



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030

10 Άξονες παρεμβάσεων
για την προάσπιση της Ψυχικής Υγείας των πολιτών
και τη βελτίωση των παρεχομένων Υπηρεσιών
Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Με την τεχνική υποστήριξη του ΠΟΥ Ευρώπης

Χαιρετισμός

Η χώρα μας έχει μακρά ιστορία στην ψυχική υγεία. “Κάθε ασθένεια ξεκινά από την ψυχή” είχε πει ο Ιπποκράτης. Και 2.500 χρόνια αργότερα αυτή η ρήση είναι πιο επίκαιρη από ποτέ, καθώς η άνευ προηγουμένου υγειονομική κρίση που αντιμετωπίζουμε έφερε στο επίκεντρο την ψυχική υγεία για τις κυβερνήσεις, παγκοσμίως.

Τον προηγούμενο αιώνα, η ψυχιατρική περίθαλψη παρεχόταν κυρίως στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Ωστόσο, με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 815/84 του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα (L 88) άρχισε μια διαδικασία μετάβασης από την ασυλική ψυχιατρική στην κοινοτική φροντίδα. Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το άλλοτε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε το μακροπρόθεσμο Σχέδιο "Ψυχαργός" που είχε ως στόχο τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Και πράγματι, σε αυτά τα χρόνια έγιναν αξιοσημείωτες προσπάθειες για την υλοποίηση αυτού του πολυετούς προγράμματος με το κλείσιμο 6 ψυχιατρείων της χώρας και τη δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών. Ωστόσο, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ολοκληρωθεί μέχρι σήμερα.

Η πανδημία του κορωνοϊού COVID-19 ανέδειξε την χρόνια υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και τις ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παράλληλα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκαν και έγινε εμφανές το σοβαρό ζήτημα που αφορά στην δυνατότητα καθολικής πρόσβασης των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες.

Ο Πρωθυπουργός μας, Κυριάκος Μητσοτάκης διέβλεψε από τα αρχικά στάδια της πανδημίας την επερχόμενη “δεύτερη σιωπηλή πανδημία” της ψυχικής υγείας και δρώντας άμεσα συνέστησε ειδικό Χαρτοφυλάκιο για την Ψυχική Υγεία και τις Εξαρτήσεις, το οποίο είχα την τιμή να μου αναθέσει.

Με σεβασμό στην απόφασή του, μία από τις πρώτες ενέργειές μας ήταν η καταγραφή όλων των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην χώρα μας με τη δημιουργία ενός ψηφιακού χάρτη. Παράλληλα, με τη διενέργεια μια ταχείας αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα, σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, διαπιστώσαμε τις ελλείψεις, την ανάγκη ενίσχυσής των υπηρεσιών και παράλληλα, την ανάγκη δημιουργίας νέων κοινοτικών δομών για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του γενικού πληθυσμού και των ομάδων που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας.

Μέσα από τις συστάσεις της ταχείας αξιολόγησης που διενεργήσαμε και από τα πολύτιμα διδάγματα της πανδημίας, διαπιστώσαμε ότι το όραμά μας, η χάραξη πολιτικών μας, ήταν απαραίτητο να πλαισιωθούν με έναν σαφή και στοχοθετημένο σχεδιασμό. Για το λόγο αυτό, συστήσαμε την Εθνική Επιτροπή για την ψυχική υγεία που απαρτίζεται από 35 μέλη με συγκεκριμένη εξειδίκευση, εμπειρία και επιστημονικό πεδίο στο χώρο της ψυχικής υγείας. Από τα μέλη ζητήθηκε να υποβάλλουν τις προτάσεις τους για την εκπόνηση

ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία με ορίζοντα δεκαετίας, αναφορικά με την ανάπτυξη των αναγκαίων δομών, δράσεων και προγραμμάτων στη χώρα μας, υπό τις αρχές της ποσοτικοποίησης, του χρονοδιαγράμματος, και της κοστολόγησης. Με τη συνδρομή Ομάδας Εργασίας που συστάθηκε ειδικά για αυτόν τον σκοπό, έγινε επεξεργασία των προτάσεων και κατάλληλη ενσωμάτωσή τους στο Σχέδιο.

Αρωγός μας σε αυτά τα σημαντικά βήματα στάθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας που παρείχε την πολύτιμη τεχνική του υποστήριξη για την κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει την ψυχική υγεία ως έναν από τους τέσσερις πυλώνες της πολιτικής του. Για αυτό το λόγο, είχαμε, άλλωστε, και την πλήρη υποστήριξή του στη διενέργεια του πρώτου υβριδικού Διεθνούς Συνεδρίου Κορυφής για τις συνέπειες της COVID-19 στην ψυχική υγεία και στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, τον Ιούλιο 2021, στην Αθήνα. Στο πλαίσιο της άψογης συνεργασίας μας, προχωρήσαμε ακόμη στην ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών στην Αθήνα. Μάλιστα, στο πλαίσιο λειτουργίας του εκκίνησε το νέο, πανευρωπαϊκό πρόγραμμα για την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους.

Το παρόν Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία είναι ένα έργο που αποδεικνύει έμπρακτα τη σύμπραξη της συντεταγμένης Πολιτείας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και την επιστημονική κοινότητα αυτής της χώρας στο δρόμο προς την πολυαναμενόμενη ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης και αναδιάρθρωσης του συστήματος ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Εναρμονίζεται πλήρως με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 του ΠΟΥ, με την ψυχική υγεία να αποτελεί βασική

προτεραιότητα της εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας. Διαρθρώνεται σε δέκα άξονες που αντανακλούν το πνεύμα της ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ειδική μέριμνα για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, τον αποστιγματισμό, την ενδυνάμωση των ψυχικά ασθενών και την έγκαιρη αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης.

Θα ήθελα να αποδώσω θερμές ευχαριστίες πρωτίστως στον Πρωθυπουργό μας, κ. Κυριάκο Μητσοτάκη, ο οποίος συνέστησε ειδικό Χαρτοφυλάκιο για την Ψυχική Υγεία και τις Εξαρτήσεις, για την εμπιστοσύνη και τη συνεχή υποστήριξή του.

Ευχαριστώ από καρδιάς τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Ακόμη, τα στελέχη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, τον Διευθυντή του Γραφείου μου κ. Παναγιώτη Τσίγγανο και τις Επιστημονικές μου Συνεργάτιδες κα. Πένυ Καλπαξή και κα. Τατιάνα Μόρμوره που έκαναν αυτό το Εθνικό Σχέδιο Δράσης πραγματικότητα.

Εκφράζω θερμές ευχαριστίες στον Περιφερειακό Διευθυντή του ΠΟΥ Ευρώπης, Dr. Hans Henri P. Kluge και στους συνεργάτες του, την Dr. Natasha Azzopardi Muscat, την Dr. Ledia Lazeri, τον Dr. Joao Breda και τον Dr. Ivo Rakovac για την συνεχή υποστήριξη τους. Περαιτέρω εκφράζω θερμές ευχαριστίες στον Ειδικό Σύμβουλο Πολιτικής Υγείας του ΠΟΥ Ευρώπης Δρ. Παύλο Θεοδωράκη που συντόνισε την εκπόνηση του παρόντος Σχεδίου, καθώς και στα στελέχη του Γραφείου του ΠΟΥ Ελλάδος, τον Δρ. Σωτήριο Κουπίδη, την κ. Αναστασία Γιαννάκη, την κα. Νεφέλη Παπαδοπούλου, την κα. Ειρήνη Τσιτσιπά, τον κ. Χρήστο Τριανταφύλλου και την κα. Κωνσταντίνα Βασιλείου, καθώς και όλους όσους εργάστηκαν εντατικά για αυτό.

Με αυτό το έργο επισφραγίζεται η μετάβαση από την ασυλική ψυχιατρική στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες της χώρας και εν συνεχεία στην ανταπόκριση στις ανάγκες του σήμερα. Για την πραγματοποίηση των στόχων μας, καταφέραμε να εξασφαλίσουμε την υποστήριξη του Ταμείου Ανάκαμψης, καθώς και άλλων ευρωπαϊκών χρηματοδοτικών εργαλείων.

Σήμερα, ανοίγει η πόρτα σε ένα νέο σύστημα ψυχικής υγείας, με σύγχρονες, κοινοτικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας που έχουν επίκεντρο τον άνθρωπο και μηδενική ανοχή στο στίγμα και τους κοινωνικούς αποκλεισμούς. Μέσα στις επόμενες σελίδες αποτυπώνεται, λοιπόν, η πορεία/ιστορία της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Παρελθόν - παρόν - μέλλον.

Ζωή Ράπτη

Υφυπουργός Υγείας

αρμόδια για θέματα Ψυχικής Υγείας & Εξαρτήσεων

Περιεχόμενα

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ και ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
Λίστα συντομογραφιών	10
Λίστα Πινάκων	12
Λίστα Σχημάτων, Εικόνων, Γραφημάτων και Εικονογραφημάτων	13
Εισαγωγή	14
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	16
Μεταρρύθμιση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας παρελθόν, παρόν και επόμενα βήματα	16
1.1 Επιπολασμός ψυχικών παθήσεων	16
1.2 Ιστορική εξέλιξη και μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	21
1.3 Πανδημία COVID-19 και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	27
1.4 Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	28
1.5 Επιτεύγματα των μέχρι τώρα μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών και μελλοντικές προκλήσεις	29
1.6 Οι Προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας για την μετά COVID εποχή – 10 Άξονες Δράσης	32
2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	34
Μεθοδολογία Εκπόνησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030	34
2.1 Ταχεία Αποτίμηση του Συστήματος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε Συνεργασία με τον ΠΟΥ Ευρώπης. Εφαρμογή και Διαπιστώσεις	35
2.2 Μεταρρυθμιστικές Συστάσεις της Ταχείας Αξιολόγησης και Προτεινόμενοι Άξονες Εθνικού Σχεδίου Δράσης	40
2.3 Από την Ταχεία Αξιολόγηση στην Κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης	41
2.4 Η κοστολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης	45
3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	48
1^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης, κατάργηση των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ, με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάϊμερ και συναφείς διαταραχές καθώς και ανάπτυξη της Ψυχογηριατρικής.	48
3.1 Υφιστάμενη κατάσταση	48
3.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	58
3.3 Κοστολόγηση	60

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	61
2^ο ΑΞΟΝΑΣ: Περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη με ταυτόχρονη ενσωμάτωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ, με αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών	61
4.1 Υφιστάμενη κατάσταση	61
4.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	69
4.3 Κοστολόγηση	72
5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	74
3^ο ΑΞΟΝΑΣ: Ολοκλήρωση του δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους, με έμφαση στην πρόληψη, συμπεριλαμβάνοντας ειδική πρόβλεψη για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	74
5.1 Υφιστάμενη κατάσταση	74
5.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	80
5.3 Υφιστάμενη κατάσταση - Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	83
5.4 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων για άτομα με ΔΑΦ	89
5.5 Κοστολόγηση	91
6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	92
4^ο ΑΞΟΝΑΣ: Μεταρρύθμιση των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρυματικές σε κοινοτικές υπηρεσίες και Ανάπτυξη Μονάδων Ψυχιατρικής Εντατικής Θεραπείας	92
6.1 Υφιστάμενη κατάσταση	92
6.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	99
6.3 Κοστολόγηση	102
7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	103
5^ο ΑΞΟΝΑΣ: Ολοκλήρωση και ενίσχυση του πανελλαδικού δικτύου των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)	103
7.1 Υφιστάμενη κατάσταση	103
7.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	107
7.3 Κοστολόγηση	110
8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	112
6^ο ΑΞΟΝΑΣ: Καθολική εφαρμογή της τομεοποίησης σε όλη την επικράτεια, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πυλώνες παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα, ΑμΚΕ), διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των Ληπτών Ψυχικής Υγείας και προώθηση της έρευνας και κατάρτισης στην ψυχική υγεία	112
8.1 Υφιστάμενη κατάσταση	112
8.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	120

8.3 Πίνακες προτάσεων, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση.....	124
9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	125
7^ος ΑΞΟΝΑΣ: Μείωση του αριθμού των ακούσιων νοσηλειών στο μέσο όρο της ΕΕ	125
9.1 Υφιστάμενη κατάσταση	125
9.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων.....	132
9.3 Κοστολόγηση.....	134
10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	135
8^ος ΑΞΟΝΑΣ: Ενίσχυση της ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων	135
10.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων	146
10.3 Κοστολόγηση.....	149
11^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	150
9^ος ΑΞΟΝΑΣ: Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενδυνάμωση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους	150
11.1 Υφιστάμενη κατάσταση	150
11.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων.....	160
11.3 Πίνακες προτάσεων, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση.....	163
12^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	164
10^ος ΑΞΟΝΑΣ: Ενδυνάμωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στον σχεδιασμό της αντιμετώπισης εκτάκτων γεγονότων όπως η πανδημία ή φυσικές καταστροφές...	164
12.1 Υφιστάμενη κατάσταση	164
12.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων.....	169
12.3 Πίνακες προτάσεων, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση.....	171
13^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	172
Εμπλεκόμενοι φορείς στην υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου	172
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	173
Παράρτημα 1: Έγγραφο αναφοράς για την υλοποίηση της Ταχείας Αξιολόγησης και της συγγραφής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία.....	173
Παράρτημα 2: Διακήρυξη των Αθηνών για την Ψυχική Υγεία 2021.....	179
Παράρτημα 3: Επιμέρους δεδομένα κοστολόγησης Εθνικού Σχεδίου.....	181
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	182

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ και ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Λίστα συντομογραφιών

