

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός»

ΣΚΟΠΟΣ Η παρούσα εργασία επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση ορισμένων διαστάσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσα από τη στάση και τις απόψεις των επαγγελματιών και των συνοδών/ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παράλληλα, επιχειρήθηκε να προσδιοριστούν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της από την έως τώρα εφαρμογή της και οι προτεραιότητες στο μελλοντικό σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εν μέσω μιας σημαντικής πολυεπίπεδης κρίσης. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στην έρευνα που διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίου συμμετείχαν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Τομέα ενός Γενικού Νοσοκομείου και οι συνοδοί των ληπτών/λήπτες που έρχονται σε επαφή με το ανεπτυγμένο δίκτυο ψυχικής υγείας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η έρευνα κατέγραψε υψηλή αποδοχή των αποκαταστασιακών δομών στην κοινότητα και σαφή προτίμηση υπέρ της διαβίωσης σε αυτές σε σχέση με τα ψυχιατρεία. Επίσης, κατέγραψε άγνοια του θεσμού της συνηγορίας και της τομεοποίησης, δυσaréσκεια σχετικά με το βαθμό συμμετοχής των εμπλεκόμενων μερών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, και επιφυλάξεις απέναντι στην οικονομική βιωσιμότητα των μονάδων και την πλήρη κοινωνική και οικονομική-εργασιακή ένταξη των ληπτών στην κοινωνία. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η τομεοποίηση και η κοινωνικο-οικονομική επένταξη των ψυχικά ασθενών είναι δύο σημαντικές δράσεις, στις οποίες οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να εστιάσουν για την επιτυχή εφαρμογή και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές είναι ανησυχητικά. Ποσοστό 14% του πληθυσμού της Ελλάδας (άνδρες: 11%, γυναίκες: 17%) βρέθηκε να έχει κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα το 2010,¹ με το 73,9% αυτών να μη λαμβάνουν κάποια θεραπεία για την ψυχολογική τους υγεία.² Η οικονομική αστάθεια που βιώνουν οι Έλληνες τα τελευταία χρόνια δημιουργεί συνεχές άγχος και αβεβαιότητα για το μέλλον, που έχουν οδηγήσει σε εμφάνιση περισσότερων περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών.¹ Μέσα στην τριετία 2009–2011, τα περιστατικά που καταφθάνουν στην ψυχιατρική κλινική των νοσοκομείων παρουσιάζουν τουλάχιστον διπλασιασμό, ενώ η πληρότητα στις ψυχιατρικές δομές προσεγγίζει το 100%. Επίσης, μετρήθηκε το 2011 ότι οι Έλληνες είναι 2,6 φορές περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν βαριά κατάθλιψη απ' ό,τι το 2008.³ Η αύξηση των περιστατικών ψυχικής ασθένειας καθιστά επιτακτική την ανάγκη εξέτασης της επάρκειας και της ποιότητας των δομών ψυχικής υγείας.

Η Ελλάδα, έστω και ως υποχρέωση απέναντι στην

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(4):467–474
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(4):467–474

Σ. Παρασκευαΐδου,¹
Κ. Κατσαλιάκη²

¹Ψυχιατρικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη
²Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Νομικών Επιστημών, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας, Θεσσαλονίκη και Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία

Evaluation of the services and structures of the mental health program "Psychargos"

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αξιολόγηση υπηρεσιών
Επισκόπηση
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας
Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Υποβλήθηκε 22.10.2014
Εγκρίθηκε 17.11.2014

Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), εφάρμοσε ένα φιλόδοξο έργο για τη μεταρρύθμιση του τομέα ψυχικής υγείας, δηλαδή τη μετατόπιση των υπηρεσιών περίθαλψης/φροντίδας από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (με το κλείσιμο των τμημάτων της χρόνιας νοσηλείας) σε υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στην κοινότητα, με την ανάπτυξη Δικτύων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και την παράλληλη δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία. Η πορεία του έργου άρχισε με έναν εθνικό σχεδιασμό (Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης «Ψυχαργός»), που χρηματοδοτήθηκε μέσα από ευρωπαϊκά προγράμματα.⁴ Ξεκίνησε το 2001 και το πρώτο στάδιο ολοκληρώθηκε το 2010, όπου επικεντρώθηκε στη σταδιακή αντικατάσταση της υπάρχουσας ψυχιατρικής περίθαλψης από ένα κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών και δομών για την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το δεύτερο στάδιο του προγράμματος, που σχεδιάστηκε το 2011, έχει χρονικό ορίζοντα δεκαετίας και στοχεύει στο κλείσιμο των εναπομεινάντων ψυχιατρικών νοσοκομείων μέχρι το 2015, στην ανάπτυξη δομών για ευπαθείς ομάδες του

πληθυσμού, στην ολοκλήρωση της διασύνδεσης των επί μέρους δικτύων, στη δημιουργία συστήματος αξιολόγησης και στην προώθηση δράσεων για την επαγγελματική ένταξη των ασθενών.

