

Γιατροί
του Κόσμου
Ελληνική
Αντιπροσωπεία

Open Minds



Πρωθώντας την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία στην Κοινότητα

© Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία 2018. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Η αναπαραγωγή και η διάχυση του παρόντος επιτρέπεται χωρίς οποιαδήποτε προηγούμενη γραπτή άδεια από τους κατόχους των πνευματικών δικαιωμάτων όταν πρόκειται για ευαισθητοποίηση του κοινού και για άλλους μη εμπορικούς σκοπούς με την προϋπόθεση ότι θα αναγνωρισθεί πλήρως η πηγή του. Αναπαραγωγή για μεταπώληση ή άλλους εμπορικούς σκοπούς, ή μετάφραση για οποιοδήποτε σκοπό, απαγορεύεται χωρίς γραπτή άδεια των κατόχων των πνευματικών δικαιωμάτων. Οι αιτήσεις για την εν λόγω άδεια θα πρέπει να απευθύνονται στο τμήμα επικοινωνίας των Γιατρών του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία στο info@mdmgreece.gr

Όλες οι εύλογες προσπάθειες έχουν γίνει από τους Γιατρούς του Κόσμου - Ελληνική Αντιπροσωπεία προκειμένου να επαληθευθούν οι πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα δημοσίευση. Ωστόσο, το παρόν υλικό διανέμεται χωρίς εγγυήσεις οποιουδήποτε είδους, είτε ρητές είτε σιωπηρές. Η ευθύνη για την ερμηνεία και τη χρήση του υλικού ανήκει στον αναγνώστη. Σε ουδεμία περίπτωση δεν φέρουν ευθύνη οι Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία για ζημίες που προκύπτουν από τη χρήση του.

Αντίγραφα αυτού του εγγράφου διατίθενται σε:

Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία

Τμήμα Επικοινωνίας

Κεντρικά Γραφεία

Σαπφούς 12, 105 53

Αθήνα, Ελλάδα

Email: info@mdmgreece.gr

Open Minds

Επισκόπηση Αποτελεσμάτων Προγράμματος 2018





Ευχαριστίες

Το παρόν έντυπο συντάχθηκε από τον Αναστάσιο Υφαντή, Επιχειρησιακό Διευθυντή των Γιατρών του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία με τη συνεισφορά της Μαριτίνας Παπαμήτρου, Συντονίστρια Προγράμματος Open Minds και του Στάθη Πουλαράκη, Υπεύθυνου Προάσπισης και Διεκδίκησης Δικαιωμάτων.

Η σχετική έρευνα, βιβλιογραφική ανασκόπηση και τεκμηρίωση έγινε από τον Αναστάσιο Υφαντή.

Η μετάφραση του κειμένου στα ελληνικά έγινε από τον Στάθη Πουλαράκη.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τους ακόλουθους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης των Γιατρών του Κόσμου που συνέβαλαν ποικιλοτρόπως στην αποτελεσματική υλοποίηση του προγράμματος Open Minds.

Πάνος Δούρος, Λευτέρης Εμμανουήλ, Αφζαλί Ζυαράν Μπαχαρέ, Ράνια Χαντάντ, Αιμιλία Ιωσηφίδου, Ιωάννης Καλυβόπουλος, Στέφανος Κοντοκώστας, Αχμέντ Λεγκασμί, Λυδία Μυλωνάκη, Γιώργος Νικολάου, Αθανάσιος Ρούσσο, Εύα Τατσίδου, Χάρα Τσεβδομαριά.

Ευχαριστούμε τους ασκούμενους της σχολής φωτογραφίας Leica, Μάνο Καλλιμικράκη και Έλενα Μπούρα για το φωτογραφικό υλικό.

Ευχαριστούμε τον κύριο Γιώργη Γερόλυμπο για την παραχώρηση της φωτογραφίας του θεραπευτηρίου της Λέρου.

Οι Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία (ΓτΚ) είναι μια ανθρωπιστική οργάνωση που ακολουθεί το δικό της μονοπάτι βασιζόμενη στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας διατηρώντας την οικονομική και διοικητική της ανεξαρτησία. Με δεκάδες προγράμματα ανθρωπιστικής βοήθειας στην Ελλάδα και σε αναπτυσσόμενες χώρες, Έλληνες γιατροί, υγειονομικό προσωπικό, διοικητικοί και τεχνικοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εθελοντικά. Στο πεδίο, οι ΓτΚ, διατηρώντας την ανεξαρτησία τους, τόσο σε επιχειρησιακό όσο και σε οικονομικό επίπεδο, διοργανώνουν αποστολές με στόχο την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας σε πληθυσμούς που το έχουν ανάγκη. Οι ΓτΚ, σε μια περίοδο με οικονομικούς περιορισμούς για τις ΜΚΟ στην Ελλάδα, κατάφεραν να επεκτείνουν τις δραστηριότητές τους με περιορισμένες χρηματοδοτήσεις προωθώντας τον εθελοντισμό, ακολουθώντας ακριβή και διαφανή πρότυπα υλοποίησης. Οι ΓτΚ Ελλάδας ιδρύθηκαν το 1990 και αποτελούν μοναδική ελληνική οργάνωση. Συγχρόνως παραμένουν μέρος του Διεθνούς Δικτύου των Γιατρών του Κόσμου που αποτελείται από 16 αντιπροσωπείες. Η βασική αρχή που διέπει τις δράσεις των ΓτΚ είναι ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην ανθρωπιστική βοήθεια, ανεξάρτητα από την εθνοτική του προέλευση, τη θρησκεία, την ιδεολογία ή τις πολιτικές του πεποιθήσεις. Ως εκ τούτου, οι ΓτΚ καθοδηγούνται από τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας. Ωστόσο, αυτή η ουδετερότητα δεν εμποδίζει του ς ΓτΚ από το να μιλήσουν ανοιχτά και να καταγγείλουν τις παραβιάσεις δικαιωμάτων που διαπιστώνουν.

Οι ΓτΚ καταπολεμούν την αδικία σε όλες τις μορφές της. Σταθεροί υπερασπιστές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι ΓτΚ αντιτίθενται αποφασιστικά στον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση των μεταναστών χωρίς χαρτιά και των προσφύγων, των ανασφάλιστων, των αστέγων και άλλων ευπαθών ατόμων που έχουν μικρή ή καμία πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι ΓτΚ στηρίζονται στην αφοσίωση των εθελοντών και στην οικονομική υποστήριξη των δωρητών τους. Οι πόσοι τους που προέρχονται κυρίως από δωρεές ιδιωτών διασφαλίζουν την ανεξαρτησία και την αποτελεσματικότητα της δράσης τους.

Συμπληρώνοντας 28 χρόνια συνεχούς δράσης το 2018, οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας έχουν καθιερωθεί στη συνείδηση των πολιτών, ως μια αξιόπιστη και αποτελεσματική οργάνωση η οποία προωθεί τα συναισθήματα αλληλεγγύης της ελληνικής κοινωνίας.

Πρόλογος



**Δρ. Νικήτας
Κανάκης Πρόεδρος
του Διοικητικού
Συμβουλίου των ΓΤΚ
Ελλάδας**

Σε εποχές τόσο μεγάλης κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, όπως αυτές που βιώνουμε στην πατρίδα μας τα τελευταία χρόνια, οι πλέον ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, οι πιο φτωχοί και περιθωριοποιημένοι βρίσκονται στον κίνδυνο του απόλυτου αποκλεισμού, της πιο ακραίας ένδειας.

Όλα τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα – το δικαίωμα στην τροφή, την εργασία, την υγειονομική περίθαλψη και τη στέγαση – είναι βαρύνουσας σημασίας για τον φτωχό πληθυσμό. Βλέπετε η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται άμεσα με τις διακρίσεις, την άνιση πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες, τον κοινωνικό και πολιτισμικό στιγματισμό. Παράλληλα παρακωλύουν τη συμμετοχή των ομάδων αυτών στη δημόσια ζωή, τη δυνατότητά τους να επηρεάσουν τις πολιτικές που τους αφορούν και την προσφυγή τους σε ένδικα μέσα για την αποκατάσταση της αδικίας.

Φτώχεια δεν σημαίνει μόνο ανεπαρκή εισοδήματα και υλικά αγαθά, αλλά και έλλειψη πόρων, συνθηκών ασφάλειας, και κυρίως ευκαιριών. Έλλειψη που υπονομεύει την αξιοπρέπεια και κάνει τους φτωχούς ακόμη πιο ευάλωτους. Η φτώχεια έχει να κάνει επίσης με την εξουσία: καθορίζει το ποιος την ασκεί και ποιος όχι, τόσο στη δημόσια ζωή όσο και στην οικογένεια.

Το να φτάσει κανείς στην καρδιά του σύνθετου πλέγματος των σχέσεων εξουσίας στο πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό πεδίο είναι κρίσιμης σημασίας για την κατανόηση και αντιμετώπιση παγιωμένων μορφών διακρίσεων, ανισοτήτων και αποκλεισμών που καταδικάζουν τα άτομα, τις κοινωνίες και τους λαούς σε πολλές γενιές φτώχειας.

Σε τελική ανάλυση η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει να κάνει με την ίδια τη δημοκρατική λειτουργία. Νεόπτωχοι, μακροχρόνια άνεργοι, άστεγοι, Ρομά, πρόσφυγες, μετανάστες, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και όσοι διαβιούν στο κοινωνικό περιθώριο βρίσκονται σήμερα πέρα από το φάσμα μιας βαθιάς και μόνιμης φτώχειας. Αλλά μπροστά στον κίνδυνο, ενός πολλαπλού και πολύπλευρου κοινωνικού αποκλεισμού που έχει όλα τα στοιχεία –για εκείνους- μιας ανθρωπιστικής κρίσης.

Οι συνέπειες της κρίσης στην ψυχική υγεία της Ελλάδας τείνει να υποτιμάται. Παρόλ' αυτά, υπάρχουν διαρκώς αυξανόμενες ενδείξεις για την ψυχολογική επιβάρυνση της ελληνικής κοινωνίας – αύξηση στις διαγνώσεις κατάθλιψης και στις αυτοκτονίες - και της ισοπέδωσης που μπορεί να επιφέρει. Ταυτόχρονα, χιλιάδες πρόσφυγες και μετανάστες παραμένουν εγκλωβισμένοι στην Ελλάδα, που διαβιούν σε άθλιες συνθήκες, συντετριμμένοι από την απελπισία τους. Παράλληλα οι ανθρωπιστικές οργανώσεις αναφέρουν ότι υπάρχει μια συνεχώς αυξανόμενη κρίση στην ψυχική υγεία αυτού του πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας έχει αποδειχθεί ανεπαρκές και προβληματικό. Η έλλειψη χρηματοδότησης και προσωπικού περιορίζουν την πρόσβαση τόσο των Ελλήνων όσο και των πολιτών τρίτων χωρών στην ψυχοκοινωνική περίθαλψη.

Μέσω του προγράμματος “Open Minds - Προωθώντας την Ψυχικής Υγεία και την Ευεξία στην Κοινότητα”, οι ΓΤΚ προσπαθούμε να βελτιώσουμε την προβληματική πρόσβαση στην ψυχική περίθαλψη για όλους όσοι έχουν ανάγκη ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης παρέχοντας δωρεάν, ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ ταυτόχρονα αγωνιζόμαστε για να υποστηρίξουμε την ενδυνάμωση των δημοσίων υπαλλήλων ψυχικής υγείας, να προωθήσουμε τη διατομεακή συνεργασία, να καταπολεμήσουμε το στίγμα, να ενισχύσουμε την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και τελικά να βελτιώσουμε το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας.

Συντομογραφίες

ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΓτΚ	Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία
DG-EMPL	Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης
ECU	Ευρωπαϊκή Λογιστική Μονάδα
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΧ	Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΕΠ	Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΚΥΠΑ	Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού
ΛΟΑΤΚΙ	Λεσβία, Ομοφυλόφιλος, Αμφιφυλόφιλος, Τρανς, Κουήρ και Ίντερσεξ
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
OSF	Open Society Foundations
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΤΧ	Πολίτες Τρίτων Χωρών
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
SGBV	Σεξουαλική και Έμφυλη βία
ΤΕΨΥ	Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας
TOMY	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΤοΨΥ	Τομείς Ψυχικής Υγείας
UAC	Ασυνόδευτα Παιδιά
UNHCR	Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες
UNICEF	Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως





Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	5
Πρόλογος	7
Συνομογραφίες	8
<hr/>	
Εισαγωγή	12
Στόχοι	13
Κατευθυντήριες αρχές	14
Αποτελέσματα Προγράμματος	
Περίπτωση 1, Χάρα Τσεβδομαριά, Ψυχολόγος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στη Θεσσαλονίκη	16
Περίπτωση 2, Στέφανος Κοντόκωστας, Ψυχίατρος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην Αθήνα	17
Στοιχεία Δράσεων Ιανουάριος – Σεπτέμβριος 2018	18
Περίπτωση 3, Αθανάσιος Ρούσος, Κοινωνικός Λειτουργός, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στη Θεσσαλονίκη	19
Περίπτωση 4, Γεώργιος Νικολάου, Ψυχίατρος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στη Θεσσαλονίκη	20
Αποτελέσματα	21
Περίπτωση 5, Λυδία Μυλωνάκη, Ψυχολόγος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην Αθήνα	22
Πίνακας, Κυριότερες εθνικότητες	22
Πίνακας, Στέγαση- συνθήκες διαβίωσης	22
Περίπτωση 6, Αιμιλία Ιωσηφίδου, Κοινωνικός Λειτουργός, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην Αθήνα	23
Πίνακας, Συχνότερες κατηγορίες προβλημάτων ψυχικής υγείας	24
Πίνακας, Συχνότερες διαταραχές ψυχικής υγείας	24
Προκλήσεις κατά τη Μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα	26
Η ψυχική υγεία ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία	32
Χρονοδιάγραμμα της πολιτικής για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα	34
Συστάσεις για την πολιτική ψυχικής υγείας στην Ελλάδα	36
Βιβλιογραφικές αναφορές	38

Εισαγωγή

Τι είναι το Open Minds;

Οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας μέσω των παρεμβάσεών τους κατά τα χρόνια της οικονομικής αλλά και προσφυγικής κρίσης στην Ελλάδα έχουν εντοπίσει τα κενά και τους περιορισμούς του υφιστάμενου συστήματος ψυχικής υγείας της χώρας. Η αυξημένη ανάγκη παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ειδικά για τους πιο ευάλωτους συνανθρώπους μας που αντιμετωπίζουν πολλαπλά εμπόδια στην πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας, καθώς και για δράσεις ενδυνάμωσης της ικανότητας ανταπόκρισης του συστήματος και ευαισθητοποίησης πάνω στο ζήτημα αυτό, οδήγησαν στην υλοποίηση του προγράμματος «Open Minds: Προωθώντας την ψυχική υγεία και την ευεξία στην κοινότητα».