Συντομογραφίες	Επεξήγηση
ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΑμΚΕ	Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία
ΑμΣΨΠ	Άτομα με Σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα
ΓΝ	Γενικό Νοσοκομείο
ΓΓ	Γενική Γραμματεία
ΔΥΠΑ	Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης
ΔΑΦ	Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος
ΔΠΤ	Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
ΔΑΔ	Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
ΔΥΠε	Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
ΕΚΠΑ	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΨΔΕ	Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία
ΕΝΕ	Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας
ΕΓΥΑ	Εξειδικευμένα Γραφεία Υποστηριζόμενης Απασχόλησης
ΕΨΥ	Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΕΚΟ	Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΔΑΠ ΑμεΑ	Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία
ΚΔΗΦ ΑμεΑ	Κέντρο Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίας
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΗ	Κέντρο Ημέρας
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΨΥ	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
ΚΕΔΑΣΥ	Κέντρο Διεπιστημονικής Αξιολόγησης Συμβουλευτικής και Υποστήριξης
ΚΜ	Κινητή Μονάδα
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση

ΚΑΛΟ	Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία
ΚοινΣΕπ	Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση
ΚοιΣΠΕ	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
ΛΥΨΥ	Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
ΜΜΜ	Μέσα Μαζικής Μεταφοράς
ΜΚΟ	Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση
ΜΨΑ	Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
ΜΕΠαΨυ	Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στη Ψύχωση
ΜΨΥ	Μονάδα Ψυχικής Υγείας
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΗ	Νοσοκομείο Ημέρας
ΟΠΨΥ	Ολοκληρωμένη Παρέμβαση Ψυχογηριατρικής Υποστήριξης
ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχόλησεως Εργατικού Δυναμικού
ΟΔΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΟΚοιΣΠΕ	Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης
ΠαΔΑ	Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
ΠεΔιΤοΨΥ	Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας
ΠΦΗΨΥ	Προοδευτική Φροντίδα και Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΦΨΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας
ΣΥΔ	Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης
ΣΜΕΑ	Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤοΨΥ	Τομέας Ψυχικής Υγείας
ΤΕΨΥ	Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας
ΤΕπΕΨΥΕ	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων
ΤΕπΕΨΥΠΕ	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΤΕΨΥΠΕ	Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΤοΨυΠΕ	Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΤΟΜΥ	Τοπικές Ομάδες Υγείας
Υ&Α - Ε	Υγεία και Ασφάλειας στην Εργασία
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΨΥΠΕ	Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΥΠΕΘΑ	Υπουργείο Εθνικής Άμυνας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
ΨΝ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
ΨΝΑ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
ΨΝΘ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
ΨΤΕ	Ψυχιατρικά Τμήματα Εισαγωγής

ΨΥ	Ψυχική Υγεία
ΨΥΠΕ	Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων
DALYs	Disability-adjusted life years
IPS	Individual Placement & Support
PICU	Psychiatric Intensive Care Units
RRF	Recovery and Resilience Fund
WONCA	World Organization of Family Doctors

Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1	Επεξεργασμένοι δείκτες θνησιμότητας (συνολικός, λόγω αυτοκτονίας και λόγω ψυχικής νόσου γενικά, όπως αυτά δίδονται από την ΕΛΣΤΑΤ)
Πίνακας 2	Ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός σημείου και εκτιμώμενες ανάγκες των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών. Η εκτίμηση του αριθμού έγινε στη βάση γενικού πληθυσμού 10 εκατ. με 6,5 εκατομμύρια ενήλικες (18-65 ετών)
Πίνακας 3	Φορτίο ψυχικών διαταραχών (επίσημες εκτιμήσεις ΠΟΥ από στοιχεία του 2017 και του 2020)
Πίνακας 4	SWOT analysis του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»
Πίνακας 5	Συνολικό Εκτιμώμενο Κόστος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτους 2020
Πίνακας 6	Προπαρασκευαστικές ενέργειες Ταχείας Αξιολόγησης
Πίνακας 7	Μέλη Μόνιμης Επιτροπής για την παρακολούθηση της υλοποίησης του σχεδιασμού για την Ψυχική Υγεία
Πίνακας 8	Δομές, δράσεις & προγράμματα Εθνικού Σχεδίου και κοστολόγηση αυτών
Πίνακας 9	Υπηρεσίες και δομές για άνοια και γηριατρική κατάθλιψη
Πίνακας 10	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 1 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 11	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 1
Πίνακας 11	1 Κοστολόγηση υλοποίησης άξονα 1
Πίνακας 12	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 2 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 13	Κύριες προτεινόμενες δράσεις Άξονα 2
Πίνακας 14	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 2
Πίνακας 15	Βασικές διαπιστώσεις για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην χώρα μας
Πίνακας 16	Βασικές προκλήσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 17	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 3
Πίνακας 18	Βασικές διαπιστώσεις για τις υπηρεσίες για άτομα με ΔΑΦ
Πίνακας 19	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 3
Πίνακας 20	Οφέλη της ανάπτυξης Υπηρεσιών Ψυχοδικαστικής
Πίνακας 21	Στοιχεία ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής στα τρία ΨΝ της χώρας κατά τη χρονική περίοδο Μάιος 2016 – Φεβρουάριος 2017
Πίνακας 22	Οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 4 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 23	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 4
Πίνακας 24	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 4
Πίνακας 25	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για την έως τώρα ανάπτυξη των ΚοιΣΠΕ

Πίνακας 26	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 5
Πίνακας 27	Πρόταση δημιουργίας ΚοιΣΠΕ σε ΤοΨΥ
Πίνακας 28	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 5
Πίνακας 29	Οργανόγραμμα του ελληνικού συστήματος Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης
Πίνακας 30	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 6 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 31	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 6
Πίνακας 32	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 6
Πίνακας 33	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 7 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 34	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 7
Πίνακας 35	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 7
Πίνακας 36	Έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία στην κύρια εργασία κατά φύλο και ηλικία
Πίνακας 37	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 8
Πίνακας 38	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 8 στους δύο υποάξονες αυτού
Πίνακας 39	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 8
Πίνακας 40	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 9 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου
Πίνακας 41	Κύριες προτεινόμενες δράσεις που αποτυπώνονται για τον Άξονα 9
Πίνακας 42	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 9
Πίνακας 43	Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για τον Άξονα 10
Πίνακας 44	Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 10
Πίνακας 45	Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 10
Πίνακας 46	Εμπλεκόμενοι φορείς για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου

Λίστα Σχημάτων, Εικόνων, Γραφημάτων και Εικονογραφημάτων

Σχήμα 1	10 άξονες- Προτεραιότητες Υπουργείου Υγείας για την Ψυχική Υγεία
Σχήμα 2	Μεθοδολογία και χρονοδιάγραμμα εκπόνησης Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030
Εικονογράφημα 1	Υγεία παιδιών 2 έως 14 ετών 2019, ΕΛΣΤΑΤ
Εικονογράφημα 2	Ειδική Αγωγή 2017/2018, ΕΛΣΤΑΤ
Εικονογράφημα 3	Δεδομένα ατόμων με ΔΑΦ που εντάχθηκαν σε εκπαιδευτικό πλαίσιο, ΕΛΣΤΑΤ
Εικονογράφημα 4	Ατυχήματα και προβλήματα υγείας συνδεδεμένα με την εργασία, 2020 ΕΛΣΤΑΤ
Γράφημα 1	Έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν την σωματική ή ψυχική υγεία κατά κλάδο δραστηριότητας και επάγγελμα, ΕΛΣΤΑΤ

Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ωστόσο, ακόμα και οι ορθά τεκμηριωμένες πολιτικές, συχνά δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις αυξανόμενες ανάγκες της ψυχικής υγείας διεθνώς. Επιπλέον, ο αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία (ΨΥ) ήταν επιζήμιος, επιφέροντας ένα σημαντικό φορτίο στην ΨΥ των ανθρώπων όλων των κοινωνιών στον κόσμο. Αυτή η παγκόσμια κρίση έπληξε δυσανάλογα τους ευάλωτους πληθυσμούς και απαιτεί συνεχείς προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων που δημιουργήθηκαν.

Οι υποστηρικτικές δράσεις και οι ευρείες επιστημονικές εξελίξεις, σε όλη την επικράτεια του ΠΟΥ, παρείχαν ενημέρωση στις χώρες για τον τρόπο που θα προβούν σε διαρθρωτικές αλλαγές στα συστήματα υγείας τους σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Στο πλαίσιο της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, στόχο αποτέλεσε η ενσωμάτωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Ωστόσο, η πρόοδος είναι μέχρι στιγμής αργή. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την ΨΥ του 2022 [1], ένας στους οκτώ ανθρώπους παγκοσμίως ζει με κάποια ψυχική διαταραχή. Οι οικονομικές συνέπειες είναι τεράστιες και παράλληλα τα συστήματα υγείας δεν παρέχουν κατάλληλες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση τους.

Η πανδημία του κορωνοϊού COVID-19 επηρέασε αρνητικά την ΨΥ του γενικού πληθυσμού καθιστώντας αναγκαία την εφαρμογή δράσεων. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Εργασίας του ΠΟΥ για την περίοδο 2020-2025: «Ενωμένη δράση για καλύτερη υγεία στην Ευρώπη» και τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών, η ΨΥ αποτελεί πλέον το επίκεντρο των πολιτικών υγείας παγκοσμίως και πιο συγκεκριμένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ).

Πολλές χώρες του ΠΟΥ Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, έχουν κάνει από κοινού βήματα, μέσω σημαντικών διεθνών πρωτοβουλιών, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση αυτών των αυξανόμενων ελλειμμάτων. Μια τέτοια πρωτοβουλία ήταν η Σύνοδος Κορυφής για την ΨΥ στην Αθήνα, τον Ιούλιο του 2021 η οποία αποτέλεσε το έναυσμα για τον Πανευρωπαϊκό Συντονισμό Ψυχικής Υγείας του ΠΟΥ. Οι συμπράξεις αυτές αποσκοπούν στη συγκέντρωση βασικών ενδιαφερόμενων φορέων, καθώς και πολιτών, για την ευαισθητοποίηση και άσκηση επιρροής στην πολιτική με στόχο την αντιμετώπιση του φορτίου που επιφέρει η ψυχική νόσος στα άτομα και στην κοινωνία γενικότερα.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, έχουν γίνει θετικά βήματα σε εθνικό επίπεδο και σε εναρμόνιση με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δράσης για την ΨΥ 2021-2030 του ΠΟΥ, με την ΨΥ να αποτελεί βασική προτεραιότητα της εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ΨΥ 2021-2030 (εφεξής αναφερόμενο ως Εθνικό Σχέδιο)), αποτελεί τον οδηγό αυτής της στρατηγικής με απώτερο σκοπό ένα βιώσιμο και ασφαλές μέλλον. Το Σχέδιο αποτελεί συγκεκριμένη πρόταση που επικεντρώνεται σε 5 οριζόντιους και 5 κάθετους άξονες, λαμβάνοντας υπόψη τα πορίσματα της Ταχείας Αξιολόγησης μεταξύ του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) και του ΠΟΥ Ευρώπης, και τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Οι δράσεις αφορούν όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας και σχεδιάστηκαν με επίκεντρο τους πολίτες.

Αξιοποιώντας τις εμπειρίες της πανδημίας, η Ελλάδα ενέταξε στη δημόσια πολιτική της την ψυχική υγεία, η οποία έχει μεν ως πυρήνα την ιατρική ατζέντα, αλλά είναι και κάτι πολύ ευρύτερο από αυτήν. Σε αυτό το Εθνικό Σχέδιο Δράσης αποτυπώνεται το όραμα της χώρας για την ψυχική υγεία: η ψυχική υγεία αφορά οριζόντια στο σύνολο του πληθυσμού, αφορά στην ευεξία ως θεμέλιο της καλής υγείας και ως τέτοια πρέπει να βρίσκεται εφεξής στο επίκεντρο των πολιτικών δημόσιας υγείας, αφορά στην σωστή ενημέρωση, την πρόληψη, την έγκαιρη αντιμετώπιση, την ορθή διαχείριση – όπου χρειάζεται. Στο Σχέδιο, λοιπόν, αντανακλάται η αρχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «mental health in all policies». Η Ψυχική Υγεία ενσωματώνεται πλέον στο χώρο της εκπαίδευσης, του πολιτισμού, στις συνθήκες εργασίας, στον χωροταξικό και αστικό σχεδιασμό, καθώς και στις πολιτικές για το περιβάλλον.

1° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μεταρρύθμιση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας παρελθόν, παρόν και επόμενα βήματα

1° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μεταρρύθμιση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παρελθόν, Παρόν και Επόμενα Βήματα

1.1 Επιπολασμός Ψυχικών Παθήσεων

1.2 Ιστορική Εξέλιξη και Μεταρρυθμιστικές Προτοβουλίες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1.3 Πανδημία COVID-19 και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

1.4 Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1.5 Επιτεύγματα των Μέχρι Τώρα Μεταρρυθμιστικών Προτοβουλιών και Μελλοντικές Προκλήσεις

1.6 Οι προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας για την Μετά COVID Εποχή - 10 Άξονες Δράσης

1.1 Επιπολασμός ψυχικών παθήσεων

Οι ψυχικές παθήσεις ευθύνονται για μεγάλο μέρος της αναπηρίας και του κόστους υγείας παγκοσμίως. Τα δεδομένα από την Ελλάδα είναι ελλιπή ωστόσο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη διεθνή βιβλιογραφία οι ψυχικές παθήσεις, αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας και κόστους. Με βάση τα Έτη Ζωής Σταθμισμένα ως προς την Αναπηρία (Disability-adjusted life years-DALYs), παγκοσμίως, η σχιζοφρένεια ευθύνεται για 15,5 εκατομμύρια DALYs, η Διπολική διαταραχή για 9 εκατομμύρια DALYs ενώ η κατάθλιψη αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας προκαλώντας 54 εκατομμύρια DALYs. Οι αγχώδεις διαταραχές ευθύνονται για περίπου 3 έως 7 εκατομμύρια DALYs καθεμία [2–6].

Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ οι ψυχικές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αιτία πρόκλησης αναπηρίας ευθυνόμενες για το 8.75% και 12.5% της συνολικής αναπηρίας αντίστοιχα. Εάν στα παραπάνω δεδομένα προστεθούν και τα δεδομένα που αφορούν στην άνοια, στους αυτοπροκαλούμενους τραυματισμούς και στην αυτοκτονικότητα, το ποσοστό της αναπηρίας αυξάνεται κατά 4.5% στην Ευρώπη και κατά 6% στις ΗΠΑ. Περαιτέρω οι αυτοκτονίες αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ εφήβων και ενηλίκων ηλικίας κάτω των 35 ετών [2,7,8].

Η ψυχική νόσος συνοδεύεται από πολύ-συνοσηρότητα, καταναλώνει σημαντικό μέρος των πόρων για την υγεία και έχει ως αποτέλεσμα σημαντική και κυρίως πρόωμη θνησιμότητα όπως φαίνεται στον πίνακα 1, με τους ψυχικά πάσχοντες να αποβιώνουν 13-30 χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό [2,9]. Τέλος, το ποσοστό θανάτων λόγω ψυχικής νόσου φαίνεται να έχει αυξηθεί ως ποσοστό των συνολικών θανάτων κατά τα τελευταία χρόνια.

Πίνακας 1: Επεξεργασμένοι δείκτες θνησιμότητας (συνολικός, λόγω αυτοκτονίας και λόγω ψυχικής νόσου γενικά, όπως αυτά δίδονται από την ΕΛΣΤΑΤ) [2]

ΕΤΟΣ	Δείκτης συνολικής θνησιμότητας	Δείκτης αυτοκτονιών ανδρών	Δείκτης αυτοκτονιών γυναικών	Δείκτης θανάτων λόγω ψυχικής νόσου ανδρών	Δείκτης θανάτων λόγω ψυχικής νόσου γυναικών
2000	534.88	5.51	1.52	0.67	0.87
2001	484.67	5.37	0.87	1.01	1.42
2002	483.04	4.78	1.20	1.08	1.54
2003	481.11	5.67	1.25	0.95	2.08
2004	474.58	5.27	1.23	1.17	1.64
2005	465.64	5.92	1.42	1.02	1.51
2006	455.18	6.07	1.29	0.88	0.92
2007	462.60	4.92	1.07	1.12	1.20
2008	443.03	5.65	1.16	1.06	1.09
2009	436.10	6.10	1.03	0.71	1.24
2010	426.46	6.15	0.72	1.04	0.72
2011	421.52	7.21	1.48	1.06	1.20
2012	425.28	7.69	1.61	1.12	1.25
2013	400.49	7.92	1.92	0.78	1.69
2014	395.90	8.47	2.05	4.33	7.82
2015	406.64	8.01	1.91	8.85	12.51

Οι ψυχικές νόσοι είναι αρκετά συχνές στο γενικό πληθυσμό αλλά το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό τους, το οποίο και ευθύνεται για την πολύ μεγάλη συνολική επιβάρυνση που προκαλούν, είναι ότι εξαιρετικά συχνά εμφανίζονται στην παιδική ηλικία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή και διαρκούν εφ' όρου ζωής. Ο επιπολασμός των σημαντικότερων ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα παρουσιάζεται στον πίνακα 2 μαζί με μια αδρή εκτίμηση των αναγκών που καθεμία εμφανίζει. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται είναι κατ' εκτίμηση εξαιρετικά συντηρητικά και θα πρέπει να αναγνωστούν ως «κατ' ελάχιστον» [10]. Τα 2 ποσοστά που αναγράφονται στον πίνακα 2 είναι εξαιρετικά συντηρητικά αν γίνει αποδεκτό ότι περίπου το 17% του πληθυσμού πάσχει από ηπιότερες αλλά συχνές ψυχικές διαταραχές αγχώδους και καταθλιπτικού τύπου [11] και πολλοί συγγραφείς υπολογίζουν ότι περίπου το 25% των ασθενών της ΠΦΥ χρειάζεται ψυχιατρική φροντίδα [2,11,12].

Παρόμοιο επίσης ποσοστό παιδιών εμφανίζει κάποιο θέμα ψυχικής υγείας και [10, 13–15] παγκοσμίως οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες είναι λιγότερο ανεπτυγμένες. Η φροντίδα για την ΨΥ αποτελεί όχι απλά αναπόσπαστο αλλά κομβικό σημείο στην πολιτική υγείας των χωρών [16].

Στην Ελλάδα το συνολικό κόστος που αφορά στον τομέα ψυχικής υγείας είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί αλλά εκτιμάται ότι δεν διαφέρει από τον μέσο όρο των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ως ποσοστό του συνολικού κόστους υγείας. Όπως αναλύεται στο επόμενο υποκεφάλαιο, γίνεται για πρώτη φορά στο παρόν σχέδιο μια πρώτη απόπειρα εκτίμησης του κόστους των ΥΨΥ στη χώρα μας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για τον τομέα υγείας. Σε πρόσφατη μελέτη το 2019, αποτυπώθηκαν οι επεξεργασμένοι δείκτες θνησιμότητας (συνολικός, λόγω αυτοκτονίας και λόγω ψυχικής νόσου γενικά) όπως αυτά δίδονται από την ΕΛΣΤΑΤ) (πίνακας 1) καθώς και ο ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός σημείου και εκτιμώμενες ανάγκες των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών (πίνακας 2). Η εκτίμηση του αριθμού έγινε στη βάση γενικού πληθυσμού 10 εκατ. με 6,5 εκατομμύρια ενήλικες (18 έως 65 ετών) [2]

***Πίνακας 2:** Ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός σημείου και εκτιμώμενες ανάγκες των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών. Η εκτίμηση του αριθμού έγινε στη βάση γενικού πληθυσμού 10 εκατ. με 6,5 εκατομμύρια ενήλικες (18-65 ετών) [2]*

Διαταραχή	Επιπολασμός	Εκτιμώμενος αριθμός ασθενών	Με σοβαρή αναπηρία	Σχόλια
Σχιζοφρένεια και ψυχώσεις	1%	100.000	5.000	Η σοβαρότερη ψυχική διαταραχή, συνοδεύεται από σοβαρή αναπηρία και αδυναμία εργασίας, απαιτείται συνεχής φαρμακοθεραπεία και παρεμβάσεις αποκατάστασης και επανένταξης. Συχνές ακούσιες νοσηλείες
Διπολική διαταραχή	1-2%	100-200.000	5.000	Σοβαρή ψυχική διαταραχή, συνοδεύεται από σοβαρή αναπηρία και σημαντική δυσκολία εργασίας, σε κάπως λιγότερο βαθμό από τη σχιζοφρένεια. Συνήθως απαιτείται συνεχής φαρμακοθεραπεία και παρεμβάσεις αποκατάστασης και επανένταξης. Συχνές ακούσιες νοσηλείες
Μείζων κατάθλιψη και καταθλίψεις	6%	600.000	10.000	Ψυχική διαταραχή ποικίλης βαρύτητας και αναπηρίας. Λόγω της συχνότητάς της αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή αναπηρίας. Απαιτείται φαρμακοθεραπεία και/η ψυχοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα
Αγχώδεις διαταραχές	15%	1.500.000	Άγνωστο	Εξαιρετικά συχνές διαταραχές ποικίλης βαρύτητας με ποικίλη πορεία. Συνήθως απαιτείται φαρμακοθεραπεία και/η ψυχοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα
Ίδεοκαταναγκαστική ή διαταραχή	1%	100.000	Άγνωστο	Σοβαρή ψυχική διαταραχή, συνοδεύεται από σοβαρή αναπηρία και αδυναμία εργασίας. Συνήθως απαιτείται συνεχής φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία

Άνοια	1%	100.000	30.000	Η σημαντικότερη ψυχογηριατρική πάθηση που οδηγεί σε πλήρη απώλεια των νοητικών λειτουργιών και πλήρη εξάρτηση από το περιβάλλον. Επιβαρύνει σε σοβαρότατο βαθμό την οικογένεια για αριθμό ετών
Παιδοψυχιατρικές καταστάσεις	2-3%	200-300.000	Άγνωστο	Διαταραχές ποικίλης βαρύτητας με ποικίλη πορεία. Συνήθως απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση και ποικίλες παρεμβάσεις και ψυχοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα. Συχνά είναι απαραίτητη η φαρμακοθεραπεία
Εξάρτηση από αλκοόλ και ουσίες	5-7%	500-700.000	Άγνωστο	Διαταραχές ποικίλης βαρύτητας με ποικίλη πορεία και έκβαση. Συνήθως απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση και ποικίλες παρεμβάσεις, ψυχοθεραπεία και/η φαρμακοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα
Άλλα	5-10%	500.000-1.000.000	Άγνωστο	
Σύνολο	>25%	>2.500.000	>50.000	

Επιπλέον, άλλα επιδημιολογικά δεδομένα για τον επιπολασμό των ψυχικών παθήσεων του ελληνικού πληθυσμού, προέρχονται από παλαιότερη έρευνα το 2010, την οποία διενήργησαν έξι (6) Υγειονομικές Περιφέρειες σε συντονισμό του Υπουργείου Υγείας με Ευρωπαϊκούς και Εθνικούς πόρους. Σε τυχαίο δείγμα 4900 ατόμων ηλικίας 18-74 ετών [17] το 14% (1.200.000 άτομα), πάσχει από κάποια «κοινή» ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στο 7% (περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση. Εν τούτοις, μόνο το 25% των πασχόντων έχει επαφή με ψυχίατρο για το πρόβλημά του, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό. Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν την έρευνα, δεν διαφέρει από εκείνη σε έρευνες με την ίδια μεθοδολογία σε άλλες χώρες, όπως στην Μεγάλη Βρετανία, όμως το «χάσμα στη θεραπεία» σε αυτές τις χώρες είναι πολύ μικρότερο.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα στην προαναφερθείσα έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Η συχνότητα της κατάθλιψης στους άνεργους και τους συνταξιούχους ήταν υπερδιπλάσια από τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ευρήματα που αφορούν στο σύμπτωμα «ευχές θανάτου», που αφορά στην τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση για τα προβλήματά του. Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με τις ιδέες αυτοκτονίας, που με τη σειρά του σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα, προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους εργαζόμενους (10% προς 3%), ενώ τα άτομα με σοβαρές οικονομικές

δυσκολίες μεγαλύτερη από έξι φορές συχνότητα σε σχέση με τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (13% προς 2%).

Τα ανωτέρω δεδομένα αποτυπώθηκαν το 2009-2010 που έλαβε χώρα η έρευνα. Μετά από την οικονομική κρίση και την υγειονομική κρίση που ακολούθησαν και την παρέλευση δεκαετίας, πρέπει να διενεργηθεί εκ νέου η έρευνα σε αντίστοιχα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Βασική διαπίστωση της Ταχείας Αξιολόγησης του 2021 αποτελεί ότι έχουν διεξαχθεί ελάχιστες επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμιακό επίπεδο, ενώ από όσες διατίθενται, καμία δεν παρέχει μια εμπειρισταωμένη εικόνα που να είναι συγκρίσιμη σε ευρωπαϊκό επίπεδο ως προς τον επιπολασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα [18]. Αντιθέτως, διαπιστώθηκε ότι προγενέστερες επανεξετάσεις και έγγραφα πολιτικής επέλεξαν να αναγάγουν τα ποσοστά επιπολασμού στο ευρωπαϊκό επίπεδο για τον ελληνικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις της Μελέτης Παγκόσμιας Επιβάρυνσης ασθενειών για την Ελλάδα το 2019, 1,4 εκατομμύρια άνθρωποι στη χώρα (που ισοδυναμεί με το 17,7% του πληθυσμού) υπέφεραν από κάποια ψυχική πάθηση ή κάνουν χρήση ουσιών. Σε αυτές τις καταστάσεις συμπεριλαμβάνεται η ψύχωση, η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ και φαρμάκων (το ποσοστό ισοδυναμεί με το 12% του πληθυσμού των ενηλίκων, των παιδιών και των εφήβων) [19].

Σύμφωνα με το προφίλ της χώρας στον άτλαντα ψυχικής υγείας του ΠΟΥ 2017, στον οποίο παρουσιάζονται δεδομένα αναφορικά με το φορτίο των ψυχικών διαταραχών, τα DALYs ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα ανέρχονται σε 3.417,48, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία ανά 100.000 πληθυσμού ανέρχεται σε 5,00 [20]. Νεότερα δεδομένα του ΠΟΥ για το έτος 2020 [21], δείχνουν σημαντική βελτίωση και των δύο αυτών δεικτών, όπως φαίνεται στην πίνακα 3.

Πίνακας 3 Φορτίο ψυχικών διαταραχών (επίσημες εκτιμήσεις ΠΟΥ από στοιχεία του 2017 και του 2020) [20,22]

Δείκτες	2017	2020	Ποσοστιαία Μεταβολή
Σταθμισμένα ως προς την αναπηρία έτη ζωής (ανά 100.000 πληθυσμού)	3.417,48	314,2	-90,8%
Ποσοστό θνητότητας λόγω αυτοκτονίας (ανά 100.000 πληθυσμού)	5,00	3,62	-27,6%

Τέλος σύμφωνα με τον ΠΟΥ και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Οικογενειακών Ιατρών δε φαίνεται να υπάρχει ένα και μοναδικό μοντέλο ΥΨΥ το οποίο να είναι αποδεκτό και εφαρμόσιμο σε όλες τις χώρες, για την αντιμετώπιση των σύνθετων επιπτώσεων των ψυχικών παθήσεων. Για το λόγο αυτό προτείνεται την ανάπτυξη μοντέλων τοπικά, με αξιοποίηση των δυνατοτήτων κάθε χώρας, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού (σε εθνικό, περιφερειακό και κοινοτικό επίπεδο).[2,13].

