

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Το θέμα της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) έχει απασχολήσει τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια, καθώς η σύγχρονη τάση είναι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές να θεραπεύονται στην κοινότητα. Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι η παρουσίαση ορισμένων δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο επίπεδο της ΠΦΥ, η αναδρομή σε αντίστοιχα παραδείγματα στη χώρα μας και η ανάδειξη της χρησιμότητας τέτοιων πρακτικών στην Ελλάδα, στην εποχή της οικονομικής κρίσης. Γενική διαπίστωση είναι ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές είναι συχνές στους κλινικούς πληθυσμούς της ΠΦΥ και ότι οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην αναγνώριση και τη θεραπεία τους. Ακόμη, οι χρόνιοι ψυχικοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας και χρειάζονται φροντίδα. Τα προτεινόμενα μοντέλα ενσωμάτωσης περισσότερο εξειδικευμένης φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνουν την παρουσία ψυχιάτρων ή άλλου εκπαιδευμένου προσωπικού στο χώρο της ΠΦΥ, τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής και γενικής υγείας, καθώς και τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας, οι οποίες στην Ελλάδα, στις περιοχές της περιφέρειας, δραστηριοποιούνται ως κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ). Οι ΚΜΨΥ στη χώρα μας παρέχουν πολυεπίπεδη φροντίδα με χαμηλό κόστος, είναι πλήρως ενταγμένες στο σύστημα της ΠΦΥ και θα μπορούσαν να αποτελέσουν την καλύτερη λύση ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε μια εποχή που, λόγω της οικονομικής κρίσης, υπάρχουν αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού και μειωμένοι πόροι. Η πολιτεία αξίζει να επενδύσει στις ΚΜΨΥ, εξασφαλίζοντας την ομαλή χρηματοδότησή τους.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πολλά χρόνια, η έννοια της ψυχικής νόσου ήταν ταυτισμένη με τις σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, όπως οι ψυχώσεις, που θεωρούνταν ανίατες και αναπόφευκτα αναπηριόγones. Ως τόπος θεραπείας των σοβαρών ψυχικών νοσημάτων λογίζονταν μόνο τα ψυχιατρεία και τα άσυλα. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αποδεκτό ότι για τις ψυχικές διαταραχές υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες και ακόμη έχει καταστεί αντιληπτή η διαρκώς αυξανόμενη νοσηρότητα από άλλα ψυχικά νοσήματα, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.¹ Τόπος θεραπείας όλων των ψυχιατρικών παθήσεων είναι πλέον το περιβάλλον των ασθενών, δηλαδή η κοινότητα, ενώ οι σοβαρές υποτροπές αντιμετωπίζονται με βραχυχρόνιες συνήθως νοσηλείες στα τμήματα οξέων περιστατικών και στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων.

Η αλλαγή στη θεραπευτική προσέγγιση έχει αναδείξει τις ανάγκες που υπάρχουν σε επίπεδο θεραπείας στην κοινότητα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ). Στις δυτικές χώρες, όπου το σύστημα υγείας στηρίζεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως για παράδειγμα η Μεγάλη Βρετανία, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα ορίζουν ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως οι αγχώδεις διαταραχές και τα καταθλιπτικά σύνδρομα, αντιμετωπίζονται αρχικά στο επίπεδο της ΠΦΥ.² Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα ανά τον κόσμο που αποσκοπούν στην παροχή (ενσωμάτωση) υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως αναπόσπαστου τμήματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι η παρουσίαση ορισμένων δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο επίπεδο της ΠΦΥ, η αναδρομή σε αντίστοιχα παραδείγματα

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(6):669-677
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(6):669-677

**Β. Περιτογιάννης,¹
Χ. Ληξουριώτης,²
Β. Μαυρέας³**

¹Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, Εταιρεία
Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου,
Ιωάννινα

²Κέντρο Υγείας Δίστομου, Γενικό
Νοσοκομείο Λιβαδειάς, Δίστομο

³Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ιωάννινα

The integration of mental health
services into primary health care
in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ενσωμάτωση
Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας
Κοινές ψυχικές διαταραχές
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Ψυχώσεις

Υποβλήθηκε 8.4.2014
Εγκρίθηκε 21.4.2014

στη χώρα μας και η ανάδειξη της χρησιμότητας τέτοιων πρακτικών στην Ελλάδα στην εποχή της οικονομικής κρίσης.

2. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

2.1. Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σε μια κοινή προσπάθεια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η Παγκόσμια Οργάνωση των Γενικών Ιατρών εκτίμησαν τα πλεονεκτήματα της ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ.³ Οι διαπιστώσεις των δύο αυτών οργανισμών παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Οι διαπιστώσεις αφορούσαν στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας από τους ιατρούς της ΠΦΥ. Στο ίδιο άρθρο αναγνωρίστηκαν διάφοροι περιορισμοί του συγκεκριμένου μοντέλου, που παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Σε χώρες με καλά αναπτυγμένο δίκτυο υπηρεσιών ΠΦΥ, το ποσοστό παραπομπής περιστατικών κατάθλιψης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες είναι <20%.⁴ Το εν λόγω στοιχείο δεν σημαίνει απαραίτητα ότι τέτοιες διαταραχές αντιμετωπίζονται επαρκώς σε αυτό το επίπεδο. Έχει αναφερθεί

ότι συχνά μένουν αδιάγνωστες ή, ακόμη κι όταν τίθεται η διάγνωση, οι ασθενείς δεν λαμβάνουν την ενδεδειγμένη θεραπεία.⁵ Η ανεπάρκεια του σχετικού μοντέλου πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας αποδεικνύεται από μια μετα-ανάλυση 41 μελετών στην ΠΦΥ σχετικά με την αναγνώριση της κατάθλιψης από τους γενικούς ιατρούς.⁶ Τα μισά περιστατικά παρέμειναν αδιάγνωστα από τους ιατρούς της ΠΦΥ, ενώ μόλις στο 20% των περιπτώσεων οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών περιείχαν επαρκείς πληροφορίες για την κλινική εικόνα των καταθλιπτικών ασθενών. Ειδικά στην περίπτωση των ηλικιωμένων ασθενών, η διάγνωση δυσχεραίνεται από την επικράτηση στην κλινική εικόνα λιγότερο τυπικών συμπτωμάτων, όπως τα σωματικά ενοχλήματα και τα παράπονα για διαταραχές μνήμης.⁷

