγείας και πρόληψης 21, μελέτες σε ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές 6 και μελέτες διερεύνησης των πολιτικών περίθαλψης στην Ελλάδα 8). Τέλος, 6 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση (Γράφημα 8.2.).

**Γράφημα 8.2.** Διάγραμμα ροής με αποτελέσματα αναζήτησης και τελικής επιλογής ερευνών



## 8.2 Χαρακτηριστικά των μελετών

Οι 6 μελέτες οι οποίες παρουσιάζονται στον πίνακα 8.1 είναι ποιοτικές περιγραφικές μελέτες, βιβλιογραφικές αναφορές ή συνέλεξαν στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία.

Είναι όλες σύγχρονες και έχουν διεξαχθεί μεταξύ της χρονικής περιόδου 2011-2020. Τα θέματά τους γενικά αφορούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία των πολιτών και την αντιμετώπιση αυτών από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που χαρακτηρίζει τον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, ιδίως με την εφαρμογή του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Η έρευνα του Madianos (2020) και των Gianakopoulos and Anagnostopoulos (2016) περιγράφουν αυτή την μεταρρύθμιση, η οποία όπως τονίζουν οι ερευνητές

προχωράει με αργά βήματα. Οι Souliotis et al. (2017) επισημαίνει την αύξηση των ψυχικών διαταραχών λόγω οικονομικής κρίσης, αλλά και τις ανεπαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω οριζόντιων περικοπών.

Η έρευνα των Efthimiou et al. (2013) και των Giotakos, Karabelas & Kafkas (2011) συμπληρώνονται από την έρευνα των Souliotis et al. (2017) και προσδιορίζουν ότι η ανεργία και τα χαμηλά εισοδήματα συνδέονται με την ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα έρευνας των Parlapani et al. (2020) αναφέρουν ότι τα ποσοστά μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης και συμπτωμάτων άγχους που αναδείχθηκαν από την μελέτη τους ήταν πολύ υψηλότερα από τα ποσοστά που αναφέρθηκαν σε ένα πληθυσμό στην Κίνα, εξαιτίας της πανδημίας COVID-19. Οι μελέτες αυτές δίνουν ένα πλαίσιο των συνεχώς αυξανόμενων προβλημάτων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και της εφαρμογής των πολιτικών ψυχικής υγείας που έχει φέρει η μεταρρύθμιση στον τομέα Υγείας τα τελευταία είκοσι χρόνια.

**Πίνακας 8.1** Σύνοψη ευρημάτων τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών.

Συγγραφείς	Έτος	Θέμα	Χώρα διεξαγωγής	Είδος έρευνας	Στόχος	Διάρκεια Έρευνας	Αποτελέσματα
Parlapaniet al.	2020	Ψυχολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στην πανδημία COVID-19 στην Ελλάδα	Ελλάδα	Ανασκόπηση	Διερεύνηση του φόβου που σχετίζεται με τον COVID-19, τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, την κοινωνική ευθύνη και τις συμπεριφορικές αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα.	10-13 / 4 / 2020	Τα ποσοστά μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης και συμπτωμάτων άγχους σε αυτή τη μελέτη ήταν πολύ υψηλότερα από τα ποσοστά που αναφέρθηκαν σε ένα πληθυσμό στην Κίνα
Giannakopoulos and Anagnostopoulos	2016	Psychiatric reform in Greece	Ελλάδα	Επισκόπηση	Αποϊδρυματοποίηση: Η Περίπτωση του Ψυχιατρείου της Λέρου	1990-1994	Η μεταρρύθμιση ψυχικής υγείας στην Ελλάδα είναι ημιτελής.
Madianos, G.M.	2020	Οι περιπέτειες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: 1999–2019	Ελλάδα	Ειδική αναφορά	Η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής φροντίδας στην	-	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από αργή

					Ελλάδα		διαδικασία και από αργά βήματα
Giotakos, Karabelas & Kafkas	2011	Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία στην Ελλάδα	Ελλάδα	Τα στοιχεία λήφθηκαν από την Ελληνική Στατιστική υπηρεσία	Συσχέτιση οικονομικής κρίσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης	1981-2008	Θετική συσχέτιση μεταξύ χαμηλού εισοδήματος και διαταραχών ψυχικής υγείας
Souliotis et al.	2017	Ο ρόλος των ψυχιάτρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: ευρήματα από μια ποσοτική μελέτη	Ελλάδα	Περιγραφική μελέτη	Αν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν τις ψυχικές διαταραχές	2017	Αύξηση των ψυχικών διαταραχών λόγω οικονομικής κρίσης και ανεπαρκείς οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω οριζόντων περικοπών
Efthimiou et al.	2013	Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την τρέχουσα κατάσταση στην Ελλάδα;	Ελλάδα	Ανασκόπηση	Η διερεύνηση των επιπτώσεων οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα	2013	Η ανεργία και το μέσο εισόδημα είναι οι δύο συνιστώσες της οικονομικής κρίσης που φαίνεται να συνδέονται περισσότερο με την ψυχική υγεία.

### 8.3. Στόχοι μελέτης και αποτελέσματα ανασκόπησης

Ανατρέχοντας τις βιβλιογραφικές αναφορές της παρούσας εργασίας γίνεται κατανοητό ότι στην Ελλάδα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε μια αργή διαδικασία, με κύριο στόχο την αποϊδρυματοποίηση χιλιάδων ασυλικών ασθενών και τη μεταφορά τους σε εναλλακτικές κοινοτικές δομές. Παρά το ότι έχουν επιτευχθεί πολλές αλλαγές με το σχέδιο μεταρρυθμίσεων, εξακολουθούν να υφίστανται ορισμένες αδυναμίες. Για παράδειγμα, πολλές υποδομές έχουν αναπτυχθεί άνισα. τα Ψυχιατρικά Ιατρεία δεν λειτουργούν σε 24ωρη βάση και η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει αξιολογηθεί. Όμως όπως έχει γίνει φανερό, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εξακολουθεί να σημειώνει πρόοδο σε πολλούς τομείς παρά ορισμένες ανεπάρκειες και περιορισμούς. (Πιν.8.1. Madianos, 2020).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα δεν λειτουργεί τελείως αποτελεσματικά γιατί, όπως υποστηρίζουν ερευνητές, η ελληνική Α'θμια περίθαλψη είναι ιδιαίτερα κατακερματισμένη λόγω της απουσίας ενός συστήματος συντονισμού και ελέγχου των διαφόρων διαφορετικών δημόσιων και ιδιωτικών επαγγελματιών υγείας, που να ασχολούνται με αυτό, ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αναμένεται να υποχωρήσει περαιτέρω ενόψει της παράτασης της οικονομικής κρίσης (Πιν. 8.1. Souliotis et al., 2017).

Επίσης, η πορεία του Σχεδίου Αναθεώρησης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ' Γ'» σε σχέση με την αποϊδρυματοποίηση ιδίως νέων ψυχικά ασθενών ατόμων δεν έχει καλύψει τους στόχους της, καθώς οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα, ως απάντηση στη κρίση, έχουν εφαρμόσει οριζόντιες περικοπές στο προϋπολογισμό, αντί για μεταρρυθμίσεις στο τομέα της υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια δυσμενή κατάσταση για τη ψυχική υγεία, η οποία εντάχθηκε για άλλη μια φορά στις κατευθυντήριες γραμμές της ατζέντας της Ευρωπαϊκής Ένωσης της πολιτικής για την υγεία.