Η κοινοτική φροντίδα έχει παγιωθεί ως η βέλτιστη πρακτική ψυχιατρικής περίθαλψης και σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Μ. Βρετανία, Σκανδιναβία) έχει αντικαταστήσει πλήρως την παραδοσιακή προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, δηλαδή του ιδρυματισμού και του ασυλικού τύπου περίθαλψης.⁵ Σε μελέτες που εκπονήθηκαν στη Μ. Βρετανία⁶ και την Αμερική⁷ διαπιστώθηκε η προτίμηση των ψυχικά ασθενών να διαμένουν σε κοινοτικές δομές στις οποίες τους προσφέρουν ένα περισσότερο οικείο περιβάλλον και μεγαλύτερη αυτονομία. Σε έρευνα αποτίμησης του κλινικού αποτελέσματος της μεταρρύθμισης στην Ιταλία παρατηρήθηκε συνολικά μια μικρή μείωση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και κοινωνικής δυσλειτουργίας.⁸ Επίσης, μελέτη ασθενών που προέρχονταν από ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα με κύρια ψυχιατρική διάγνωση τη νοητική υστέρηση κατέγραψε σημαντική βελτίωση στη γενική συμπεριφορά, στο σύνολο των δραστηριοτήτων λόγου και ομιλίας, καθώς και στις κοινωνικές λειτουργίες μετά τη μετακίνησή τους και τη διαμονή τους σε δομές στην κοινότητα.⁹

Η συστηματική μελέτη των αντιλήψεων και των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ψυχικά ασθενών απέναντι στο σύστημα θεωρείται αναγκαία, καθώς είναι δυσεύρετες οι δημοσιευμένες μελέτες στην Ελλάδα που αξιολογούν τόσο τις διοικητικές παρεμβάσεις σχετικά με το θέμα, όσο και τα αποτελέσματά τους. Επιπρόσθετα, η παρούσα έρευνα διεξάγεται σε περίοδο έντονης οικονομικής ύφεσης, αφ' ενός με αυξημένα κρούσματα ψυχικής ασθένειας και αφ' ετέρου με αναθεωρήσεις στις πολιτικές για τη δημόσια υγεία λόγω περιορισμένων κονδυλίων, με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η οικονομική βιωσιμότητα και η επάρκεια των νέων ψυχικών δομών.¹⁰ Αξιοσημείωτη, επίσης, είναι η έλλειψη ενός συστήματος για την καταγραφή των βασικών δεδομένων της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η μη καταγραφή δεικτών ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούνται από τους διεθνείς οργανισμούς. Με αυτά υπ' όψη, η συγκεκριμένη έρευνα προσπαθεί να προσφέρει κάποιες ενδείξεις για την αντίληψη των επαγγελματιών και των συνοδών/ληπτών των νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας απέναντι στην πολιτική υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στην ποιότητα ζωής που έχει επιφέρει στους χρήστες των υπηρεσιών, για να προσθέσει εμπειρική γνώση στον ελλειμματικό χάρτη στοιχείων ψυχικής υγείας της χώρας μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτημα-

τολόγιο που περιέχει 14 ερωτήσεις με υπο-ερωτήσεις κλειστού τύπου πεντάβαθμης κλίμακας Likert (1: διαφωνώ απόλυτα έως 5: συμφωνώ απόλυτα ή παρόμοιας κατηγορίας) που αναπτύσσονται σε δύο άξονες: Ο πρώτος άξονας (Α' μέρος) διερευνά τη στάση των επαγγελματιών υγείας και των συνοδών (περιλαμβάνονται και λήπτες που κρίθηκαν ικανοί να απαντήσουν) των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απέναντι στην πολιτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και βασίζεται στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) που εξέδωσε το 1999, στο πλαίσιο υποστήριξης των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας.¹¹ Ο δεύτερος άξονας (Β' μέρος) αφορά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που στηρίχθηκε σε αντίστοιχη έρευνα.¹² Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σύμφωνα με το δείκτη Cronbach α βρέθηκε 0,793 και άρα μέσα στα αποδεκτά όρια. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) και τα Χ²-test του Pearson και Mann-Whitney U test για μη παραμετρικό έλεγχο εφαρμόστηκαν για τη σύγκριση υπερπληθυσμών και την ανάλυση των αντιλήψεων με βάση τα χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

Στην έρευνα συμμετείχαν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Τομέα ενός Γενικού Νοσοκομείου, συνοδοί που έρχονταν σε επαφή με το ανεπτυγμένο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας, αλλά και λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (που ήταν σε θέση να απαντήσουν). Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 191 ερωτηματολόγια το χειμώνα του 2014. Συλλέχθηκαν 130 ερωτηματολόγια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε όλο το δίκτυο κοινωνικών και νοσοκομειακών δομών για τους ψυχικά ασθενείς. Η πλειοψηφία του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες (ποσοστό 62,3%), το 58,1% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το 3,1% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η ηλικιακή ομάδα των 35–50 ετών (68,5%) αποτέλεσε την πλειοψηφία στο δείγμα, με την ομάδα των 50–65 ετών να ακολουθεί (17,7%) και την ομάδα των 20–35 ετών (13,8%) να είναι η μικρότερη. Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται και στα χρόνια προϋπηρεσίας, με το 42,3% του δείγματος να εργάζεται από 10–20 έτη, το 34,6% από 20–30 έτη, το 16,2% από 0–10 έτη και μόνο 5 άτομα (3,8%) να εργάζονται >30 έτη. Το 68,5% των επαγγελματιών ήταν έγγαμοι, το 54,6% του δείγματος εργαζόταν στη νοσηλευτική υπηρεσία, το 14,6% στην ιατρική υπηρεσία, το 16,2% στη διοικητική υπηρεσία και το 12,3% εργαζόταν στην τεχνική υπηρεσία. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην ιατρική υπηρεσία, εκτός από ιατρούς, ανήκουν οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι επισκέπτες υγείας και οι εργοθεραπευτές.