1.2 Ιστορική εξέλιξη και μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχόταν παραδοσιακά σε μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝ). Το 1984 με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας ξεκίνησε η αναδιοργάνωση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης. Τη δεκαετία του 1990, αυτή η αναδιοργάνωση αποκτά χαρακτηριστικά μεταρρυθμίσεων και γίνεται η κινητήρια δύναμη που οδήγησε στην ψυχιατρική αναδιοργάνωση, την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των ΥΨΥ και στην χώρα μας.

Ο Κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84 του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα (L 88), προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητική υστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία.

Σημαντικό αποτέλεσμα της υλοποίησης του ως άνω Κανονισμού ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρονίως ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή ΥΨΥ με την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ), ψυχιατρικών κλινικών και εξωτερικών ιατρείων στα Γενικά Νοσοκομεία (ΓΝ), προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ τέλος δημιουργήθηκαν ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα στην κοινότητα.

Στα τέλη του 1995, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84 του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα (L 88), το άλλοτε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ΥΨΥ σε όλη την Ελλάδα.

Το 1997 εγκρίθηκε και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση το πρώτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ΨΥ (εφεξής καλούμενο Εθνικό Σχέδιο), με τίτλο «Ψυχαργός», για την περίοδο 1997-2001, το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στην κοινωνική επανένταξη και την δυνατότητα ένταξης στην αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο ν. 2716/1999 (Α' 96), με τίτλο «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις» θέτει ως στόχους α) την τομεοποίηση β) την συνέχεια της φροντίδας, γ) την αποτελεσματική και πλήρη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Ο πρωτοποριακός για την εποχή του νόμος κάλυψε θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές, φιλοδοξώντας να προσδώσει μια νέα δυναμική στη μεταρρύθμιση,

ενώ ακόμη και σήμερα, παραμένει το κύριο νομικό πλαίσιο του διαρκούς μετασχηματισμού των ΥΨΥ στην Ελλάδα.

Το πρώτο Εθνικό Σχέδιο προέβλεπε την ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλιζόταν η παροχή ΥΨΥ, που είχε ως σκοπό την πρόληψη, την διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Στόχος του ήταν η δημιουργία αποτελεσματικών δικτύων κοινοτικών δομών και ΥΨΥ, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Το πρώτο Εθνικό Σχέδιο εστίασε καταρχάς στην αποϊδρυματοποίηση των υπόλοιπων χρονίως ασθενών και στη μετατροπή των εννέα δημόσιων ΨΝ σε δίκτυα ΥΨΥ που βασίζονται στην κοινότητα. Αποσκοπούσε, επίσης, στην εισαγωγή νομοθεσίας για την ΨΥ, η οποία θα εξασφάλιζε: την τομεοποίηση του συστήματος ψυχικής υγείας, την περαιτέρω ανάπτυξη ΥΨΥ και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με βάση την κοινότητα, την ανάπτυξη ψυχιατρικών κλινικών στα ΓΝ, την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους, την εξάλειψη του στιγματισμού και την ένταξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας.

Αν και το σχέδιο ήταν πολύ φιλόδοξο, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση χαρακτηρίστηκε από αργή πρόοδο και συχνά οπισθοδρομικά βήματα. Η ενσωμάτωση των ΥΨΥ στο βασικό σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν επετεύχθη ποτέ πλήρως. Αντίθετα, ένα παράλληλο και άνισα κατανομημένο υποσύστημα ΥΨΥ κατέστησε την παροχή φροντίδας ΨΥ ακόμη πιο κατακερματισμένη και στιγματισμένη.

Η **πρώτη φάση** του σχεδίου τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001 μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των χρονίως διαμενόντων στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας.

Η συνολική αποτίμηση, κατέδειξε ότι ο σχετικός σχεδιασμός ήταν υπηρεσιοκεντρικός, και επικεντρωμένος στην υλοποίηση της αποασυλοποίησης και δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, η εκπόνηση ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού, η χρηματοδότηση της υλοποίησης του από Ευρωπαϊκούς κοινοτικούς πόρους και η πρόταξη του οράματος της κοινοτικής περίθαλψης συνιστούσαν μια νησίδα καινοτομίας σ' ένα τοπίο μιας ασυνάρτητης και μωπικής δημόσιας διοίκησης [21].

Περαιτέρω, η σύνδεση της ανωτέρω προσπάθειας με τα κοινοτικά χρηματοδοτικά πλαίσια (Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα (L 88), Β' και Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης), η απουσία διασύνδεσης με τους φορείς υλοποίησης, η αδυναμία υποβολής ολοκληρωμένων προτάσεων από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) οι οποίες να υπερβαίνουν τη συντεχνιακή λογική ενίσχυσης της στελέχωσης υφιστάμενων υπηρεσιών, η έλλειψη αποκεντρωμένων υγειονομικών περιφερειών και η απουσία εξειδικευμένων στελεχών στην κεντρική υπηρεσία του ΥΥ, ανέδειξαν την αναγκαιότητα για μία ολοκληρωμένη νέα στρατηγική για την περαιτέρω ισόρροπη υλοποίηση του σχεδιασμού.

Τα έτη 2001 - 2009 αναθεωρήθηκε το Εθνικό Σχέδιο (δεύτερο Εθνικό Σχέδιο) και η υλοποίησή του αναφέρεται ως **δεύτερη φάση** του Προγράμματος «Ψυχαργός» στην οποία συντελέστηκε η κατάργηση των 4 από τα 9 ΨΝ. Το ΨΝ Πέτρας Ολύμπου έκλεισε τα τμήματα χρονίων ασθενών τον Ιανουάριο του 2005, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων διέκοψε ολοκληρωτικά την λειτουργία του τον Φεβρουάριο του 2006, το ΨΝ Κέρκυρας έκλεισε τα τμήματα χρονίων ασθενών τον Οκτώβριο του 2006, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το Σεπτέμβριο του 2007 και τέλος το ΨΝ Τρίπολης έκλεισε τα τμήματα χρονίων ασθενών τον Δεκέμβριο του 2008. Παράλληλα, μειώθηκε δραστικά ο αριθμός των χρονίων διαμενόντων στο ΨΝ Αττικής-Δαφνί, στο ΨΝ Αττικής-Δρομοκαΐτειο, στο ΨΝ Θεσσαλονίκης και σε μικρότερο βαθμό στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όπου οι διαμένοντες είναι ψυχογηριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης νέων εισαγωγών.

Η νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα εναπομείναντα ΨΝ και στις Ψυχιατρικές Κλινικές των ΨΝ παρουσιάζει προβλήματα με αύξηση των εισαγωγών και πολλαπλές εισαγωγές σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η αύξηση των εισαγωγών επιβαρύνει ιδιαίτερα τις νοσηλευτικές δομές των δύο μεγάλων αστικών κέντρων. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2007), οι ακούσιες εισαγωγές προσεγγίζουν τις 6000/έτος για το σύνολο των νοσηλευτικών δομών της χώρας, ήτοι 53.8/100.000 κατοίκους.

Σχετικά με την μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους (ΥΨΥΠΕ), η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν ιδιαίτερα αργή. Αναλυτικότερα αναπτύχθηκαν έντεκα (11) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και σε είκοσι επτά (27) Κέντρα Ψυχικής Υγείας παρέχονται και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, αναπτύχθηκαν Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές που επίσης παρέχουν ΥΨΥΠΕ.

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καταργήθηκε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με παράλληλη μεταφορά τεσσάρων (4) Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε ισάριθμα ΓΝ της Αττικής. Περαιτέρω, υπήρξε βαθμιαία μετατόπιση προς το κοινοτικό μοντέλο περίθαλψης με την ανάπτυξη και λειτουργία σε οκτώ (8) Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε ΓΝ σε πέντε (5) νομούς της χώρας.

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης παιδιών και εφήβων δημιουργήθηκαν δύο ξενώνες στην Αττική, ένας για εφήβους με ψυχικές διαταραχές και ένας για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων. Παράλληλα, αναπτύχθηκαν εξειδικευμένες μονάδες για άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) ως εξής: δεκατέσσερα (14) Κέντρα Ημέρας (ΚΗ) σε πέντε (5) νομούς της χώρας, τρεις (3) ξενώνες στους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων και Λαρίσης και ένα (1) οικοτροφείο για παιδιά-εφήβους με αυτισμό στην Αττική.

Τέλος ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει και στο γεγονός ότι ο ν. 2716/99, αποτέλεσε τον θεσμικό πυλώνα και για την εργασιακή ένταξη των Ατόμων με Σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα (ΑμΣΨΠ) με την θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ). Πριν από την θεσμοθέτηση και υλοποίηση του πρωτοποριακού και καινοτόμου για την εποχή του νομοθετήματος, οι μέχρι τότε απόπειρες για την εργασιακή ένταξη περιλάμβαναν την παροχή θεραπευτικού κινήτρου σε ασθενείς που νοσηλεύονταν εντός των ψυχιατρικών νοσοκομείων και επιτελούσαν κάποιες υποστηρικτικές υπηρεσίες στη λειτουργία του νοσοκομείου ή της κλινικής. Επίσης δημιουργήθηκαν ορισμένα εργαστήρια προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης που δεν κατάφεραν ωστόσο ποτέ να μετουσιώσουν την οποιαδήποτε κατάρτιση σε γνήσια εργασιακή ένταξη στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή έστω σε ποιο προωθημένη μορφή υποστηριζόμενης απασχόλησης.

Η δημιουργία των ΚοιΣΠΕ που είναι ΜΨΥ με επιχειρηματική δραστηριότητα προέκυψε από την ανάγκη υπέρβασης των στρεβλώσεων που χαρακτήριζαν τις προστατευμένες μορφές απασχόλησης καθώς και την ανάγκη πρόταξης της οικονομικής βιωσιμότητας, της εισαγωγής επιχειρηματικής τεχνογνωσίας, της διασφάλισης των εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων των απασχολούμενων, της ευρείας συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών και της εισαγωγής καινοτόμων αντικειμένων απασχόλησης.

Η δεύτερη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» ολοκληρώθηκε το 2009 και μετά την ολοκλήρωση της διενεργήθηκε εκ των υστέρων αξιολόγηση, η οποία παραδόθηκε το 2010 [23]. Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η SWOT analysis της προαναφερθείσας αξιολόγησης, η οποία αφορά στο σύνολο μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός» στην οποία κατέληξε η ανωτέρω αξιολόγηση και η οποία λήφθηκε υπόψη στην χάραξη της νέας στρατηγικής για την ΨΥ που παρουσιάζεται στο παρόν Εθνικό Σχέδιο Δράσης.

Πίνακας 4: SWOT analysis του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»

Πίνακας 4: SWOT analysis του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»

Θετικά	Αδυναμίες
<ul style="list-style-type: none"> • Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στην κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης • Έμφαση στην αποασυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ΨΝ • Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων • Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών • Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, ΚΗ, νοσοκομεία, Κινητές Μονάδες και κέντρα επ/κής αποκατάστασης • Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επαυσύνδεσή τους με τις οικογένειές τους • Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές • Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση • Ανάπτυξη των ΚοιΣΠΕ • Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς • Ύπαρξη καμπάνιας αντί-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατακερματισμένο, μη-συντονισμένο σύστημα που συχνά καταλήγει στην ακατάλληλη παροχή υπηρεσιών • Αδυναμία στην εφαρμογή διαδικασιών • Έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και μελετών που αφορούν τις κατά τόπους ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών • Άνιση ανάπτυξη υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών περιοχών της χώρας • Μεγάλος αριθμός ειδικευμένων επαγγελματιών - έλλειψη προσωπικού σε υποστηρικτικούς ρόλους • Σημαντικά κενά σε ΥΨΥΠΕ και για ηλικιωμένους, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, νοητική στέρωση, διατροφικές διαταραχές καθώς και σε υπηρεσίες δικαστικής-ψυχιατρικής (forensic psychiatric services) • Απουσία συντονισμού και συνεργασίας τόσο μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων παροχής ΥΨΥ, όσο και μεταξύ των υπηρεσιών του ίδιου συστήματος • Ανεπαρκή στοιχεία αποτελεσματικής διατομεακών ομάδων εργασίας σε τοπικό επίπεδο • Έλλειψη μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και συστημάτων κλινικής διαχείρισης (clinical governance) • Ανεπάρκεια κλινών κυρίως οξέων περιστατικών • Ασαφή πρωτόκολλα για έκδοση εξιτηρίων • Μεγάλο ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών • Σοβαρά ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών • Περιορισμένη εμπλοκή των χρηστών και συνηγορία • Καθυστερήσεις στην καταβολή των πληρωμών του προσωπικού
Κίνδυνοι	Ευκαιρίες
<ul style="list-style-type: none"> • Τα υφιστάμενα προβλήματα δομής μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερο κατακερματισμό, αποτελώντας απειλή για την βιωσιμότητα του συστήματος • Η απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας θα δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών • Τα ανεπαρκή χρηματοδοτικά συστήματα και οι μη-αποτελεσματικοί μηχανικοί «κόστους μονάδας» θα οδηγήσουν σε σοβαρές οικονομικές πιέσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενοποίηση των υφιστάμενων υπό-συστημάτων και υπηρεσιών • Διορθωτικές ενέργειες για τον συντονισμό του συστήματος με σαφείς δομές και αρμοδιότητες • Σταθερή παρακολούθηση του συστήματος και διαφάνεια στους μηχανισμούς και διαδικασίες χρηματοδότησης • Ανάπτυξη νέου επιχειρησιακού Σχεδίου για το επόμενο στάδιο της μεταρρύθμισης • Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013 • Αναδιοργάνωση της Περιφερειακής και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. • Ευρωπαϊκές πολιτικές για την Ψυχική Υγεία • Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από ΕΕ και ΠΟΥ