Αν και η εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι ιατροί της ΠΦΥ είναι γενικά διστακτικοί και συχνά απρόθυμοι να ασχοληθούν με τις ψυχικές διαταραχές,⁸ υπάρχουν και αντίθετες ενδείξεις. Σε μια πρόσφατη μελέτη στην πολιτεία του Κεμπέκ του Καναδά, ένα δείγμα 60 γενικών ιατρών μελετήθηκε ως προς τις εμπειρίες τους από την αντιμετώπιση ψυχικά ασθενών. Βρέθηκε ότι τουλάχιστον το 20% των επισκέψεων των ασθενών αφορούσαν σε ψυχικές διαταραχές και οι γενικοί ιατροί ένιωθαν εξοικειωμένοι με τις συνήθεις διαταραχές, όχι όμως με τις σοβαρές ψυχικές παθήσεις. Επιπρόσθετα, οικονομικά κίνητρα και ατομικά χαρακτηριστικά των γενικών ιατρών συνέβαλαν στη διαχείριση των ψυχικά ασθενών. Οι ιατροί θεωρούσαν ότι η συνεργασία με ειδικούς ψυχικής υγείας ήταν βασική για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών, ανέφεραν όμως σημαντικές δυσκολίες στην πρόσβαση σε εξειδικευμένη γνώση. Η ενασχόληση με τις ψυχικές διαταραχές θεωρήθηκε ως πειστική, καθώς απαιτούσε περισσότερο χρόνο, ευελιξία και συναισθηματική επένδυση, ταυτόχρονα όμως πρόσφερε ηθική ικανοποίηση στους ιατρούς.⁹

Αξίζει να σημειωθεί ότι από την πλευρά των ασθενών υπάρχει επίσης διστακτικότητα στην ανάληψη της φροντίδας ψυχικής υγείας από τους ιατρούς της ΠΦΥ. Σε μια πρόσφατη μελέτη στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας αναζητήθηκαν οι γνώμες από ένα δείγμα 150 ασθενών με ψυχικές διαταραχές που παρακολουθούνταν από κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας. Ποσοστό 68% των ασθενών δήλωσαν ότι προτιμούσαν να συνεχίσουν να λαμβάνουν εξειδικευμένη φροντίδα ακόμη και όταν η κλινική τους κατάσταση θα σταθεροποιείτο και ο βασικός λόγος ήταν ότι δεν εμπιστεύονταν την ποιότητα της παρεχόμενης από τους γενικούς ιατρούς φροντίδας ψυχικής υγείας. Το 20% των ασθενών προτιμούσαν τη συνέχιση της παρακολούθησης από γενικούς ιατρούς, επειδή εμπιστεύονταν την επάρκειά τους και επί πλέον εκτιμούσαν ότι θα είχαν κατάλληλη φροντίδα και για τη σωματική νοσηρότητα.¹⁰ Ενθαρρυντικά υπήρξαν πάντως

Πίνακας 1. Τα πλεονεκτήματα της ενσωμάτωσης.³

Εύκολη πρόσβαση
Έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
Συνέχεια στη φροντίδα
Μεγαλύτερες πιθανότητες αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα
Προστασία ανθρωπινων δικαιωμάτων των ασθενών
Βελτίωση ικανοτήτων προσωπικού ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας
Ολιστική φροντίδα – καλύτερα αποτελέσματα στη φροντίδα της σωματικής υγείας των ψυχικά πασχόντων
Μείωση κόστους
Μείωση στίγματος και διακρίσεων
ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Πίνακας 2. Περιορισμοί στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας από τους ιατρούς της ΠΦΥ.³

Ανεπαρκής εκπαίδευση στη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών
Διστακτικότητα των γενικών ιατρών να αναλάβουν τέτοια περιστατικά
Χρονικοί περιορισμοί
Ανάγκη για τακτική εποπτεία από επαγγελματίες ψυχικής υγείας
ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

τα αποτελέσματα ενός πρωτοποριακού προγράμματος στο Sydney της Αυστραλίας, όπου επιχειρήθηκε η παραπομπή χρόνιων, σταθεροποιημένων ασθενών, στην πλειοψηφία τους ψυχωτικών, από την κοινοτική ομάδα ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ. Η μετάβαση των ασθενών από τη μια υπηρεσία στην άλλη ήταν σταδιακή και οι υπεύθυνοι γενικοί ιατροί είχαν πάντα τη δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με την παραπέμπουσα υπηρεσία ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα σε διάστημα τριετίας σε 56 ασθενείς έδειξαν ότι η κλινική τους κατάσταση όχι απλά δεν επηρεάστηκε από τη μετάβαση στην ΠΦΥ, αλλά βελτιώθηκε περαιτέρω και επίσης οι γενικοί ιατροί μπορούσαν να διαχειριστούν τη σωματική νοσηρότητα των ασθενών.¹¹

2.2. Προτεινόμενα μοντέλα ενσωμάτωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η διαπίστωση ότι οι περιορισμοί στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας από τους γενικούς ιατρούς είναι σημαντικοί έχει από χρόνια οδηγήσει στην αναζήτηση τρόπων ενσωμάτωσης περισσότερο εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο επίπεδο της ΠΦΥ. Ορισμένα από τα προτεινόμενα μοντέλα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Σε μια παλαιότερη μελέτη αξιολογήθηκε η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας σε αγροτικές περιοχές της Τασμανίας, στην Αυστραλία. Η τοποθέτηση ενός επισκέπτη ψυχικής υγείας στην τοπική πρωτοβάθμια υγειονομική υπηρεσία επέφερε βελτίωση της συμπτωματολογίας και της ποιότητας ζωής 145 ασθενών με διάφορες ψυχικές ασθένειες σε περίοδο ενός έτους.¹³