Επίσης, συλλέχθηκαν 61 ερωτηματολόγια από συνοδούς ατόμων με ψυχικά προβλήματα, καθώς και από λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που επισκέφθηκαν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, τα Εξωτερικά Ιατρεία ή έκαναν χρήση των κοινοτικών δομών του ψυχιατρικού τομέα. Το 52,5% του συγκεκριμένου δείγματος ήταν άνδρες, το 39,3% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 29,5% δευτεροβάθμιας και το 31,1% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 44,3% ηλικιακά ανήκαν στην ομάδα των 50–65 ετών, το 34,4% ήταν 35–50 ετών, το 11,5% ήταν >65 ετών και 6 άτομα (9,8%) ήταν ηλικίας 20–35 ετών. Το 42,6% ήταν άγαμοι και μόνο το 26,2% του δείγματος εργαζόταν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αντιλήψεις για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (μέρος Α')

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα είναι ταυτισμένη με το πρόγραμμα «Ψυχαργός», που επικεντρώθηκε στην αποασυλοποίηση και την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Στον πίνακα 1 καταγράφονται οι δράσεις του προγράμματος, όπου, σύμφωνα με τις απαντήσεις, οι κοινοτικές δομές διαμονής (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα) συγκέντρωσαν το υψηλότερο ποσοστό ως οι πλέον γνωστές δράσεις του προγράμματος από το σύνολο των ερωτηθέντων (επαγγελματίες και συνοδοί), με ποσοστό αναγνώρισης 88% (γνωστή/πολύ γνωστή δράση). Δεύτερες ήρθαν οι υπηρεσίες μη διαμονής. Στις πιο άγνωστες δράσεις (8%) του προγράμματος βρέθηκαν ο θεσμός της συνηγορίας/αυτοεκπροσώπησης (κίνημα υπεράσπισης των συμφερόντων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές) και οι φιλοξενούσες οικογένειες/φροντίδα στο σπίτι (7,3%). Δεν υπήρξαν μεγάλες διαφοροποιήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση μεταξύ των απαντήσεων των επαγγελματιών και των συνοδών/λήπτων. Η στήλη με τη μέση τιμή, σε αυτόν και τους επόμενους πίνακες, υποδηλώνει το μέσο όρο των απαντήσεων στην πεντάβαθμη κλίμακα 1–5 (1: καθόλου γνωστές έως 5: πολύ γνωστές) και ταξινομεί τις δράσεις

σύμφωνα με τη δημοτικότητά τους. Οι αριθμοί των στηλών 1–5 καταγράφουν ποσοστά απαντήσεων στην κάθε κλίμακα.

Στα οφέλη που αποκόμισαν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, και που παρατίθενται στον πίνακα 2, η αποασυλοποίηση/κλείσιμο των ψυχιατρείων εμφανίστηκε ως το σημαντικότερο, με ποσοστό σημαντικότητας 85,4% (σημαντικό/πολύ σημαντικό) και ακολούθησε η ανάπτυξη κοινοτικών δομών, με ποσοστό 83,8%. Τελευταία ήρθε η κοινωνικο-οικονομική επανένταξη –ΚοιΣΠΕ– με ποσοστό 34,1% και δεύτερη από το τέλος η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού-στίγματος, που συγκέντρωσε ποσοστό 57,1%.

Στην έρευνα διαγράφεται μια επιφυλακτικότητα ως προς την ενδεδειγμένη εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργός», αφού μόνο το 69,6% ήταν σύμφωνο. Αρνητική στάση κρατούσαν για το ρόλο που διαδραμάτισαν και οι δύο ομάδες του δείγματος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, με την πλειοψηφία (80,1%) των επαγγελματιών και των συνοδών να αναφέρει ότι δεν ερωτήθηκε για την απόφαση κλεισίματος του Ψυχιατρείου και το 48,7% να πιστεύει ότι δεν εκπροσωπήθηκαν όλες οι πλευρές σε αυτή. Από την άλλη πλευρά, το 61,3% θεώρησε ότι οι υπεύθυνοι επηρεάστηκαν από προσωπικά ή πολιτικά κίνητρα. Όσον αφορά στην ενημέρωση για την ημερομηνία κλεισίματος του Ψυχιατρείου,

Πίνακας 1. Πιο γνωστές δράσεις του προγράμματος «Ψυχαργός» (1: καθόλου γνωστές έως 5: πολύ γνωστές, % απαντήσεων).

| Πόσο γνωστές είναι οι παρακάτω δράσεις του προγράμματος «Ψυχαργός»; | Μέση τιμή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------|------|------|------|------|------|
| Δομές στην κοινότητα (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα) | 4,52 | 3,7 | 2,1 | 6,3 | 14,7 | 73,3 |
| Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, κινητές μονάδες, Κέντρα Ημέρας | 4,28 | 3,7 | 2,1 | 9,4 | 31,9 | 52,9 |
| Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, καμπάνιες anti-stigma | 3,04 | 12,6 | 21,5 | 27,7 | 23,6 | 13,6 |
| Τομεοποίηση-γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών | 2,62 | 28,8 | 19,9 | 22,0 | 16,8 | 11,5 |
| Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης | 2,49 | 29,3 | 23,0 | 24,6 | 14,1 | 8,4 |
| Φιλοξενούσες οικογένειες/φροντίδα στο σπίτι | 2,57 | 27,2 | 18,8 | 29,8 | 15,7 | 7,3 |
| Συνηγορία/αυτοεκπροσώπηση | 2,14 | 41,4 | 26,2 | 15,7 | 7,9 | 7,9 |

Πίνακας 2. Οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (1: καθόλου σημαντικές έως 5: πολύ σημαντικές, % απαντήσεων).

| Πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για τους λήπτες (ασθενείς) υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την: | Μέση τιμή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------|------|------|------|------|------|
| Αποασυλοποίηση – κλείσιμο των ψυχιατρείων | 4,32 | 6,3 | 2,6 | 5,8 | 23,6 | 61,8 |
| Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας | 4,33 | 2,1 | 1,0 | 12,6 | 30,4 | 53,4 |
| Ψυχολογική υποστήριξη | 4,05 | 2,1 | 3,1 | 25,1 | 26,7 | 42,4 |
| Σεβασμός στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία | 3,68 | 4,7 | 14,7 | 19,4 | 29,8 | 30,9 |
| Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος | 3,58 | 6,3 | 9,9 | 26,2 | 33,5 | 23,6 |
| Κοινωνικοοικονομική επανένταξη – ΚοιΣΠΕ | 2,97 | 15,7 | 22,0 | 27,7 | 17,3 | 16,8 |

τις επικείμενες αλλαγές σχετικά με το προσωπικό και την ενημέρωση για τα επόμενα βήματα του προγράμματος, η πλειοψηφία και των δύο δειγμάτων διάκειντο αρνητικά, με αυτό των συνοδών σε μεγαλύτερο βαθμό.

Βασική πηγή πληροφόρησης του προγράμματος «Ψυχαργώς» για τους επαγγελματίες και τους συνοδούς, με μεγάλη διαφορά από τα υπόλοιπα μέσα, ήταν οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε ποσοστό 53,9%. Από εκεί και πέρα τα αποτελέσματα διαφοροποιήθηκαν μεταξύ επαγγελματιών και συνοδών, με τους επαγγελματίες υγείας να στηρίζονται για ενημέρωση στο Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ενώ οι συνοδοί/λήπτες ως δευτερεύουσες πηγές ενημέρωσης να έχουν τους συλλόγους ληπτών, την οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο, ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονταν η τοπική αυτοδιοίκηση και το Υπουργείο Υγείας.

Όσον αφορά στις δυνητικές απειλές της ανάπτυξης των δομών, αυτές αποτυπώνονται στον πίνακα 3. Η υποχρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής αναδείχθηκε το κυριότερο πρόβλημα στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ποσοστό 84,3% για το σύνολο του δείγματος. Ακολούθησε

η υποστελέχωση του τομέα ψυχικής υγείας, με ποσοστό 79,5%, που αποτυπώνει την αναστολή των προσλήψεων των τελευταίων ετών και τις εσπευσμένες αποχωρήσεις για συνταξιοδότηση. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι την υποστελέχωση εισπράττουν και οι συνοδοί/λήπτες κατά την επαφή τους με το Δίκτυο Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Για τους συνοδούς/λήπτες, τρίτη σε κατάταξη απειλή αποτέλεσε η δυσκολία στην εύρεση εργασίας, αφού η ανεργία τους οδηγεί σε οικονομική ανέχεια και επιδείνωση της κατάστασής τους, ενώ, αντίθετα, η επαγγελματική τους αποκατάσταση βελτιώνει την ποιότητα ζωής και την ατομική τους ευημερία. Τέλος, στην τελευταία θέση και για τις δύο ομάδες βρισκόταν η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο, σε ποσοστό 34,1%, αποτελώντας έτσι τη μικρότερη απειλή.

Ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών–ελπίδες–προσδοκίες (μέρος Β')

Μέσα από την έρευνα (πίν. 4) επιβεβαιώθηκε απόλυτα η άποψη ότι η φροντίδα/περίθαλψη στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στο ψυχιατρείο, με το 94,2%

Πίνακας 3. Απειλές για την ανάπτυξη των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (1: καθόλου σοβαρές έως 5: πάρα πολύ σοβαρές, % απαντήσεων).

| Πόσο σοβαρές είναι οι παρακάτω απειλές για την ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών δομών; | Μέση τιμή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------|------|------|------|------|------|
| Υποχρηματοδότηση | 4,46 | 4,2 | 2,1 | 9,4 | 12,0 | 72,3 |
| Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας | 4,18 | 4,7 | 4,2 | 11,5 | 27,7 | 51,8 |
| Συγχωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων | 3,75 | 6,3 | 11,0 | 18,2 | 28,3 | 35,1 |
| Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία) | 3,48 | 5,2 | 20,4 | 24,6 | 20,4 | 29,3 |
| Στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο | 2,92 | 14,7 | 23,6 | 27,7 | 23,6 | 10,5 |

Πίνακας 4. Απόψεις για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας (1: διαφωνώ απόλυτα έως 5: συμφωνώ απόλυτα, % απαντήσεων).

| Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις; | Μέση τιμή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------|------|------|------|------|------|
| Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία | 4,6 | 1,6 | 0,5 | 3,7 | 24,6 | 69,6 |
| Η απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι καλή | 3,39 | 16,8 | 16,8 | 8,4 | 24,6 | 31,9 |
| Το κράτος δεν θα κατορθώσει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης | 3,27 | 5,2 | 18,8 | 29,3 | 32,5 | 11,2 |
| Θα υποστηρίζα μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να συνδράμει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα | 3,22 | 11,5 | 20,4 | 21,5 | 24,6 | 20,4 |
| Η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα | 3,04 | 6,3 | 30,9 | 25,7 | 23,6 | 12,0 |
| Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα καταλήξουν να διαμένουν στους δρόμους | 2,96 | 10,5 | 33,5 | 15,7 | 25,1 | 12,6 |
| Η μετακίνηση αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα τους θέτει σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή | 2,04 | 34,6 | 39,3 | 13,6 | 8,4 | 2,6 |

των ερωτηθέντων να συμφωνούν (συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα), έστω και με τα δεδομένα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά, ποσοστό 35% διαφώνησε με την απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρεία.