Κατά την ολοκλήρωση της δεύτερης φάσης, το 2009, υπογράφηκε Σύμφωνο μεταξύ της ΕΕ και της Ελληνικής Κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Στην περίοδο 2011-2020 καταρτίστηκε το τρίτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης, το οποίο επίσης αναφέρεται ως **τρίτη φάση** του Προγράμματος «Ψυχαργός» και το οποίο διαρθρώθηκε σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος άξονας αναφερόταν στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) και διαμορφωνόταν σε περιφερειακή βάση, εξειδικευόμενος σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφερόταν στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αναφερόταν σε δράσεις που αφορούν στην οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και σε δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Με τον ν. 4052/2012 (Α' 41) καταργήθηκαν τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) των ΨΝ που είχαν ολοκληρώσει τη λειτουργία τους κατά την 2^η φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» και παρέμενε σε εκκρεμότητα η ενσωμάτωση τους στα ΓΝ των περιοχών στα οποία είχαν ήδη ενταχθεί. Το ΨΝ Πέτρας Ολύμπου, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, το ΨΝ Κέρκυρας, το ΨΝ Τρίπολης, εντάχθηκαν ως Ψυχιατρικοί Τομείς στα ΓΝ Κατερίνης, Χανίων, Κέρκυρας και Τρίπολης, ενώ το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής καταργήθηκε. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις αυτών των Νοσοκομείων, τα ΚΨΥ τους σύμφωνα με την παρ. 7 του άρθρου 30 του ν. 4058/2012, αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των ΓΝ υποδοχής, με τις λοιπές ΜΨΥ των καταργούμενων ΝΠΔΔ να αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες μονάδες των ως άνω ΚΨΥ.

Τον Μάιο του 2017, ο τότε Υπουργός Υγείας κ. Ξανθός έδωσε προτεραιότητα στους ακόλουθους τέσσερις πυλώνες που θα υλοποιούνταν και θα χρηματοδοτούνταν στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για τα έτη 2014-2020: 1) κατάργηση της ιδρυματικής/ασυλκής φροντίδας, 2) ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας και προώθηση της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με νοητική υστέρηση, 3) προώθηση και υποστήριξη της διοικητικής αναδιοργάνωσης των ΥΨΥ και της τομεοποίησης και 4) βελτίωση της ποιότητας των ΥΨΥ.

Επιπλέον, ένας νέος Φορέας Αξιολόγησης της ποιότητας των μονάδων ψυχικής υγείας προτάθηκε από το Υπουργείο Υγείας (ΥΥ). Μολονότι η προτεινόμενη δραστηριότητα ήταν τεχνικά εφικτή, ενείχε ορισμένους κινδύνους/περιορισμούς και δεν υλοποιήθηκε ποτέ, εν μέρει επειδή το ΥΥ δεν κατόρθωσε να εξασφαλίσει χρηματοδότηση από την ΕΕ για το έργο. Επιπλέον, υπήρχε σημαντικός κίνδυνος, μόλις τελειώσει η αρχική περίοδος χρηματοδότησης για τη σύσταση

της νέας Αρχής, να υπάρξει έλλειψη μηχανισμού που θα διασφάλιζε τη συνέχιση της δραστηριότητας.

Εν κατακλείδι, με εξαίρεση ορισμένες δράσεις που σχετίζονταν με την αναδιάρθρωση των ΤοΨΥ και τη Διακυβέρνηση του συστήματος ΥΨΥ, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είχε παραμείνει στάσιμη κατά τα προηγούμενα έτη.

1.3 Πανδημία COVID-19 και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Το 2020, η πανδημία COVID-19 επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τις βασικές ΥΨΥ στην Ελλάδα. Η εμπειρία από την πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για ένα αποδοτικό, αποτελεσματικό και ανθεκτικό σύστημα υγείας που θα μπορεί να ανταποκρίνεται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον χώρο της υγείας, ενώ παράλληλα θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Στο πλαίσιο διαχείρισης της υγειονομικής κρίσης και της δοκιμασίας του συστήματος υγείας, το ΥΥ διενήργησε σε συνεργασία με τον ΠΟΥ από κοινού Ταχεία Αξιολόγηση (Rapid Assessment) των υφιστάμενων ΥΨΥ στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της εκκρεμούς ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με σκοπό να τεθούν οι προτάσεις και οι στόχοι για την επόμενη δεκαετία (2021-2030).

Παράλληλα το ΥΥ υλοποίησε δέσμη πρωτοβουλιών κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής:

- ✓ Επένδυση 70 εκατομμυρίων ευρώ από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας για την ΨΥ κατά την επόμενη τριετία.
- ✓ Νομοθέτηση των υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση, καθώς και δημιουργία κέντρων ημέρας για φοιτητές πανεπιστημίου.
- ✓ Λειτουργία ανώνυμης, εμπιστευτικής και δωρεάν τηλεφωνικής γραμμής για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του γενικού πληθυσμού.
- ✓ Αύξηση κατά 62% του ετήσιου προϋπολογισμού για την ΨΥ.
- ✓ Έναρξη προγράμματος τηλεσυμβουλευτικής για την ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενείς που πάσχουν από COVID-19 και νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή στο σπίτι, στα μέλη της οικογένειάς τους, και το υγειονομικό προσωπικό.
- ✓ Έναρξη λειτουργίας τηλεφωνικής γραμμής για την υποστήριξη των ασθενών με άνοια, των οικογενειών και των φροντιστών τους.
- ✓ Έναρξη λειτουργίας τηλεφωνικής γραμμής για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη ογκολογικών ασθενών και όσων προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα.
- ✓ Πρόσληψη 40 ψυχιάτρων και παιδοψυχιάτρων, και νομοθέτηση 250 θέσεων για ειδικευόμενους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

1.4 Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Όπως προαναφέρθηκε η εκτίμηση του συνολικού κόστους της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα είναι δύσκολο να υπολογιστεί. Η πρώτη προσπάθεια εκτίμησης του κόστους του συστήματος ΥΨΥ πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια επιστημονικής έρευνας το 2013 [25], ενώ στα πλαίσια της Ταχείας Αξιολόγησης, η οποία συμπεριέλαβε στοιχεία των ετών 2019 και 2020, επιχειρήθηκε η πρώτη επίσημη προσπάθεια υπολογισμού του κόστους του συστήματος ΥΨΥ [18].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επιστημονικής έρευνας του 2013 [25], το εκτιμώμενο κόστος των Δημόσιων Νομικών Προσώπων (ΨΝ-Ψυχιατρικά κλινικές γενικών νοσοκομείων και κοινοτικών δομών) στην Ελλάδα ανέρχεται σε 300 εκατομμύρια ευρώ. Αντίστοιχα, το εκτιμώμενο κόστος των ΜΨΥ που έχουν αναπτύξει Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) (ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας) ανέρχεται σε 80 εκατομμύρια ευρώ, ενώ οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες των Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών ανέρχονται σε 70 εκατομμύρια ευρώ (νοσήλεια που καταβάλλει ο ΕΟΠΥΥ). Τέλος, η φαρμακευτική δαπάνη για την ΨΥ την οποία καλύπτει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ανήλθε περίπου στα 150 εκατομμύρια ευρώ. Ως εκ τούτου, το συνολικό εκτιμώμενο κόστος των ΥΨΥ ανέρχεται σε 450 εκατομμύρια ευρώ.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της Ταχείας Αξιολόγησης, η χρηματοδότηση για τη μισθοδοσία δημόσιων φορέων και υπηρεσιών στην Ελλάδα (με εξαίρεση τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις Πανεπιστημιακές κλινικές για τα οποία δεν διατίθενται πληροφορίες) ανέρχεται στα 163,6 εκατομμύρια ευρώ. Επιπλέον, η χρηματοδότηση για ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις ανέρχεται στα 77,3 εκατομμύρια ευρώ. Η χρηματοδότηση για ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς φορείς (ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και ιδιωτικά ιατρεία ψυχιάτρων) ανέρχεται στα 64,9 εκατομμύρια ευρώ. Τέλος, η χρηματοδότηση για ψυχιατρικά φάρμακα (δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς) ανέρχεται στα 164,6 εκατομμύρια ευρώ. Συνολικά, ο ελληνικός προϋπολογισμός για την ΨΥ το 2020 εκτιμάται ότι ανήλθε στα 470,4 εκατομμύρια ευρώ και αντιπροσωπεύει το 3,3% της συνολικής υγειονομικής δαπάνης. Από αυτό το ποσό αποκλείεται ο προϋπολογισμός των Πανεπιστημιακών νοσοκομείων και κλινικών για τον οποίο δεν διατίθενται πληροφορίες.

Ένα σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι στις ανωτέρω εκτιμήσεις, δεν συμπεριλήφθηκε το κόστος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης του ΕΟΠΥΥ, οι ιδιωτικές πληρωμές και τα διαγνωστικά έξοδα.

Στον πίνακα 5 αποτυπώνεται το συνολικό εκτιμώμενο κόστος των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτους 2020, όπως αποτυπώθηκε στην Ταχεία Αξιολόγηση.

Πίνακας 5: Συνολικό Εκτιμώμενο Κόστος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτους 2020

A) Υπουργείο Υγείας	
Μισθοί λειτουργών σε δημόσιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	115.000.000€
Επιχορήγηση δημόσιων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων	20.000.000€
Πλήρης χρηματοδότηση ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας	65.124.000€
ΣΥΝΟΛΟ	200.124.000€
B) ΕΟΠΥΥ	
Συγχρηματοδότηση δημοσίων παρόχων ΥΨΥ	7.722.000€
Συγχρηματοδότηση Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φορέων δημοσίου	20.900.000€
Συγχρηματοδότηση ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας	12.150.000€
Αποζημίωση Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών κερδοσκοπικού τομέα	64.270.000€
Αποζημίωση συμβεβλημένων ιδιωτών ψυχιάτρων	600,000€
Δαπάνη ψυχιατρικών φαρμάκων	164.600.000€
ΣΥΝΟΛΟ	269.642.600€
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ*	470.366.600€

Πηγή: Ταχεία Αξιολόγηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, ΥΥ & ΠΟΥ, 2021

Για όλες τις ΥΨΥ υγείας που χρηματοδοτούνται από το κράτος, η χρηματοδότηση παρέχεται είτε από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας είτε από τον Προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ. Τα ΨΝ, οι ψυχιατρικές κλινικές των γενικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων, οι ΜΨΥ πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας, χρηματοδοτούνται όλες από το ΥΥ. Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ. Αυτό σημαίνει ότι το ΥΥ και ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν τη θέση τους ως χρηματοδότης υπηρεσιών. Η αξιοποίηση της θέσης θα πρέπει να έχει στόχο την εφαρμογή στρατηγικών σχεδίων σε εθνικό επίπεδο με στόχο για τη βελτίωση της παρεχόμενης θεραπείας και της φροντίδας που σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας [18].

1.5 Επιτεύγματα των μέχρι τώρα μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών και μελλοντικές προκλήσεις

Ακολουθεί μία συνθετική παράθεση των βασικών επιτευγμάτων και των κύριων προκλήσεων της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης των ΥΨΥ που συντελείται στην Ελλάδα εδώ και τριάντα έτη, όπως αποτυπώθηκε από τους συγγραφείς της παρούσας αξιολόγησης, οι οποίοι έλαβαν υπόψη τα έγγραφα των τριών φάσεων του «Ψυχαργός», τις υφιστάμενες αξιολογήσεις αυτών και την Ταχεία Αξιολόγηση.