Πιο πρόσφατες πληροφορίες προήλθαν από το πρόγραμμα ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του συστήματος περίθαλψης των βετεράνων (veterans health administration, VHA) στις ΗΠΑ. Το πρόγραμμα αυτό έχει αναλάβει από το 2007 πρωτοβουλίες για την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη που παρέχει στους ασφαλισμένους του. Όλες οι δομές ΠΦΥ του προγράμματος απαιτείται να απασχολούν έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας

σε μόνιμη βάση.¹⁴ Στο πλαίσιο αυτών των πρωτοβουλιών έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες, ορισμένες από τις οποίες θα αναφερθούν παρακάτω. Γενικά στις ΗΠΑ, οι πάροχοι δημόσιας περίθαλψης δίνουν μεγάλη σημασία στην ενσωμάτωση και θεωρούν ότι είναι κλινικά αποτελεσματική και πλεονεκτεί στη σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με τα παραδοσιακά προγράμματα.¹⁵

Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα ενός προγράμματος ενσωμάτωσης στην περιοχή της Βολογνα στην Ιταλία. Αξιολογήθηκαν οι παραπομπές περιπτώσεων με καταθλιπτικές, αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές σε ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας σε διάστημα μιας τριετίας. Ποσοστό 57,4% του συνόλου των ασθενών με τέτοιες διαταραχές που εξετάστηκαν στη συγκεκριμένη υπηρεσία αποτελούσαν παραπομπές από την ΠΦΥ. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι μεγαλύτερες δυσκολίες στην πρόσβαση στην εξειδικευμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας αντιμετώπιζαν οι νέοι που διέμεναν σε αστικές περιοχές. Προτάθηκαν τρόποι αντιμετώπισης των συγκεκριμένων φραγμών στην πρόσβαση, όπως η βελτίωση της διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και ψυχιατρικής φροντίδας.¹⁶

Η εφαρμογή προγραμμάτων ενσωμάτωσης επηρεάζεται από τους διαθέσιμους σε κάθε χώρα πόρους. Για παράδειγμα στην Κένυα, μια από τις πτωχότερες χώρες στον κόσμο, με 75 ψυχιάτρους για 38 εκατομμύρια κατοίκους κατά το έτος 2010, εφαρμόστηκε ένα πιλοτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης του προσωπικού της ΠΦΥ υπό την αιγίδα της κυβέρνησης και του ΠΟΥ. Η εκπαίδευση διήρκεσε 5 ημέρες και αφορούσε αρχικά σε 1.673 εργαζόμενους στην ΠΦΥ. Ταυτόχρονα, σχηματίστηκαν ομάδες υποστήριξης των επαγγελματιών της ΠΦΥ στο χειρισμό ψυχικά ασθενών, αποτελούμενες από ψυχιάτρους και ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό.¹⁷ Σε μια άλλη αφρικανική χώρα, το Μαλάουι, διεξήχθη ένα ακόμη εκπαιδευτικό πρόγραμμα υπό την καθοδήγηση του ΠΟΥ, που αποσκοπούσε στην εκπαίδευση 271 τοπικών «βοηθών επιτήρησης υγείας» (health surveillance assistants). Η αξιολόγηση του προγράμματος έδειξε ότι συνεισέφερε στη γνώση των επαγγελματιών υγείας για τις ψυχικές νόσους και τους επέτρεψε να διαχειριστούν ψυχικά πάσχοντες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες ήταν εστιασμένες σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα και πιέσεις των ατόμων και προσαρμοσμένες στην τοπική κουλτούρα.¹⁸ Φαίνεται όμως ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών της ΠΦΥ από μόνη της δεν είναι αρκετή για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Αυτό αναδείχθηκε σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση τυχαίοποιημένων, ελεγχόμενων μελετών, όπου βρέθηκε ότι η εκπαίδευση γενικών ιατρών στη φροντίδα ασθενών με μια κοινή ψυχική διαταραχή, όπως

Πίνακας 3. Μοντέλα ενσωμάτωσης.¹²

Τακτικά ιατρεία Ψυχιατρικής στις τοπικές μονάδες υγείας
Επαγγελματίες ψυχικής υγείας (συνήθως εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό) στις τοπικές μονάδες υγείας
Διασύνδεση τοπικής μονάδας ψυχικής υγείας με υπηρεσία ψυχικής υγείας
Κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας

η κατάθλιψη, δεν σχετίστηκε με βελτίωση της έκβασης. Οι συγγραφείς πρότειναν η εκπαίδευση να συνδυάζεται με την εφαρμογή κατευθυντήριων θεραπευτικών οδηγιών και με δομικές αλλαγές στο σύστημα παροχής φροντίδας.¹⁹

Γενικά, οι διαθέσιμες μελέτες είναι λίγες και περισσότερο στηρίζονται σε τοπικές ανάγκες και πρακτικές. Πρόκειται κυρίως για ερευνητικά πρωτόκολλα που χρηματοδοτούνται από τα κατά τόπους συστήματα υγείας. Η εφαρμογή των μεθόδων που μελετήθηκαν σε πραγματικές συνθήκες καθημερινής κλινικής πράξης και σε άλλες περιοχές με διαφορετικής δομής σύστημα ΠΦΥ είναι αμφίβολη. Υπάρχει πάντως η άποψη ότι η απλή διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της ΠΦΥ δεν είναι αρκετή για την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.¹² Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εξ άλλου, η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών της ΠΦΥ και των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας συχνά είναι χαμηλή.²⁰