Ταυτόχρονα, ποσοστό 73,9% διαφώνησε (διαφωνώ απόλυτα/διαφωνώ) με τον ισχυρισμό ότι η μετακίνηση θέτει τους ασθενείς σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή και το 44% διαφώνησε με την άποψη ότι οι άνθρωποι που μετακινήθηκαν από το ψυχιατρείο στις δομές θα καταλήξουν να διαμένουν στο δρόμο. Οι απόψεις δίσταναν ως προς την ικανότητα του κράτους να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης. Η πιθανή αύξηση των φόρων για τη δημιουργία προγραμματισμένων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα βρήκε σύμφωνο το 45% των ερωτηθέντων. Οι αποκλίσεις στις απαντήσεις μεταξύ επαγγελματιών και συνοδών/ληπτών δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές, εκτός από λίγες εξαιρέσεις.

Συνδυαστικά με το παραπάνω, η πλειοψηφία του δείγματος (68,6%) δήλωσε ότι μερικοί ασθενείς μόνο θα ήταν σε θέση να ενσωματωθούν στην κοινότητα (1,6% κανένας, 27,8% οι περισσότεροι ή όλοι) και επίσης ότι μερικοί μόνο θα μπορούσαν να βρουν εργασία (73,8%), με το 19,9% του δείγματος να δηλώνει «κανένας». Επίσης, το 71,2% δήλωσε ότι «οι περισσότεροι ή όλοι» θα απαιτούσαν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες, και το 24,1% «λίγοι».

Στην τελευταία ερώτηση του Β' μέρους αναφορικά με την αξιολόγηση του δικτύου, επαγγελματίες και λήπτες συνέκλιναν ως προς τις απόψεις τους. Η καλή ή η άριστη ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες των υπηρεσιών συγκέντρωσε ποσοστό συμφωνίας 78,5%. Η καλή ή η άριστη ποιότητα των επιστημονικών ικανοτήτων των επαγγελματιών του συγκεκριμένου δικτύου συγκέντρωσε ποσοστό 77%. Παρ' όλα αυτά, μόνο το 50,3% του συνόλου έκρινε το ηθικό των επαγγελματιών υψηλό (καλό ή άριστο). Το 17% των επαγγελματιών ανέφερε ότι το ηθικό ήταν κακό ή πολύ κακό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η στάση απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σε αδρές γραμμές, κρίθηκε θετική και από τις δύο ομάδες του δείγματος. Συμφωνία απόψεων καταγράφηκε στη γνώση των πιο γνωστών και άγνωστων δράσεων του προγράμματος «Ψυχάργως». Τα χαμηλά ποσοστά που συγκεντρώνουν οι δράσεις της συνηγορίας-αυτοεκπροσώπησης και των φιλοξενουσών οικογενειών οφείλονται στο γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς οι θεσμοί, παρά το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Αν και έχουν συγκρο-

τηθεί ορισμένες οργανώσεις χρηστών και συλλόγων των οικογενειών τους, η δράση τους είναι περιορισμένη και δεν έχει αξιολογηθεί η επίπτωσή της στο σύστημα. Εξ ίσου αδύνατο σημείο της μεταρρύθμισης αποτελεί η τομεοποίηση, η οργάνωση δηλαδή ενός συντονισμένου δικτύου υπηρεσιών σε μια γεωγραφική περιοχή. Η επιχειρούμενη αποκέντρωση δημιούργησε μεγάλους γεωγραφικούς τομείς των 250.000–300.000 κατοίκων, που αδυνατούν να δημιουργήσουν έναν κοινωνικό ιστό ικανό να παρέχει πρόληψη, φροντίδα και συνέχεια,¹³ με αποτέλεσμα να καταγράφονται γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των δομών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επακόλουθο της ελλιπούς τομεοποίησης είναι η μετακίνηση των ασθενών μακριά από το οικείο περιβάλλον, προκειμένου να αναζητήσουν κατάλληλες υπηρεσίες, γεγονός που πολλές φορές επιδεινώνει την ψυχική τους υγεία, αλλά και οι αυξημένες εισαγωγές στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων, δεδομένης της έλλειψης ενός πλήρους φάσματος υπηρεσιών πρόληψης ψυχικών διαταραχών στις γεωγραφικές περιφέρειες. Η άνιση κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ περιφερειών και η συνεχιζόμενη ύπαρξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως απόρροια της πολύπλοκης διαδικασίας ένταξης της ψυχικής φροντίδας στο γενικό σύστημα υγείας, αποτελεί μείζον πρόβλημα και στα υγειονομικά συστήματα ψυχικής υγείας άλλων χωρών που υλοποίησαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.¹⁴ Στη Μ. Βρετανία, όπου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι βασισμένες στην τομεοποίηση και παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα και εξειδικευμένες κοινοτικές δομές που δραστηριοποιούνται μέσω των Mental Health Trusts, έχει επιτευχθεί υψηλός βαθμός συντονισμού και ελέγχου μέσω συγκεκριμένων δεικτών σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.¹⁵ Ο σχεδιασμός, η οργάνωση και ο έλεγχος από την κεντρική διοίκηση θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τις πραγματικές ανάγκες των αστικών κέντρων, της περιφέρειας και των απομακρυσμένων περιοχών της χώρας, καθώς και να αξιοποιεί τη διεθνή εμπειρία και την υποστήριξη των προηγμένων χωρών.¹⁶ Παράλληλα, μια ουσιαστική αποκέντρωση με κεντρικά, περιφερειακά και τοπικά όργανα διοίκησης και διαχείριση κάθε περιοχής με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, όπως στην Ιταλία και τη Γαλλία, όπου η περιφερειακή οργάνωση έδωσε έμφαση σε θέματα προαγωγής και πρόληψης και μείωσε την υπερκατανάλωση στη νοσοκομειακή περίθαλψη,¹⁷ θα εξασφαλίσει την κοινωνική συναίνεση και βιωσιμότητα των μονάδων ψυχικής υγείας.¹⁸ Αλλά και η μεταβίβαση ουσιαστικών αρμοδιοτήτων σε θέματα οργάνωσης, παραγωγής και διανομής υπηρεσιών κατά τα πρότυπα του σουηδικού συστήματος υγείας, στο οποίο η τοπική αυτοδιοίκηση είναι υπεύθυνη για τη μακροχρόνια φροντίδα και περίθαλψη των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία και των ψυχικά ασθενών, θα βελτιώσει σημαντικά τη μακροοικονομική αποδοτικότητα.¹⁹