Το πρόγραμμα, που υλοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Σεπτέμβριο του 2018, είχε ως στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των ευάλωτων πληθυσμών, τόσο μεταναστών και προσφύγων όσο και ημεδαπών που ζουν στην ανέχεια, παρέχοντάς τους πρόσβαση σε ψυχική και κοινωνική υποστήριξη και εξασφαλίζοντας ότι μπορούν να έχουν πρόσβαση στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά τους. Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε μέσω της παροχής των αναγκαίων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, την ενδυνάμωση των δημόσιων λειτουργιών στον τομέα της ψυχικής υγείας και τη συλλογή δεδομένων, καθώς και τη συλλογή μαρτυριών μέσω των οποίων αναδεικνύονται οι αδυναμίες του εθνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.



Στόχοι

- I. α) Διασφάλιση πρόσβασης σε δωρεάν και ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνική υποστήριξη προς τους πιο ευάλωτους,
β) Κατάλληλες παραπομπές σε δευτεροβάθμιες δομές υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας, όπου απαιτείται, καθώς και κατάλληλη παρακολούθηση της υπόθεσής τους.
- II. α) Ενδυνάμωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δημόσιου τομέα και της κοινωνίας των πολιτών μέσω εργαστηρίων που οργάνωσαν οι ΓτΚ Ελλάδας
β) Δράσεις ευαισθητοποίησης μέσω συλλογής δεδομένων και μαρτυριών σχετικά με τις προκλήσεις και τους περιορισμούς του υπάρχοντος συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, καθώς και η προώθηση της ψυχικής υγείας στην κοινότητα με μια συνεκτική προσέγγιση στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Απώτερος στόχος είναι να συμβάλει το πρόγραμμα αυτό στο να αναλάβει η Ελλάδα συγκεκριμένες δράσεις και ευθύνες ως κράτος μέλος της ΕΕ σε σχέση με το ευρύτερο ευρωπαϊκό πλαίσιο δράσης για την ψυχική υγεία και την ευεξία.

Η παρούσα εμπειριστατωμένη έκθεση παρουσιάζει μερικά από τα βασικά ευρήματα του προγράμματος, και διατυπώνει συγκεκριμένες συστάσεις για τη βελτίωση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.



Κατευθυντήριες Αρχές

Η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά περιγράφει μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου κάθε άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον. (1)

Μέσω της χρήσης του όρου «ευεξία», οι ΓτΚ επιθυμούν να τονίσουν την ολιστική διάσταση της υγείας και τη διαδικασία για την επίτευξη αυτής. Η ευεξία έχει σωματική, διανοητική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική διάσταση.

Η έννοια της «ευεξίας» περιλαμβάνει όλα αυτά που είναι καλά για ένα άτομο, όπως η συμμετοχή σε σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους, η ευτυχία και η αισιοδοξία, η διαβίωση σύμφωνα με τις καλές ηθικές αξίες, η ύπαρξη θετικών κοινωνικών σχέσεων και ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, η αντιμετώπιση των προκλήσεων μέσω της χρήσης κατάλληλων μηχανισμών αντιμετώπισης, να είναι ασφαλείς και να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες και εργασία (1),(2) Ο όρος «ψυχοκοινωνικό» υποδηλώνει τη διασύνδεση μεταξύ ψυχολογικών και κοινωνικών διαδικασιών και το γεγονός ότι κάθε ένας αλληλεπιδρά συνεχώς και επηρεάζει τον άλλον. Στο παρόν έγγραφο, η σύνθετη έννοια της Ψυχικής και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης χρησιμοποιείται για την περιγραφή οποιασδήποτε μορφής, εσωτερικής ή και εξωτερικής υποστήριξης που στοχεύει στην προστασία ή την προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας ή / και την πρόληψη ή θεραπεία ψυχικών διαταραχών.

Το πρόγραμμα Open Minds, έχει ως στόχο την προώθηση της ψυχικής υγείας και της ευεξίας συνανθρώπων μας που αντιμετωπίζουν πολλαπλές ευαλωτότητες όσον αφορά στη υγεία και την κοινωνική τους διαβίωση (μετανάστες, πρόσφυγες, ανασφάλιστοι ημεδαποί που ζουν στην ανέχεια, ρομά) παρέχοντάς τους πρόσβαση σε ψυχική και κοινωνική υποστήριξη και εξασφαλίζοντας ότι μπορούν να έχουν πρόσβαση στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά τους.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω της παροχής των αναγκαίων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, την ενδυνάμωση των δημόσιων λειτουργιών στον τομέα της ψυχικής υγείας και τη συλλογή δεδομένων, καθώς και τη συλλογή μαρτυριών μέσω των οποίων αναδεικνύονται οι αδυναμίες του εθνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Παράλληλα το πρόγραμμα στοχεύει στην ενίσχυση της συνεργασίας με τις δημόσιες δομές ψυχικής υγείας.



Μια σημαντική πτυχή του προγράμματος OPEN MINDS είναι η ενίσχυση του εθνικού συστήματος ψυχικής υγείας μέσω της ανάπτυξης δεξιοτήτων και της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό διεξήχθησαν δύο ξεχωριστά εργαστήρια στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Κατά τη διάρκεια αυτών των εργαστηρίων, επαγγελματίες διαφόρων κλάδων ψυχικής υγείας συζήτησαν και αντάλλαξαν απόψεις σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση, τις διάφορες προκλήσεις και την ανάγκη για ολοκληρωμένες πολυεπίπεδες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, που να προσαρμόζονται στις διάφορες ανάγκες του πληθυσμού και να και να τις αντιμετωπίζουν κατάλληλα.

Οι θέσεις των ΓτΚ για την Ψυχική Υγεία είναι σύμφωνες με τις κατευθυντήριες γραμμές αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ψυχική και Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη.

Η ψυχική υγεία είναι θεμελιώδης για τη συλλογική και ατομική μας ικανότητα ως ανθρώπων να σκεφτόμαστε, να εκφράζουμε τα συναισθήματά μας, να αλληλεπιδρούμε μεταξύ μας, να κερδίζουμε τα προς το ζην και να απολαμβάνουμε τη ζωή. Με αυτή την έννοια, η προώθηση, διαφύλαξη και αποκατάσταση της ψυχικής υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικό ζήτημα ενδιαφέροντος για τα άτομα, τις κοινότητες και τις κοινωνίες σε ολόκληρο τον κόσμο.

Πολλοί κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες καθορίζουν το επίπεδο ψυχικής υγείας ενός ατόμου σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

Η κακή ψυχική υγεία συνδέεται με την ταχεία κοινωνική αλλαγή, τις αγχώδεις συνθήκες εργασίας, τις διακρίσεις λόγω ταυτότητας φύλου και σεξουαλικού προσανατολισμού, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, τη κακή σωματική υγεία και τις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Αποτελέσματα Προγράμματος

Περίπτωση 1

[1] Ο κύριος Β.Μ, Έλληνας, κάτοικος Δράμας, 47 ετών, προσήλθε στο Ανοικτό Πολυιατρείο Θεσσαλονίκης τον Φεβρουάριο του 2018, αιτούμενος άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης. Πάσχει από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, Συναισθηματικού Τύπου (F60.3), ενώ ταυτόχρονα είναι χρόνιος χρήστης αλκοόλ. Πρόσφατα διαζευγμένος, πατέρας τεσσάρων παιδιών (τριών ανηλίκων, ενός ενήλικα). Αφού νόσησε, νοσηλεύτηκε δυο φορές στο Δημόσιο Ψυχιατρείο Καβάλας, με ενεργό οργανωμένο αυτοκτονικό ιδεασμό και ήδη τρεις απόπειρες αυτοκτονίας. Ο κύριος Β.Μ συνειδητοποίησε πως η ποιότητα των βραχείων νοσηλείων στο Δημόσιο Ψυχιατρείο Καβάλας δεν ευδοκιμούν, αφού ταλαιπωρείτο με ανεπαρκείς και άστοχες ψυχιατρικές αγωγές και έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης με την μορφή ψυχοθεραπευτικών συνεδριών ατομικού τύπου.

Επέλεξε να μεταφερθεί στην πόλη της Θεσσαλονίκης και αφού βρέθηκε σε κατάσταση αστεγίας, επισκέφθηκε το Ανοικτό Πολυιατρείο Θεσσαλονίκης, η οποία μερίμνησε για την άμεση φιλοξενία του στο Ψνωτήριο του Δήμου. Παρόλο που στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ψνωτηρίου συγκαταλέγεται και αυτή της ψυχολογικής υποστήριξης, ο Β.Μ επέλεξε να επισκεφθεί και πάλι τους Γιατρούς του Κόσμου αιτούμενος της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, καθώς το Ψνωτήριο του Δήμου παρείχε μόνο την βασική συμβουλευτική, η οποία δεν κάλυπτε τον ίδιο αποθεραπευτικά.

Στην συνέχεια, ο Β.Μ ξεκίνησε την συνεργασία του με την Ψυχολόγο των Γιατρών του Κόσμου, με ατομικού τύπου εντατικές ψυχοθεραπευτικές

συνεδρίες, οι οποίες συνεχίζουν να πραγματοποιούνται ως και σήμερα (21/09/2018). Ο Β.Μ δεσμεύτηκε απόλυτα στο θεραπευτικό συμβόλαιο, εμφανίζεται εξαιρετικά συνεπής στην παρουσία του και η πρόοδος που έχει αναπτύξει είναι έκδηλη.

Κατά την διάρκεια των εννέα αυτών μηνών, παρουσίασε δύο υστερικά επεισόδια, εκ των οποίων το ένα κατάφερε να διαχειριστεί μόνος του, αφού η οργάνωση της σκέψης του καθώς και η διαχείριση του θυμού του βρίσκονται πλέον σε λειτουργικά επίπεδα.

Κατά το δεύτερο υστερικό επεισόδιο, επισκέφθηκε οικειοθελώς το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης αφού παρουσίασε ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό, όπου και εισήχθη για δύο εβδομάδες. Ο Β.Μ αποδιοργανώθηκε συναισθηματικά αφού εκτός των άλλων (μεγάλος όγκος ασθενών, δύσκολες περιβαλλοντικές συνθήκες) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης δεν παρείχε σταθερή ψυχολογική υποστήριξη. Παίρνοντας εξιτήριο, ο Β.Μ επανήλθε στην ρουτίνα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας με την Ψυχολόγο των Γιατρών του Κόσμου, ανασύνταξε τις ψυχικές του δυνάμεις, οργάνωσε και πάλι την σκέψη του και αντιμετώπισε τα καταθλιπτικά του συμπτώματα.

Βγαίνοντας από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ο Β.Μ δεν έγινε δεκτός στο Ψνωτήριο του Δήμου Θεσσαλονίκης καθώς κατά δήλωσή του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του έχασε τη θέση του στο Ψνωτήριο. Απευθύνθηκε και πάλι στους Γιατρούς του Κόσμου, όπου ρυθμίστηκε άμεσα η φιλοξενία του στο Χριστιανικό Στέκι Αστέγων.

Μετά από 32 ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες σε συνδυασμό με την ρυθμισμένη ψυχιατρική του αγωγή, η οποία εποπτεύεται τακτικά από τους Ψυχιάτρους των Γιατρών του Κόσμου, ο Β.Μ κατάφερε με πολλή προσπάθεια, επιμονή και υπομονή να εργάζεται σε μόνιμη βάση, πράγμα που τον καθιστά έτοιμο για την εύρεση της προσωπικής του κατοικίας.

Επίσης, βρίσκεται σε πλήρη αποχή από την χρήση αλκοόλ για 61 μέρες, αντιμετωπίζοντας τα στερητικά του επεισόδια σε ικανοποιητικό βαθμό βασιζόμενος στην αυτοδιαχείριση. Οι σχέσεις του με τα παιδιά του είναι πλέον άρτιες, ενώ αφού κατάφερε να αποδεσμευτεί συναισθηματικά από την πρώην σύζυγό του, βρίσκεται στα πρώτα βήματα ενός νέου συναισθηματικού δεσμού.

Η σεξουαλική του δυσλειτουργία αποκαταστάθηκε πλήρως, ενώ κοινωνικά βρίσκεται σε πολύ καλό επίπεδο, αναπτύσσοντας φιλικές και επαγγελματικές σχέσεις εκ νέου. Η οργάνωση της σκέψης του είναι άρτια, τα καταθλιπτικά του συμπτώματα σε πλήρη ύφεση, ενώ σε περιόδους διέγερσης ο Β.Μ κατορθώνει να διαχειρίζεται τον θυμό του μέσω τεχνικών, στις οποίες εκπαιδεύτηκε επιτυχώς.

Ο κ. Μ. αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα ψυχικής υγείας, εξάρτηση από το αλκοόλ, διαταραχή προσωπικότητας με έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα και τρεις απόπειρες αυτοκτονίας, παράλληλα με συμπτώματα διαβήτη και βεβαίως μια σειρά οικονομικών προβλημάτων και ιδιαίτερα την έλλειψη στέγης. Η συνεκτική προσέγγιση της υπόθεσής του, τόσο μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας όσο και μέσω συνεδριών ψυχολογικής υποστήριξης, η άμεση και αποτελεσματική ανταπόκριση στα αιτήματά του για πολυεπίπεδη υποστήριξη, έδειξε ότι ο ασθενής έπρεπε να δεχτεί και να χρησιμοποιήσει με θετικό τρόπο τη βοήθεια που του παρείχαμε. Ακόμη και μέσα από την αρνητικότητα που εξέφρασε στην προσέγγιση άλλων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η εμπιστοσύνη και η συνέπεια που ανέπτυξε στη θεραπευτική σχέση με όλους τους ειδικούς και τον εαυτό μου ως ψυχολόγο με ώθησε να διακρίνω την περίπτωση του ως ένα αξιοσημείωτο θετικό παράδειγμα επωφελούς μαρτυρίας και επούλωσης, λόγω όλων των παραπάνω.

Χάρα Τσεβδομαριά, Ψυχολόγος, Ανοικτό Πολυιατρείο των ΓτΚ στη Θεσσαλονίκη

Περίπτωση 2

[2] Ο ZCH είναι πρόσφυγας από τη Συρία, κουρδικής καταγωγής και ηλικίας 21 ετών. Απευθύνθηκε στο Πολυϊατρείο των «Γιατρών του Κόσμου» τον Μάιο 2018 ζητώντας επιτακτικά ψυχιατρική βοήθεια. Αρχικά σε επαφή με τον ασθενή ήρθε η κοινωνική μας λειτουργός, η οποία και κανόνισε την ψυχιατρική του εκτίμηση για την επόμενη ημέρα. Όπως και δήλωσε τότε ο ασθενής είχε ήδη απευθυνθεί σε άλλες τέσσερις ΜΚΟ με το ίδιο επιτακτικό αίτημα και είχε αποπεμφθεί από όλες. Η δε κοινωνική λειτουργός σχημάτισε την εικόνα ενός μάλλον χειριστικού ασθενούς με θορυβώδη συμπεριφορά.