3. ΠΕΔΙΑ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ

3.1. Κοινές ψυχικές διαταραχές

Οι λεγόμενες κοινές ψυχικές διαταραχές διαγιγνώσκονται σε μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Μια παλαιότερη μελέτη στη Δανία έδειξε ότι οι μισοί από τους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν το σύστημα της ΠΦΥ πληρούσαν τα κριτήρια της διεθνούς ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (ICD-10) για μια ψυχική διαταραχή, ενώ το 1/3 των ασθενών είχαν περισσότερες της μίας διαταραχές.²¹ Αν και θεωρούνται πιο ήπιες σε σχέση με άλλες ψυχικές παθήσεις, λόγω της μεγάλης συχνότητάς τους προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και επιβάρυνση για το σύστημα υγείας. Σε ορισμένες μάλιστα από αυτές κυριαρχούν στην κλινική εικόνα σωματικής φύσης συμπτώματα, που προκαλούν συχνή χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ.²² Σε μια πολύ πρόσφατη μεγάλη μελέτη που χρηματοδοτήθηκε από το VHA στις ΗΠΑ, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλους τους ασθενείς οι οποίοι εξετάστηκαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε διάστημα ενός έτους και εντοπίστηκαν 36.263 άτομα που παρουσίαζαν τέτοια συμπτώματα. Βρέθηκε ότι όσοι εκτιμήθηκαν άμεσα από τη συστεγαζόμενη υπηρεσία ψυχικής υγείας είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή να τεθούν σε ψυχοθεραπεία. Το συμπέρασμα ήταν ότι η συστέγαση των υπηρεσιών και η άμεση παραπομπή για περαιτέρω εξέταση των ασθενών με καταθλιπτικά συμπτώματα διευκολύνει την παροχή βέλτιστης φροντίδας.¹⁴

Σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές και τις κατευθυντή-

ριες θεραπευτικές οδηγίες, οι κοινές ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται στην ΠΦΥ. Όπως προαναφέρθηκε, η θεραπεία σε αυτό το επίπεδο έχει σημαντικούς περιορισμούς, ώστε η συνεργασία με μια τοπική εξειδικευμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας να είναι χρήσιμη και επωφελής.

3.2. Σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές

Η ανάλυση της φροντίδας ψυχωτικών ασθενών από τους ιατρούς της ΠΦΥ παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις και γενικά δεν προτείνεται, τουλάχιστον όχι δίχως επίβλεψη από ειδικούς της ψυχικής υγείας.²³ Όμως, οι ψυχωτικοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά κυρίως νοσήματα.²⁴ Επομένως, το προσωπικό της ΠΦΥ χρειάζεται να εμπλακεί στη φροντίδα της σωματικής τους υγείας. Ωστόσο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η πρόσβαση των ψυχωτικών ασθενών στο σύστημα υγείας είναι δυσχερής. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη στις ΗΠΑ σε δείγμα 156.475 ενηλίκων ατόμων, οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές ανέφεραν σημαντικά εμπόδια σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΠΦΥ.²⁵ Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου επισκέπτονται ιατρούς άλλων, πλην ψυχιατρικής, ειδικοτήτων, τα συμπτώματά τους μπορεί να τους εμποδίσουν να εκφράσουν τα σωματικά τους ενοχλήματα και να αποδώσουν το μέγεθος των προβλημάτων τους ώστε να καταστούν αντιληπτοί από τους ιατρούς.²⁶

Σε μια πιλοτική έρευνα, οι Snyder et al²⁷ μελέτησαν 23 ψυχωτικούς ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα από μονάδα ψυχικής υγείας ενσωματωμένη στην ΠΦΥ και τους συνέκριναν με ισάριθμους ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν ξεχωριστά φροντίδα για τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Εντοπίστηκαν συγκρίσιμα αποτελέσματα σε διάφορες παραμέτρους και, συνολικά, η ενσωματωμένη φροντίδα κρίθηκε πολύ ικανοποιητική από τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν ενθαρρυντικά, δεδομένων των υψηλών ποσοστών σωματικής νοσηρότητας των ψυχωτικών ασθενών. Φαίνεται ότι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ δημιουργεί προϋποθέσεις καλύτερης διαχείρισης της σωματικής νοσηρότητας των ψυχωτικών ασθενών.

4. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με παλαιότερα δεδομένα από την ελληνική βιβλιογραφία, οι απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα ψυχικής υγείας.²⁸ Νεότερες διεθνείς αναφορές επιβεβαιώνουν ότι στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι περιορισμένη, με τον τόπο

διαμονής να περιλαμβάνεται ανάμεσα στα αίτια. Ακόμη, περισσότερες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες στα αστικά κέντρα παρά στις περιοχές της περιφέρειας.²⁹ Στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στις περιοχές της περιφέρειας, υπάρχει το σύστημα της ΠΦΥ, που είναι καλά οργανωμένο με κέντρα υγείας (ΚΥ) και περιφερειακά ιατρεία³⁰ και οι πολίτες απευθύνονται σε αυτό για τα προβλήματα υγείας τους. Λόγω της αυξημένης συχνότητας των ψυχικών διαταραχών έχουν γίνει εμφανείς οι ελλείψεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αναγνωρίζονται οι ανάγκες για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας ψυχικής υγείας σε αυτό το επίπεδο.^{31,32} Σε μια πρόσφατη ελληνική μελέτη σε νησιωτικό πληθυσμό ανιχνεύθηκαν κλινικά σημαντικά συμπτώματα, σε ποσοστό 22% των εξετασθέντων.³³ Ακόμη πιο πρόσφατα, σε μια μελέτη στο ΚΥ Γυθείου, σε κλινικό πληθυσμό 500 ασθενών με διάφορα προβλήματα υγείας, με μέση ηλικία τα 67,8 έτη, αποκαλύφθηκαν ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων της τάξης του 32,6%. Υπήρξε ισχυρή συσχέτιση τέτοιων συμπτωμάτων με νοσήματα όπως η χρόνια αρθρίτιδα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.³⁴ Σε άλλη πρόσφατη μεγάλη μελέτη, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού 4.894 ατόμων από διάφορες περιοχές της χώρας, εκτιμήθηκε η επικράτηση όλων των κοινών ψυχικών διαταραχών σε διάστημα μίας εβδομάδας. Κλινικά σημαντική νοσηρότητα βρέθηκε στο 14% του πληθυσμού. Η ανεργία καταγράφηκε ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου, ενώ άλλα ευρήματα ήταν ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές συχνά συνυπήρχαν, έμεναν αδιάγνωστες και σχετιζόνταν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για το σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας ανά την επικράτεια, σε μια εποχή περικοπών των δαπανών για την υγεία.³⁵