Το Εθνικό πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» το οποίο επιδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση βοήθησε στην αποϊδρυματοποίηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και βελτίωσε τις συνθήκες ζωής των. Όμως οι κυρίως αλλαγές που έγιναν στο τρόπο ζωής των ψυχικά ασθενών, οφείλονται στον νόμο 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας". Έτσι η σημαντικότερη προσφορά του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ' στο ελληνικό σύστημα υγείας ήταν ότι βοήθησε τη μετάβαση από την Ασυλική Ψυχιατρική στη Κοινωνική –

Κοινωνική Ψυχιατρική και στη Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (Πιν.8.1. Gianakopoulos & Anagknotopoulos, 2016).

Επίσης οι έντονες συμπεριφορικές αντιδράσεις στην πανδημία, λόγω της επιβολής κανονισμών ασφάλειας, ελέγχου και συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές, ενίσχυσαν τον φόβο, πιθανώς λόγω αυξημένης ευαισθητοποίησης σχετικά με τη μόλυνση. Επιπλέον, οι γυναίκες, άτομα με μεγαλύτερη ηλικία και άτομα με πιο σοβαρά συμπτώματα άγχους εμφανίζουν υψηλότερο φόβο που σχετίζεται με τον COVID-19 (Πιν.8.1. Parlapani et al., 2020).

Ένα από τα σημαντικότερα αποτελέσματα που απορρέουν από την παρούσα εργασία είναι ότι μελέτες (Πιν.8.1. Giotakos, Karabelas & Kafkas, 2011) δείχνουν συσχέτιση μεταξύ οικονομικών κρίσεων και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Για τη διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, η συσχέτιση δύο οικονομικών δεικτών (ανεργία και μέσο εισόδημα) και μεταβλητών ψυχικής υγείας (εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και μονάδες έκτακτης ανάγκης, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, τα ποσοστά θνησιμότητας και τα διαζύγια) μελετήθηκαν. Τα ευρήματα δείχνουν συσχέτιση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αυτά αναμένεται να ενημερώσουν προγράμματα παρέμβασης που αφορούν την πρόληψη ή τον μετριασμό των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών (Πιν.8.1. Efthimiou et al., 2013).

Όσον αφορά τους επιμέρους στόχους της εργασίας, δηλαδή να εντοπισθούν ελλείψεις και αδυναμίες στην υπάρχουσα νομοθεσία, καθώς και αναποτελεσματικές πρακτικές ως προς την κοινωνικοποίηση και την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών ατόμων τους, απαντάνε αποτελέσματα ερευνών που επισημαίνουν ότι κλείστηκαν πλήρως ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπως το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής ενώ ιδρύθηκαν ένας μεγάλος αριθμός κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλά μέρη της χώρας, χωρίς όμως να αντιμετωπισθούν ουσιαστικά τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών λόγω έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού και πόρων.

Επίσης ο τρίτος στόχος της εργασίας, δηλαδή εάν το παρόν Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που φέρνει στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας η επιδείνωση της υγείας των ατόμων με ψυχικές ανάγκες - διαταραχές και η δημιουργία νέων ψυχικά ασθενών λόγω ύπαρξης της πανδημίας COVID-19 έχει επίσης καλυφθεί, τονίζοντας ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει να αντιμετωπίσει ένα συνεχώς αυξανόμενο όγκο ατόμων με ψυχικές διαταραχές, λόγω

της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης και τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση νέων κρουσμάτων σε 39,8% στα δημόσια εξωτερικά ιατρεία, με ασθενείς παιδιά με ψυχικές διαταραχές, την αύξηση 25,5% σε εφήβους με ψυχικές διαταραχές, ενώ στον ιδιωτικό τομέα τα ποσοστά μειώθηκαν συνολικά κατά 35,4%.

Αυτό που πρέπει να τονισθεί κυρίως στα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας είναι ότι παρόλο που έγιναν λόγω κρίσης οριζόντιες περικοπές στο προϋπολογισμό του κράτους, ενισχύθηκε η τηλεϊατρική και η τηλεψυχιατρική, οι κινητές μονάδες ψυχιατρικής φροντίδας, κυρίως στα νησιά, η ίδρυση ΚΕΨΥ, καθώς και η δημιουργία Ελληνικών Υβριδικών Μοντέλων της ΔΚΘ, οι οποίες είναι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην αγροτική Ελλάδα, που υποστηρίζονται στη λειτουργία τους από τις ΚΙΜΟΨΥ. Αυτές είναι αποτελεσματικές πρακτικές στη διαχείριση ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που δεν υπάρχει η δυνατότητα να λάβουν υποστήριξη με την παραδοσιακή φροντίδα. Οι μονάδες αυτές επισκέπτονται τους ασθενείς στο χώρο τους και είναι μία απάντηση στο κενό της ψυχικής περίθαλψης που αφήνουν οι προκλήσεις των οικονομικών και διεθνών κρίσεων, όπως η πανδημία του COVID-19.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι πολιτικές ψυχικής υγείας καθορίζουν ένα όραμα για το μέλλον, το οποίο με τη σειρά του βοηθά στη δημιουργία σημείων αναφοράς για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Οι πολιτικές ψυχικής υγείας είναι σημαντικές γιατί συντονίζουν, μέσω ενός κοινού οράματος και σχεδίου όλα τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με αυτούς τους στόχους. Χωρίς αυτόν τον τύπο οργάνωσης, τα προγράμματα και οι υπηρεσίες είναι πιθανό να είναι αναποτελεσματικά και κατακερματισμένα.

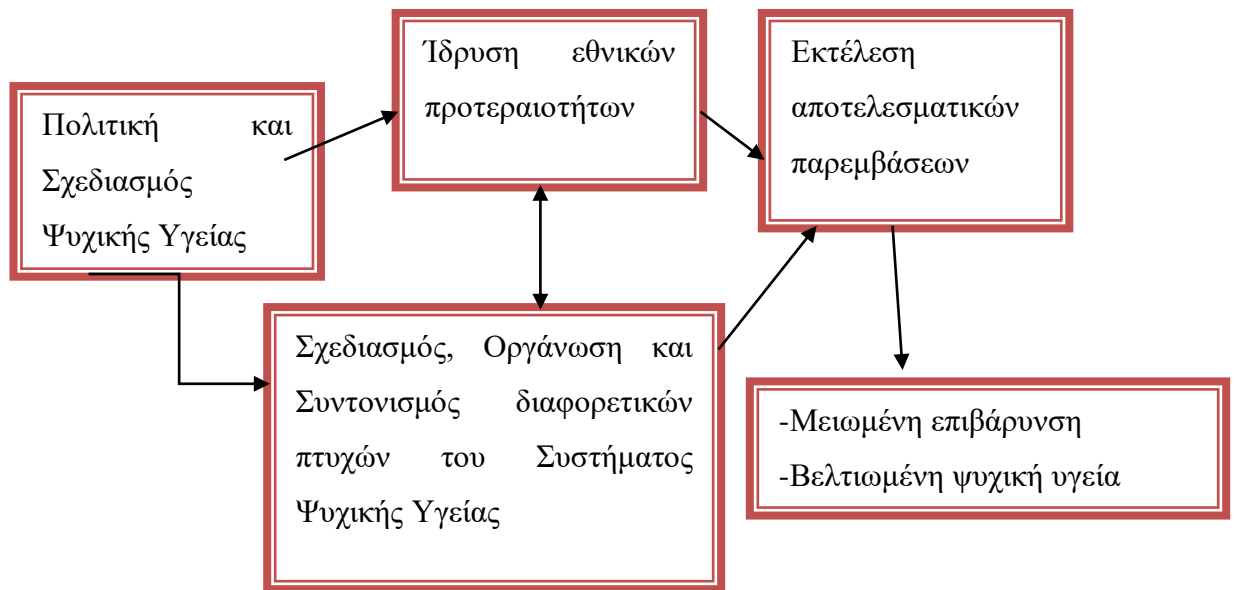
Ένα Έργο Πολιτικής Ψυχικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από το Τμήμα Ψυχικής Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Στόχοι του έργου είναι η συγκέντρωση των πιο πρόσφατων πληροφοριών για την πολιτική ψυχικής υγείας, η ανάπτυξη υπηρεσιών, η κατάρτιση πακέτου καθοδήγησης και οδηγιών, η διάδοση των στόχων στα κράτη και η υποστήριξή τους στην υλοποίησή του. Το έργο θα βοηθήσει τις χώρες να δημιουργήσουν πολιτικές και στη συνέχεια να τις εφαρμόσουν στην πράξη, η οποία με τη σειρά της θα οδηγήσει σε βελτιωμένη φροντίδα ψυχικής υγείας, θεραπεία και κατ' επέκταση προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Το πακέτο καθοδήγησης για την ψυχική υγεία στη μεταρρύθμιση της πολιτικής της περιέχει:

- Σχεδιασμό και διαχείριση της ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο (επιστασία)
- Χρηματοδότηση
- Οργάνωση υπηρεσιών
- Υποστηρίζει τα κράτη στη διατύπωση και εφαρμογή της ψυχικής υγείας
- Ενισχύει την ικανότητα των χωρών να διαχειρίζονται μακροπρόθεσμα

ζητήματα πολιτικής για την ψυχική υγεία (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/1098-paketo-odhgiwn-pagkosmiou-organismoy-ygeias-gia-thn-psyxikh-ygeia> ).

### Γράφημα9.3. Πολιτική και σχεδιασμός Ψυχικής Υγείας



Πηγή: (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/1098-paketo-odhgiwn-pagkosmioy-organismoy-ygeias-gia-thn-psyikh-ygeia>).

Ανατρέχοντας τις βιβλιογραφικές αναφορές της παρούσας εργασίας και μελετώντας τον σχεδιασμό Ψυχικής Υγείας που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αντιλαμβανόμαστε ότι, η πορεία του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρύθμισης για τη ψυχική υγεία στην Ελλάδα προχωράει αργά, αλλά με σταθερά βήματα. Σημαντικό παράδειγμα είναι η αντιμετώπιση της κατάστασης του ψυχιατρείου της Λέρου που μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο είχε συγκεντρώσει τους ψυχικά πάσχοντες από όλη την Ελλάδα, οι οποίοι όμως ζούσαν σε απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης. Με τις ενέργειες του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» οι ασθενείς μπήκαν σε κοινοτικές δομές και απέκτησαν ποιότητα ζωής, ενώ παράλληλα αναγνωρίστηκαν τα δικαιώματά τους για μία ισότιμη μεταχείριση από το Ελληνικό κράτος.

Ένα άλλο θετικό βήμα που έγινε είναι ότι από το 2014 άρχισε να υποχωρεί το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και οι ψυχικά ασθενείς να αναζητούν βοήθεια ευκολότερα. Ίσως σε αυτό βοήθησε η μεγάλη αύξηση ατόμων με ψυχικές διαταραχές λόγω της οικονομικής κρίσης λόγω του άγχους και του φόβου που δημιούργησε η πανδημία του COVID-19 δεν μπορούν να διαχειριστούν τα προβλήματά τους (Μπιτσάνη, 2020).

Όμως παρόλο που η πολιτεία αποφάσισε να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση με οριζόντιες περικοπές, βλέπουμε ότι η χρήση καινούργιων τεχνολογιών, όπως η τηλε-ιατρική και τηλεψυχιατρική έρχονται να καλύψουν μερικά κενά.

Η εργασία έχει καλύψει τα αναμενόμενα αποτελέσματα που τέθηκαν γιατί δόθηκε μία σφαιρική εικόνα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, (2000-2020), παρατέθηκαν οι δυσκολίες αντιμετώπισης της επιδείνωσης των ψυχικά ασθενών λόγω COVID-19 και επισημάνθηκε η αποτελεσματικότητα του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ΄» που υποστηρίζει την αποϊδρυματοποίηση ψυχικά ασθενών απόμων και τη μετάβασή τους σε ειδικές υπηρεσίες στέγασης και ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.

Το κύριο συμπέρασμα που απορρέει από την παρούσα εργασία είναι ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει τις συνέπειες μιας βαθιάς ανθρωπιστικής κρίσης που την ανάγκασε παρόλες τις ελλείψεις που αντιμετωπίζει ο τομέας Ψυχικής Υγείας να κάνει οριζόντια περικοπή δαπανών, με αποτέλεσμα να υπολειτουργούν οι μονάδες ψυχικής υγείας.

Εν τούτοις παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει υπάρχει μία μετάβαση από τον εγκλεισμό των ασθενών σε άσυλα προς δημοτικές κοινότητες ενώ τα ΚΕΨΥ χρειαζόταν για να εξυπηρετήσουν τις αυξημένες απαιτήσεις του πληθυσμού παρόλες τις ελλείψεις στο προσωπικό και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη χρηματοδότηση.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν διογκωθεί λόγω του άγχους και της κατάθλιψης που δημιουργήθηκαν από την ανεργία που προκάλεσε η οικονομική κρίση, από τον φόβο λόγω των απανωτών lockdown για την αντιμετώπιση της πανδημίας του COVID-19 και από τον κλυδωνισμό των οικογενειακών αρχών.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα κέντρα ιατρικής φροντίδας να αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού ασθενών, αλλά και των προσφύγων και μεταναστών που αποτελούν πλέον το 9% του πληθυσμού και αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές και αυτοκτονικές τάσεις λόγω των ψυχοσωματικών καταστάσεων που περάσανε και της άθλιας διαβίωσής των.

Επίσης από τα δεδομένα που αναλύονται στη παρούσα εργασία βγαίνει το συμπέρασμα ότι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα ήταν επωφελής, όσον αφορά την πρόσβαση των ασθενών, την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Όμως για να είναι αποτελεσματική, αυτή η στρατηγική θα πρέπει να εφαρμόζεται λαμβάνοντας υπόψη τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Ένωσης που επιδότησε με 700.000 € την Ελλάδα, καθώς και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας άλλων χωρών. Για παράδειγμα, η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο

αριθμό Ιατρών ανά 100.000 κατοίκους στην ΕΕ-28, αλλά στην πλειονότητά τους δεν είναι εξειδικευμένοι.

Συμπερασματικά παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μονάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, τα δεδομένα που αναφέρονται στη παρούσα εργασία δίνουν ένα αίσθημα αισιοδοξίας, ότι το Σύστημα Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, μέσω της τηλεψυχιατρικής, των ΚΙΜΟΨΥ, της πρόσληψης προσωπικού και κυρίως της ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στη Πρωτοβάθμια Υγεία, θα βελτιωθεί και θα προσφέρει μία ισότιμη φροντίδα με καλύτερες συνθήκες διαβίωσης στους ψυχικά ασθενείς, σεβόμενη κυρίως τα ανθρώπινα δικαιώματά τους.