Η ψυχιατρική εκτίμηση έδειξε ότι επρόκειτο για ασθενή με παρανοειδή σχιζοφρένεια σε υποτροπή, με εξαιρετική ψυχοκινητική ανησυχία και έντονα θετικά συμπτώματα. Ο ασθενής βίωνε ακουστικές λεκτικές ψευδαισθήσεις υπό μορφή πολλών φωνών που τον σχολίαζαν, τον εξύβριζαν ή τον χλεύαζαν από τετραμήνου. Η παρουσία των ψευδαισθήσεων ήταν συνεχής κατά τη διάρκεια της ημέρας. Παράλληλα παρουσιάζονταν παραληρητικές ιδέες δίωξης, αναφοράς και συσχέτισης, που του προκαλούσαν έντονο φόβο. Ο ασθενής επίσης κατά το διάστημα αυτό εμφάνιζε καθολική αϋπνία, εξάντληση και τρεφόμενα ελάχιστα.

Η λήψη του ιστορικού αποκάλυψε ότι ο νέος αυτός είχε αρχικά εμφανίσει διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, στην οποία απειλήθηκε η ζωή του, σε ηλικία 15 ετών κατά τον πόλεμο στη Συρία. Το δε πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας πιθανότατα τοποθετείται σε ηλικία

18 ετών με την εμφάνιση ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών.

Είχε μεταναστεύσει ήδη δύο φορές εντός του συριακού εδάφους μαζί με την οικογένειά του στην προσπάθειά τους να προστατευθούν από τις εχθροπραξίες. Τελικά μετά την πτώση του Αφρίν, τον Μάρτιο 2018, εγκατέλειψαν τη Συρία και μέσω Τουρκίας έφτασαν στην Ελλάδα διασχίζοντας τα σύνορα της Θράκης. Τελικά αφού δεν βρήκαν βοήθεια στην Θεσσαλονίκη κατέληξαν τον Μάιο 2018 άστεγοι στην Αθήνα. Μαζί του βρίσκονταν στην Ελλάδα οι γονείς, τα μικρότερα αδέλφια του, η αδελφή του πατέρα του και η μεγαλύτερη ηλικιακά αδελφή του με το σύζυγο και τα παιδιά της. Ήταν όλοι άστεγοι και χωρίς αρωγή από ΜΚΟ ή την υπηρεσία ασύλου.

Ο ασθενής μετά την εκτίμηση έλαβε φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες. Ζήτησε όμως τη βοήθεια της οργάνωσης για να εξετασθεί και η μητέρα του, η οποία κατά δήλωσή του αντιμετώπιζε ανάλογα ψυχικά προβλήματα. Το αίτημά του έγινε προφανώς άμεσα δεκτό.

Τελικά εντός διαστήματος ενός μηνός προσήλθαν και εξετάσθηκαν η μητέρα του ασθενούς (ηλικίας 46 ετών), η μεγαλύτερη ηλικιακά αδελφή του (ηλικίας 23 ετών) και η θεία του (αδελφή του πατέρα του, ηλικίας 54 ετών). Η μητέρα του ασθενούς ήταν χρόνια σχιζοφρενής, με έναρξη νόσου στην εφηβεία, η οποία όμως συνέχιζε να εμφανίζει θορυβώδη θετικά συμπτώματα. Παρά τους περιορισμούς που υπήρχαν θεραπευτικά λόγω της παρουσίας σακχαρώδους διαβήτη,

η γυναίκα αυτή ανταποκρίθηκε σύντομα, εξαιρετικά θετικά στη χορηγηθείσα αγωγή και εμφάνισε σημαντική βελτίωση συμπτωμάτων και λειτουργικότητας.

Η αδελφή του ασθενούς διαγνώστηκε με μείζονα κατάθλιψη με ψυχωσικά συμπτώματα, κυρίως λόγω του εντονότατου καταθλιπτικού συναισθήματος και των ιδεών ενοχής και αναξιοσύνης που κατέκλυζαν την κλινική εικόνα. Βέβαια και εκείνη παρουσίαζε ακουστικές λεκτικές ψευδαισθήσεις και εξαιρετικά χαμηλή λειτουργικότητα αντίστοιχη ψυχωσικής διαταραχής. Έλαβε φαρμακευτική αγωγή και στην παρούσα φάση βρίσκεται σε ύφεση.

Τέλος η αδελφή του πατέρα του ασθενούς διαγνώστηκε με υπολειμματική σχιζοφρένεια, λόγω όμως της αβληχρότητας των θετικών συμπτωμάτων στην παρούσα φάση θεωρήθηκε άσκοπη η χορήγηση αγωγής. Όσο δε αφορά τον αρχικό νέο ασθενή, λαμβάνει αγωγή και βρίσκεται σε ατελή ύφεση, σημαντικά βέβαια βελτιωμένος σε σχέση με την αρχική εικόνα. Οι ίδιοι οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι βοηθήθηκαν σημαντικά από τις ψυχιατρικές εκθέσεις που τους χορηγήθηκαν στο να βρουν γρήγορα κατοικία και ήδη από διμήνου διαμένουν σε διαμέρισμα μισθωμένο και δέχονται αρωγή από ΜΚΟ. Προφανώς η εξεύρεση κατοικίας ήταν εξαιρετικά σημαντική για την πολλαπλά ευάλωτη αυτή οικογένεια προσφύγων.

Θεωρούμε ότι η σύντομη περιγραφή της περίπτωσης αυτής καταδεικνύει τον μεγάλο κίνδυνο άτομα ή οικογένειες πολλαπλά ευάλωτες να εμποδίζονται ουσιαστικά (λόγω άγνοιας του συστήματος ή της γλώσσας, είτε λόγω υποτίμησης της σοβαρότητας του προβλήματος από εντεταλμένες υπηρεσίες ή οργανώσεις) στην πρόσβασή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, να σπρώχνονται στο περιθώριο ή στην καλύτερη περίπτωση να αφήνονται κυριολεκτικά στην τύχη τους να επιβιώσουν σε ένα άγνωστο, ξένο και δύσκολο διαχειρίσιμο περιβάλλον. Είναι πραγματικά αξιοθαύμαστο, μάλλον όμως γέννημα της τύχης, πώς η οικογένεια αυτή, χωρίς απώλειες σε ζωές και με ελλειμματική λειτουργικότητα πλείστων μελών της, κατάφερε να ολοκληρώσει σε τόσο δυσμενείς συνθήκες το ταξίδι έως εδώ με θετική με τα έως τώρα δεδομένα κατάληξη. Δεν θα μάθουμε δε πιθανότατα ποτέ πόσες αντίστοιχα ευάλωτες οικογένειες απωλέσθησαν στην αντίστοιχη πορεία προς την ασφάλεια.

Στέφανος Κοντόκωστας, Ψυχίατρος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην Αθήνα

Στοιχεία Δράσεων Ιανουάριος – Σεπτέμβριος 2018



2 Ομάδες
Αθήνα
Θεσσαλονίκη

Οι Ψυχικές και Ψυχοκοινωνικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Ψυχολογική υποστήριξη
- Ψυχιατρική φροντίδα
- Διάγνωση
- Κοινωνική υποστήριξη
- Παροχή υπηρεσιών με βάση την αξιολόγηση ατομικών αναγκών
- Διαπολιτισμική προσέγγιση
- Παραπομπές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Κλινική Παρακολούθηση
- Θεραπεία και Φαρμακευτική αγωγή

Περίπτωση 3

[3] Η Β. είναι 21 ετών από την Αλβανία. Είναι εξυπηρετούμενη των Γιατρών του Κόσμου στη Θεσσαλονίκη από τις 21.06.2018. Είναι μητέρα ενός τετράχρονου αγοριού και τώρα βρίσκεται στην 36η εβδομάδα της δεύτερης εγκυμοσύνης της. Δεν διαθέτει έγγραφα για νόμιμη διαμονή στην Ελλάδα καθώς η άδεια διαμονής της έληξε.

Δεν ήταν παντρεμένη με τον πατέρα του γιου της αλλά, όπως ανέφερε, ζούσαν μαζί σε επισφαλή καταλύματα στα προάστια της Θεσσαλονίκης. Κατά την πρώτη επίσκεψη στην κοινωνική υπηρεσία μας για ψυχοκοινωνική υποστήριξη, εμφανίστηκε σε κακή συναισθηματική κατάσταση. Έφερε εμφανή σημάδια κακοποίησης σε πολλά μέρη του σώματος και είχε άμεση ανάγκη υποστήριξης. Όπως ανέφερε, τα περιστατικά έγιναν πολλές φορές τους τελευταίους τέσσερις μήνες με το τελευταίο εξ' αυτών να λαμβάνει χώρα πριν από μία εβδομάδα. Δεν γνώριζε πού να απευθυνθεί και μετά από σκέψη, ζήτησε την υποστήριξη των Γιατρών του Κόσμου που την είχαν βοηθήσει και στο παρελθόν σε πολλά περιστατικά και είχαν καλύψει ανάγκες ιατρικής και ψυχοκοινωνικής της υποστήριξης.

Το πρώτο και το πιο σημαντικό βήμα, μετά την παροχή ιατρικής βοήθειας που αρνήθηκε να λάβει, ήταν η ενδυνάμωση της ενδιαφερόμενης και η διασφάλιση ασφαλούς και προστατευμένης κατοικία για τη διαμονή της. Κατόπιν επικοινωνίας με το αρμόδιο κέντρο συμβουλευτικής υποστήριξης για κακοποιημένες γυναίκες,

τη συνοδεύσαμε εκεί και η κοινωνικός λειτουργός του κέντρου αποφάσισε να την τοποθετήσει σε ασφαλές κατάλυμα, εφόσον η ενδιαφερόμενη εξασφάλιζε τα απαραίτητα ιατρικά πιστοποιητικά. Επιστρέψαμε στο πολυϊατρείο όπου εξετάστηκε από δερματολόγο και ψυχίατρο και μετά τις κλινικές εξετάσεις της δόθηκαν τα απαραίτητα ιατρικά πιστοποιητικά. Η Β. δεν είχε τη βούληση να ακολουθήσει τη νομική διαδικασία και να υποβάλει μήνυση για ενδοοικογενειακή βία. Ανέφερε μόνο ότι χρειάζεται να μείνει σε ασφαλές μέρος και να ξεκινήσει μια νέα και ανεξάρτητη ζωή με τις δικές της δυνάμεις. Την ίδια μέρα τοποθετήθηκε σε ασφαλές κατάλυμα για γυναίκες και παιδιά στην περιοχή της Θεσσαλονίκης.

Περίπου μια βδομάδα μετά, ένιωσε έντονο πόνο εξαιτίας της εγκυμοσύνης και όπως μας ενημέρωσε το προσωπικό του ξενώνα, παραπέμφθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου. Την επόμενη μέρα εμφανίστηκε στην κλινική μας σε κακή κατάσταση. Όπως ανέφερε, το προσωπικό του νοσοκομείου αρνήθηκε να της παράσχει ιατρικές υπηρεσίες λόγω του ότι δεν διέθετε άδεια διαμονής και αριθμό κοινωνικής ασφάλισης υγείας (ΑΜΚΑ). Το περιστατικό καταγράφηκε και εστάλη επίσημη αναφορά προς το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του νοσοκομείου. Μετά την απάντησή τους, ήταν σαφές ότι το νοσοκομείο δεν ακολούθησε όσα προβλέπονται στην

κείμενη νομοθεσία για την υγειονομική περίθαλψη σε έγκυες γυναίκες στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Σε επικοινωνία με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, αναφέρθηκε το περιστατικό και προγραμματίστηκε εκ νέου ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για την σωστή παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, καθώς η επωφελούμενη είχε ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής.

Σήμερα διαμένει στον ξενώνα για γυναίκες και παιδιά, η εγκυμοσύνη της προχωράει καλά και συνεχίζει να επισκέπτεται το πολυϊατρείο των ΓτΚ για ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η υπόθεσή της παρακολουθείται επίσης από τη νομική υπηρεσία μιας ΜΚΟ στη Θεσσαλονίκη και η ψυχολογική και γενική κατάσταση της υγείας της βελτιώνεται πολύ.

Η μαρτυρία της 21χρονης γυναίκας από την Αλβανία αποτελεί περίπτωση που αξίζει να επισημανθεί για διάφορους λόγους. Πρώτον, η ενδιαφερόμενη είναι επιζώσα ενδοοικογενειακής βίας που δεν γνώριζε πού θα μπορούσε να απευθυνθεί για υποστήριξη. Δεν διέθετε πληροφορίες σχετικά με τους φορείς προστασίας και η μόνη ψυχοκοινωνική υπηρεσία που την υποστήριξε για άλλα θέματα ήταν το πολυϊατρείο των ΓτΚ. Η ενδιαφερόμενη δεν διέθετε νομιμοποιητικά έγγραφα ή κάποια άδεια διαμονής στην Ελλάδα, οπότε η πρόσβαση της στα εξωτερικά ιατρεία και στο εν γένει σύστημα υγειονομικής περίθαλψης γενικά ήταν περιορισμένη. Το γεγονός ότι ένα δημόσιο νοσοκομείο αρνήθηκε την υγειονομική περίθαλψη για μια έγκυο γυναίκα έρχεται προφανώς σε αντίθεση προς όσα προβλέπει ο νόμος. Η αναφορά του περιστατικού αυτού και οι οδηγίες που δόθηκαν στη συνέχεια από το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του νοσοκομείου καταδεικνύει την ανάγκη κατάλληλης πληροφόρησης και ενημέρωσης του προσωπικού στον τομέα υγείας για τη νομοθεσία για την πρόσβαση ευάλωτων ομάδων στο εθνικό σύστημα υγείας. Τέλος, η δυνατότητα κατάλληλης και αδιάλειπτης παρακολούθησης από τους ίδιους επαγγελματίες υγείας ή κοινωνικής στήριξης σε ένα περιβάλλον όπου ο δικαιούχος αισθάνεται ασφαλής, προστατευμένος και άνετος να μοιραστεί τις σκέψεις του αποτελεί ισχυρή ένδειξη για την ανάγκη δράσης φορέων όπως οι Γιατροί του Κόσμου.

Αθανάσιος Ρούσος, Κοινωνικός Λειτουργός, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στη Θεσσαλονίκη

Περίπτωση 4

[4] Ο Α.Β. είναι ένας άνδρας 33 ετών από το Πακιστάν, αιτών ασύλου ήδη αφ' ης στιγμής έφτασε στην Ελλάδα το Νοέμβριο του 2016, μέσω θαλάσσης. Παρέμεινε για 7 μήνες σε κέντρο υποδοχής σε νησί, από όπου και αναχώρησε άτυπα. Ως εκ τούτου, φτάνοντας στη Θεσσαλονίκη δεν μπορούσε να διαμείνει επίσημα σε κάποια στεγαστική δομή.

Έμεινε στους δρόμους ως άστεγος για μερικές εβδομάδες και στη συνέχεια ένας φίλος του, που διαμένει σε διαμέρισμα στο πλαίσιο στεγαστικού προγράμματος που υλοποιείται από ΜΚΟ, δέχθηκε να τον φιλοξενήσει προσωρινά, μαζί με έναν ακόμα πακιστανό άνδρα.