Η οικονομική επιβάρυνση που προκαλεί η κακή ψυχική υγεία, αφ' ενός λόγω της χαμένης παραγωγικότητας και αφ' ετέρου λόγω του υψηλού κόστους θεραπείας, είναι σημαντική και μέχρι το 2020 η Παγκόσμια Τράπεζα και ο ΠΟΥ προβλέπουν ότι θα αντιπροσωπεύει το 15% της συνολικής επιβάρυνσης.²⁰ Η εργασιακή αποκατάσταση, ως τμήμα του γενικότερου κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, βοηθά τα άτομα με ψυχικό πρόβλημα να αναλαμβάνουν αποδεκτά κοινωνικούς ρόλους στην κοινωνία και τους προσφέρει την ευκαιρία για κοινωνική ολοκλήρωση. Σήμερα, όμως, το γενικότερο αρνητικό κλίμα στην αγορά εργασίας, η απουσία εναλλακτικών λύσεων και οι προκαταλήψεις έχουν οδηγήσει τα άτομα με αναπηρίες λόγω ψυχικής νόσου να αντιμετωπίζουν εμπόδια στη διεκδίκηση ίσων ευκαιριών και να βιώνουν υψηλά ποσοστά ανεργίας, που προσεγγίζουν το 90%.²¹ Η εν λόγω δυσκολία της εργασιακής επανένταξης παραμένει από την απαρχή της μεταρρύθμισης μέχρι σήμερα ο αδύναμος τομέας, που αναδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα, η οποία κατατάσσει τους ΚοιΣΠΕ στην τελευταία θέση των ωφελειών που αποκομίζουν οι λήπτες, αλλά και σε υψηλή θέση ως δυνητική απειλή στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), έχουν αναπτυχθεί 18 κοινωνικοί συνεταιρισμοί σε ολόκληρη τη χώρα, με την πλειοψηφία τους να βρίσκεται στην περιφέρεια Αττικής, από 55 που αποτελούσε το στόχο για τη δεκαετία 2000–2009 (ποσοστό επίτευξης στόχου 32,73%).²²

Περαιτέρω της έρευνας αυτής πρέπει να διερευνηθούν ο τρόπος βελτίωσης των ευκαιριών απασχόλησης των ψυχικά ασθενών, η σύνδεση της διαδικασίας αποκατάστασης με την αγορά εργασίας, καθώς και η ανάπτυξη και η στήριξη της νέας αυτής συνεταιριστικής μορφής κοινωνικών επιχειρήσεων, που αποτελεί μονόδρομο για την επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παράλληλα, να αναζητηθούν νέες μορφές «υποστηριζόμενης απασχόλησης», σε συνεργασία με άλλους φορείς, προκειμένου να αξιοποιηθούν τα άτομα με ψυχικά προβλήματα και να διατηρηθούν σε περιβάλλον εργασίας. Επί πλέον, να καταγραφούν όλα τα κινήματα/ομάδες συνηγορίας που υφίστανται στην Ελλάδα, οι δράσεις τους και κυρίως τα αποτελέσματα που επιφέρουν αυτές στην ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών. Μέσω αυτής θα είναι δυνατή η ανεύρεση τρόπων που θα συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την ενδυνάμωση του συνηγορητικού κινήματος ως ένα προοδευτικό στοιχείο που συμμετέχει αποφασιστικά στην πλήρη κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των ατόμων που κάνουν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η αποασυλοποίηση εξακολουθεί να απολαμβάνει υψηλό βαθμό αποδοχής, ενώ το δείγμα εμφανίστηκε περισσότερο