Η παρούσα εργασία ευελπιστεί να γίνει η βάση για περαιτέρω έρευνες για τις απόψεις και προτάσεις του προσωπικού και των ασθενών που επισκέπτονται στις μονάδες ψυχικής υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αθηναϊκό – Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων (2020). *Ο ΟΗΕ προειδοποιεί για μια παγκοσμίων διαστάσεων κρίση ψυχικής υγείας λόγω της επιδημίας*. Ανάκτηση στις 17.6.2022 από: <https://www.amna.gr/mobile/articleen/654930/POY--pagkosmia-psuchiki-ugeia-O-ponos-einai-terastios>
- Αντιπολεμική Διακήρυξη της Αθήνας (2016). (συντάχθηκε από την Εταιρεία Προληπτικής Ψυχιατρικής, την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, την Ψυχιατρική Εταιρεία για την Ανατολική Ευρώπη και τα Βαλκάνια και τη Σερβική Ψυχιατρική Εταιρεία) (2016). Ανάκτηση στις 22.4.2022 από: <http://www.psychiatricprevention.com>.
- Δήλωση Θέσης της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (2016). (Ευρώπη, μεταναστευτική και προσφυγική κρίση, σε συνεργασία με το Κέντρο Εφαρμοσμένης Έρευνας και Αξιολόγησης). Ανάκτηση στις 22.4.2022 από: (<http://www.careif.org>)
- Δήλωση Θέσης της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων (2016). (για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων Προσφύγων). Ανάκτηση στις 22.4.2022 από: <http://www.escap.eu/care/position-statement>.
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας – Asociacion Psiquiatrica America Latina (WPA-APAL) (2016). Για την ψυχική υγεία των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο. Ανάκτηση στις 22.4.2022 από: [http://www.wpanet.org/uploads/Position\\_Statement/WPA-APAL\\_Statement.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA-APAL_Statement.pdf))
- Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής. Ανάκτηση στις 22.2.2022 από: <https://www.ktpae.gr/erga/%CE%>
- Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης (2022). *Ψυχιατρικά Ιατρείο των Δημόσιων Νοσοκομείων σε όλη τη χώρα*. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: [https://mazi.org.gr/Χρησιμα\\_Ψυχιατρικα\\_Ιατρεία](https://mazi.org.gr/Χρησιμα_Ψυχιατρικα_Ιατρεία)
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή - Ομάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού. Ανάκτηση στις 18.4.2022 από: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response\\_el](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/overview-commissions-response_el))

- ΙΑΤΡΟΝΕΤ (2021). *Η παγκόσμια επίπτωση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε 204 χώρες το 2020*. <https://www.iatronet.gr/article/104506/532-ekatommyria-epibleon-periptoseis-meizonos-katathliptikhs-syndro>
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016). *Η Ψυχική Υγεία Των Ελλήνων Στα Χρόνια Της Κρίσης*. Ανάκτηση στις 12.3.2022 από: [https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/)
- Καλαϊτζάκη, Α. (2021). Οι επιπτώσεις των lockdown στην ψυχική υγεία των Ελλήνων. Ανάκτηση στις 20.4.2022 από: <https://www.kathimerini.gr/society/561408616/ereyna-oi-epiptoseis-ton-lockdown-stin-psychiki-ygeia-ton-ellinon/>
- Καρβούνης, Α. (2017). *Η ποιότητα της Δημόσιας Διοίκησης*. Ανάκτηση στις 15.3.2022 από: [https://www.ypes.gr/wp-content/uploads/2019/12/Q\\_P\\_A\\_Final.pdf](https://www.ypes.gr/wp-content/uploads/2019/12/Q_P_A_Final.pdf)
- Κασελάκη, Ε. (2021). *COVID-19: Πώς επηρεάστηκε η ψυχική υγεία των εργαζόμενων στην Ελλάδα;* Ανάκτηση στις 18.4.2022 από: [https://www.ey.com/el\\_gr/workforce/covid19-pos-epireastike-i-psyxiki-ugeia-ton-ergazomenon-stin-ellada](https://www.ey.com/el_gr/workforce/covid19-pos-epireastike-i-psyxiki-ugeia-ton-ergazomenon-stin-ellada)
- Καψάλης Α. (2005). *Μετανάστες – υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός*, Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε, Μελέτες, τ. 22. Ανάκτηση στις 18.4.2022 από: <http://www.inegsee.gr/ereunes-meletes-biblia.htm>
- ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΚΟ. *Αυξάνονται οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα*. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://www.klimaka.org.gr/kalipsi-lifo-klimaka/>
- Κορνηλάκη, Α. (2022). The psychological consequences of COVID-19 pandemic on University students in Greece. The role of daily activities during the quarantine. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 26(3), 144–164. [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.28859](https://doi.org/10.12681/psy_hps.28859)
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ (2013). *Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»*. Ανάκτηση στις 15.3.2022 από: [http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93%20\(2011-2020\).pdf](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93%20(2011-2020).pdf)
- Μαΐλη, Ε. (2014). *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://www.rizospastis.gr/page.do?publDate=16%2F3%2F2014&pageNo=20>

- Μπιτσάνη, Φ. (2020). *Στίγμα και ψυχική υγεία*. Ανάκτηση στις 20.4.2022 από: [https://nemertes.library.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/15697/1/%CE%A3%CF%84%CE%AF%CE%B3%CE%BC%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%91%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%20NE MERTIS\\_final.pdf](https://nemertes.library.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/15697/1/%CE%A3%CF%84%CE%AF%CE%B3%CE%BC%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%91%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%20NE MERTIS_final.pdf)
- Παπαδημητρίου, Γ. (2007). *Γενετικοί παράγοντες και ψυχικές διαταραχές*. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://www.iatrone.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/2970.genetikoi-paragontes-kai-psyhikes-diataraxes.html>.
- Πολυζόπουλος, Ε. (2022). *Σε ποιες χώρες οι άνθρωποι αυτοκτονούν. Τι συμβαίνει στην Ελλάδα*. Ανάκτηση στις 15.3.2022 από: <https://www.iatropedia.gr/ygeia/se-pies-chores-i-anthropi-aftoktonoun-ti-simveni-stin-ellada/32302/>
- Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada>
- Τσιάντης, Ι, .& Ασημόπουλος Χ. (2019). *Παγκόσμια μέρα ψυχικής υγείας. Οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα. Ανάγκες, προβλήματα και προοπτικές*. <https://www.synigoros.gr/resources/eisigisi-tsiantis.pdf>.
- Τούντας, Γ. (2020). *Οι πολλές προκλήσεις της πανδημίας COVID-19*. ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΥΧΟΣ 107, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2020. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://neaygeia.gr/wp/wp-content/uploads/2020/05/%CE%>
- Υπουργείο Υγείας (2021). *Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης*. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/c685-drasesis/8388-programma-psyxologik>
- ΨΥΧΑΡΓΩΣ' Γ' (2011-2020). *Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ' Γ'»*. Ανάκτηση στις 28.3.2022 από: <http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%>.