Ο λόγος που εγκατέλειψε άτυπα το νησί, ήταν οι συνεχιζόμενες εχθροπραξίες μεταξύ των διαφόρων εθνικοτήτων που φιλοξενούνταν στο κέντρο υποδοχής. Ισχυρίζεται ότι κατά τη διάρκεια αυτών των συμπλοκών μαχαιρώθηκε, κάτι που το κλιμάκιο μας δεν κατέστη εφικτό να επιβεβαιώσει με κάποιο τρόπο. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτός και η οικογένειά του είναι χριστιανοί, ανήκουν δηλαδή σε μια μικρή μειοψηφία χριστιανών στο Πακιστάν που δέχεται σημαντικές διακρίσεις και επιθέσεις, κάτι που θα μπορούσε επίσης να είναι ένας «καλός» λόγος για να τον στοχοποιήσουν. Αφού έφτασε στη Θεσσαλονίκη, ισχυρίζεται επίσης ότι έμαθε ότι ο πατέρας του είχε δολοφονηθεί στο Πακιστάν για παρόμοιους λόγους.

Ο κ. Α.Β. ήρθε στο πολυϊατρείο μας αναζητώντας ψυχιατρική βοήθεια για πρώτη φορά το χειμώνα του 2018. Είχε επισκεφθεί ήδη δύο ψυχιάτρους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

από τον Οκτώβριο του 2017, αρχικά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στη συνέχεια 2 φορές στα εξωτερικά ιατρεία, όπως του υποδείχθηκε σχετικά κατά την πρώτη του επίσκεψη στο νοσοκομείο. Σε αυτές τις αρχικές εκτιμήσεις διαγνώστηκε με σύνδρομο μετατραυματικού στρες και του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή. Κατά τη διάρκεια αυτών των επισκέψεων, συνοδευόταν από τον φίλο του που τον φιλοξενούσε, ο οποίος μιλούσε στοιχειωδώς αγγλικά και έκανε τον διερμηνέα. Κατά τη διάρκεια αυτών των τριών επισκέψεων του στο νοσοκομείο, καθώς και κατά την πρώτη του επίσκεψή στοπολυϊατρείο μας, δεν εμφάνιζε ψυχωτικά συμπτώματα ή εν πάση περιπτώσει δεν κατέστη εφικτό αυτά να ανιχνευθούν λόγω έλλειψης ερμηνείας. Κατά τη δεύτερη του επίσκεψή σε εμάς, παρατηρήθηκε μια αύξηση του άγχους, ευερεθιστότητας και άλλων συμπτωμάτων, καθώς και εμφανή ψυχωτικά συμπτώματα, συγκεκριμένα ακουστικές ψευδαισθήσεις και ιδέες καταδίωξης. Η θεραπευτική του αγωγή άλλαξε αναλόγως, αλλά δεν αποδείχτηκε επαρκώς αποτελεσματική και τα συμπτώματά του επιδεινώθηκαν κατά τις επόμενες δέκα ημέρες, οδηγώντας σε μια ανάγκη για εσωτερική νοσηλεία. Θα πρέπει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι ο φίλος του ήταν το μοναδικό πρόσωπο που τον φρόντιζε μέχρι τότε, γεγονός που θα μπορούσε να σημαίνει ότι δεν είχε πάρει τα φάρμακά του σωστά λόγω των συμπτωμάτων του.

Ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα του να νοσηλευτεί και συμφώνησε να επισκεφτεί το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Εκεί αφού εξετάστηκε από τους ιατρούς του συστήθηκε να παραμείνει στο νοσοκομείο. Αρχικά

συμφώνησε, αλλά στη συνέχεια, αφού συνειδητοποίησε ότι ο φίλος του δεν μπορούσε να μείνει μαζί του και ότι δεν θα ήταν σε θέση να επικοινωνήσει ακόμη και για τα στοιχειώδη, αρνήθηκε να νοσηλευτεί και αποχώρησε.

Κατά τη διάρκεια του επόμενου μήνα παρακολούθηθηκε σε εβδομαδιαία βάση ή ακόμα και δύο φορές την εβδομάδα από την ομάδα μας και έλαβε αυξημένες δόσεις φαρμάκων που βοήθησαν στο να ανταποκριθεί αρχικά στην αγωγή και να αμβλυθούν τα συμπτώματα. Κάποιες φορές σκεφτήκαμε ως έσχατη λύση ακόμα και την ακούσια νοσηλεία του, προκειμένου να διασφαλίσουμε την σωματική του ακεραιότητα και την υγεία του, παρόλο που ο ίδιος είχε αντιληφθεί το σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε και δεν συναινούσε. Κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με το σχετικό νομικό πλαίσιο, το οποίο προβλέπει ότι προκειμένου να πραγματοποιηθεί ακούσια νοσηλεία θα πρέπει υποχρεωτικά ο ασθενής να αδυνατεί να κατανοήσει το πρόβλημα και να αποφασίσει ο ίδιος για τη δική του ευεξία. Εν τω μεταξύ, οι δύο του συγκάτοικοι, έχοντας ήδη επιβαρυνθεί από την όψιμη κατάστασή της ψυχικής του υγείας, την ευερεθιστότητα και την ακανόνιστη συμπεριφορά του, επέμεναν ότι έπρεπε να φύγει από το διαμέρισμα. Την άνοιξη 2018, μετά από μια αρχική σταθεροποίηση της κατάστασής του, η κοινωνική μας υπηρεσία τον παρέπεμψε στον υπεύθυνο του τομέα προστασίας της UNHCR και έκτοτε αγνοούμε την περαιτέρω πορεία του.

“Μέσω αυτής της περίπτωσης διαπιστώνουμε ότι αρκετές αδυναμίες και ανεπάρκειες του συστήματος ψυχικής υγείας οδήγησαν στην ταχύτατη επιδείνωση της κατάστασης ψυχικής υγείας του ασθενούς, και μάλιστα σε ένα τέτοιο επικίνδυνο σημείο που είχε ως αποτέλεσμα να υφίστανται σοβαροί περιορισμοί στην κατάλληλη διαχείριση του. Αν θα μπορούσε κάποιος να τις ταξινομήσει με βάση το αρνητικό αποτέλεσμα που επέφεραν στον ασθενή, τότε αναμφίβολα η απουσία κατάλληλης διερμηνείας έπαιξε τον κυριότερο ρόλο. Αν τώρα προστεθούν και τα διάφορα πολιτισμικά και κοινωνικά εμπόδια, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε σε μια πολύ περίπλοκη και δύσκολη κατάσταση διαχείρισης συγκεκριμένων αλλοδαπών ασθενών από το εθνικό σύστημα υγείας».

Γεώργιος Νικολάου, Ψυχίατρος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στη Θεσσαλονίκη

**3.934**

Συνεδρίες συνολικά

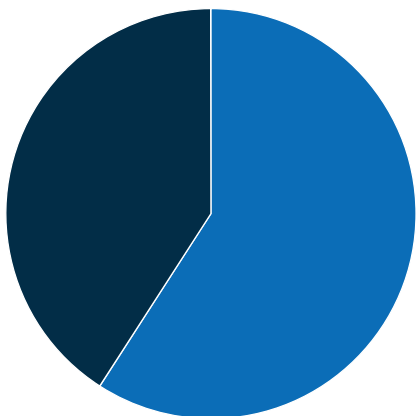
**757**Μοναδικά άτομα έλαβαν
υπηρεσίες ψυχικής υγείας**1.295**

ψυχιατρικές συνεδρίες

Φύλο

1.608

Γυναίκες

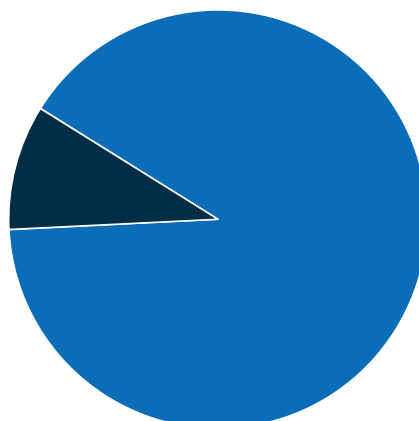
**2.326**

Άνδρες

Ηλικιακή ομάδα

380

Παιδιά

**3.554**

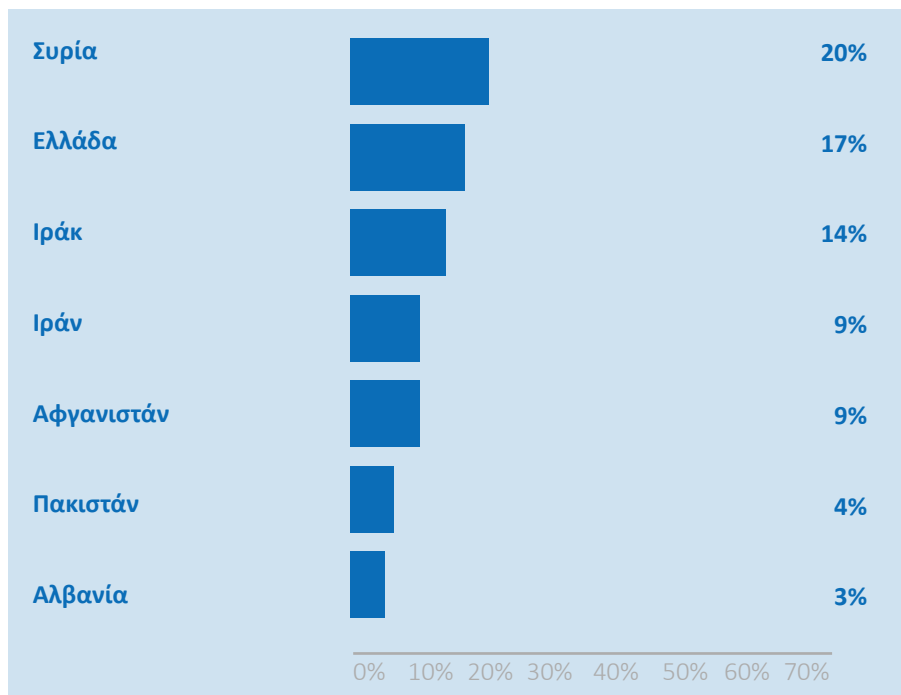
Ενήλικοι

Περίπτωση 5

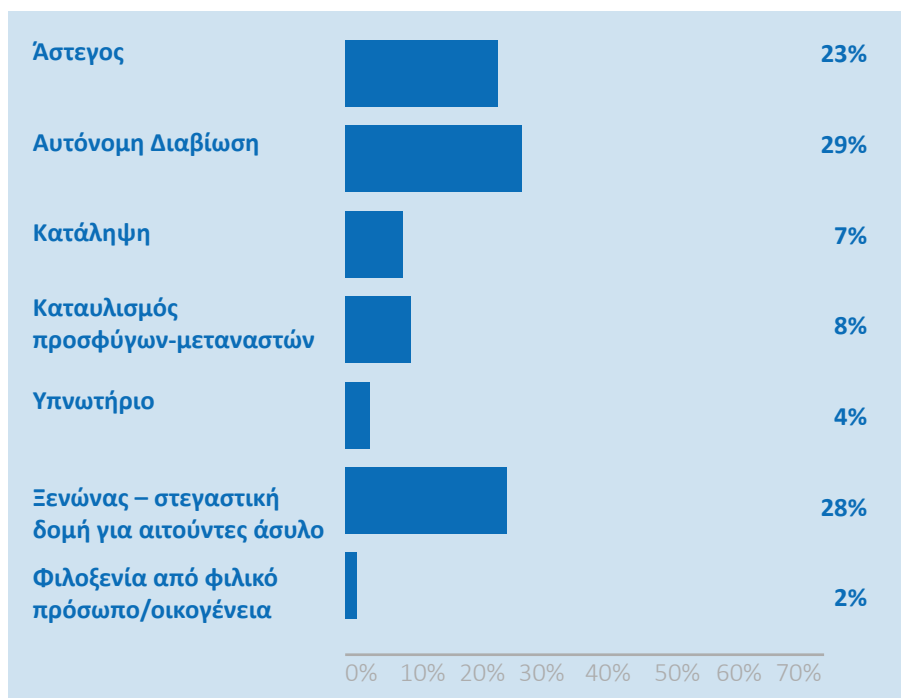
[5] Ο κύριος Ι.Η. προέρχεται από την Αιθιοπία. Έφυγε από τη χώρα του καθώς αντιμετώπιζε πολιτικά προβλήματα, αφού φυλακίστηκε και δέχτηκε μια σειρά από βασανιστήρια επί της φυλάκισης του. Ταξίδεψε μέχρι την Ελλάδα και έφτασε στη Λέσβο. Διέμεινε στο κέντρο υποδοχής της Μόριας όπου τραυματίστηκε και πάλι ψυχικά εξαιτίας των συνθηκών διαβίωσης που επικρατούσαν εκεί (καβγάδες, φωτιές, έλλειψη ιδιωτικότητας, υποστήριξης αλλά και αδυναμία πρόσβασης σε δομές ψυχικής υγείας). Έτσι επέλεξε να φύγει από το νησί παράτυπα, δίχως να παραστεί στην συνέντευξη του για το αίτημα ασύλου του καθώς βίωνε επίμονο αυτοκτονικό ιδεασμό και αισθανόταν έντονο φόβο.

Όταν έφτασε στην Αθήνα δεν είχε κανένα έγγραφο, έτσι παρέμεινε άστεγος για περίπου 2 χρόνια καθώς του ήταν αδύνατο να βρει πρόσβαση σε οποιαδήποτε κοινωνική υπηρεσία ή υπηρεσία ψυχικής υγείας και να ζητήσει υποστήριξη. Ευτυχώς, είχε καλή επίγνωση της κατάστασης του η οποία συνεχώς επιδεινωνόταν. Απευθύνθηκε στο Πολυιατρείο των Γιατρών του Κόσμου στην Αθήνα και να ζητήσει βοήθεια σε σχέση με τη ψυχική του υγεία, το καταθλιπτικό συναίσθημα, το άγχος, την έλλειψη ελπίδας αλλά και τον επίμονο αυτοκτονικό ιδεασμό. Η υποδοχή του Πολυιατρείου τον παρέπεμψε αμέσως στην ομάδα ψυχικής υγείας, όπου αξιολογήθηκε αρχικά από Κοινωνικό Λειτουργό και παραπέμφθηκε άμεσα σε Ψυχολόγο. Αφότου λήφθηκε πλήρες ιστορικό, η Ψυχολόγος ζήτησε επιπλέον ψυχιατρική αξιολόγηση. Από τότε ο κύριος Ι. Η. παρακολουθείται 2 φορές την εβδομάδα / μια φορά το μήνα από Ψυχίατρο και εβδομαδιαία από Ψυχολόγο. Επιπλέον, έχει παραπεμφθεί από την κοινωνική υπηρεσία της ομάδας σε διάφορους οργανισμούς για να διευθετήσει διάφορα ζητήματα που εκκρεμούσαν.