Η πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας υπολείπεται των αναγκών του πληθυσμού, για λόγους που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τις ελλείψεις σε προσωπικό, την ανεπάρκεια υποδομών και χρηματοδότησης, την απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και την ασάφεια του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών.³⁶ Στην Ελλάδα, οι τοπικές πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας, δηλαδή τα ΚΥ, δεν διαθέτουν εξειδικευμένο στην ψυχική υγεία νοσηλευτικό ή άλλης ειδικότητας προσωπικό, ενώ στην περιφέρεια συνήθως δεν υπάρχουν τοπικές μονάδες ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Το μοντέλο της ανάπτυξης εξωτερικού ιατρείου Ψυχιατρικής στα ΚΥ υλοποιείται εδώ και δεκαετίες από τα τοπικά γενικά νοσοκομεία, με το θεσμό του επισκέπτη ψυχιάτρου. Τα αποτελέσματα της παρουσίας ψυχιάτρου στα ΚΥ του νομού Ιωαννίνων δημοσιεύτηκαν πριν από μια δεκαετία.³⁷ Σύμφωνα με τους συγγραφείς, παρ' ότι ο χώρος της ΠΦΥ βιβλιογραφικά θεωρείται ενδεδειγμένος για

ψυχιατρική παρέμβαση λόγω της θεωρητικά εκτιμώμενης έλλειψης του στίγματος της ψυχικής διαταραχής, εν τούτοις τα προσερχόμενα στα ΚΥ για εξέταση άτομα ήταν λιγότερα του συνόλου των πασχόντων. Οι συγγραφείς διατύπωσαν την άποψη ότι ανασταλτικό ρόλο στην προσέλευση των ασθενών ενδέχεται να διαδραματίζει η εντοπιότητα του προσωπικού που εργάζεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Θεωρήθηκε πιθανόν οι ασθενείς να αποφεύγουν τα ΚΥ για το λόγο αυτόν και να προσφεύγουν σε υπηρεσίες των πλησιέστερων πόλεων. Εξ άλλου, ο θεσμός του επισκέπτη ψυχιάτρου των ΚΥ δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς ως προς την αποτελεσματικότητά του, εκτός από την προφανή χρησιμότητα της παρουσίας εξειδικευμένου ιατρού στην ΠΦΥ.

5. ΟΙ ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ

Οι ανάγκες ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ επιχειρείται να καλυφθούν τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, όπως οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ) που δραστηριοποιούνται στον τόπο διαμονής των ασθενών και παρέχουν πολύπλευρη, διεπιστημονική φροντίδα στους ψυχικά πάσχοντες. Τμήμα του έργου τους έχει παρουσιαστεί στην ελληνική βιβλιογραφία,³⁸⁻⁴⁰ ενώ η αποτελεσματικότητά στη φροντίδα των ψυχωτικών ασθενών έχει δημοσιευτεί πρόσφατα στο διεθνή επιστημονικό τύπο.^{41,42}

Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται να γίνει στην ανταπόκριση των ΚΜΨΥ στις ανάγκες των ηλικιωμένων ψυχικά ασθενών για παροχή φροντίδας. Σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη, στις περιοχές της επαρχίας, όπου δραστηριοποιούνται οι ΚΜΨΥ, ποσοστό >30% του πληθυσμού είναι ηλικιωμένοι.⁴³ Υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές ότι ο εν λόγω πληθυσμός καθυστερεί σημαντικά ή αποτυγχάνει να έλθει σε επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έπειτα από την έναρξη μιας ψυχικής διαταραχής.^{44,45} Ακόμη, στους ηλικιωμένους οι ψυχικές διαταραχές ενδέχεται να εμφανίζονται με λιγότερο χαρακτηριστικές κλινικές εικόνες και να δημιουργούνται διαγνωστικές δυσχέρειες. Ορισμένοι μάλιστα υποστηρίζουν ότι τα διαθέσιμα διαγνωστικά συστήματα δεν βρίσκουν απόλυτη εφαρμογή στη διάγνωση νοσημάτων όπως η κατάθλιψη σε αυτόν τον πληθυσμό.⁴⁶ Οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι να αναπτύξουν οργανικές ψυχικές διαταραχές, όπως delirium, που συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ιατροί της ΠΦΥ.⁴⁷ Ακόμη, στον εν λόγω πληθυσμό ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα είναι η άνοια, που επιβαρύνει ασθενείς, φροντιστές και σύστημα υγείας. Πρόσφατα, δημοσιεύτηκε στον ελληνικό επιστημονικό τύπο μια περιεκτική ανάλυση του ρόλου των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη φροντίδα των

ανοϊκών ασθενών.⁴⁸ Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι η δυνατότητα των ΚΜΨΥ για πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων επιτρέπει την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας ψυχικής υγείας στον ευάλωτο αυτόν πληθυσμό.⁴⁹

Η ενσωμάτωση οφείλει να είναι πολύ περισσότερο από απλή συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων ή ταυτόχρονη παρουσία στον ίδιο χώρο. Οι ΚΜΨΥ έχουν σταθερή παρουσία στα ΚΥ και είναι πλήρως ενταγμένες στη ρουτίνα της ΠΦΥ. Η επικοινωνία, η συνεννόηση και η ανταλλαγή κλινικών πληροφοριών με το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι άμεση, το ίδιο και οι παραπομπές μεταξύ των υπηρεσιών, καθώς επίσης η διαχείριση των περιστατικών από κοινού με τους επαγγελματίες της ΠΦΥ.⁵⁰ Ειδικά στο ζήτημα της σωματικής νοσηρότητας των ψυχωτικών ασθενών, η ενσωμάτωση των ΚΜΨΥ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, ενώ μέλη της πολυκλαδικής ομάδας, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό και οι επισκέπτες(τριες) υγείας, μπορούν να συντονίσουν τις διάφορες κλινικές και παρακλινικές διαγνωστικές εξετάσεις. Ακόμη, μπορούν να επιβλέπουν την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών και τη συμμόρφωση με την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή.

6. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΓΚΥΡΙΑ

Οι θεωρητικές γενικές αρχές της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ στην Ελλάδα έχουν πρόσφατα περιγραφεί εκτενώς στην εγχώρια βιβλιογραφία⁵¹ και μπορούν να βρουν πρακτικές εφαρμογές στη χώρα μας αυτή τη δύσκολη οικονομικά εποχή που διανύει. Η παρουσία των μονάδων ψυχικής υγείας στο χώρο της ΠΦΥ είναι πρώτα απ' όλα αποδεκτή από τους ασθενείς. Η πρόσβαση είναι εύκολη και διευκολύνεται περισσότερο όταν υπάρχει η δυνατότητα για κατ' οίκον επισκέψεις, όπως στην περίπτωση των ΚΜΨΥ. Ασθενείς που θα ήταν δύσκολο να μετακινηθούν, ακόμη και σε κοντινή απόσταση, στο τοπικό ΚΥ, μπορούν πλέον να λαμβάνουν εξειδικευμένη φροντίδα ψυχικής υγείας. Σε επίπεδο συνεργασίας με τους επαγγελματίες της ΠΦΥ, η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρέχει τη δυνατότητα για άμεση παρέμβαση, ενημέρωση, ανταλλαγή απόψεων, διευκρίνιση της διάγνωσης και παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας, ψυχικής και σωματικής, στους ασθενείς που το έχουν ανάγκη. Αποτελεί ακόμη και ιδανική εκπαιδευτική ευκαιρία σε θέματα ψυχικής υγείας, καθώς και στον τρόπο προσέγγισης και χειρισμού των ψυχικών διαταραχών.⁵² Σύμφωνα με διεθνείς αναφορές, οι απόψεις των επαγγελματιών της ΠΦΥ για τα ψυχικά νοσήματα δεν

διαφέρουν και πολύ από εκείνες του κοινού, με αποτέλεσμα συχνά να αξιολογούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα στο πλαίσιο κοινωνικών παραγόντων και δυσκολιών, παρά με βάση το ιατρικό μοντέλο και την εφαρμογή διαγνωστικών κριτηρίων.⁵³ Ακόμη, όπως προαναφέρθηκε, οι επαγγελματίες της ΠΦΥ αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην αναγνώριση ορισμένων συχνών ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη. Τέλος, η ενσωμάτωση μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στίγματος που υπάρχει στους εργαζόμενους στην ΠΦΥ ως προς την ψυχική ασθένεια.

Με δεδομένη τη δεινή οικονομική κατάσταση της χώρας αναμένεται αύξηση στην επίπτωση ορισμένων ψυχικών διαταραχών, όπως προκύπτει από τη συσχέτιση αυτών με την οικονομική κρίση, σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές του ΠΟΥ.⁵⁴ Εξ άλλου, σύμφωνα με πρόσφατη δημοσίευση, κατά τα έτη 2009–2011 παρατηρήθηκε αύξηση της αυτοκτονικότητας και των αποπειρών αυτοκτονίας σε ένα αντιπροσωπευτικό, εθνικό δείγμα πληθυσμού. Οι οικονομικές δυσκολίες συμπεριλαμβάνονταν στους παράγοντες κινδύνου στη συγκεκριμένη μελέτη.⁵⁵ Στην Ελλάδα, υπάρχουν αναφορές για αυξημένη χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ κατά τα προηγούμενα έτη.⁵⁶ Αυτό σημαίνει ότι οι πολίτες στρέφονται στη δωρεάν, δημόσια περίθαλψη. Είναι συνεπώς σημαντικό να μπορούν να έχουν και δωρεάν ψυχιατρική φροντίδα στον τόπο διαμονής τους. Σε αρμονία με την οικονομική κατάσταση της χώρας είναι και το κόστος τέτοιων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρόκειται για υπηρεσίες χαμηλού κόστους, καθώς δεν έχουν ίδιες υποδομές και χρησιμοποιούν τους χώρους της ΠΦΥ, όπως και τις κατ' οίκον επισκέψεις.

Σύμφωνα με πολύ πρόσφατη δημοσίευση, η επίσημη ελληνική πολιτεία υποβαθμίζει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των περικοπών στη χρηματοδότηση της δημόσιας περίθαλψης στην υγεία των πολιτών.⁵⁷ Σε κάθε περίπτωση, οφείλει να εξετάσει με τη δέουσα προσοχή το θέμα της ενσωματωμένης φροντίδας ψυχικής υγείας στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως αυτή παρέχεται από τις ΚΜΨΥ. Σε θέματα κόστους-οφέλους, αν και δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες, η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας είναι πιθανό να πλεονεκτεί σε σχέση με το παραδοσιακό, βασισμένο στη νοσοκομειακή περίθαλψη μοντέλο. Άλλωστε, σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές, οι ψυχιατρικοί τομείς των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν πλέον σημαντικά προβλήματα εξ αιτίας της οικονομικής κρίσης.⁵⁸ Η επίτευξη της συνέχειας στη φροντίδα των ασθενών από τις ΚΜΨΥ, που θεωρείται ουσιαστική προϋπόθεση για την ευνοϊκή έκβαση των χρόνιων ψυχικών νοσημάτων,⁵⁹ μπορεί να μειώσει τις υποτροπές και τις νοσηλείες, εξοικονομώντας έτσι σημαντικά κονδύλια. Ακόμη και σε παραμέτρους που

δεν είναι εύκολο να μετρηθούν, όπως η ικανοποίηση των ασθενών, η υποκειμενική ποιότητα ζωής κ.λπ., η φροντίδα στην κοινότητα είναι πιθανόν να εμφανίζει πλεονεκτήματα, λόγω του μη περιοριστικού πλαισίου και της πολυεπίπε-

δης προσέγγισης. Σε μια εποχή λοιπόν που το ζητούμενο είναι η μείωση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη διατήρηση της ποιότητας επιβάλλεται η εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης των ΚΜΨΥ.