## Ξενογλώσση

- About CAMH. Ανάκτηση στις 14.4.2022 από: <https://www.camh.ca/en/driving-change/about-camh#:~:text=The%20Centre%20for%20Addiction%20and,World%20Health%20Organization%20C>
- Agapidaki, E., Souliotis, K., Jackson, S., Benetou, V., Christogiorgos, S., Dimitrakaki, C., & Tountas, Y. (2014). Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, *14*, 108. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-108>
- Alcock, M. (2003). Refugee trauma – the assault on meaning. *The Psychodynamic Practice*, *9*(3), 291–306. <https://doi.org/10.1080/1353333031000139255>
- Alvarado, R. (2020). *The Covid-19 HEalth caRe wOrkErS Study (HEROES)*. Ανάκτηση στις 22.11.2021 από: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04352634>
- Anagnostopoulos, D. C., Vlassopoulou, M., Rotsika, V., Pehlivanidou, H., Legaki, L., Rogakou, E. & Lazaratou H. (2004). Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcultural Psychiatry*, *41*(4), 465-486. <https://doi.org/10.1177/1363461504047930>
- Anagnostopoulos, D., & Soumaki E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatriki*, *23*(1), 13–6.
- Anagnostopoulos, D. C., Soumaki, E. (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *22*(2), 131– 134. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0377-y>
- Anagnostopoulos, D. (2010). Psychiatric reform: thoughts on its progress to date. *Athens Medical Association Newsletter*, *215*, 17–22.
- Anagnostopoulos, D., Triantafyllou, K., Xylouris, G., et al., (2016). Migration mental health issues in Europe: the case of Greece. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *25*, 119–122. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0806-1>
- Androulakis, M. (1986). Penal Code. General Part (vol. 3) [in Greek]. Sakkoulas Publications.
- Archer J., Bower P., Gilbody S., Lovell K., Richards D., Gask, L., & Dickens C. Coventry P. (2012). Collaborative care for depression and



- anxiety problems. *Cochrane Database Systematic Review*, 10(CD006525).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Arapoglou, V. P. (2004), The Governance of homeless in the European south: Spatial and institutional Contexts of Philanthropy in Athens. *Urban Studies*, 41(3), 621-639. <https://doi.org/10.1080/0270042098042000178717>
- Arapoglou, V. P., & Gounis, K. (2014). *Final Report: Caring for the homeless and the poor in Greece: The Implications for the future of social protection and social inclusion*. Ανάκτηση στις 24/4/2022 από:  
[https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/181%CE%9A%CE%91%CE%A0%CE%9A307/HO\\_Call\\_2013\\_Reseach%20Project\\_2-NBG2-2013\\_FINAL\\_REPORT\\_UoC\\_LSE.pdf](https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/181%CE%9A%CE%91%CE%A0%CE%9A307/HO_Call_2013_Reseach%20Project_2-NBG2-2013_FINAL_REPORT_UoC_LSE.pdf)
- Arapoglou, V., & Gounis, K. (2015). *Poverty and Homelessness in Athens: Governance and the Rise of an Emergency Model of Social Crisis Management. Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe, 90*. Ανάκτηση στις 14.4.2022 από:  
[http://eprints.lse.ac.uk/61319/1/\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_Hellenic%20Observatory%20%28inc.%20GreeSE%20Papers%29\\_GreeSE%20Papers\\_GreeSE\\_No90.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/61319/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Hellenic%20Observatory%20%28inc.%20GreeSE%20Papers%29_GreeSE%20Papers_GreeSE_No90.pdf)
- Argyriadou, S., & Lionis, C. (2009). Research in primary care mental health in Greece. *Mental health in family medicine*, 6(4), 229–231. PMID: 22477914
- Athens Mental Health Summit (2021). *Ministers and representatives renew commitment to prioritize mental health in the WHO European Region*. Ανάκτηση στις 15.12.2021 από:  
<https://www.who.int/albania/news/item/03-08-2021-athens-mental-health-summit-ministers-and-representatives-renew-commitment-to-prioritize-mental-health-in-the-who-european-region>
- Basson, M. (2012). Professional nurses attitudes and perceptions towards the mentally ill in an associated psychiatric hospital. Ανάκτηση της διατριβής στις 20.4.2022 από: <https://core.ac.uk/download/pdf/58914439.pdf>
- Brooks, S.K., Webster, R., K., & Smith, L.E. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brodeur, A., & Clark, A. E., Fleche, S., & Powdthavee, N. (2020). COVID-19, lockdowns and well-being: evidence from Google Trends. *The Journal of*

*Public Economic*, 193,104346;

<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104346>

- Burns, T., (2009). Planning and providing mental health services for a community. In Gelder, M., Andreasen, N., Lopez-Ibor, J.J., Geddes, J., Eds. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 2nded. Oxford University Press: New York, NY, USA, 1452–1462.
- Caldas, J. M., de Almeida, M. J. C., & Killaspy, H. (2011). *Long – term mental health. Health care for people with severe mental disorders*. European Union.[https://ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/healthcare\\_mental\\_disorders\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2016-11/healthcare_mental_disorders_en_0.pdf)
- Chatzittofis, A., Karanikola, M., Michailidou, K., & Constantinidou, A. (2021). Impact of the COVID-19: Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4),1435. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041435>
- Chatzipoulidis, N., & Chatzipoulidis, G. (2009). Η Ψυχική Υγεία των μεταναστών στην πορεία της ένταξής τους στην Ελληνική κοινωνία. *Επιθεώρηση Υγείας*, 20(120),1-12. Ανάκτηση στις 18.4.2022 από: [https://www.researchgate.net/publication/268150231\\_E\\_Psychike\\_Ygeia\\_ton\\_metanaston\\_sten\\_poreia\\_tes\\_entaxes\\_tous\\_sten\\_Ellenike\\_koinonia](https://www.researchgate.net/publication/268150231_E_Psychike_Ygeia_ton_metanaston_sten_poreia_tes_entaxes_tous_sten_Ellenike_koinonia)
- Chen, Q. Mining, L., Yamin, L., Jingai, G., Dongxue, F., Ling, W. et al., (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 7(4), E15–E16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Christodoulou, G.N., & Abou-Saleh, M.T. (2016). Greece and the Refugee Crisis: Mental Health Context. *The British Journal of Psychiatry International*, 13(4), 89-91. <https://doi.org/10.1192/s2056474000001410>
- Christodoulou, G.N., Ploumpidis, D. N., Christodoulou, N. G., & Anagnostopoulos, D. C. (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 301-306. doi:10.3109/09540261.2012.691874
- Christodoulou, G. N., & Abou-Saleh, M. (2016). Greece and the refugee crisis: mental health context. *The British Journal of Psychiatry International*, 13(4), 89–91. <https://doi.org/10.1192/s2056474000001410>

- Corruble, E. (2020). A viewpoint from Paris on the COVID-19 pandemic: a necessary turn to Telepsychiatry. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 8(3), :20com13361. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13361>
- Council of Europe (2000). "WHITE PAPER" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Ανάκτηση στις 25.3.2022 από: <https://rm.coe.int/psy-white-paper-2000-en/16804553af>
- COVID (2022, January 11): *Half of Europe to be infected with Omicron within weeks* – WHO. Ανάκτηση στις 14.4.2022 από: <https://www.bbc.com/news/world-europe-59948920>
- COVID-19 (2020, September 02): (2019 Novel Coronavirus). *Research Guide*. Ανάκτηση στις 19.4.2022 από: <https://www.cdc.gov/library/researchguides/2019NovelCoronavirus.html>
- Cuadra, C. B. (2012). Right of access to healthcare for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*, 22(2), 267-271. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr049>
- Daig, I., Hinz, A., Spauschus, A., Decker, O., & Brähler, E. (2013). Are urban dwellers more depressed and anxious than the rural population? Results of a representative survey. *Psychotherapy and Psychosomatics medizinische Psychologie*, 63(11), 445–454. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1341469>
- Daskalakis, D., Bougioukos, G., & Fasoulis, V. (2014). Children's situation in Greece. The effects of economic crisis on children. UNICEF, Athens. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(7), 1005-1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01315-7>
- Douki, S., Tzagkarakis, I.S., & Karakatsani, D. (2021). Η Πολιτική για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία στην Ελλάδα κατά το Πρώτο Μισό του 20ου Αιώνα. *The HAPSc Policy Briefs Series*, 2(2), 289-297. <https://doi.org/10.12681/hapscpbs.29518>
- Douzenis, A., & Lykouras, L. (eds) (2008). *Forensic Psychiatry* [in Greece]. Paschalides Publications.
- Douzenis, A., Michopoulos, I., Economou, M., et al., (2010). Involuntary admission in Greece: a prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *The International Journal*

of *Social Psychiatry*, 58(2), 172-177.