Κύριες εθνικότητες



Στέγαση - συνθήκες διαβίωσης



Ο κύριος Ι.Η. είναι ένα παράδειγμα ανθρώπου ο οποίος ταλαιπωρείται από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια χωρίς να έχει τη δυνατότητα να λάβει υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν προσέγγισε τους Γιατρούς του Κόσμου ήταν άστεγος, ένιωθε ανασφάλεια και είχε συνεχείς σκέψεις να κάνει κακό στον εαυτό του με σκοπό το θάνατο. Αυτή τη στιγμή έχει καταφέρει να ξεπεράσει το βαρύ επεισόδιο κατάθλιψης, λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή όπως του έχει συστηθεί και είναι τακτικός στην ψυχοθεραπεία του. Ακόμη, με της κατάλληλες παραπομπές, έχει λάβει τα απαραίτητα έγγραφα και τώρα περιμένει για την επικείμενη συνέντευξη του στην Υπηρεσία Ασύλου της Αθήνας.

Λυδία Μυλωνάκη, Ψυχολόγος, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην Αθήνα

Περίπτωση 6

[6] Η Χ.Ν προέρχεται από την Ελλάδα και είναι 54 ετών. Αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας από την εφηβεία της και νοσηλεύεται για πρώτη φορά στα 16 της. Κατά την ίδια περίοδο γίνεται μητέρα εκτός γάμου και το τέκνο της δίνεται για υιοθεσία χωρίς την συγκατάθεση της. Για πολλά χρόνια κάνει κατάχρηση αλκοόλ, εκδίδεται και παράλληλα έχει πολλαπλές νοσηλείες στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής. Το υποστηρικτικό περιβάλλον απουσιάζει όλα αυτά τα χρόνια καθώς ο πατέρας ήταν αλκοολικός, η μητέρα κατοικούσε μακριά και οι αδελφές της δεν επικοινωνούσαν μαζί της. Λόγω της έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος η Χ.Ν απευθύνεται σε μια Μονή. Στο μοναστήρι οι συνθήκες διαβίωσης, επιδείνωσαν την υγεία δεν υπήρχε ποτέ σταθερή και τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση και δεν λάμβανε την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή. Μετά από 22 χρόνια στην Ιερά Μονή αποφασίζει να φύγει και βρίσκεται άστεγη, στο κέντρο της Αθήνας. Προτού απευθυνθεί στους Γιατρούς του Κόσμου και ζητήσει βοήθεια, νοσηλεύτηκε για λίγες μέρες σε ψυχιατρική κλινική νοσοκομείου της Αθήνας όπου δεν έγινε ποτέ η παραπομπή σε ξενώνα φιλοξενίας, παρόλο που αναφέρθηκε η αστεγία.

Στους Γιατρούς του Κόσμου απευθύνθηκε τον Απρίλιο του 2018, με αίτημα αρχικά να διαμείνει προσωρινά σε κάποιο διαμέρισμα ή να βρεθεί οποιαδήποτε μορφή στέγασης. Προτεραιοποίηση έγινε στη ψυχιατρική εκτίμηση και στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Εν τω μεταξύ, οι κοινωνικές υπηρεσίες αναζήτησαν κάποια ψυχιατρική δομή φιλοξενίας ή κέντρο φιλοξενίας αστέγων για να διαμείνει. Ωστόσο, αυτό αποδείχθηκε εξαιρετικά δύσκολο.

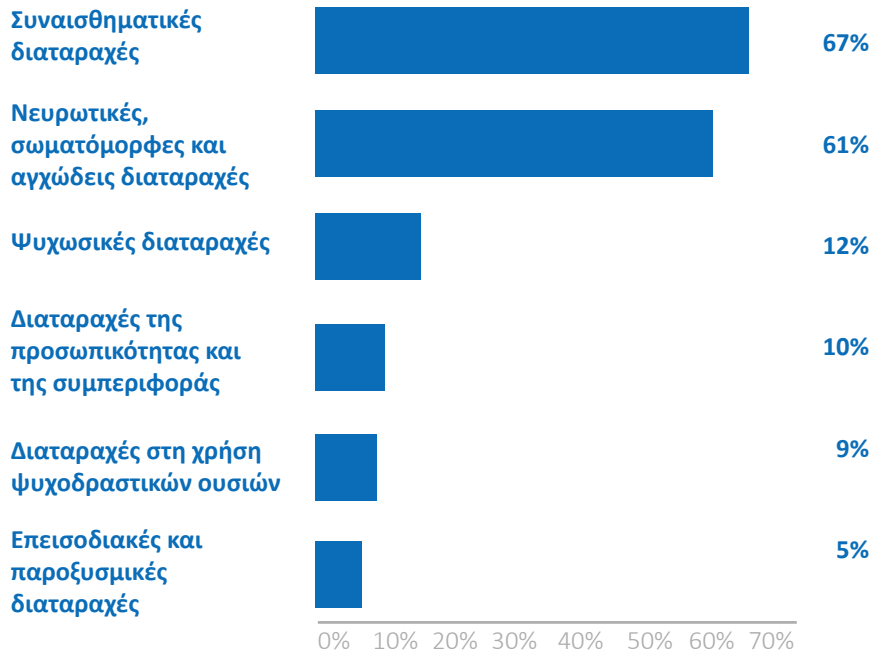
Η ομάδα ψυχικής υγείας των ΓτΚ αξιολόγησε τις ανάγκες της και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η Χ.Ν. έχει ζωτική

ανάγκη να ενταχθεί σε ξενώνα ικανό να φροντίζει για τις πολλαπλές ανάγκες της. Η αστεγία δεν βοηθάει σε καμία περίπτωση την θεραπευτική της αντιμετώπιση και παράγοντες όπως η επαιτεία, η καθημερινή ανασφάλεια, η συναισθηματική αποδιοργάνωση και οι ακατάλληλες καιρικές συνθήκες δυσχεραίνουν κατά μεγάλο ποσοστό τη ψυχική της υγεία. Δυστυχώς, αποδείχθηκε εξαιρετικά δύσκολο για τον δημόσιο τομέα να την υποστηρίξει με ολοκληρωμένο τρόπο.

“Υπάρχουν πολλοί περιορισμοί όταν οι κοινωνικές υπηρεσίες επιχειρούν να δικτυώσουν έναν ασθενή ψυχικής υγείας με τις δημόσιες δομές, καθώς είτε δεν υπάρχουν διαθέσιμα δωμάτια, είτε η παραπομπή γίνεται μόνο από Δημόσιους Φορείς (ΚΨΥ και Νοσοκομεία) είτε οι ξενώνες είναι μόνο για βραχείες νοσηλείες. Παράλληλα, και οι δομές αστέγων δεν δέχονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας “

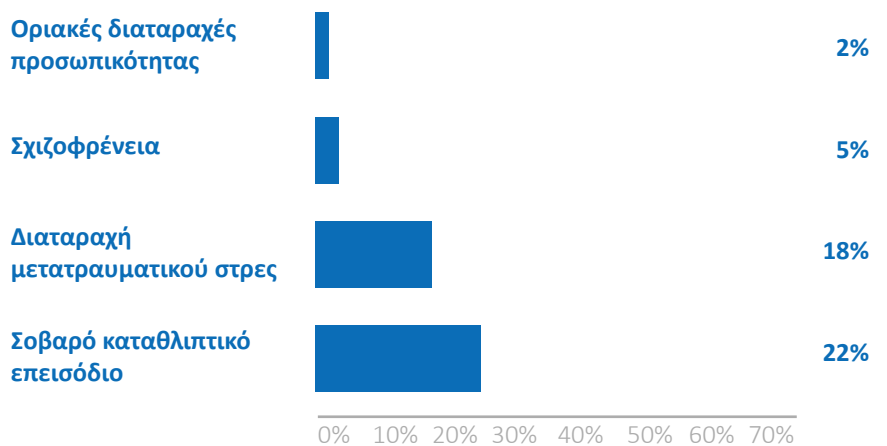
Αιμιλία Ιωσηφίδου, Κοινωνικός Λειτουργός, Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην Αθήνα

Συχνότερες κατηγορίες προβλημάτων ψυχικής υγείας*



* Επί συνόλου ασθενών που είδαν ψυχίατρο. Διαθέσιμες πολλαπλές διαγνώσεις

Συχνότερες διαταραχές ψυχικής υγείας*



* Επί συνόλου ασθενών που είδαν ψυχίατρο



Προκλήσεις κατά τη Μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Εγγενείς αδυναμίες

Η λεγόμενη “Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση” μπορεί να ειπωθεί ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαδικασία ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης της χώρας. Είναι γεγονός ότι η ΕΕ έχει παράσχει σημαντική υποστήριξη στην Ελλάδα για την ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ωστόσο, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα μετράει ήδη σχεδόν 4 δεκαετίες. Ήδη, από τη δεκαετία του 80, η μεταρρύθμιση στόχευε στην αποϊδρυματοποίηση χιλιάδων ασθενών και στην καθιέρωση και ανάπτυξη ενός ολιστικού συστήματος ψυχικής υγείας στην κοινότητα. ^{(3),(4)}

Έκτοτε υλοποιήθηκαν σειρά εθνικών προγραμμάτων με ευρωπαϊκή χρηματοδότηση για την ανάπτυξη ενός κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας.

Τα προγράμματα “Λέρος Ι” και “Λέρος ΙΙ” (από το 1990 έως το 1994), το πρόγραμμα “Ψυχαργός Ι” (από το 1997 έως το 2001), Ψυχαργός ΙΙ γνωστό και ως Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός 2000- 2010» (από το 2001 έως το 2010) πέτυχαν σε μεγάλο βαθμό το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων μακράς νοσηλείας, την αποϊδρυματοποίηση της πλειονότητας των ασθενών, την ίδρυση ψυχιατρικών υπηρεσιών σε γενικά νοσοκομεία και τη γεωγραφική και διοικητική κατανομή των δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. ^{(5), (6), (7)}

Η τελευταία αναθεώρηση του «Ψυχαργός» (Ψυχαργός Γ΄) είχε προγραμματιστεί να καλύψει την περίοδο 2011-2020. Το 2012, 65 μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί συμμετείχαν με 220 μονάδες ψυχικής υγείας και απορρόφησαν συνολικό προϋπολογισμό 45 εκατομμυρίων ευρώ για την κάλυψη 4.207 ασθενών στο πλαίσιο της αποϊδρυματοποίησης, αριθμός που αντιπροσωπεύει περίπου το 50% της χωρητικότητας του εθνικού συστήματος σε κλίνες για τους ασθενείς. Ωστόσο, η μεταρρύθμιση αυτή εξακολουθεί να είναι σε μεγάλο βαθμό ελλιπής, δεδομένου ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τόσο πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και οι πιο εξειδικευμένες όπως πχ για τα παιδιά και τους εφήβους, τα άτομα με αυτισμό, διανοητικές αναπηρίες και εν γένει γηριατρικές και ιατροδικαστικές υπηρεσίες, εμφανίζονται μέχρι σήμερα ανεπαρκείς, ασύνδετες και κατακερματισμένες. Το βάρος των ψυχικών διαταραχών θα μπορούσε να αποφευχθεί σε μεγάλο βαθμό μέσω της υλοποίησης γνωστών, προσιτών θεραπευτικών προσεγγίσεων, ωστόσο οι ανεπάρκειες του συστήματος υγείας περιορίζουν την όποια σχετική πρόοδο. ^{(8), (9), (10), (11)}

Το σύστημα αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις λόγω κενών στη χρηματοδότηση και ελλείψεων προσωπικού. Εκείνοι που χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με μεγάλες λίστες αναμονής, την περιορισμένη διαθεσιμότητα επαγγελματιών (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) και την έλλειψη εξειδικευμένου και καταρτισμένου προσωπικού στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας / ψυχικής υγείας. Οι φορείς της κοινωνίας των πολιτών και διάφοροι εθελοντικοί και άλλοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί παρέχουν βοήθεια, ωστόσο παραμένει ως ζητούμενο η συνεκτική και συστηματική παροχή υπηρεσιών προκειμένου να καλυφθούν μακροπρόθεσμα τα όποια κενά. ^{(3), (8), (10), (11)}



Αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Μόνο το τελευταίο έτος, οι ΓΤΚ στο πλαίσιο των δράσεων τους παρείχαν ψυχικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε περισσότερους από 3.500 ανθρώπους σε όλη την Ελλάδα. Μέσω του προγράμματος έργου “Open Minds” έλαβαν υπηρεσίες πάνω από 750 άτομα ενώ παράλληλα πραγματοποιήθηκαν περίπου 4.000 συνεδρίες ψυχικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό, όπως ανασφάλιστοι, άποροι, άστεγοι, άνεργοι, οικογένειες και άτομα που δεν μπορούν να καλύψουν τις ασφαλιστικές του υποχρεώσεις και συνεπώς δεν έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, αποτελούν μερικές μόνο από το πλήθος των ευάλωτων ομάδων ασθενών που επισκέφτηκαν τις πολυκλινικές μας και τις προσφερόμενες υπηρεσίες του προγράμματος Open Minds.⁽²²⁾

Ομάδες του πληθυσμού που αντιμετωπίζουν ήδη πριν από την οικονομική κρίση πολλούς και διάφορους παράγοντες ευπάθειας, ήρθαν αντιμέτωπες με μια σημαντική μείωση ή και απώλεια των δικτύων κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας που τους παρείχαν βασική στήριξη. Οι οικογένειες βρεθήκαν στη δίνη μιας κρίσης, οικονομικής αλλά και εν τέλει ανθρωπιστικής.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Eurostat, η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ το ποσοστό του πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο ανέχειας ανέρχεται στο 35,6% του συνολικού αριθμού των 11.183.716 κατοίκων της χώρας. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι το 1/3 του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας ζει σε εξαιρετικά δύσκολες και επισφαλείς συνθήκες.^{(23), (24)}

Τα τελευταία χρόνια η ελληνική οικονομική κρίση είχε ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών. Οι υφιστάμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων στο εθνικό σύστημα υγείας λειτουργούν με 30-40% λιγότερο προσωπικό, οι μισθοί των εργαζομένων έχουν περικοπεί κατά 40 περίπου τοις εκατό, ενώ και οι πληρωμές δεν είναι σε τακτική βάση. Σημαντικό μέρος του πλέον έμπειρου προσωπικού έχει αναγκαστεί να συνταξιοδοτηθεί. Η ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, δεδομένου ότι αυξήθηκε η ψυχοπαθολογία των παιδιών και των εφήβων ως αποτέλεσμα της κρίσης στην οικογένεια συνολικά, καθώς πλέον η οικονομική τους κατάσταση δεν επιτρέπει τη συνέχιση της θεραπείας στον ιδιωτικό τομέα. Πρόσφατη έρευνα σε δημόσια και ιδιωτικά παιδοψυχιατρικά ιδρύματα συνέκρινε δεδομένα μεταξύ του 2007 και του 2011 (2 χρόνια πριν και μετά την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας). Τα ευρήματα αποκάλυψαν αύξηση 39,8% στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του δημόσιου συστήματος υγείας παιδιών και 25,5% εφήβων. Αντίστοιχα, τα συνολικά ποσοστά επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα μειώθηκαν συνολικά κατά 35,4%. Ως αποτέλεσμα, στις περισσότερες δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων ο χρόνος αναμονής ακόμα και για συνήθη περιστατικά έχει τριπλασιαστεί ξεπερνώντας πλέον και τον ένα μήνα, ενώ ειδικές περιπτώσεις ο χρόνος αναμονής μπορεί να φτάσει μέχρι και τους 12 μήνες.^{(3), (10), (12)}