ABSTRACT

The integration of mental health services into primary health care in Greece

V. PERITOGIANNIS,¹ C. LIXOURIOTIS,² V. MAVREAS³

¹Mobile Mental Health Unit of the Prefectures of Ioannina and Thesprotia, Society for the Promotion of Mental Health in Epirus, Ioannina, ²Health Center of Distomo, General Hospital of Livadia, Distomo, ³Department of Psychiatry, University of Ioannina, Medical School, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(6):669–677

The issue of the integration mental health services into primary health care is being studied worldwide, as the contemporary practice on the treatment of mental disorders is for patients to be treated in the community. This is a review of the international scientific literature on mental health integration at the level of primary care, with a view to finding integration paradigms and to document the usefulness of such a practice in Greece in the present era of economic crisis. It is generally accepted that common mental disorders are highly prevalent in the clinical populations of the primary care system, but that they tend to be under-recognized and under-treated by primary care physicians. In addition, patients with chronic psychosis often present physical morbidity requiring primary care. Contemporary models of integrated care include the co-location of psychiatric or other trained mental health staff in the primary care setting, liaison of services and the establishment of community mental health teams, which in the rural areas of Greece operate as mobile mental health units (MMHUs). The MMHUs in Greece provide multi-level care at low cost, and therefore constitute the optimal way of mental health integration into primary care in the era of economic crisis, when needs are increased and resources are limited. The Greek government is advised to invest in such services, by ensuring adequate funding.

Key words: Common mental disorders, Integration, Mobile mental health units, Primary health care, Psychosis

Βιβλιογραφία

1. DEMYTTENAERE K, BRUFFAERTS R, POSADA-VILLA J, GASQUET I, KOVLESS V, LEPINE JP ET AL. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization Mental Health Surveys. *JAMA* 2004, 291:2581–2590
2. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Depression: Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem; update of NICE clinical guideline 23. NICE clinical guidelines 90 and 91. NHS, London, 2009. Available at: <http://www.nice.org.uk/CG90>
3. ANONYMOUS. What is primary care mental health?: WHO and Wonca Working Party on Mental Health. *Ment Health Fam Med* 2008, 5:9–13
4. KENDRICK T, TYLEE A. Depression. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (eds) *Primary care mental health*. RCPsych Publications, London, 2009:107–124
5. TYLEE A, WALTERS P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: Why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007, 68(Suppl 2):27–30
6. MITCHELL AJ, VAZE A, RAO S. Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet* 2009, 374:609–619
7. ALEXOPOULOS G, KELLY RE Jr. Geriatric mood disorders. In: Saddock BJ, Saddock VA, Ruiz P (eds) *Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2009:4047–4058
8. BARLEY EA, MURRAY J, WALTERS P, TYLEE A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract* 2011, 12:47
9. FLEURY MJ, IMBOUA A, AUBÉ D, FARAND L, LAMBERT Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract* 2012, 13:19
10. AGYAPONG VI. Continuing care for mentally stable psychiatric patients in primary care: Patients' preferences and views. *Int J Family Med* 2012, 2012:575381
11. HORNER D, ASHER K. General practitioners and mental health staff sharing patient care: Working model. *Australas Psychiatry* 2005, 13:176–180