<https://doi.org/10.1177%2F0020764010387477>

Douzenis, A., Michopoulos, I., Gournellis, R., et al., (2013). Differences between elderly voluntary and involuntary admitted patients in Greece. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 25–33.

<https://doi.org/10.1017/S1041610212001408>

Douzenis, A., Tsopelas, C., & Lykouras, L. (2014). Mental health law in Greece. *International Psychiatry*, 11(1), 11–12.

<https://doi.org/10.1192/S1749367600004203>

Durkheim, E., Buss R., Sennett R., & Riley A. (2006). *On suicide*. Penguin Books, New York.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5), 1–166. Ανάκτηση στις 30.11.2021 από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972131/>

Economou, C. (2010). Greece: health system review. *Health systems in Transition*, 12(7), 1-204. Ανάκτηση στις 30.11.2021:

[https://www.ecoi.net/en/file/local/1022780/1930\\_1421249930\\_e94660](https://www.ecoi.net/en/file/local/1022780/1930_1421249930_e94660)

Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., & Stefanis, C. (2016). Major depression amid financial crisis in Greece: will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of the disorder in Greece. *Psychiatry Research*, 242, 260-261.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.041>

\*Efthimiou, K., Argalia, E., Kaskaba, E., & Makri, A. (2013). Economic crisis & mental health. What do we know about the current situation in Greece? *ENCEPHALOS*, 50, 22-30. Ανάκτηση στις 30.11.2021 από:

[https://www.researchgate.net/publication/235932514\\_Economic\\_crisis\\_mental\\_health\\_What\\_do\\_we\\_know\\_about\\_the\\_current\\_situation\\_in\\_Greece](https://www.researchgate.net/publication/235932514_Economic_crisis_mental_health_What_do_we_know_about_the_current_situation_in_Greece)

Ellis, A.L., Collin, P., Hurley, J. P., Davenport, A.T., Burns, M.J., & Hickie, B.I. (2013). Young men's attitudes and behaviour in relation to mental health and technology: implications for the development of online mental health services. *BMC Psychiatry*, 13(119). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-119>

EU4Health programme 2021-2027: *A vision for a healthier European Union*. Ανάκτηση στις 14.4.2022 από:

[https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027-vision-healthier-european-union_en)

European Centre for Disease Prevention and Control: *Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19.*

Ανάκτηση στις 30.11.2021 από:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions>

Fetzer, T., Hensel, L., Hermle, J., & Roth, C. (2020). Coronavirus perceptions and economic anxiety. *Review of Economics and Statistics*, 103(5), 968–978.

[https://doi.org/10.1162/rest\\_a\\_00946](https://doi.org/10.1162/rest_a_00946)

Fiorillo & Gorwood (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 63(1).

E32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

Fischman, Y. (2008). Secondary trauma in the legal professions: a clinical perspective. *Torture*, 17(2), 107–115. Ανάκτηση στις 31/03/2021 από:

[https://irct.org/assets/uploads/1018-8185\\_2008-2\\_107-115.pdf](https://irct.org/assets/uploads/1018-8185_2008-2_107-115.pdf).

Fischer, M., Coogan, A. N., Faltraco, F., & Thome, J. (2020). COVID-19 paranoia in a patient suffering from schizophrenic psychosis - a case report. *Psychiatry Research*, 288(113001).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113001>

Fountoulakis, K., Apostolidou, M., Atsiova, M., Filippidou, A., Florou, A., Gousiou, D. et al. (2022). Mental health and conspirasism in health care professionals during the spring 2020 COVID-19 lockdown in Greece. *Acta Neuropsychiatrica*, 34(3), 132-147.

<https://doi.org/10.1017/neu.2021.38>

Frontex (2010). *Frontex deploys rapid border intervention teams to Greece.*

Ανάκτηση στις 04/04/2021 από: <http://aei.pitt.edu/15186/>

Frontex (2015). *710 000 Migrants entered EU in first nine months of 2015.* Ανάκτηση

στις 30.9.2021 από: [http://www.frontex.europa.eu/news/710-000-](http://www.frontex.europa.eu/news/710-000-migrantsentered-eu-in-first-nine-months-of-2015-NUiBkk)

[migrantsentered-eu-in-first-nine-months-of-2015-NUiBkk.](http://www.frontex.europa.eu/news/710-000-migrantsentered-eu-in-first-nine-months-of-2015-NUiBkk)

Frookaj, E. (2020). *Mental Health in Crisis: The Impact of COVID-19. Voices from the Sylff Community.* Ανάκτηση στις 06/04/2021 από:

[https://www.sylff.org/news\\_voices/28748/](https://www.sylff.org/news_voices/28748/)

Garoni, D., Sarantidis, D., & Katsadoros, K. (2016). Utilization of technological resources within the framework of operation of a Mobile Mental Health.

*Psychiatriki*, 27(4), 287-295.

<https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.274.287>

- \*Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016). Psychiatric reform in Greece: an overview. *The British Journal Psychiatry Bulletin*, 40(6), 326–328. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053652>
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, M.G. & Buka, L.S. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *The International Journal of Epidemiology*, 31(2), 359-67.
- \*Giotakos, O., Karabelas, D., & Kafkas, A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki*. 22(2), 109–19.
- Ghaleb, Y., Lami, F., Al Nsour, M., Abdulrahman, Rashak, H., Samy, S., S., Khader., Y. et al. (2021). Mental Health Impact of COVID-19 on HealthCare Workers in the Easter Mediterranean Region: A multi – country study. *The Journal of Public Health*, 43(3), iii34-iii42.  
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab321>
- Goodman, L.A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*.32:148–170, *Theoretical Economics Letters*, 32(1), 148-170.  
<https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>
- Grammatikopoulos, I., Koupidis, S., Petelos, E., & Theodorakis, P. (2011). Mental health policy in Greece: implications into practice in the era of economic crisis. *European Psychiatry*, 26(52), 539-539.  
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72246-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72246-5)
- Greenberg, N., Docerty, M., Gnanapragasam, S., Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during Covid-19 pandemic. *The British Medical Journal*, 368(m1211).  
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Groenewegen, P.P, Jurgutis, A. A (2013). Future for primary care for the Greek population. *Quality in Primary Care*, 21(6), 369-78.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N. et al., (2020). COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)