Δημοσιονομικοί περιορισμοί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η Ελλάδα βρίσκεται στη δίνη μιας σοβαρής οικονομικής κρίσης από τα τέλη του 2009, εξαιτίας χρόνιων δημοσιονομικών υπερβάσεων και διαθρωτικών αγκυλώσεων. Ως αποτέλεσμα της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης, η Ελλάδα έλαβε εξαιρετικά μέτρα λιτότητας και περικοπές των δημοσίων δαπανών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων για το εθνικό σύστημα ψυχικής υγείας, την ίδια στιγμή που η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας σημείωσαν κατακόρυφη αύξηση. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη μαζική εισροή προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, συνέβαλε στην περαιτέρω περιθωριοποίηση των πιο ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, όπως άποροι Έλληνες, μετανάστες, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, ρομά και ΛΟΑΤΚΙ κοινότητες. ^{(22), (25), (26), (27)}

Η ύφεση οδήγησε στην υιοθέτηση εξαιρετικών μέτρων λιτότητας και περικοπών των δημόσιων δαπανών για το σύστημα ψυχικής υγείας, την ίδια στιγμή που η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας σημείωσαν κατακόρυφη αύξηση. Το σύστημα αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις λόγω έλλειψης χρηματοδότησης και προσωπικού. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, οι επισκέψεις ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στα εξωτερικά ιατρεία και τις κλινικές ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας αυξήθηκαν κατά 120% κατά την περίοδο 2011-2014. Η ανεργία και τα χαμηλά εισοδήματα διαπιστώθηκε, επίσης, ότι συσχετίζεται σημαντικά με την αύξηση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. ^{(3), (8), (16)}

Σύμφωνα με το πρόσφατα δημοσιευμένη έκθεση «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», το Υπουργείο Υγείας εκτιμά ότι για την ομαλή λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας και την υλοποίηση της μεταρρύθμισης απαιτούνται περισσότεροι από 1.200 νέοι υπάλληλοι και η δημιουργία πάνω από 208 νέων δομών. Την ίδια στιγμή η εκτίμηση ανάγκης για την ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι στις 34 νέες δομές, ενώ οι εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους είναι στις ^{28, (11), (16)}

Ταυτόχρονα, δεν υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των ήδη υφιστάμενων δομών. ^{(15), (16), (21)}

Στις 28/10/2010 ο ευρωβουλευτής κ. Νικόλαος Χουντής ζήτησε γραπτή απάντηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σχετικά με τις μεγάλες καθυστερήσεις στην Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και την πορεία του προγράμματος «Ψυχαργός» (13):
Το πρόγραμμα «Ψυχαργός», αφορά στην αποιδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών με μακρά παραμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η συνεχής υποχρηματοδότηση του προγράμματος από τις ελληνικές αρχές είχε ως αποτέλεσμα οι στόχοι της μεταρρύθμισης και η αποασυλοποίηση των ψυχικών πασχόντων να έχει καθυστερήσει δραματικά. Η κατάσταση επιδεινώνεται αφού η Ελλάδα, με βάση το μνημόνιο που έχει υπογράψει με το ΔΝΤ, την ΕΚΤ και την ΕΕ, υποχρεούται σε περαιτέρω περικοπή των δημοσίων δαπανών. Με δεδομένο την ύπαρξη αυτού του σοβαρού κοινωνικού προβλήματος, που αφορά χιλιάδες ασθενείς, οικογένειες αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό.

1. Πως αξιολογεί η Επιτροπή την μέχρι τώρα πορεία του προγράμματος «Ψυχαργός» στην Ελλάδα;

2. Τι μέτρα προτίθεται να λάβει σε συνεργασία με την ελληνική κυβέρνηση προκειμένου το εν λόγω έργο να συνεχίσει να χρηματοδοτείται κανονικά;

Μεταρρύθμιση του Συστήματος Ψυχικής Υγείας – Που βρισκόμαστε σήμερα για να αντιμετωπίσουμε τις άμεσες ανάγκες;

Τον Ιούνιο του 2018, το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε την εθνική έκθεση: «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας». ⁽¹¹⁾

Η έκθεση αυτή, μπορούμε να πούμε πως ήλθε σε συνέχεια του μνημονίου συνεργασίας Andor-Λυκουρέντζου (2013) το οποίο είχε ως σκοπό να καλυφθεί η προηγούμενη απώλεια χρόνου κατά την εφαρμογή της μεταρρύθμισης Ψυχαργώς (2011- 2015) και προέβλεπε τη συνέχιση της χρηματοδότησης με 100 εκατομμύρια ευρώ για την προαναφερθείσα προγραμματική περίοδο. ^{(14), (15), (16)}

Ο Υπουργός Υγείας κ. Ανδρέας Ξάνθος δήλωσε τα εξής: «Είναι η πρώτη φορά που υπάρχει ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός για το πώς θα προχωρήσει η στάσιμη εδώ και χρόνια, ψυχιατρική μεταρρύθμιση και πως θα υλοποιηθεί η μετάβαση από το ασυλικό μοντέλο στην κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα, που αποτελεί το νέο παράδειγμα στην πολιτική Ψυχικής Υγείας» ... «Η επένδυση στην ψυχική υγεία είναι επένδυση στην αξιοπρέπεια, την κοινωνική συνοχή, την άρση των ανισοτήτων και το κράτος δικαίου». ⁽¹⁷⁾

Οι ΓτΚ εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για το πρόσφατο τομεοποιημένο σχεδιασμό και τον νόμο 4461/2017 που απαιτεί μεν τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας, αλλά στην πραγματικότητα δεν προβλέπει με ρεαλιστικό τρόπο το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων. ^{(3), (11), (17), (18)}

Παρά το γεγονός ότι το Μνημόνιο συνεργασίας Andor-Λυκουρέντζου προέβλεπε μέχρι τον Ιούνιο του 2015 την πλήρη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών νοσοκομείων ώστε να αναπτυχθούν κοινοτικά δίκτυα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το νόμο 4052/2012, καθώς και ότι μετά τη λήξη του ως άνω μνημονίου το Υπουργείο Υγείας προέβη σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για να διατηρήσει τη συνέχιση της μεταρρύθμισης. ^{(14), (15), (16), (18), (19)} εντούτοις, μέχρι σήμερα η Ελλάδα συνεχίζει να διατηρεί σε λειτουργία 3 μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου μέτρα περιορισμού των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας λαμβάνουν χώρα σε καθημερινή βάση ενώ δεν διασφαλίζεται η συνέχεια της ιατρικής φροντίδας και της θεραπείας τους.

Ο Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας περιγράφει σε αριθμούς την τρέχουσα κατάσταση και τις ανάγκες αναφορικά με τις υποδομές και το προσωπικό ψυχικής υγείας, χωρίς ωστόσο να αναφέρει την εγκατάσταση ενός ολοκληρωμένου, καθολικού συστήματος με βιώσιμη χρηματοδότηση σε βάθος χρόνου ούτε και να προβλέπει την παρακολούθηση και αξιολόγηση των μεθόδων και των σχετικών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, δεν διευκρινίζει τον τρόπο με τον οποίο θα υλοποιηθούν αυτοί οι συγκεκριμένοι στόχοι και οι δραστηριότητες στον τομεακό τομέα, καθώς και τη μέθοδο εκτίμησης του βαθμού ικανοποίησης των πολιτικών προτεραιοτήτων.⁽²⁰⁾ Η κεντρική κατευθυντήρια αρχή της Εθνικής Πολιτικής για την Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι η εδραίωση της έννοιας του κοινοτικού δικτύου σε επίπεδο παροχής και διαχείρισης των υπηρεσιών. Συμπεριλαμβάνεται επίσης η δικτύωση στο πλαίσιο της πολιτικής για την ψυχική υγεία μέσω της ενίσχυσης της διατομεακής συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συμμετέχουν στο σύστημα. Μολονότι οι προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας βρίσκονται σε συμφωνία και ενσωματώνουν τις αρχές, τη φιλοσοφία, τις προτεραιότητες και αξίες του «EU-Compass» - Δράση της ΕΕ για την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία, καθώς και τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας για την Ψυχική Υγεία, εντούτοις η τρέχουσα πολιτική για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα εξακολουθεί να στερείται συγκεκριμένων και μετρήσιμων στόχων και δράσεων. ^{(16), (21)}

Η απάντηση του κ. Andor εξ ονόματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ήταν η ακόλουθη:

1. Οι υπηρεσίες της Επιτροπής παρακολουθούν εκ του πλησίον την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» και τη γενική μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής πολιτικής για την παγίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Προς τον σκοπό αυτό, οι ελληνικές αρχές ανέθεσαν εξωτερική αξιολόγηση του προγράμματος, που θα πραγματοποιηθεί από διεθνείς εμπειρογνώμονες. Τα πορίσματα τα οποία αναμένονται κατά τα μέσα Δεκεμβρίου 2010, θα παρουσιαστούν σε ειδικά αφιερωμένο συνέδριο στην Αθήνα, όπου θα συμμετάσχουν διάφοροι ενδιαφερόμενοι φορείς και ειδήμονες στον τομέα της ψυχικής υγείας, με στόχο τον επαναπροσδιορισμό του προγράμματος.

2. Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο του επιχειρησιακού προγράμματος «Ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων (2007-2013)». Η συνολική δημόσια δαπάνη που συνδέεται με την Προτεραιότητα 5 (Εδραίωση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας – ανάπτυξη της βασικής υγειονομικής περίθαλψης και προστασίας της δημόσιας υγείας του πληθυσμού) κατά την εν λόγω περίοδο είναι 377 347 429 ευρώ. Οι ελληνικές αρχές διαβεβαίωσαν την Επιτροπή ότι δεν θα υπάρξουν άλλες καθυστερήσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ότι όλες οι μελλοντικές πληρωμές θα πραγματοποιηθούν εγκαίρως.

Ο αντίκτυπος της προσφυγικής κρίσης

Μια άμεση συνέπεια της «προσφυγικής κρίσης» είναι η οριζόντια επιδείνωση ψυχολογικής κατάστασης και της εν γένει ψυχικής υγείας των μεταναστών που έχουν εγκλωβιστεί στην Ελλάδα, μια από τις από τις κύριες πύλες εισόδου προς την Ευρώπη. Οι άνθρωποι βρίσκονται σε μια μετέωρη κατάσταση με αβεβαιότητα, αισθάνονται απουσία προοπτικής και το ηθικό τους είναι χαμηλό. Η υπερβολική συγκέντρωση, οι ανεπαρκείς και επικίνδυνες συνθήκες διαβίωσης, η έλλειψη προστασίας συμβάλλουν στην υποβάθμιση της ψυχικής υγείας των ανθρώπων. Η έλλειψη ασφάλειας, η απουσία αξιοπρεπών προσεγγίσεων και η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με το μέλλον των ατόμων στα κέντρα συνθέτουν μια δύσκολη κατάσταση και προκαλούν σοβαρές ψυχοπιεστικές αντιδράσεις ⁽²⁸⁾.

Πολλά παιδιά (ιδίως τα ασυνόδευτα) δεν προστατεύονται επαρκώς έναντι του κινδύνου σεξουαλικής εκμετάλλευσης, ενώ σημάδια της ενδοοικογενειακής βίας και παραμέλησης γίνονται ολοένα και πιο εμφανή και επιδεινώνονται με το χρόνο. Υπάρχει, επίσης, ανησυχητική αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονίας και τους αυτοτραυματισμούς μεταξύ των νέων, ενώ η χρήση ουσιών φαίνεται να χρησιμοποιείται ως ένας τρόπος να ξεφύγουν από την φαινομενικά ατελείωτη δυστυχία που συχνά βιώνουν. Ομοίως αυξάνονται και οι διαταραχές στη συμπεριφορά, μεταξύ του ενήλικου προσφυγικού-μεταναστευτικού πληθυσμού (θυμός, βία, κατάχρηση ουσιών / αλκοόλ, αυτοτραυματισμοί, περιστατικά έμφυλης και σεξουαλικής βίας) ^{(26), (28), (29)}.

Η αύξηση των αφίξεων πολιτών τρίτων χωρών στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της αποκαλούμενης πρόσφατης προσφυγικής κρίσης, δημιούργησε νέες σοβαρές προκλήσεις για το εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής προστασίας. Μέσα σε λίγους μήνες και μετά το κλείσιμο των συνόρων Ελλάδας-ΠΓΔΜ, μεταβατικές δομές προσωρινής διαμονής μετατράπηκαν σε χώρους μακρόχρονης παραμονής και φιλοξενίας χιλιάδων ανθρώπων, που χρήζουν υγειονομικής περίθαλψης, υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Σχεδόν δύο χρόνια μετά την υπογραφή της κοινής δήλωσης ΕΕ-Τουρκίας, ο αριθμός των μεταναστών και των προσφύγων που έχουν εγκλωβιστεί στην Ελλάδα υπολογίζεται περίπου στα 65.000 άτομα. Στην ηπειρωτική Ελλάδα 47.000 άνθρωποι κατοικούν σε επίσημους και αυτοσχέδιους χώρους, σε κρατικές εγκαταστάσεις και σε αστικά καταλύματα. Όσο οι άνθρωποι αυτοί παραμένουν εγκλωβισμένοι στην Ελλάδα, οι ανάγκες τους συνεχώς διαφοροποιούνται και να πολλαπλασιάζονται. Την ίδια στιγμή, η αλληλεγγύη και η εν συναίσθηση των τοπικών κοινοτήτων προς τους πρόσφυγες αρχίζει να ατονεί, καθόσον η χώρα μαστίζεται από τη δική της οικονομική κρίση. ^{(29), (30), (31)}.

Η πραγματικότητα για τις ευάλωτες περιπτώσεις αιτούντων διεθνή προστασία και πολιτών τρίτων




χωρών που διαμένουν στην Ελλάδα και αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ δυσχερής για τους μη ελληνόφωνους ασθενείς. Οι ψυχιατρικές κλινικές του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγείας που λειτουργούν, δεν έχουν την απαιτούμενη ικανότητα διαπολιτισμικής προσέγγισης. Οι ασθενείς που δεν μιλούν την ελληνική ή την αγγλική γλώσσα δεν γίνονται δεκτοί στο σύστημα και οι προσλήψεις διερμηνέων στις δημόσιες δομές ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά περιορισμένες λόγω των συνεχών χρηματοδοτικών περιορισμών. Οι φορείς της κοινωνίας των πολιτών και διάφοροι εθελοντικοί και άλλοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί προσφέρουν υποστήριξη, ωστόσο παραμένει ως ζητούμενο η συνεκτική και συστηματική παροχή υπηρεσιών προκειμένου να καλυφθούν μακροπρόθεσμα τα όποια κενά του συστήματος.^{(3), (8), (9), (10)}

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των αιτούντων άσυλο με διαταραχές ψυχικής υγείας εξαιρούνται λόγω της κατάστασης της ψυχικής τους υγείας από το εθνικό μηχανισμό παραπομπών και στέγασης (ΕΚΚΑ) καθώς και από τους ξενώνες αστέγων που διατηρούν οι δήμοι. Σύμφωνα με τα επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία στον Χάρτη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην ιστοσελίδα του Ψυχαργώς, εκτιμάται ότι στην περιοχή των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης λειτουργούν περίπου 90 καταλύματα για άτομα με σοβαρές διαταραχές ψυχικής υγείας. Η χρηματοδότησή των καταλυμάτων αυτών καλύπτεται από το Υπουργείο Υγείας και η δυναμικότητα τους ανέρχεται έως και 15 θέσεις ανά κατάλυμα. Βασική προϋπόθεση για να εξασφαλίσει κανείς θέση σε κάποια από τα καταλύματα αυτά είναι η μακροχρόνια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου⁽³²⁾.