Βασικά επιτεύγματα:

- **Πρόσδος όσον αφορά την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των κλινικών μακράς διάρκειας:** Καταργήθηκαν έξι (6) από τα εννέα (9) δημόσια ΨΝ (5 για ενήλικες και 1 για παιδιά). Αυτή τη στιγμή υπάρχουν τρία (3) εναπομείναντα ΨΝ, παρέχοντας τόσο ενδονοσοκομειακές όσο και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και υπηρεσίες αποκατάστασης. Σε αυτά φιλοξενούνται 300 χρόνια ασθενείς που μέχρι στιγμής δεν έχουν αποϊδρυματοποιηθεί.
- **Δημιουργία κοινοτικών ΥΨΥ:** Έχουν δημιουργηθεί περίπου πενήντα (50) ΚΨΥ (από τα 73 αρχικά προγραμματισμένα), ογδόντα (80) ΚΗ (τα ΚΗ προβλέπεται να παραμείνουν στον υπάρχοντα αριθμό αλλά να απασχολήσουν περαιτέρω προσωπικό), καθώς και είκοσι (20) Κινητές Μονάδες (από τις προβλεπόμενες συνολικά 35 έως το 2020).
- **Αύξηση κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές ΓΝ:** Ανήλθαν το 2019 σε 665 σε όλη τη χώρα (525 υπάρχουν σε ΨΝ για νοσηλείες οξέων περιστατικών). Το 2019 οι κλίνες ανήλθαν σε 665 σε όλη τη χώρα. 525 κλίνες υπάρχουν επίσης σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, για νοσηλείες οξέων περιστατικών.
- **Δημιουργία Ψυχοκοινωνικών κλινών αποκατάστασης:** Δημιουργήθηκαν σχεδόν 4.000 κλίνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από το 1984 (το υψηλότερο ποσοστό ανά 100.000 κατοίκους, σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή περιοχή) σε τρεις (3) τύπους κατοικιών – οικοτροφεία (20 κάτοικοι με σοβαρή ασθένεια), ξενώνες (15 κάτοικοι με κάποιο βαθμό λειτουργικότητας) και προστατευόμενα διαμερίσματα (4 κάτοικοι με μερικής απασχόλησης νοσηλευτική βοήθεια) - (στοιχεία έτους 2019).
- **Ανάπτυξη ΚοιΣΠΕ:** Αναπτύχθηκαν 30 ΚοιΣΠΕ οι οποίοι στοχεύουν στην προώθηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέσω της παροχής απασχόλησης σε άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.
- **Ανάπτυξη ΥΨΥΠΕ:** (από τις 155 που είχαν αρχικά προγραμματιστεί): Δημιουργήθηκαν 34 πρόσθετες δομές από τις 155 που είχαν αρχικά προγραμματιστεί, σημειώνοντας αύξηση από μόλις οκτώ (8) διαθέσιμες το 1984. Επτά (7) τμήματα παιδοψυχιατρικής σε ΓΝ. Δεκαοκτώ (18) υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών για παιδιά και εφήβους σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Κέντρο ημερήσιας νοσηλείας.
- **Ίδρυση Εξειδικευμένων ΥΨΥ:** Δημιουργήθηκαν μέχρι το 2019 δεκατρία (13) ΚΗ και ξενώνες Αλτσχάϊμερ (από κανένα το 1990), δεκαεπτά (17) εξειδικευμένα ΚΗ και ξενώνες φάσματος αυτισμού (από 3 το 1990) και ένα (1) κέντρο ημέρας κατάθλιψης μετά τον τοκετό για τις γυναίκες.

Κύριες προκλήσεις:

- **Μη ολοκλήρωση της αποϊδρυματοποίησης:** Περισσότεροι από 300 χρόνια ασθενείς νοσηλεύονται εδώ και δεκαετίες στα τρία δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία που παραμένουν, ενώ πολλοί περισσότεροι (περίπου 1.200 ασθενείς) που νοσηλεύονται σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές δεν συμπεριλήφθηκαν ποτέ στο σχέδιο αποασυλοποίησης.
- **Ακούσιες εισαγωγές:** Οι ακούσιες εισαγωγές έχουν χαρακτηριστεί ως «ανοιχτή πληγή» για το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας. Εκτιμάται ότι περίπου το 75% των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων είναι ακούσιες. Μόλις πρόσφατα, χορηγήθηκε σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές η άδεια να δέχονται ακούσια ασθενείς (στοιχεία έτους 2020).
- **Χρήση φυσικών περιορισμών:** Οι φυσικοί περιορισμοί αποτελούν κοινή προσέγγιση και συχνά δικαιολογούνται με βάση τη βίαιη συμπεριφορά των ληπτών υπηρεσιών, καθώς και τις ελλείψεις προσωπικού και την ανεπαρκή κατάρτιση του προσωπικού στη διαχείριση των τεχνικών επιθετικότητας και αποκλιμάκωσης.
- **Έλλειψη κοινοτικών ΥΨΥ:** Αν και έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση, απαιτείται πρόσθετη προσπάθεια για την πλήρη παροχή κοινοτικών ΥΨΥ στον ελληνικό πληθυσμό που απαιτούνται για την κάλυψη όλων των σχετικών αναγκών. Υπάρχει σχεδόν απόλυτη έλλειψη κοινοτικών ΥΨΥ σε αρκετές περιοχές της χώρας, ιδιαίτερα εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων. Ακόμη και σε τομείς όπου υπάρχουν σχετικές υπηρεσίες, υπάρχουν σημαντικές ανεπάρκειες και παντελής έλλειψη οποιουδήποτε συστήματος παραπομπής, τόσο μεταξύ αυτών όσο και μεταξύ αυτών και άλλων υπηρεσιών (νοσοκομεία, κοινωνική περίθαλψη κ.λπ.).
- **Έλλειψη ψυχιατρικών κλινικών στα ΓΝ:** Υπάρχουν περίπου τριάντα οκτώ (38). Άλλες δεκαοκτώ (18) προβλέπονταν αλλά δεν δημιουργήθηκαν.
- **Ανάπτυξη ΚοιΣΠΕ για την επίτευξη εθνικής εμβέλειας:** Δημιουργήθηκαν μόνο τριάντα (30) κοινωνικοί συνεταιρισμοί, από τους εξήντα τέσσερις (64) που είχαν αρχικά προγραμματιστεί (για να αναλογεί ένας κοινωνικός συνεταιρισμός ανά τομέα ψυχικής υγείας)
- **Αύξηση κλινών στον ιδιωτικό τομέα:** Οι κλίνες στον ιδιωτικό τομέα αυξήθηκαν τα τελευταία 25 χρόνια· επί του παρόντος, ανέρχονται σε 5.550 σε ολόκληρη τη χώρα.
- **Σημαντική μείωση ΕΨΥ ιδίως του Δημοσίου Τομέα λόγω της οικονομικής κρίσης.**
- **Ελλιπής φροντίδα παιδιών και εφήβων:** Σε πολλές περιοχές της χώρας υπάρχει έλλειψη ψυχιατρικών κλινών και κοινοτικών ΥΨΥΠΕ.
- **Έλλειψη εξειδικευμένων ΥΨΥ:** Μειωμένος αριθμός κέντρων και ξενώνων για τους πάσχοντες με Αλτσχάϊμερ, εξειδικευμένα κέντρα και ξενώνες αυτισμού και προγράμματα αποτοξίνωσης από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ.

- **Προϋπολογισμός ψυχικής υγείας:** Αυξήθηκε και αντιπροσωπεύει περίπου το 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η κύρια πρόκληση είναι η μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης, το οποίο είναι ιδιαίτερα απογοητευτικό και αναποτελεσματικό καθώς πολλοί πάροχοι λαμβάνουν κεφάλαια από πολλαπλές πηγές που δεν υπόκεινται σε κανενός είδους έλεγχο επιδόσεων.
- **Έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις ανάγκες ψυχικής υγείας:** Το ΥΥ δεν διαθέτει επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες του πληθυσμού, ούτε τις απαιτήσεις των Ληπτών των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΛΥΨΥ) στη χώρα.
- **Υποδομές ψυχικής υγείας και Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας:** Αναπτύχθηκαν με άνισο τρόπο, δεν λειτουργούν σε 24ωρη βάση (όπως προβλέπεται) και η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει αξιολογηθεί.
- **Έλλειψη κοινοτικής συμμετοχής:** Η διαδικασία μεταρρύθμισης των ΥΨΥ δεν έτυχε καλής αποδοχής από την κοινή γνώμη (τόσο από τους επαγγελματίες όσο και από τους πολίτες). Η αντίληψη της κοινότητας για την ΨΥ και οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής δεν έχουν αποτελέσει μέρος της κατάρτισης του προσωπικού στα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας και δεν έχει υπάρξει κοινοτική συμμετοχή σε προγράμματα παρέμβασης.
- **Ενίσχυση τομέων:** Απαιτούνται περαιτέρω ενέργειες στους τομείς των **πολιτικών πρόληψης** και των **ιατροδικαστικών υπηρεσιών**.
- **Έλλειψη σαφούς οράματος για τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας:** Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση και η πανδημία της COVID-19, είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μεταρρυθμιστική κόπωση μεταξύ των πολιτικών ηγεσιών, των ΕΨΥ, των πολιτών και των ασθενών και φροντιστών τους, αλλά και της κοινωνίας γενικότερα.

1.6 Οι Προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας για την μετά COVID εποχή – 10 Άξονες Δράσης

Οι γενικοί στόχοι και οι προκλήσεις που θα πρέπει να αντιμετωπίσει το Εθνικό Σχέδιο, μπορεί να συνοψισθούν ως εξής [2]:

- ΥΨΥ για όλους τους πολίτες χωρίς αποκλεισμούς και διακρίσεις
- Συνέχιση της ανάπτυξης ενός συστήματος με σύγχρονο σχεδιασμό που θα ανταποκρίνεται με ρεαλισμό στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού
- Εύκολη πρόσβαση
- Συνέχεια της φροντίδας βασισμένη σε επιστημονικά τεκμήρια και δεδομένα θεραπείας και φροντίδας
- Επικέντρωση στην βέλτιστη θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών
- Εξάλειψη του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική νόσο
- Προστασία της αξιοπρέπειας και των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών
- Ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της πρόσβασης σε κοινωνικά αγαθά (εκπαίδευση, εργασία, αξιοπρεπές εισόδημα)
- Ενδυνάμωση των ασθενών και των οικογενειών τους

- Έλεγχος κόστους και ποιότητας υπηρεσιών

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παραμέτρους, το ΥΥ για την εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ΨΥ για τα έτη 2021 – 2030, όρισε τελικά δέκα (10) κατά προτεραιότητα πεδία στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης της ψυχικής υγείας και της οριστικής μετάβασης στην Κοινωνική ΨΥ, τα οποία ομαδοποιήθηκαν σε πέντε (5) κάθετους και πέντε (5) οριζόντιους άξονες, ως εξής:

Κάθετοι άξονες

1. Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης, (κατάργηση των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών στα εναπομείναντα ΨΝ του ΕΣΥ και των Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών), με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάϊμερ και συναφείς διαταραχές και ανάπτυξη της Ψυχογηριατρικής.
2. Περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου ΥΨΥ με ταυτόχρονη ενσωμάτωση των ΥΨΥ στην ΠΦΥ με παράλληλη αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών.
3. Ολοκλήρωση του δικτύου ΥΨΥΠΕ, συμπεριλαμβάνοντας ειδική πρόβλεψη για άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.
4. Μεταρρύθμιση των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρυματικές σε κοινοτικές υπηρεσίες και Ανάπτυξη Μονάδων Ψυχιατρικής Εντατικής Θεραπείας
5. Ολοκλήρωση και ενίσχυση του πανελλαδικού δικτύου των ΚοιΣΠΕ.

Οριζόντιοι Άξονες

6. Καθολική εφαρμογή της τομεοποίησης σε όλη την επικράτεια, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πυλώνες παροχής ΥΨΥ (Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας, ΑμΚΕ), διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των ΛΥΨΥ και προώθηση της έρευνας και κατάρτιση στην ΨΥ.
7. Μείωση του αριθμού των ακούσιων εισαγωγών στο μέσο όρο της ΕΕ.
8. Ενίσχυση της ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.
9. Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενδυνάμωση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους.
10. Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας ως μέρος της ετοιμότητας και του σχεδιασμού/υλοποίησης της αντιμετώπισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως η πανδημία.

2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μεθοδολογία Εκπόνησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030

- 2.1 Ταχεία Αποτίμηση του Συστήματος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε Συνεργασία με τον ΠΟΥ Ευρώπης. Εφαρμογή και Διαπιστώσεις**
- 2.2 Μεταρρυθμιστικές Συστάσεις της Ταχείας Αξιολόγησης και Προτεινόμενοι Άξονες Σχεδίου Δράσης**
- 2.3 Από την Ταχεία Αξιολόγηση στην Κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης**
- 2.4 Η κοστολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης**

Μεθοδολογία Εκπόνησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030

Η πανδημία και οι επιπτώσεις της στην υγεία των πολιτών, στο σύστημα υγείας, αλλά και στην κοινωνία και την οικονομία, οδήγησε την Ελληνική Κυβέρνηση να λάβει σειρά μέτρων με σκοπό να μειώσει τις επιπτώσεις της. Στο πλαίσιο διαχείρισης της υγειονομικής κρίσης και της δοκιμασίας του συστήματος υγείας, ο Πρωθυπουργός Κυριάκος Μητσοτάκης τοποθέτησε τον Αύγουστο του 2020 την κυρία Ζωή Ράπτη ως Υφυπουργό Υγείας με αρμοδιότητα την ΨΥ.

Η Υφυπουργός Υγείας, διαβλέποντας άμεσα τις προκλήσεις αλλά και τις συνέπειες από την άνευ προηγουμένου υγειονομική κρίση στην ΨΥ του γενικού πληθυσμού, των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, των παιδιών, των εφήβων, των εργαζομένων αλλά και των ηλικιωμένων, ανέλαβε καταρχάς πρωτοβουλίες για την διαχείριση της κρίσης. Πολύ σύντομα αναλήφθηκαν πρωτοβουλίες που είχαν σκοπό αφενός την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στις ΥΨΥ αφετέρου στην επανεκκίνηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσω της εκπόνησης ενός επικαιροποιημένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ΨΥ για την επόμενη δεκαετία, ήτοι 2021-2030.

Στο ανώτερο πλαίσιο τον Ιανουάριο του 2021, το ΥΥ αιτήθηκε από τον Περιφερειακό Διευθυντή του ΠΟΥ Ευρώπης, Dr. Hans Kluge την τεχνική συνδρομή του ΠΟΥ για την υλοποίηση μίας από κοινού Ταχείας Αξιολόγησης (Rapid Assessment) των υφιστάμενων ΥΨΥ στην Ελλάδα, στο

πλαίσιο της εκκρεμούς ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με σκοπό να τεθούν οι προτάσεις και οι στόχοι για την επόμενη δεκαετία (2021-2030).