- Gutiérrez, R. (2014). Welfare Performance in Southern Europe: Employment Crisis and Poverty Risk. *The South European Society and Politics*, 19(3), 371-392. <https://doi.org/10.1080/13608746.2014.948592>
- Hale, T., Angrist N., Goildszmidt R., Kira B., Petherick A., Phillips T.et al., (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker).*Nature Human Behavior*. 5, 529–538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- Hearing voices.gr: Ελληνικό Δίκτυο «Ακούγοντας Φωνές». <http://www.hearingvoices.gr/index.php/el/component/content/article/78-hvathens/151-petition-drop-schizophrenia>
- Hoffart, A., Johnson, S.U., & Ebrahimi, O.V. (2020). Loneliness and Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Risk Factors and Associations With Psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 11(589127), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589127>
- Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382,1679-1681. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003539>
- HOMEPROJECT:Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://www.homeproject.org/>
- Healthcare personnel statistics: Ανάκτηση στις 30.11.2021: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare-personel statistics\\*physicians](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare-personel_statistics*physicians)
- Harvey, C., Killaspy, H., Martino, S., & Johnson, S.(2012). Implementation of Assertive Community Treatment in Australia: Model Fidelity, Patient Characteristics and Staff Experiences. *The Community of Mental HealthJournal*,48, 652–661. <https://doi: 10.1007/s10597-011-9466-x>
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *The American Journal of Orthopsychiatry*,75 (1), 3–18. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.3>
- International Organization for Migration (2008):*Greece. Athens, Greece: IOM; 2008*  
Ανάκτηση στις 30.11.2021 από: <https://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/where-we-work/europa/european-economic-area/greece.default.html?displayTab=facts-and-figures>
- Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., Mauratziotou, K. (2005). The reform of the Greek mental health services. *The Journal*



*of Mental Health*, 14(2), 197–203.

<https://doi.org/10.1080/09638230500060516>

- Kawohl, W., & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry* 7(5), 389–390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
- Kentikelenis, A., & Papanicolas, I. (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *The European Journal of Public Health*, 22(1), 4–5. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr190>
- Kessler, R.C., & Üstün, T. B. (2006). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Kolaitis, G., Fissas, C., Christogiorgos, S., & Asimopoulos, C. (2010). Patterns of child and Adolescent Mental Health Care in Greece. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 58–64. <https://doi.org/10.1080/14623730.2010.9721826>
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case. *The American Journal of Public Health*, 103(6), 973–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301126>
- Kotsalis, L., Margaritis, M., & Farsedakis, I. (2007). *Legislation on Narcotics. Explanatory Comments of Law 3459/2006 on Narcotics* [in Greek]. Sakkoulas Publications.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–25. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lammie, C., Harrison, T., Macmahon, K., & Knifton, L. (2010). Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 706–714. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01585.x>



- Lefley, H. P., & Johnson D. L., (Eds). (2002). *Family interventions in mental illness: international perspectives*. Praeger Publishers/ Greenwood Publishing Group. pp.3–23.
- Li, J., Yang, Z., Qiu, H., Wang, Y., & Li, K. (2020). Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID epidemic. *World Psychiatry, 19*(2), 249–250. <https://doi.org/10.1002/wps.20758>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., et al., (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *The International Journal of Biological Science, 16*(10), 1732–8. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Lionis, C., Symvoulakis, E., Markaki, A., et al., (2009). Special series. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *The International Journal of Integrated Care, 9*, e88. <https://doi.org/10.5334/ijic.322>
- Loukidou, E., & Mastrogiannakis, A. (2013). Power T., Craig, T., Thornicroft, G., Bouras, N. (2013). Greek mental health reform: views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki, 24*(1), 37–44.
- Lykomitrou, A., Geitona, M., Stylianidis, S., Pantelidou, S., & Souliotis, K. (2020). Economic Evaluation of Mobile Mental Health Units in Greece: The Case of Cyclades Islands. *Health, 12*(7), 891–903. <https://doi.org/10.4236/health.2020.127066>
- Madianos, G. M. (2013). Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the ‘psychiatric reform’ in Greece?. *Psychiatriki, 24*(1), 13–6.
- \*Madianos, G. M. (2020). The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999–2019. *The British Journal of Psychiatry International, 17*(2), 26–28. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.30>.
- Madianos, G. M., & Economou, M. (1999). The impact of a community mental health center on psychiatric hospitalizations in two Athens areas. *The Community of Mental Health Journal, 35*, 313–23. <https://doi.org/10.1023/a:1018709823154>
- Markel, H., Lipman H. B., Navarro, J. A., Sloan, A., Michalsen, J. R., Stern, A. M., & Martin, S. N. (2007). Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918–1919 influenza pandemic. *JAMA, 298*(6), 644–54. <https://doi.org/10.1001/jama.298.6.644>

- Matsaganis, M. (2013). *The Greek crisis: social impact and policy responses*. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Mavridis, S. (2018). Greece's Economic and Social Transformation 2008–2017. *Social Sciences*, 7(1), 9. <https://doi.org/10.3390/socsci7010009>
- McMillen, C., Zayas, E. L., Books, S., & Lee, M. (2008). Quality Assurance and Improvement Practice in Mental Health Agencies: Roles, Activities, Targets and Contributions. *Administration and Policy in Mental Health*, 35(6), 458-67. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0189-4>
- Mind (2017). *Mental health problems – an introduction*. Ανάκτηση στις 20.3.2022 από: <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/mental-health-problems-introduction/causes/>.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & McKee, M. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Moccia, L., Janin, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V. et al., (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>
- Newby, J. M., O'Moore, K., Tang, S., Christensen, H., & Faasse, K. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*, 15(7), e0236562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>
- Nikolaidis, G., Ntinapogias, A., & Stayrou, M. (2017) *Rapid assessment of mental health, psycho-social needs and services for unaccompanied children in Greece*. Institute of Child Health, UNICEF, Athens. Ανάκτηση στις 31.01.2022 από: [file:///C:/Users/gre/Downloads/FINAL\\_MHPSS%20EXEC%20SUM%20017\\_EN%20-%202017%20OCT%2017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gre/Downloads/FINAL_MHPSS%20EXEC%20SUM%20017_EN%20-%202017%20OCT%2017%20(1).pdf)
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutto, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruanda, C., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(10173). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8>

- Nugter, M.A., Engelsbel, F., Bähler, M. Keet, R., & Van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *The Community of Mental Health Journal*, 52(8), 898-907. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S.P. (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44(7), 558–568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
- Ohannessian, R. (2015). Telemedicine: potential applications in epidemic situations. *European Research in Telemedicine*, 4(3),95–98. <https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2015.08.002>
- Oikonomou, N., & Mariolis, A. (2010). How is Greece conforming to Alma Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis?. *The British Journal of General Practice*, 60(575), 456-457. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X509711>.
- Paliura, M., Papadopoulos, D., & Vorvolakos, T. (2015). Review of the Greek efforts to modernize and adapt the legislation regarding psychiatric patients' rights including compulsory admissions law, as well as the infrastructure of psychiatric care. *Encephalos*, 52, 53-58.
- Panchal, N., Kamal, R., Cox., C., & Carfield C. (2021). *The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use*. Ανάκτηση στις 22.4.2022 από: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-/>
- Papadopoulos, T., & Roumpakis, A. (2013). Familistic welfare capitalism in crisis: social reproduction and anti-social policy in Greece. *The Journal of International and Comparative Social Policy*, 29(3), 204-224. <https://doi.org/10.1080/21699763.2013.863736>
- \*Parlapani,E., Holeva,V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G.N., et. al., (2020). Psychological and Behavioral Responses to the COVID-19 Pandemic in Greece. *Frontiers in Psychiatry*, 11(821). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00821>
- Pawaskar,R., Mahajan,N., Wangoo,E., Khan,W., Bailey,J., & Vines, R. (2022).Staff perceptions of the management of mental health presentations to the emergency department of a rural Australian hospital: qualitative study.