Η τοποθέτηση των ατόμων στα καταλύματα αυτά βασίζεται στις συστάσεις των αρμόδιων υπηρεσιών των Δημόσιων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και την ικανότητα των προαναφερθέντων εγκαταστάσεων. Η βασική προϋπόθεση είναι να ακολουθούν οι δικαιούχοι αγωγή και να υπάρχει πρόγνωση για βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους^{(33), (34)}. Τα άτομα που δεν μιλούν την ελληνική γλώσσα και δεν έχουν άδεια παραμονής αποκλείονται από τα καταλύματα του Ψυχαργώς.

Μπορούμε να πούμε ότι τα γλωσσικά εμπόδια εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό ζήτημα από την άποψη της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενώ ταυτόχρονα η διαπολιτισμική ποικιλομορφία και η επιρροή των πολιτιστικών πεποιθήσεων στην ψυχική υγεία αποτελούν ένα πρόσθετο εμπόδιο για τους ενδιαφερόμενους ιδιαίτερα όσον αφορά στην κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία στην κοινότητα.





Η ψυχική υγεία ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία

Ως Γιατροί του Κόσμου πιστεύουμε ακράδαντα ότι υπάρχει αυξημένη ανάγκη για άμεσες παρεμβάσεις οι οποίες, ως αφετηρία τους, πρέπει να έχουν τη διασφάλιση της μέγιστης αποτελεσματικότητας κατά την χρήση των διαθέσιμων πόρων, με στόχο την εδραίωση και διατήρηση της ισότητας τόσο στις προσφερόμενες υπηρεσίες όσο και στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων. Διαπιστώσαμε ότι το ελληνικό σύστημα έχει υποστεί έντονες αναταράξεις από την δυσκολία εφαρμογής μεταρρυθμίσεων, ενώ ο παρεμβατικός ρόλος των διαφόρων ομάδων οικονομικών και εργασιακών συμφερόντων στο σύστημα δεν ωφελεί τον εξορθολογισμό των δαπανών (16).

Το κράτος πρέπει να δώσει έμφαση στην ενίσχυση των προληπτικών πρωτοβάθμιων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο του γενικότερου εθνικού συστήματος υγείας της χώρας και να φροντίσει για τις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, σύμφωνα με τις μέχρι σήμερα δεσμεύσεις του και διασφαλίζοντας τη συνέχεια των δράσεων του στον τομέα αυτό. Η Ελλάδα πρέπει να εκπληρώσει τη δέσμευσή της για μεταρρύθμιση του συστήματος και να ακολουθήσει μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την ανάπτυξη του συστήματος ψυχικής υγείας που θα οδηγήσει σε βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών, βελτιωμένα αποτελέσματα και καλύτερο επίπεδο προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Τα ζητήματα της ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενσωματωθούν στη γενική πολιτική υγείας της χώρας, καθώς και να αναπτυχθούν επίσης συμπληρωματικά σχέδια δράσης ειδικά για την ψυχική υγεία ώστε να προβλεφθούν οι ειδικότερες λεπτομέρειες που απαιτούνται για την εφαρμογή των πολιτικών.

Οι πολιτικές και τα σχέδια από μόνα τους μπορούν να είναι απλά ασκήσεις επί χάρτου ή, εναλλακτικά, μπορούν να αποτελέσουν αποτελεσματικούς και παραγωγικούς οδηγούς βελτίωσης της ψυχικής υγείας στη χώρα. Απαιτούνται λοιπόν συγκεκριμένες ενέργειες και σαφή χρονοδιαγράμματα για την υλοποίηση της αποτελεσματικής εφαρμογής τους.

Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές και τα σχέδια δράσης πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά και να αξιολογούνται για να διαπιστωθεί εάν πράγματι έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η Ελλάδα πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του συστήματος

ψυχικής υγείας, καθώς και να υιοθετήσει μια κοινοτική προσέγγιση και συμμετοχική προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα μέσω της ενσωμάτωσης της διατομεακής συνεργασίας.⁽³²⁾

Το σύστημα ψυχικής υγείας πρέπει να διασφαλίζει την ισότιμη φροντίδα, την καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης, να υιοθετεί μια προσέγγιση επικεντρωμένη στον ίδιο τον ασθενή, και συγκεκριμένα στους πιο ευάλωτους όπως οι άστεγοι, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, τα ασυνόδευτα παιδιά, οι επιζώντες βίας και βασανιστηρίων. Η εφαρμοζόμενη πολιτική για την ψυχική υγεία πρέπει να είναι σύμφωνη με τις στρατηγικές και τους στόχους της ΕΕ και του ΟΗΕ για την ψυχική υγεία και την ευεξία. Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης θα πρέπει να τηρούν τα ελάχιστα διεθνή πρότυπα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ψυχική υγεία^{(1), (2) 15), (35), (36).}

Το πιο πρόσφατο ενημερωτικό δελτίο του Π.Ο.Υ. «Ψυχική υγεία: ενίσχυση της ανταπόκρισής μας» υπογραμμίζει τη σημασία της προώθησης της ψυχικής υγείας δίνοντας έμφαση στην πρόληψη στο πλαίσιο των εθνικών πολιτικών υγείας. Ειδικότερα, οι εθνικές πολιτικές για την ψυχική υγεία πρέπει να αφορούν τόσο τις ψυχικές διαταραχές όσο και τα ευρύτερα ζητήματα που προάγουν την ψυχική υγεία. Η προώθηση της ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενσωματωθεί στις κυβερνητικές και μη κυβερνητικές πολιτικές και προγράμματα. Εκτός από τον τομέα της υγείας, είναι απαραίτητο να εμπλακούν οι τομείς της εκπαίδευσης, της εργασίας, της δικαιοσύνης, των μεταφορών, του περιβάλλοντος, της στέγασης και της κοινωνικής πρόνοιας^{(1), (36), (37).}

Η πολιτική για την ψυχική υγεία είναι ένα ζήτημα που απαιτεί συντονισμένη δράση για έναν κοινό στόχο σε τέσσερις τομείς πολιτικής: Πολιτική για τους νέους • Πολιτική υγείας · Πολιτική στο χώρο εργασίας • Κοινωνική πολιτική και πολιτική απασχόλησης.⁽²⁾



Χρονοδιάγραμμα της πολιτικής για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα

1981: Είσοδος της Ελλάδας στην Ε.Ο.Κ.
1983: Δημιουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας Ν.1397/83

1984: Κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84

- Προέβλεψε επείγουσα 4ετή περίοδο χρηματοδότησης για τα έτη 1984-1988

- Δημιουργία και προώθηση κέντρων επαγγελματικού προσανατολισμού και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

- 120 εκατ. ECU, 100% χρηματοδότηση από την ΕΟΚ για 5 έτη

Σελ. 41: (1),(2),(3),(4)

1980

2001 – 2010 Ψυχαργός II

- Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/1999.

ΚΥΑ Α3α/οικ.876/2000. Εισηγήσε βασικές αρχές στην πράξη για την ψυχική υγείας στην Ελλάδα και προβλέπει τη δημιουργία (ΚοινΣΕπ)

- Νομικό Πλαίσιο για τις ιδιωτικές δομές ψυχικής υγείας και κλινικές Π.Δ. 235/2000

- Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν.2716/1999 Απόφ. 1662/2001 του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας

- Δημιουργία και λειτουργία 452 Μονάδων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα 2000 - 2006

2005: Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στην Ελλάδα. Το άρθρο 28 ορίζει το πλαίσιο για την φροντίδα ψυχικής υγείας που υποχρεούται να παρέχει ο γιατρός στους ασθενείς του Ν. 3418/2005

2009: Συμφωνία μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών κυρίου Vladimír Spidla και του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κυρίου Δημήτρη Αβραμόπουλου

2009: Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας του άρθρου 8 του Ν.2716/1999 ΥΑ Υ5β/Γ.Π.οικ.156618/2009. Ρυθμίζει την αποκέντρωση των μονάδων ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών

Σελ. 41: (10),(11),(12),(13),(14)

1990

20

1990 – 1994: Αποϊδρυματοποίηση ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Λέρου (Άσυλο Λέρου). Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ

1991: Π.Δ. 517/1991 για τη λειτουργία ιδιωτικών κλινικών

1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας Ν.2071/1992 ρυθμίζει την ακούσια νοσηλεία και προβλέπει την δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας

1996: Δικαστική συμπαράσταση Ν.2447/1996

Σελ. 41: (4),(5),(6),(7)

1997 – 2001 Ψυχαργός I

- 80 νέες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- 35 νέα εργαστήρια επαγγελματικού προσανατολισμού
- Αποϊδρυματοποίηση 1000 ατόμων από Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Βελτίωση υποδομών και καθημερινής διαβίωσης φιλοξενούμενων
- Προετοιμασία ασθενών για να ζήσουμε στην κοινότητα μέσω της κατάρτισης εργασιακών δεξιοτήτων

1999: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις Ν. 2716/1999

Ίδρυση Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας

Ρ. 41: (8),(9)

2011 - 2020 Ψυχαργός III

2012: Ν.4052/2012 προβλέπει την πλήρη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών νοσοκομείων ώστε να ανοίξουν κοινοτικά δίκτυα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως υποχρέωση της χώρας στο πλαίσιο του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής

- Ν.4074/2012 Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες

2013: Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης κ. László Andor και του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρεά Λυκουρέντζου για την επέκταση και την κατ' εξαίρεση χρηματοδότηση της μεταρρύθμισης του Ψυχαργός για την περίοδο χρηματοδότησης 2011 – 2015, η οποία ανήλθε στο ύψος των 100 εκατ. ευρώ

2014: Ν. 4272/2014 «Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία» εισήγαγε τις Τ.Ε.Ψ.Υ. θέτοντας νέο νομικό πλαίσιο για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές

2016: Διαβούλευση της ελληνικής κυβέρνησης με τη DG EMPL της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μετά την εκπονή του Μνημονίου Συνεργασίας Andor-Λυκουρέντζου για το Ψυχαργός

2017: Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις Ν.4509/17

- Ν. 4461/2017 Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις.
- Εισηγήσεως τις Τ.Ο.Ψ.Υ.
- Ρυθμίζει θέματα διαχείρισης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διοικητικά ζητήματα

08/05/2017, Υπουργική Απόφαση: Α4β/Γ.Π.οικ.34511

25/08/2017, Υπουργική Απόφαση: Α4β/Γ.Π./οικ.63439/2017 (ΦΕΚ Β 2932/2017)

2018: Το Υπουργείο Υγείας δημοσιοποίησε την έκθεση Τομεοποιημένος σχεδιασμός ανάπτυξης μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη κατάσταση και ανάγκες σε δομές και προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

10/12/2018, Υπουργική Απόφαση: Γ3α,β/Γ.Π.οικ.96037

Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.50688/03-07-2018 Υπουργικής Απόφασης με θέμα «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (11 Οικοτροφείων) από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ν.π.ι.δ.) και νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ν.π.δ.δ.)» ως προς τον προϋπολογισμό.

2018: Η μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας εξακολουθεί να είναι ατελής

Σελ. 41: (15),(17),(18),(19),(20),(21)

00

2010

2020

2010 - 2018

Πολυδιάστατη κρίση

Μεταξύ των ετών 2008- 2018 έχουν αλλάξει 8 κυβερνήσεις στη χώρα και έχουν λάβει χώρα 5 εθνικές εκλογές και 1 δημοψήφισμα

Στις 3 Μαΐου 2010- Συμφωνία χωρών Ευρωζώνης και ΔΝΤ σχετικά με το πρόγραμμα οικονομικής στήριξης της Ελλάδας

Τον Ιούλιο του 2011, η Επιτροπή συγκρότησε την Ειδική Ομάδα (Task Force) κατόπιν αιτήματος της ελληνικής κυβέρνησης

Στις 27 Οκτωβρίου 2011, οι ηγέτες της Ευρωζώνης και το ΔΝΤ ολοκλήρωσαν σχετική συμφωνία για την στήριξη των τραπεζών, δυνάμει της οποίας έγινε «κούρεμα» κατά 50% του ελληνικού χρέους

Το 2011 ιδρύεται ο ΕΟΠΥΥ Ν.3918/2011

Στις 14 Μαρτίου 2012, οι υπουργοί οικονομικών της ζώνης του ευρώ ενέκριναν τη χρηματοδότηση του δεύτερου προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα

Στις 19 Αυγούστου 2015 ξεκίνησε το τρίτο πρόγραμμα δημοσιονομικής στήριξης της Ελλάδας, το οποίο ολοκληρώθηκε στις 20 Αυγούστου 2018

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα επηρεάστηκαν σοβαρά από την οικονομική ύφεση, με αποτέλεσμα τη μείωση τους περίπου κατά 40% κατά την περίοδο 2009-2016.

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη συνέχισαν να μειώνονται κατ' έτος από το 2009 και έφθασαν τα 14,1 δισ. Ευρώ το 2014, κυρίως λόγω της συρρίκνωσης της κρατικής χρηματοδότησης και της κοινωνικής ασφάλισης.