συγκρατημένο όσον αφορά στο οριστικό κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων, καθώς οι πρόσφατα δημιουργημένες ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων μπορούν να προσφέρουν θεραπεία για τους ψυχικά ασθενείς μόνο μέχρι 25 ημέρες. Επιφύλαξη ως προς το οριστικό κλείσιμο του ψυχιατρείου, περισσότερο από τους επαγγελματίες και λιγότερο από τους ασθενείς, αποτυπώθηκε και σε παλαιότερη έρευνα.²³ Τελευταία, αρχίζει να διαφαίνεται μια επιφύλαξη από την επιστημονική κοινότητα απέναντι στο γεγονός της πλήρους κατάργησης όλων των ψυχιατρείων και διατυπώνεται η άποψη της διατήρησης ενός περιορισμένου αριθμού για μια πολύ μικρή μερίδα ασθενών.¹³ Παρ' όλα αυτά, η θετική στάση στο κλείσιμο του ψυχιατρείου και στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών καταγράφηκε σε μια σειρά μελετών.²⁶ Επίσης, δυσaréσκεια καταγράφηκε στο δείγμα και για την ενδεχόμενη εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργώς». Μια συνιστώσα της συγκεκριμένης δυσaréσκειας είναι και ο περιορισμένος ρόλος των εμπλεκόμενων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Το εν λόγω γεγονός αποδεικνύει ότι στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι απόρροια εντολών και δεσμεύσεων απέναντι στην ΕΕ, ενώ άρχισε μετά την προβολή των προβλημάτων στο Θεραπευτήριο της Λέρου,⁶ σε αντίθεση με άλλες χώρες όπως η Γερμανία, όπου η υλοποίηση στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό στη συναίνεση των επαγγελματιών υγείας, των φροντιστών και των ασθενών, των επαγγελματιών οργανώσεων και των πολιτικών.^{24,25} Στην Ελλάδα, ως αναπτυσσόμενη χώρα, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών επιβαρύνει πρωτίστως την οικογένεια και την κοινωνία και κατόπιν το ίδιο το κράτος.²⁶ Από την άλλη πλευρά, η τοπική αυτοδιοίκηση δεν έχει καθιερωθεί στη συνείδηση των πολιτών ως πάροχος υπηρεσιών υγείας και κυρίως ψυχικής υγείας.

Η έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων αποτελεί για όλα σχεδόν τα ανεπτυγμένα κράτη και κατά πολύ περισσότερο στην Ελλάδα μείζον πρόβλημα στη συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και γενικότερα στην ανάπτυξη του τομέα ψυχικής υγείας, που ήδη βρίσκεται σε χαμηλή θέση προτεραιότητας στη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Στις χώρες της ΕΕ, όπου οι κοινωνικές παροχές έμειναν αμετάβλητες κατά τη διάρκεια οικονομικών υφέσεων (σκανδιναβικές χώρες), οι δείκτες ψυχικής υγείας, όπως το ποσοστό αυτοκτονιών, παρέμειναν σχεδόν σταθεροί. Στην Ελλάδα καταγράφεται αυξημένη νοσηρότητα, που οφείλεται κυρίως στην κακή διατροφή, την εξάρτηση από το οινόπνευμα και τις ουσίες, τα λοιμώδη νοσήματα και τις ψυχικές διαταραχές.²⁶ Ενώ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 23,7% μεταξύ των ετών 2009–2011, η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε κατά 6,2% και 21,9%, αντίστοιχα για τα έτη 2010 και 2011,²⁷

με αποτέλεσμα να ενταθούν οι πιέσεις στο σύστημα και κυρίως στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).^{28,29} Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, αποτελώντας τη βασική οργανωτική μονάδα της ΠΦΥ που μπορεί να παρέχει ελεύθερη πρόσβαση και ολιστική φροντίδα στον πληθυσμό, δέχονται τον κύριο όγκο των περιστατικών και επωμίζονται εξ ολοκλήρου τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Δράσεις που αποσκοπούν στη διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας μέσω ενίσχυσης της κοινωνικής προστασίας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως στήριξη των ανέργων και της αγοράς εργασίας, της μητρότητας και της οικογένειας, ελάφρυνσης του χρέους, εφαρμογής πολιτικής ελέγχου του οιοπνεύματος και πρόληψης των αυτοκτονικών ιδεασμών, θα έχουν σωρευτικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για το σύνολο του πληθυσμού.

Η αυξημένη διείσδυση των τεχνολογιών διαχείρισης και διάχυσης της πληροφορίας, καθώς και η χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής για τη διασύνδεση όλων των

δομών με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ως σημείο αναφοράς, θα μειώσει το έλλειμμα αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας που παρουσιάζεται σήμερα στον τομέα ψυχικής υγείας.³⁰ Τέλος, η δημιουργία νομοθετικού πλαισίου που θα διευκολύνει τη συνεργασία των μονάδων ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, σε οριζόντιο επίπεδο, σε θέματα συντονισμένης αξιοποίησης εξοπλισμού, υποστηρικτικών υπηρεσιών, ερευνητικών πρωτοβουλιών ή και η σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού (ΣΔΙΤ) τομέα βάσει ενός καλά οργανωμένου νομικού πλαισίου θα συνδράμει στην αξιοποίηση του ανεπτυγμένου ιδιωτικού τομέα της χώρας (τεχνολογία, υποδομές, ανθρώπινο δυναμικό).³¹

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την επαρκή χρηματοδότηση των προγραμμάτων, και τη στελέχωση με εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό, αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις προκειμένου να διατηρηθούν όσα επιτεύχθηκαν μέχρι σήμερα, αφού η κοινοτική Ψυχιατρική είναι μακροπρόθεσμη, αποτελεσματικότερη και πιο αποδοτική από την περιθάλψη στα ψυχιατρεία.