*BMC Health Services Research*,22(87). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07476-7>

- Paxinos, I., & Kalantzi-Azizi, A. (2009). Quality of life of residents of the community hostels of Leros-Greece: clinical and social functioning profile of the ex-patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 55(6), 483–95. <https://doi.org/10.1177/0020764009104280>
- Perednia, D. A. & Allen, A. (1995). Telemedicine technology and clinical applications. *JAMA*, 273(6),483–8. <https://doi.org/10.1001/jama.273.6.483>
- Pereira-Sanchez, V., Adiukwu, F., El Hayek, S., Gashi Bytyçi, D., Gonzalez-Diaz J. M., Kudva Kundadak, G., et al., (2020). COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), E29–E30. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30153-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30153-X)
- Peritogiannis, V., & Tsoli, F. (2021). Perspective The Greek Hybrid Version of the Assertive Community Treatment Model: A Perspective View between Challenges and Limitations. *Psych*, 3(4), 792-799. <https://doi.org/10.3390/psych3040050>
- Peritogiannis, V., Manthopoulou, T., Gogou, A., & Mavreas, V. (2017). Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit. *The Journal of Neuroscience in Rural Practice*, 8(4), 556–561. [https://doi.org/10.4103%2Fjnpr.jnpr\\_142\\_17](https://doi.org/10.4103%2Fjnpr.jnpr_142_17)
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Ramalho, R., Adiukwu, F., Bytyçi, D. G., El Hayek, S., Gonzalez-Diaz, J. M,et al., (2020). Telepsychiatry During the COVID-19 Pandemic: Development of a Protocol for Telemental Health Care. *Frontiers in Psychiatry*, 11(55245), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.552450>
- Reavley, J. N., & Jorm, F.A. (2011). Young people's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian national survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*,45(12), 1033-1039. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.614216>
- Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W. et al., (2011). *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: McGraw-Hill.

- Ren, Z., Zhou, Y. & Liu, Y. (2020). The psychological burden experienced by Chinese citizens during the COVID-19 outbreak: prevalence and determinants. *BMC Public Health*, 20(1617), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09723-0>
- Röthlin, F., Pelikan, J., & Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger*. HVSV; Wien, Austria: 2013
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R. et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera A. M., Shadid J., et al., (2021). COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, *The Lancet*, 398(10312),P1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Semrau, M. Barley, E.A. Law, A., & Thornicroft, G.(2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10(3),217–225.<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060.x>
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J.F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *The Journal of Affective Disorders*, 277, 347–357. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jad.2020.08.034>
- Seven, S. U., Stoll, M., Dubeert, D., Kohls, C., Wemer, P. & Kalbe, E. (2020). Perception, Attitudes, and Experiences Regarding Mental Health Problems and Web Based Mental Health Information Amongst Young People with and without Migration Background in Germany. A Qualitative Study. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 81. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010081>
- Shuja, K. H, Aqeel, M., Jaffar, A., & Ahmed, A. (2020). COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 32-35. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.32>

- Signorini, G., Singh, S. P., Boricevic-Marsanic, V., Dieleman, G., Dodig-Curkovic, K., Franic, T., .....& de Girolamo, G. (2017). Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *The Lancet Psychiatry*,4(9), P715-724.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30127-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30127-X)
- Sicilianos, L. A. (2013).*European Pact for Human Rights- articles interpretation*. Athens: Legal Library.
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S., & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: A systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 497–502, discussion: 503-5.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.497>
- Shim, R & Rust, G. (2013). Primary care, behavioral health, and public health: partners in reducing mental health stigma. *The American Journal of Public Health*, 103(5), 774–776. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301214>
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 115(2-3),111–119.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>
- Song, X.; Fu, W.; Liu, X.; Luo, Z.; Wang, R.; Zhou, N.; et al. (2020). Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain Behavior and Immunity*,88, 60–65.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.002>
- \*Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, K. C., & Economou, M. (2017). Psychiatrists role in primary health care in Greece: Findings from a quantitative study. Project. *The International Journal of Mental Health System*, 11(65), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0172-0>
- Stein, M.B. (2022). *COVID-19: Psychiatric illness*. Ανάκτηση στις 20.5.2022 από:  
<https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness>
- Stylianidis, S., Pantelidou, S., Poullos, A., Lavdas, M., & Lamnidis, N. (2016). Mobile mental health units on the Islands: The experience of Cyclades. In S. Stylianidis (Ed.), *Social and community psychiatry: Towards a critical, patient-oriented approach* (pp.167–191). Springer International Publishing.

- Swanson, C. L. & Trestman, R.L. (2018). Rural Assertive Community Treatment and Telepsychiatry. *The Journal of Psychiatric Practice*, 24(4),269–273.  
<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000313>
- Test, M.A., & Stein, L. I. (1978). Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 350–364.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/4.3.350>
- Theotoka, I., Frrokaj, E., Tsaliki, C., Issari, P., & Paparrigopoulos, T. (2015). Psychological Disorders of Caregivers of Patients with Dementing Disorders: Increase of Psychopathology and economic crisis in Greece. *The Hellenic Journal of Nuclear Medicine*, 18, 173-179.
- Thio, A. (2008). *Deviant behavior*. (Greek translation Tsouramanis, C). Athens: Ellin.
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., ..... & Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2),67–77.  
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>
- Thome, J., Coogan, A. N., Fischer, M., Tucha, O., & Faltraco, F. (2020). Challenges for mental health services during the 2020 COVID-19 outbreak in Germany. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(7), 407.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.13019>
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
- Tragaki, A., & Lenos, K. (2017). Suicide Rates in Greece: Comparing Mortality Data with Police Reporting Statistics and Investigating Recent Trends. *Finnish Year book of Population Research*, 51,61–75.  
<https://doi.org/10.23979/fypr.58961>
- Tsobanoglou, G.O, Korres, G., & Giannopoulos, I. (2005). *Social blockade and inclusion policies*. Athens: Papazisi.
- Tylee, A., & Walters, P. (2007). Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done?. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2007, 68 (Suppl 2), 27–30.
- UEMS-CAP, Jacobs, B. (2014).*European Training Logbook for Child and Adolescent Psychiatry* (UEMS).



[http://www.uemscap.eu/uploads/45/UEMS Logbook final - 12-01-2014 - no password-pdf](http://www.uemscap.eu/uploads/45/UEMS_Logbook_final_-_12-01-2014_-_no_password-pdf)

- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behavior and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
- World Bank. (2020). *Global Economic Prospects*. Ανάκτηση στις 21/4/22 από: <http://hdl.handle.net/10986/33748>
- World Health Organization (WHO) & World Organization of Family Doctors. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>
- WHO Global Observatory for eHealth. (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
- World Health Organization. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Interim guidance (2020). Ανάκτηση στις 10.4.2022 από: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331492>
- Xiaoming, X.; Ming, A.; Su, H.; Wo, W.; Jianmei, C.; Qi, Z.; et al. (2020). The psychological status of 8817 hospital workers during COVID-19 Epidemic: A cross-sectional study in Chongqing. *The Journal of Affective Disorders*, 276(2020), 555–561. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jad.2020.07.092>