Στο αίτημα προς τον ΠΟΥ, η Υφυπουργός Υγείας ζήτησε να ληφθούν υπόψη οι προκλήσεις που απορρέουν από την πανδημία προκειμένου να γίνει η διάγνωση των υφιστάμενων ελλείψεων και κατ' επέκταση των αναγκών που πρέπει να καλυφθούν. Στόχος, αφού ολοκληρωθεί η αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών της στην Ελλάδα, ήταν να τεθούν οι προτεινόμενες πολιτικές και στρατηγικές για τον σχεδιασμό ενός κοινοτικού, ποιοτικού, ανθρωποκεντρικού συστήματος ψυχικής υγείας, καθολικού και εναρμονισμένου με τα ανθρώπινα δικαιώματα, με μηδενική ανοχή στους κοινωνικούς αποκλεισμούς και τον στιγματισμό.

Η πρόσκληση συνεργασίας έγινε αποδεκτή από τον ΠΟΥ και ορίστηκε ως συντονίστρια για την υλοποίηση του εγχειρήματος η Διεθνής Σύμβουλος, Δρ. Ionela Petrea, η οποία διέθετε την απαιτούμενη εμπειρία και τεχνογνωσία σε αντίστοιχες αναθέσεις, με επικεφαλής της ταχείας αξιολόγησης την Διευθύντρια του Γραφείου του ΠΟΥ στην Ελλάδα κυρία Marianna Trias.

2.1 Ταχεία Αποτίμηση του Συστήματος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε Συνεργασία με τον ΠΟΥ Ευρώπης. Εφαρμογή και Διαπιστώσεις

Τον Φεβρουάριο του 2021, ολοκληρώθηκαν όλες οι προπαρασκευαστικές ενέργειες, προκειμένου να εκκινήσει η Ταχεία Αξιολόγηση. Στις συναντήσεις μεταξύ των εκπροσώπων του ΠΟΥ και του ΥΥ, συζητήθηκε η βασική δομή της αξιολόγησης, το χρονοδιάγραμμα των επιμέρους απαιτούμενων ενεργειών και το χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης του τελικού Σχεδίου με βάση τους δέκα (10) κύριους άξονες που είχαν τεθεί από την Υφυπουργό Υγείας. Οι προπαρασκευαστικές ενέργειες παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6: Προπαρασκευαστικές ενέργειες Ταχείας Αξιολόγησης

Προπαρασκευαστικές ενέργειες Ταχείας Αξιολόγησης
Συλλογή και μετάφραση βιβλιογραφίας, υποστηρικτικών εγγράφων, θεωρητικού πλαισίου (νομοθεσία, Υπουργικές αποφάσεις, Εγκύκλιοι, Οδηγίες, αναφορές, αρθρογραφία σε επιστημονικά περιοδικά, κ.ά.)
Ανάπτυξη μεθοδολογίας από την Διεθνή Σύμβουλο, Δρ. Ionela Petrea και τον ΠΟΥ
Αναζήτηση προσώπων αναφοράς από φορείς του πεδίου της ψυχικής υγείας, επικοινωνία με αυτά και προγραμματισμός δια ζώσης ή διαδικτυακών συναντήσεων
Πρόταση για την δομή της Έκθεσης της Ταχείας Αξιολόγησης
Συγκέντρωση στατιστικών και οικονομικών δεδομένων για τις ΥΨΥ και τις δαπάνες του συστήματος ψυχικής υγείας

Στις 8 Μαρτίου του 2021 πραγματοποιήθηκε στο ΥΥ η πρώτη συνάντηση των συμμετεχόντων στην Ταχεία Αξιολόγηση. Πέραν της ομάδας αξιολόγησης, συμμετείχαν ο Διευθυντής του Ιδιαίτερου

Γραφείου της Υφυπουργού Υγείας, κύριος Παναγιώτης Τσίγγανος, η Διευθύντρια του Τμήματος των Πολιτικών και Συστημάτων Υγείας των χωρών ΠΟΥ Ευρώπης, Δρ. Natasha Azzopardi-Muscat και ο Δρ. Κωνσταντίνος Φουντουλάκης, πρόσωπο αναφοράς του ΠΟΥ για τον τομέα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Η δέσμευση από πλευράς του ΥΥ ήταν να ολοκληρωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το Εθνικό Σχέδιο για την ΨΥ «Ψυχαργώς» μετρά μερικές δεκαετίες ζωής, με αναθεωρημένα σχέδια να εκδίδονται ανά 10ετία. Το πιο πρόσφατο, το «Ψυχαργώς Γ'» κάλυψε την περίοδο 2011-2020. Τα επόμενα μεταρρυθμιστικά βήματα έπρεπε να βασιστούν στα αποτελέσματα των προσπαθειών που έλαβαν χώρα τις προηγούμενες δεκαετίες, καθώς και τις συνέπειες που προκλήθηκαν από την πρόσφατη πανδημία COVID-19 στους Έλληνες πολίτες και τις προεκτάσεις αυτής στο κομμάτι της ψυχικής υγείας αλλά και των ΥΨΥ.

Η Ταχεία Αξιολόγηση διήρκησε από τις 3 Μαρτίου του 2021 έως τις 6 Απριλίου του 2021. Εντός αυτού του διαστήματος διεξήχθησαν συνολικά είκοσι εννέα (29) συνεντεύξεις. Από τις 8 έως τις 12 Μαρτίου 2021 εν μέσω σημαντικών περιορισμών που είχαν επιβληθεί στην Ελλάδα λόγω της πανδημίας, έλαβε χώρα αποστολή, κατά την οποία η διεθνής σύμβουλος, Δρ. Ionela Petrea επισκέφθηκε την Ελλάδα και με τη βοήθεια της υπόλοιπης ομάδας αξιολόγησης, συλλέχθηκαν απαραίτητες πληροφορίες. Στο πλαίσιο της αποστολής πραγματοποιήθηκαν δεκαοκτώ (18) προγραμματισμένες συνεντεύξεις με εκπροσώπους φορέων της ψυχικής υγείας. Τέλος, τέσσερις (4) συνεντεύξεις έγιναν με την χρήση ψηφιακών μέσων ως τηλεδιασκέψεις, πριν την επίσκεψη της διεθνούς συμβούλου στην Ελλάδα για οικονομία χρόνου και με δεδομένο τους περιορισμούς για την αποτροπή της διάδοσης της COVID-19.

Η **Ομάδα Αξιολόγησης**, εκτός από την διεθνή σύμβουλο, Δρ. Ionela Petrea που τέθηκε επικεφαλής και πρόσωπο αναφοράς της αξιολόγησης, εκ μέρους του ΠΟΥ την ομάδα αποτέλεσαν οι:

- Δρ. Παύλος Ν. Θεοδωράκης, στέλεχος Περιφερειακό Γραφείο ΠΟΥ Ευρώπης
- Δρ. Σωτήριος Α. Κουπίδης, σύμβουλος του Γραφείου του ΠΟΥ στην Ελλάδα
- Δρ. Dan Chisholm, Τμήμα Ψυχικής Υγείας, Περιφερειακό Γραφείο ΠΟΥ Ευρώπης, ο οποίος παρείχε τεχνική καθοδήγηση στο εγχείρημα και επισκόπησε το προσχέδιο της αναφοράς
- Δρ. Marianna Trias, εκπρόσωπος του ΠΟΥ στην Ελλάδα

Στην ομάδα εκ μέρους του ΥΥ συμμετείχαν ο κύριος Παναγιώτης Τσίγγανος, Διευθυντής του Ιδιαίτερου Γραφείου της Υφυπουργού Υγείας και η κυρία Πένυ Καλπαξή, σύμβουλος της Υφυπουργού Υγείας.

Το **αντικείμενο της αξιολόγησης** κάλυψε ένα ευρύ φάσμα βασικών εμπλεκόμενων φορέων που σχετίζονται με καθεμία από τις τέσσερις λειτουργίες του συστήματος υγείας, ήτοι Διακυβέρνηση, Ανθρώπινοι Πόροι, Παροχή Υπηρεσιών και Χρηματοδότηση. Παρακάτω αναφέρονται οι συμμετέχοντες στην Ταχεία Αξιολόγηση ανά λειτουργία ως εξής:

1. Διακυβέρνηση: Εκπρόσωποι: α) ΥΥ, β) Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, Οργάνωσης Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας με

τίτλο Σωματείο Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας «Αυτοεκπροσώπηση» ενός συλλόγου οικογενειών-φροντιστών Σύλλογος Οικογενειών για την ΨΥ Θεσσαλονίκης και του Εθνικού Παρατηρητηρίου για την Άνοια - Νόσο Αλτσχάϊμερ.

2. Ανθρώπινοι πόροι: Εκπρόσωποι: α) Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας β) Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, γ) Ειδικευόμενων Ιατρών στην Ψυχιατρική και δ) Φοιτητών Ιατρικής.

3. Παροχή υπηρεσιών: Εκπρόσωποι: α) Δύο ΨΝ της χώρας, ΨΝ Αθηνών Δαφνί και ΨΝ Θεσσαλονίκης, β) Δύο ΓΝ που έχουν ψυχιατρικές κλινικές, Σισμανόγλειο και ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, γ) Κινητής Μονάδας (ΚΜ) Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας, δ) Κινητής Μονάδας Έβρου της Μη Κερδοσκοπικής Οργάνωσης (ΜΚΟ) Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ε) Ψυχιατρικής Κλινικής (νοσηλείας οξέων περιστατικών) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, στ) της Ομοσπονδίας Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας «Αργώ» (που εκπροσωπεί 43 ΜΚΟ, από τις 72 που δραστηριοποιούνται σε αυτό το πεδίο στην Ελλάδα), ζ) της Ένωσης Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών, η) Ενός ιδιωτικού ψυχιατρικού ιατρείου, θ) Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ήτοι ψυχιάτρου από Κέντρο Υγείας, ι) της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας ΚοιΣΠΕ (Εκπροσωπεί και τους 30 Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς), ια) του μη κερδοσκοπικού σωματείου «ΑΛΜΑ» που δραστηριοποιείται στον αυτισμό, ιβ) του Διακλαδικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων, ιγ) Ψυχοιατροδικαστικών υπηρεσιών και ιδ) Εκπροσώπων που παρέχουν ΥΨΥ σε πρόσφυγες.

4. Χρηματοδότηση. Εκπρόσωποι α) του Υπουργείου Υγείας και β) του ΕΟΠΥΥ.

Οι ευκαιρίες και προκλήσεις σύμφωνα με την Ταχεία Αξιολόγηση έχουν ως εξής:

Ευκαιρίες

- Ο τρέχων σχεδιασμός του συστήματος ψυχικής υγείας είναι ενδεικτικός των προσπαθειών που κατεβλήθησαν τις τελευταίες δεκαετίες για να τονωθεί η ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

- Ενώ ο βαθμός στον οποίο επιτελούν οι εν λόγω υπηρεσίες τις επιμέρους λειτουργίες τους χρήζει ξεχωριστής ανάλυσης, το γεγονός ότι διατίθενται αυτές οι υπηρεσίες και δομές αποτελεί σημαντική ευκαιρία και μπορεί να αξιοποιηθεί σε περαιτέρω προσπάθειες για την βελτίωση του συστήματος ψυχικής υγείας.

- Από τις υπηρεσίες που τελούν υπό την αιγίδα και την αρμοδιότητα του ΥΥ, όλες πλην μίας χρηματοδοτούνται από δημόσιους πόρους, είτε από τον προϋπολογισμό του ΥΥ είτε από τον ΕΟΠΥΥ. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι ψυχιατρικές κλινικές στα ΓΝ και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, οι μονάδες ΠΦΥ, καθώς και οι ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές που δραστηριοποιούνται στην ΨΥ, χρηματοδοτούνται πρωτίστως από το ΥΥ. Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές μονάδες χρηματοδοτούνται πρωτίστως από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας και ενδέχεται να υπάρχει συγκεκριμένη συμφωνία με τον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι το ΥΥ και ο ΕΟΠΥΥ μπορούν να εκμεταλλευθούν τη θέση τους ως πληρωτές των υπηρεσιών, ώστε να εφαρμόσουν στρατηγικά

σχέδια σε εθνικό επίπεδο με στόχο την βελτίωση της θεραπείας και της φροντίδας που διατίθενται για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

- Συγχρόνως, το μείγμα των παρόχων υπηρεσιών που προέκυψαν ως οργανικές μονάδες στην ελληνική αγορά υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελεί ευκαιρία για να βελτιωθεί η ποιότητα φροντίδας και η απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών, εάν πρόκειται να ανταγωνιστούν για τις ίδιες πηγές χρηματοδότησης. Παρά το ότι η διαχείριση της απόδοσης σε συστημικό επίπεδο μέσω του ανταγωνισμού αποδείχθηκε πρόκληση σε ορισμένες χώρες που υιοθέτησαν ένα μικτό μοντέλο παρόχων υπηρεσιών, γεγονός είναι ότι το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας διαθέτει αυτό το μείγμα παρόχων υπηρεσιών.

Προκλήσεις

- Η κύρια πρόκληση που θέτει ο σχεδιασμός του συστήματος ψυχικής υγείας είναι ότι, ενώ η συντριπτική πλειονότητα των υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα του ΥΥ καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (από το ΥΥ και τον ΕΟΠΥΥ) και, επομένως, εποπτεύονται από το ΥΥ, αντιμετωπίζονται διαφορετικά, ανάλογα με τη νομική τους μορφή (ΝΠΔΔ έναντι μη κερδοσκοπικών ΝΠΙΔ έναντι κερδοσκοπικών ΝΠΙΔ). Συνεπώς, ενώ το ΥΥ θα έπρεπε να δικαιούται να ενεργήσει ως επόπτης όλων αυτών των οργανισμών, στην πράξη υπάρχουν αρκετά εμπόδια που, δυστυχώς, δεν του το επιτρέπουν.