12. LESTER H, GLASBY J, TYLEE A. Integrated primary mental health care: Threat or opportunity in the new NHS? *Br J Gen Pract* 2004, 54:285–291
13. CAMPBELL A. The evaluation of a model of primary mental health care in rural Tasmania. *Aust J Rural Health* 2005, 13:142–148
14. SZYMANSKI BR, BOHNERT KM, ZIVIN K, McCARTHY JF. Integrated care: Treatment initiation following positive depression screens. *J Gen Intern Med* 2013, 28:346–352
15. SMITH TE, ERLICH MD, SEDERER LI. Integrated care: Integrating general medical and behavioral health care: The New York State perspective. *Psychiatr Serv* 2013, 64:828–831
16. RUCCI P, PIAZZA A, MENCHETTI M, BERARDI D, FIORITTI A, MIMMI S ET AL. Integration between primary care and mental health services in Italy: Determinants of referral and stepped care. *Int J Family Med* 2012, 2012:507464
17. JENKINS R, KIIMA D, NJENGA F, OKONJI M, KINGORA J, KATHUKU D ET AL. Integration of mental health into primary care in Kenya. *World Psychiatry* 2010, 9:118–120
18. WRIGHT J, COMMON S, KAUYE F, CHIWANDIRA C. Integrating community mental health within primary care in southern Malawi: A pilot educational intervention to enhance the role of health surveillance assistants. *Int J Soc Psychiatry* 2014, 60:155–161
19. SIKORSKI C, LUPPA M, KÖNIG HH, VAN DEN BUSSCHE H, RIEDEL-HELLER SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? – A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2012, 12:10
20. DURBIN J, BARNSELY J, FINLAYSON B, JAAKKIMAINEN L, LIN E, BERTAW ET AL. Quality of communication between primary health care and mental health care: An examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res* 2012, 39:445–461
21. TOFTT, FINK P, OERNBOEL E, CHRISTENSEN K, FROSTHOLM L, OLESEN F. Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005, 35:1175–1184
22. HATCHER S, ARROLL B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *Br Med J* 2008, 336:1124–1128
23. ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ Π, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:444–445
24. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ Ν. Σωματική νοσηρότητα στην ψύχωση. *Εγκέφαλος* 2011, 48:13–25
25. BRADFORD DW, KIM MM, BRAXTON LE, MARX CE, BUTTERFIELD M, ELBOGEN EB. Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv* 2008, 59:847–852
26. MORDEN NE, MISTLER LA, WEEKS WB, BARTELS SJ. Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role. *J Am Board Fam Med* 2009, 22:187–195
27. SNYDER K, DOBSCHA SK, GANZINI L, HOFFMAN WF, DELORIT MA. Clinical outcomes of integrated psychiatric and general medical care. *Community Ment Health J* 2008, 44:147–154
28. MADIANOS MG, ZACHARAKIS C, TSITSA C, STEFANIS C. The mental health care delivery system in Greece: Regional variation and socioeconomic correlates. *J Ment Health Policy Econ* 1999, 2:169–176
29. THORNICROFT G, SEMRAU M, ALEM A, DRAKE RE, ITO H, MARI J ET AL. *Community mental health: Putting policy into practice globally*. Wiley-Blackwell, Oxford, 2011
30. ECONOMOU C. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2010, 12:1–177
31. ΚΑΤΣΑΡΟΣ Α. Ανάγκες διασύνδεσης της ψυχικής με τη γενική υγεία. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος* 2010, 6:163–167
32. ΒΑΡΤΖΙΩΤΗΣ Α, ΚΑΛΑΘΑΣ Χ, ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β. Ανάγκες γιατρών της ΠΦΥ για συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας: Το παράδειγμα της κατάθλιψης. Πρακτικά του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012:20–29
33. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ, ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ Π, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ Σ, ΧΟΝΔΡΟΣ Π, ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗ Α, ΖΙΑΚΟΥΛΗΣ Μ. Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:675–683
34. ANDRIOPOULOS P, LOTTI-LYKOUSA M, PAPPAS E, PAPADOPOULOS AA, NIKAS D. Depression, quality of life and primary care: A cross-sectional study. *J Epidemiol Glob Health* 2013, 3:245–252
35. ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ Π, ΒΕΛΛΟΣ Σ, ΚΟΥΠΙΔΗΣ Σ, ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ ΠΝ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 2013, 13:163
36. ΚΥΛΟΥΔΗΣ Π, ΤΑΝΑΝΑΚΗ Μ, ΡΕΚΛΕΙΤΗ Μ. Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2012, 4:1–8
37. ΦΩΤΙΑΔΟΥ Α, ΠΡΙΦΤΗΣ Φ, ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ Σ. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος* 2004, 41(1)
38. ΦΡΑΓΚΟΥΛΗ-ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. *Κινητή ψυχιατρική μονάδα νομού Φωκίδας. Πρόληψη, έγκαιρη παρέμβαση και περίθαλψη στην κοινότητα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008
39. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΦΑΝΤΙ ΡΜ, ΚΙΟΥΡΚΤΣΗ Β, ΛΟΥΒΡΟΣ Κ, ΖΕΝΝΕΤΟΥ Ι, ΚΑΒΒΑΔΙΑ Α ΚΑΙ ΣΥΝ. Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος* 2011, 8:44–48
40. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΑΝΘΟΠΟΥΛΟΥ Θ, ΓΙΩΤΗ Π, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Η εξαιτητική πορεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος* 2013, 9:85–91
41. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΑΝΤΑΣ Α, ΑΛΕΞΙΟΥ Δ, ΦΟΤΟΠΟΥΛΟΥ Β, ΜΟΥΚΑ Β, ΗΥΦΑΝΤΙΣΤ. The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas of Greece: A 2-year follow-up. *Eur Psychiatry* 2011, 26:425–427
42. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΤΑΤΣΙΟΝΙ Α, ΜΕΝΤΙ Ν, ΓΡΑΜΜΕΝΙΑΤΙ Α, ΦΟΤΟΠΟΥΛΟΥ Β, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Treatment engagement of psychotic patients with a mobile mental health unit in rural areas in Greece: A five-year study. *Schizophr Res Treatment* 2013, 2013:613956
43. ΝΤΥΚΕΝ ΜΝ, ΚΟΤΖΑΜΑΝΗΣ Β. Οι δημογραφικές δομές και ο δημογραφικός δυναμισμός των ελληνικών δήμων (1999–2009). *Δημογραφικά Νέα* 2012, 18
44. WANG PS, BERGLUND P, OLDFSON M, PINCUS HA, WELLS KB, KESSLER RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey

- Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:603–613
45. BOGNER HR, DE VRIES HF, MAULIK PK, UNÜTZER J. Mental health services use: Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009, 17:706–715
46. LAWRENCE J, DAVIDOFF D, KENNEDY J, ELLISON JM. Diagnosing depression in later life. In: Ellison JM, Kyomen HH, Verma S (eds) *Mood disorders in later life*. Informa Healthcare, New York, London, 2009:1–13
47. LIXOURIOTIS C, PERITOGIANNIS V. Delirium in the primary care setting. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, 65:102–104
48. ΒΟΡΒΟΛΑΚΟΣ Θ. Άνοια: Αντιμετώπιση από υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής. *Εγκέφαλος* 2012, 49:55–59
49. PERITOGIANNIS V, LEKKA M, GRAMMENIATI A, GOGOU A, FOTΟΠΟΥΛΟΥ V, TATIONI A ET AL. Home-based mental health care for the elderly in a rural area in Greece. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013, 67:458–459
50. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Το παράδειγμα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:71–76
51. ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ Ν, ΓΟΥΡΖΗΣ Φ. Ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2011, 23:9–16
52. ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Πρόταση για την εκπαίδευση του προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2013, 121:6–10
53. LESTER H, TRITTER JQ, SOROHAN H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: Focus group study. *Br Med J* 2005, 330:1122
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Impact of economic crises on mental health. WHO, Denmark, 2011
55. ECONOMOU M, MADIANOS M, PEPOU LE, THELERITIS C, PATELAKIS A, STEFANIS C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013, 12:53–59
56. KENTIKELINIS A, PAPANICOLAS I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012, 22:4–5
57. KENTIKELINIS A, KARANIKOLOS M, REEVES A, MCKEE M, STUCKLER D. Greece's health crisis: From austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753
58. HYPHANTIS T. The "depression" of mental health care in general hospitals in Greece in the era of recession. *J Psychosom Res* 2013, 74:530–532
59. HOERTEL N, LIMOSIN F, LELEU H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry* 2014, pii:S0924-9338(13)00448-3 [Epub ahead of print]

Corresponding author:

V. Peritogiannis, 1 Moulaimidou street, GR-454 44 Ioannina, Greece
e-mail: vaios.peritogiannis@medai.gr