Από το 2007 έως το 2014, η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες συρρικνώθηκε κατά 17 ποσοστιαίες μονάδες, από το 52% στο 35% (ΟΟΣΑ)

Κύριοι Πολιτικοί Στόχοι για το 2020 :

- 1: Κατάργηση Ιδρυματικής Περιθάλψης μέχρι το 2020.
- 2: Ανάπτυξη κοινοτικής περίθαλψης και προαγωγή της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με ψυχική αναπηρία.
- 3: Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- 4: Προώθηση & Υποστήριξη της διοικητικής αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της τομεοποίησης

Συστάσεις για την πολιτική ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

- Δημιουργία νέων μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Ανάπτυξη Περιφερειακών Κέντρων Ψυχικής Υγείας και ενίσχυση των ήδη υφιστάμενων
- Αύξηση της διοικητικής υποστήριξης στις νέες Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με το Ν.4461/2017
- Καθιέρωση ενός κοινού συστήματος συντονισμού για όλες τις δομές ώστε να εξασφαλιστεί η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος διακοπής της θεραπείας
- Αξιολόγηση του τρέχοντος επιχειρησιακού πλαισίου του συστήματος ψυχικής υγείας με την ενεργό συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων, των ληπτών υπηρεσιών υγείας και των συγγενών τους, καθώς και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των φορέων της κοινωνίας των πολιτών
- Δημιουργία συστήματος επιστημονικής παρακολούθησης και αξιολόγησης της ποιότητας με άμεσο έλεγχο της εισροής και της εκροής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας τόσο στη θεραπεία όσο και στην αποκατάσταση
- Ελαχιστοποίηση της γεωγραφικής μεταφοράς ασθενών με την υποστήριξη των περιφερειακών δομών ψυχικής υγείας
- Διευκόλυνση της αποκατάστασης και της κοινωνικής ένταξης μέσω ενός ολοκληρωμένου, ρεαλιστικού σχεδίου που θα προωθήσει την ένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και στο εκπαιδευτικό σύστημα
- Εφαρμογή κοινοτικών πρακτικών ψυχιατρικής, όπως εξατομικευμένη διαχείριση περιπτώσεων, ολοκληρωμένες κοινωνικές υπηρεσίες και χρήση του μηχανισμού δικαστικής συμπαράστασης
- Προώθηση αλλαγών στην επίσημη ορολογία ψυχικής υγείας. Όροι που εντείνουν το στίγμα θα πρέπει αμέσως να αλλάξουν, όπως για παράδειγμα ο όρος «ενδονοσοκομειακή περίθαλψη» θα πρέπει αντικατασταθεί από τον όρο της «μεταβατικής περίθαλψης», «εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη» από τον όρο της «κοινωνικής φροντίδας» οι οποίοι υιοθετήθηκαν και χρησιμοποιούνται διεθνώς προκειμένου να αποφεύγεται ο στιγματισμός των ασθενών
- Ενεργός συμμετοχή των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον σχεδιασμό της θεραπείας και στη λειτουργία των δομών
- Ελαχιστοποίηση της εφαρμογής περιοριστικών μέτρων σε βάρος των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ταυτόχρονη υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος
- Πρόβλεψη για επείγουσα φιλοξενία ευπαθών ομάδων στα Γενικά Νοσοκομεία

- **Ενίσχυση της υποστηριζόμενης διαβίωσης σε διαμερίσματα**
- **Εξειδίκευση των υπηρεσιών ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες, λαμβάνοντας υπόψη τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία**
- **Ανάπτυξη και άμεση εφαρμογή της διαπολιτισμικής προσέγγισης στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

Επιπλέον, η πολιτική για την ψυχική υγεία στη χώρα μας θα πρέπει να υιοθετήσει τα εξής σημεία, τα οποία άλλωστε προτείνει ο ΠΟΥ ως βέλτιστες πρακτικές για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα και την πρόληψη διαταραχών ψυχικής υγείας ^{(1), (2), (36), (37), (39)}:

- **Παρεμβάσεις στην πρώιμη παιδική ηλικία**
- **Υποστήριξη παιδιών και νέων**
- **Κοινωνικοοικονομική ενδυνάμωση των γυναικών**
- **Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων**
- **Προγράμματα που απευθύνονται σε ευάλωτα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των μειονοτήτων, των ιθαγενών, των μεταναστών και των ατόμων που πλήττονται από συγκρούσεις και καταστροφές**
- **Δραστηριότητες προώθησης της ψυχικής υγείας στα σχολεία**
- **Παρεμβάσεις ψυχικής υγείας στην εργασία**
- **Ολοκληρωμένη και μετρήσιμη Πολιτική στέγασης**
- **Προγράμματα πρόληψης και εξάλειψης της βίας**
- **Αναπτυξιακά προγράμματα στην κοινότητα**
- **Μείωση της φτώχειας και παροχή κοινωνικής προστασίας για τους οικονομικά ασθενείς**
- **Νόμοι και εκστρατείες κατά των διακρίσεων**
- **Πρώθηση των δικαιωμάτων, ευκαιριών και της φροντίδας ατόμων με ψυχικές διαταραχές**

Οι ΓτΚ Ελλάδας μέσω του προγράμματος Open Minds έχουν θέσει τους ακόλουθους στόχους για το 2019:

- Όλοι οι ενδιαφερόμενοι, τόσο πολίτες τρίτων χωρών (αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες και μετανάστες) όσο και ημεδαποί που λαμβάνουν υπηρεσίες από τους ΓτΚ, να έχουν εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης δωρεάν και ποιοτικά και να παραπέμπονται στις δευτεροβάθμιες δομές υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας όταν χρειάζεται, με την κατάλληλη παρακολούθηση της περίπτωσης τους
- Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των σχετικών φορέων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μέσω συγκεκριμένων δραστηριοτήτων
- Παροχή επαρκούς ενημέρωσης στο κράτος από την κοινωνία των πολιτών με στόχο να δοθεί προτεραιότητα στην ψυχική υγεία στην επίσημη πολιτική και να υπάρξει πρόοδος προς την εφαρμογή μιας πολιτικής υγείας που να ευθυγραμμίζεται με το πλαίσιο δράσης της ΕΕ για την ψυχική υγεία και την ευεξία.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. WHO. Mental Health Factsheet. "Mental health: strengthening our response". March 30th 2018. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Hewlett, E. and V. Moran (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
3. Giannakopoulos, George, and Dimitris C. Anagnostopoulos. "Psychiatric Reform in Greece: An Overview." BJ- Psych Bulletin 40.6 (2016): 326–328. PMC. Web. 22 Sept. 2017.
4. Goutidis C, Georgiou A. Presence in space and time. Leros Island: A link in the chain of history. The state mental hospital of Leros. 11th Panhellenic Congress in Health Service Management. Chania, Crete, 2009.
5. Mitrosili M. Study on the Social and Legal Status of the Patients in the State Mental Hospital of Leros. The European Commission, 1995.
6. Zissi A, Barry MM. From Leros asylum to community-based facilities: levels of functioning and quality of life among hostel residents in Greece. Int J Soc Psychiatry 1997; 43: 104–15.
7. Madianos M. Deinstitutionalisation and the closure of public mental hospitals. Int J Ment Health 2002; 35: 66–75.
8. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the 'psychiatric reform' in Greece? Psychiatriki 2013; 24: 13–6.
9. Christodoulou G, Ploumpidis D, Christodoulou N, Anagnostopoulos D. Mental health profile of Greece. Int Psychiatry 2010; 7: 64–7.
10. Chondros P, Stylianidis S, Lambaki C (2010). Protecting basic rights of mental health services users: facing a structural crisis in Greece. International Congress "Lifelong Learning & Empowerment in Mental Health" Paris, 11-12 February 2011
11. Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/5520-ekthesh-sxediasmos-anaptykshs-monadwn-psykh-argws>
12. Stylianidis S., Peppou L.E., Drakonakis N., Douzenis A., Panagou A., Tsikou K., Pantazi A., Rizavas Y., Saraceno B., Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road?, International Journal of Law and Psychiatry, Volume 52, 2017, Pages 28-34, ISSN 0160-2527
13. Κοινοβουλευτικές ερωτήσεις: E-8966/2010, EE C 249 E, 26/08/2011, Απάντηση του κ. Andor εξ ονόματος της Επιτροπής, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2010-8966&language=EL>
14. Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης κ. László Andor και του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Λυκουρέντζου <http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91%GR%20MoU-mental%20health-%20final%20EL.pdf>
15. Υπουργείο Υγείας, Δελτίο τύπου για τη συνάντηση της 26/01/2016 για την ψυχική υγεία, με αφορμή την εκπνοή της προθεσμίας του Συμφώνου Andor- Λυκουρέντζου, κλιμάκιου της ελληνικής αντιπροσωπείας με τη Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στις Βρυξέλλες, 6.2.2018, <http://www.moh.gov.gr/articles/news/3727-psyikh-ygeia>

16. CMT PROOPTIKI και Maudsley International για το Υπουργείο Υγείας, «Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014» στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (ongoing) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011 μέχρι και το 2015», Μάρτιος 2015, http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf
17. Ημερίδα για την παρουσίαση του Τομεοποιημένου Σχεδιασμού Ανάπτυξης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, 9.7.2018, <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/5625-hmerida-gia-thn-paroysiash-toy-tomeo-poihmenoy-sxediasmoy-anaptykshs-twn-monadwn-psykhikhs-ygeias>
18. Ν.4461/2017 Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 38/28-03-2017
19. Ν.4052/2012 Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 41/01-03-2012
20. Απόφαση Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, Α4α,β/Γ.Π.οικ.15742 Συστάσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και ένταξη Μονάδων Ψυχικής Υγείας, ΦΕΚ Β' 859/15-5-2015
21. Εναρκτήρια ομιλία του Υπουργού Υγείας, Ανδρέα Ξανθού στο 2ο Mental Health Conference, 3-11-2016, <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/4218-omilia-toy-yπουργoy-ygeias-a-ksanthoy-sto-2o-mental-health-conference>
22. Διεθνές Δίκτυο Γιατρών του Κόσμου, Ετήσια έκθεση 2017, Ζώντας στο περιθώριο: Η αποτυχία της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, <https://mdmneuroblog.wordpress.com/resources/publications/>
23. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Eurostat Statistics Explained. At-risk-of-poverty rate, 2016. Country: Greece, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion
24. “World Population Prospects: The 2017 Revision”. ESA.UN.org (custom data acquired via website). United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved 10 September 2017.
25. Anagnostopoulos DK, Soumaki E. The impact of socioeconomic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatriki* 2012; 23: 13–6. [PubMed]
26. Amalia A. Ifanti, Andreas A. Argyriou, Foteini H. Kalofonou, Haralabos P. Kalofonos, Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care, *Health Policy*, Volume 113, Issues 1–2, 2013, Pages 8-12, ISSN 0168-8510
27. International Federation for Human Rights and Hellenic League for Human Rights. FIDH/HLHR: Downgrading Rights “The cost of austerity in Greece”. December 2014, https://www.fidh.org/IMG/pdf/downgrading_rights_the_cost_of_austerity_in_greece.pdf
28. Anagnostopoulos, D. C., Giannakopoulos, G., & Christodoulou, N. G. (2017). The synergy of the refugee crisis and the

financial crisis in Greece: Impact on mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 352–358.

29. Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants on his mission to Greece François Crépeau. (A/HRC/35/25/Add.2). 24.02.2017, http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/25/Add.2

30. Unicef, Launch of an assessment of mental health care for unaccompanied refugee children in Greece. 19.10.2017, https://www.unicef.org/eu/css/FINAL_Press_Release_MHPSS_2017_EN.pdf

31. UNHCR, Greece Factsheet for September 2018. 12.10.2018, <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/66311>

32. The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights statement for Greece: “Europe’s lack of political will creating serious suffering for thousands of migrants in Greece” – UN rights expert. 17.05.2016, <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19976&LangID=E>

33. Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ”, Μονάδες Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=1634&nt=217&lang=1>

34. Υπουργείο Υγείας, ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ’(2011-2020) Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Νοέμβριος 2011, [www.psychargos.gov.gr/Documents2/NEA/ΨΥΧΑΡΓΩΣ%20Γ%20\(2011-2020\).pdf](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/NEA/ΨΥΧΑΡΓΩΣ%20Γ%20(2011-2020).pdf)

35. FEANTSA country fiche – Last Update: 2017. “Homelessness in Greece”, <https://www.feantsa.org/download/greece-20172928673074328238317.pdf>

36. Epstein, Ronald M., and Richard L. Street. “The Values and Value of Patient-Centered Care.” *Annals of Family Medicine* 9.2 (2011): 100–103. PMC.

37. European Commission. EU-Compass for action on mental health and well-being. The Good Practices Brochure for 2018. “Good Practices in Mental Health and Well Being”, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_goodpractices_en.pdf

38. World Health Organization. Organization of services for mental health. WHO mental health policy and service guidance package. 2003, https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/

39. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans.WHO mental health policy and service guidance package. 2005, https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v11/en/

40. World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes. WHO mental health policy and service guidance package- module 1 (update 2). 2005, https://www.who.int/mental_health/policy/services/essential-package1v1/en/

Βιβλιογραφικές αναφορές Χρονοδιαγράμματος

1. Υπουργείο Εξωτερικών, Εξωτερική Πολιτική, Η Ελλάδα στην ΕΕ, <https://www.mfa.gr/exoteriki-politiki/i-ellada-stin-ee/i-poreia-tis-elladas-stin-europaiki-enosi.html>
2. Ν.1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΦΕΚ Α'143/07-10-1983
3. Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα, Επίσημη Εφημερίδα ΕΕ, L 88, 31.3.1984, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A31984R0815>
4. Giannakopoulos, George, and Dimitris C. Anagnostopoulos. "Psychiatric Reform in Greece: An Overview." *BJ- Psych Bulletin* 40.6 (2016): 326–328. PMC. Web. 22 Sept. 2017.
5. Π.Δ. 517/1991 «Τεχνικές προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθ. 247/91 Π.Δ. "όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών"», ΦΕΚ Α' 202/24-12-1991
6. Ν.2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας», ΦΕΚ Α'123/15-5-1992
7. Ελληνικό Κοινοβούλιο, Ν.2447/1996. «Υιοθεσία επιτροπεία και αναδοχή ανηλικού δικαστική συμπαράσταση δικαστική επιμέλεια ξένων υποθέσεων και συναφείς ουσιαστικές δικονομικές και μεταβατικές διατάξεις», ΦΕΚ Α' 278/30-12-1996
8. CMT PROOPTIKI και Maudsley International για το Υπουργείο Υγείας, «Εκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014» στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" από το 2011 μέχρι και το 2015», Μάρτιος 2015, http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf
9. Ν.2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α' 96/17-5-1999
10. Κοινή Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ.876/2000 «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/1999», ΦΕΚ Β' 661/23-5-2000
11. Π.Δ. 235/2000 «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών που υπάγονται στις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 8 του Νόμου 2345/1995 οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας ΦΕΚ 213/Α/95» ΦΕΚ Α'199/14-9-2000
12. Απόφαση Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας 1662/21.5.2001 «Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν. 2716/1999 καθώς και κάθε λεπτομέρειας εφαρμογής του ίδιου άρθρου», ΦΕΚ Β'691/5-6-2001
13. Ν.3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», ΦΕΚ Α'287/28-11-2005
14. Απόφαση Υπουργού Υγείας Υ5β/Γ.Π.οικ.156618/25.11.2009 «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας του άρθρου 8 του Ν.2716/1999», ΦΕΚ Β'2444/14-12-2009
15. Ν.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'31/2-3-2011
16. Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD Health Statistics. Country Note. How does health spending in Greece compare? July 2015. <http://www.oecd.org/greece/oecd-health-statistics-2015-country-notes.htm>
17. Ν.4052/2012 «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου "Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της

Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας” και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α’ 41/01-03-2012

18. Ν.4074/2012 «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες», ΦΕΚ Α’ 88/11-04-2012

19. Ν.4272/2014 «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών, ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση- Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ Α 145/11-7-2014

20. Ν.4461/2017 Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α’ 38/28-03-2017

21. Ν.4509/2017 «Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ Α’ 201/22-12-2017



Doctors of The world Greece

12 Sappous Str, Athens 105 53

Tel: 210-3213150 Fax: 210-3213-850

mdmgreece.gr