ABSTRACT

Evaluation of the services and structures of the mental health program "Psychargos"

S. PARASKEVAIDOU,¹ K. KATSALIAKI²

¹Psychiatric Department, General Hospital of Katerini, Katerini, ²School of Economics, Business Administration and Legal Studies, International Hellenic University, Thessaloniki, Greece and Faculty of Economics and Management, Open University of Cyprus, Nicosia, Cyprus

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(4):467–474

OBJECTIVE Evaluation of various dimensions of psychiatric reform through the attitudes and opinions of mental health professionals and the recipients (and their carers) of mental health services. Identification of the strengths and weaknesses of the current implementation of mental health services and priorities for their future planning, in the setting of a major economic crisis. **METHOD** A survey was conducted, using a questionnaire completed by all the mental health professionals of the psychiatric department of a general hospital and the recipients of the services of the mental health network and their carers. **RESULTS** The responses show high acceptance of the structures for mental health rehabilitation in the community and a clear preference for the community approach over mental hospitals. The survey also reveals ignorance of the institution of advocacy and sectorization, dissatisfaction with the level of participation of stakeholders in decision-making, and reservations about the economic viability of the units and the feasibility of full economic and employment integration of the mentally ill in society. **CONCLUSIONS** Sectorization and the socio-economic reintegration of the mentally ill are perceived as two important areas on which policy makers need to concentrate for the successful implementation and completion of the psychiatric reform.

Key words: Mental health services, Psychiatric reform, Services evaluation, Survey

Βιβλιογραφία

1. SKAPINAKIS P, BELLOS S, KOUPIDIS S, GRAMMATIKOPOULOS I, THEODORAKIS PN, MAVREAS V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 2013, 13:163
2. 2245 – Common mental disorders and use of mental health services in the general population in Greece. *Eur Psychiatry* 2013, 28(Suppl 1):1

3. ECONOMOU M, MADIANOS M, PEPOU LE, PATELAKIS A, STEFANIS CN. Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affec Disord* 2013, 145:308–314
4. KARASTERGIOU A, MASTROGIANNI A, GEORGIADOU E, KOTROTSIOS S, MAURATZIOTOU K. The reform of the Greek mental health services. *J Ment Health* 2005, 14:197–203
5. LEFF JP. *Care in the community: Illusion or reality?* John Wiley & Son Ltd, Chichester, 1997
6. THORNICROFT G, BEBBINGTON P, LEFF J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005, 56:1416–1422
7. DUMONT MP, DUMONT DM. Deinstitutionalization in the United States and Italy: A historical survey. *Int J Ment Health* 2008, 37:61–70
8. BARBATO A, D'AVANZO B, ROCCA G, AMATULLI A, LAMPUGNANI D. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatr Serv* 2004, 55:67–70
9. STYLIANIDIS SF, PANTELIDOU SM, CHONDROS PC. Evaluation of the rehabilitation process in Greek community residential homes: Resettlement from Greek psychiatric hospitals. *Int J Psychosoc Rehab* 2008, 13:31–38
10. VANDOROS S, HESSEL P, LEONET, AVENDANO M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health* 2013, 23:727–731
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO mental health policy and service guidance package. WHO, 2013. Available at: who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en
12. MESCH DJ, MCGREW JH, PESCOLOLIDO BA, HAUGH DF. The effects of hospital closure on mental health workers: An overview of employment, mental and physical health, and attitudinal outcomes. *J Behav Health Serv Res* 1999, 26:305–317
13. ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ ΔΝ. Είκοσι χρόνια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2005, 14:104–105
14. VÁZQUEZ-BARQUERO JL, GARCÍA J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999, 249:128–135
15. ROBERTS A. Mental health history timeline. 1981. Available at: <http://studymore.org.uk/mhhtim.htm>
16. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν, ΤΟΥΝΤΑΣ Υ. The Greek economic crisis: A primary health-care perspective. *Lancet* 2011, 377:28–29
17. ΤΟΥΝΤΑΣ Υ, ΚΑΡΝΑΚΙ Ρ, ΠΑΥΙ Ε. Reforming the reform: The Greek National Health System in transition. *Health Policy* 2002, 62:15–29
18. MOSSIALOS E, ALLIN S, DAVAKI K. Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005, 14(Suppl 1):S151–S168
19. GLENNGÅRD AH, HJALTE F, SVENSSON F, ANELL A, BANKAUSKAITE V. Health systems in transition: Sweden. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2005
20. JOHNSTONE MJ. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Aust NZ J Ment Health Nurs* 2001, 10:200–209
21. ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» – Β΄ ΦΑΣΗ. Εκτίμηση αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Μεθοδολογικός οδηγός. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2005
22. ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011
23. PESCOLOLIDO BA, WRIGHT ER, KIKUZAWA S. “Stakeholder” attitudes over time toward the closing of a state hospital. *J Behav Health Serv Res* 1999, 26:318–328
24. SALIZE HJ, RÖSSLER W, BECKER T. Mental health care in Germany: Current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007, 257:92–103
25. BAUER M, KUNZE H, VON CRANACH M, FRITZE J, BECKER T. Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2001, 410:27–34
26. MADIANOS MG, TSIANTIS J, ZACHARAKIS C. Changing patterns of mental health care in Greece (1984–1996). *Eur Psychiatry* 1999, 14:462–467
27. KONDILIS E, GIANNAKOPOULOS S, GAVANA M, IERODIAKONOU I, WAITZKIN H, BENOS A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case. *Am J Public Health* 2013, 103:973–979
28. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:834–840
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The financial crisis and global health: Report of a high-level consultation. WHO, Geneva, 2009
30. McKEE M, FIDLER A. Reforming the continuum of care. In: Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S (eds) *Health systems in transition: Learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen, 2004:85–102
31. SISKOU O, KAITELIDOU D, PAPAΚONSTANTINOY V, LIAROPOULOS L. Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins. *Health Policy* 2008, 88:282–293

Corresponding author:

K. Katsaliaki, School of Economics, Business Administration & Legal Studies, International Hellenic University, 14th km Thessaloniki–Nea Moudania, GR-570 01 Thessaloniki, Greece
e-mail: k.katsaliaki@ihu.edu.gr