Η εν λόγω κατάσταση οδηγεί σε αρκετές, σημαντικές επιπτώσεις, όπως:

- **Σχεδιασμός υπηρεσιών:** Αντί να καθοδηγείται από τις ανάγκες του πληθυσμού, όπως απαιτείται από το Εθνικό Σχέδιο για την ΨΥ, καθοδηγείται από τις δομές που διατίθενται εντός του συστήματος.

- **Προσωποκεντρική φροντίδα:** Στο σύστημα ψυχικής υγείας δεν βρίσκεται ο ασθενής στο επίκεντρο. Η συνεργασία ανάμεσα στις διάφορες δομές είναι ελλιπής, με αυτές τις υπηρεσίες να λειτουργούν κυρίως κάθετα, με σχεδόν μηδαμινή στάθμιση των ολιστικών αναγκών που έχουν οι λήπτες των υπηρεσιών και χωρίς να διασφαλίζεται το συνεχές της φροντίδας στις διάφορες συνιστώσες της θεραπευτικής οδού. Το ΥΥ μνημόνευσε παλαιότερες προσπάθειες για τη σύσταση ενός συντονιστικού φορέα που θα διευκόλυne τη διασύνδεση ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες, αλλά επεσήμανε ότι αυτό δεν έχει επιτευχθεί λόγω έλλειψης χρηματοδότησης και ρυθμιστικών κενών. Πέραν της χρηματοδότησης, μια ακόμη βασική πρόκληση αφορά την αναγνώριση του ρόλου του ΥΥ ως δικαιωματικού επόπτη του συνολικού συστήματος ψυχικής υγείας και της δυνατότητας του να πράττει τα δέοντα.

- **Αλληλοεπικαλύψεις υπηρεσιών:** Συναφείς τύποι υπηρεσιών παρέχονται από πλήθος παρόχων υπηρεσιών. Η πρόκληση δεν έγκειται στους πολλαπλούς παρόχους υπηρεσιών, αλλά στην εν πολλοίς τυχαία, μη στρατηγική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών που χρειάζονται τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Δύο παραδείγματα είναι αξιοσημείωτα:

- Πρώτον, σύστημα ψυχικής υγείας χρησιμοποιεί ευρέως ΑμΚΕ ως παρόχους υπηρεσιών, κάτι που φέρεται να οφείλεται στην κατανομή της χρηματοδότησης σύμφωνα με την ευρωπαϊκή νομοθεσία γι' αυτές τις υπηρεσίες. Η ομάδα αξιολόγησης ενημερώθηκε επίσης ότι οι ΑμΚΕ είναι

πιο ευέλικτες όσον αφορά την αξιοποίηση αυτών των χρημάτων και βρίσκονται σε καλύτερη θέση για την παροχή στεγαστικών υπηρεσιών. Επί του παρόντος, οι ΑμΚΕ είναι ο βασικός πάροχος τέτοιων υπηρεσιών, ενώ επιπλέον, παρέχουν και καινοτόμες υπηρεσίες π.χ. ολοκληρωμένη θεραπεία στην κοινότητα, κατ' οίκον θεραπεία. Ενώ η ευκαιριακή πρακτικότητα της χρήσης ΑμΚΕ για την παροχή ενός φάσματος υπηρεσιών μπορεί να τεκμηριωθεί μέσα από πραγματικά περιστατικά, θα πρέπει να επισημανθεί ότι συναφείς υπηρεσίες παρέχονται εκ παραλλήλου από δημόσιες δομές. Ωστόσο, δεν υπάρχει πανελλαδικός σχεδιασμός, ανά περιοχή ευθύνης, για βασικές κοινοτικές υπηρεσίες, όπως η κατ' οίκον θεραπεία, η φροντίδα στην περίπτωση κρίσης ή η υποστηριζόμενη απασχόληση (Ατομική Μαθητεία και Υποστήριξη).

- Δεύτερον, η νοσηλεία οξέων περιστατικών παρέχεται από τέσσερις διαφορετικές δομές: ΨΝ, ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, πανεπιστημιακά νοσοκομεία και ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Ωστόσο, δεν υπάρχει συνεκτικός σχεδιασμός για τη λειτουργία της νοσηλείας οξέων περιστατικών σε κάποια από αυτές τις υπηρεσίες. Οι πρώτες τρεις δομές, οι οποίες ανήκουν στο δημόσιο, κατακλύζονται από ακούσιες νοσηλείες, πολλές εκ των οποίων αποτελούν άμεση συνέπεια του ότι η διαθεσιμότητα των προαναφερόμενων βασικών κοινοτικών υπηρεσιών είναι ελλιπής. Αναφορικά με την τελευταία δομή, τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών είναι άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ήπιας ή μέτριας βαρύτητας, τα οποία πιθανότατα δεν έχριζαν οξείας εισαγωγής στο πλαίσιο ενός συστήματος που λειτουργεί εύρυθμα. Επιπλέον, η διάρκεια των εν λόγω νοσηλειών συνήθως υπερβαίνει το ένα έτος και πολλοί νοσηλεύονται για διάστημα πέντε ετών και άνω. Ενώ η δημόσια χρηματοδότηση καλύπτει πρωτίστως όλες αυτές τις υπηρεσίες, στο πλαίσιο της εποπτείας του ΥΥ περιλαμβάνεται ο ορισμός των επιθυμητών ομάδων, του τύπου των υπηρεσιών και των θεραπευτικών προτύπων (συμπεριλαμβανομένης της διάρκειας νοσηλείας) που θα υιοθετηθούν.

- **Ποιότητα φροντίδας:** Η ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας σε όλες αυτές τις διαφορετικές δομές και όλους αυτούς τους παρόχους υπηρεσιών δεν χαρακτηρίζεται από συνέπεια, όπως περιγράφεται στις υπόλοιπες ενότητες της παρούσας έκθεσης. Η εν λόγω κατάσταση θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί μέσα από τον ποιοτικό έλεγχο και την αξιολόγηση της απόδοσης υπό την ηγεσία του ΥΥ.

- **Αποδοτικότητα συστήματος:** Ενώ η διενέργεια μιας διεξοδικής ανάλυσης του χρηματοοικονομικού συστήματος για την ΨΥ δεν εμπίπτει στο αντικείμενο της παρούσας Ταχείας Αξιολόγησης, είναι εμφανές ότι ο σχεδιασμός του συστήματος ψυχικής υγείας εγγενώς οδηγεί σε ανεπάρκειες στην κατανομή και την αξιοποίηση του δημοσίου χρήματος. Δεν είναι φανερό ότι ο πληθυσμός, ειδικά τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που χρειάζονται θεραπεία και φροντίδα, θα λάβει αρκετά σε σχέση με το δημόσιο χρήμα που δαπανήθηκε στις διάφορες υπηρεσίες. Συμπερασματικά, ο κοινοτικός αναπροσανατολισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο τα τελευταία έτη με την ανάπτυξη ενός ικανοποιητικού αλλά όχι επαρκούς δικτύου υπηρεσιών και με τη βαθμιαία κατάργηση των ασύλων.

2.2 Μεταρρυθμιστικές Συστάσεις της Ταχείας Αξιολόγησης και Προτεινόμενοι Άξονες Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κατά την Ταχεία Αξιολόγηση παρατηρήθηκε η ενεργοποίηση όλων των βασικών εμπλεκόμενων φορέων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις και η δημιουργία ενός νέου μομέντουμ για την μεταρρύθμιση των ΥΨΥ. Σε όλο το φάσμα, οι εμπλεκόμενοι φορείς γνώριζαν καλά τη νέα πρωτοβουλία του ΥΥ και επέδειξαν με συνέπεια ότι είναι αφοσιωμένοι σε αυτή και την υποστηρίζουν.

Η Ταχεία Αξιολόγηση ήταν μια κοινή δράση του ΥΥ και του ΠΟΥ με στόχο να παρασχεθούν στο ΥΥ οι απαραίτητες πληροφορίες για τη διαμόρφωση των μεταρρυθμιστικών του σχεδίων. Επομένως, προσδοκάται ότι, εκτός από τις προαναφερόμενες προτεραιότητες, το ΥΥ θα συντάξει την προσεχή περίοδο ένα σχέδιο δράσης για τα επόμενα βήματα στη μεταρρύθμιση των ΥΨΥ.

Μεταξύ των συστάσεων της Ταχείας Αξιολόγησης ήταν ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ΨΥ, το οποίο θα ορίζει τα επόμενα βήματα στη μεταρρύθμιση των ΥΨΥ, με ορίζοντα δεκαετίας (2021-2030).

Στόχος είναι το Σχέδιο Δράσης να καθοδηγείται από τις ανάγκες του πληθυσμού έχοντας επίκεντρο τον ασθενή και όχι από τις δομές που διατίθενται εντός του συστήματος. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να ορίζει ποιο είναι το ελληνικό μοντέλο φροντίδας για κάθε ομάδα στόχο.

Ένα τέτοιο Σχέδιο Δράσης θα πρέπει να αναπτυχθεί με τη συμμετοχή όλων των βασικών εμπλεκόμενων φορέων, πολλοί από τους οποίους συμμετείχαν στις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν στο πλαίσιο της Ταχείας Αξιολόγησης και αναφέρονται στην Έκθεσή της.

Περαιτέρω με βάση τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης, αναπτύχθηκε ένα σύνολο προτάσεων που τέθηκαν υπόψη του ΥΥ. Οι εν λόγω συστάσεις αφορούν όλες τις λειτουργίες του συστήματος υγείας και όλα τα πεδία που καλύπτει η παρούσα Έκθεση. Η ομαδοποίηση γίνεται με βάση τρία επίπεδα προτεραιότητας και χρωματικούς κωδικούς ως εξής:

- **Άμεση (0-1 έτος)**
- **Μεσοπρόθεσμη (2 έτη)**
- **Μακροπρόθεσμη (2-5 έτη)**

Όπως επισημάνθηκε στους μεθοδολογικούς περιορισμούς, ο σχεδιασμός της Ταχείας Αξιολόγησης και οι συνθήκες υπό τις οποίες υλοποιήθηκε, λόγω των περιορισμών που επιβλήθηκαν στα ταξίδια και τις συναντήσεις εξαιτίας της πανδημίας, οδήγησαν σε περιορισμούς που μπορεί να επηρεάσουν τα ευρήματά της και, επομένως, τις προτεινόμενες συστάσεις. Ενώ η ομάδα επεδίωξε να τριγωνοποιήσει τα ευρήματα από διάφορες πηγές προκειμένου να διασφαλιστεί η ακρίβεια των δεδομένων, επιθυμεί να επισημάνει τους εν λόγω δυνητικούς περιορισμούς κατά την εξέταση των κατωτέρω συστάσεων.

Το ΥΥ όρισε τελικά δέκα (10) κατά προτεραιότητα πεδία στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης της ψυχικής υγείας, τα οποία ομαδοποιήθηκαν σε πέντε κάθετους και πέντε οριζόντιους άξονες. Στο σχήμα 1 παρουσιάζονται οι άξονες.

Σχήμα 1: 10 άξονες- Προτεραιότητες Υπουργείου Υγείας για την Ψυχική Υγεία

Κάθετοι άξονες	
1.	Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής φροντίδας (κατάργηση των τμημάτων Χρονίων Πασχόντων στα εναπομείνοντα ΨΝ του ΕΣΥ και τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές), με παράλληλη ανάπτυξη των υπηρεσιών για άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer ή συναφείς παθήσεις μαζί με την ανάπτυξη της ψυχογηριατρικής
2.	Περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου ΥΨΥ, με παράλληλη ενσωμάτωση των ΥΨΥ στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ταυτόχρονη αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών
3.	Ολοκλήρωση ενός δικτύου ΥΨΥΠΕ, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται ειδική πρόβλεψη για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
4.	Μεταρρύθμιση δικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρυματικές και κοινοτικές υπηρεσίες και ανάπτυξη Ψυχιατρικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας
5.	Ολοκλήρωση του πανελλαδικού Δικτύου Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)
Οριζόντιοι άξονες	
6.	Καθολική εφαρμογή τομεοποίησης σε όλη τη χώρα, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πυλώνες της παροχής ΥΨΥ (δημόσιος & ιδιωτικός τομέας ΜΚΟ), διασφάλιση ποιότητας και ασφάλειας των ΛΥΨΥ και προαγωγή έρευνας και εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία
7.	Μείωση του αριθμού ακούσιων νοσηλειών προς εναρμόνιση με τον μέσο όρο στην ΕΕ
8.	Ενίσχυση της ενσωμάτωσης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των υπαλλήλων
9.	Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενίσχυση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους
10.	Ολοκλήρωση της ψυχικής υγείας ως μέρος του μηχανισμού ετοιμότητας και σχεδιασμού/εφαρμογής για την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, όπως η πανδημία

2.3 Από την Ταχεία Αξιολόγηση στην Κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Τον Απρίλιο του 2021, με την υπό στοιχεία Α1β/Γ.Π.οικ.26845/27.04.2021 Υπουργική Απόφαση (ΑΔΑ:ΨΔ52465ΦΥΟ-ΞΡ7), όπως τροποποιήθηκε με την υπό στοιχεία Α1β/Γ.Π.οικ.70725/11.11.2021 Υπουργική Απόφαση (ΑΔΑ: 6ΥΛΨ465ΦΥΟ-17Ι), συγκροτήθηκε Μόνιμη Επιτροπή για την παρακολούθηση της υλοποίησης του σχεδιασμού για την ΨΥ και ορίστηκαν τα μέλη αυτής. Η Επιτροπή Ψυχικής Υγείας αποτελείται από τριάντα πέντε (35) μέλη που εκπροσωπούν όλο το φάσμα των βασικών εμπλεκόμενων φορέων στο πεδίο της Ψυχικής Υγείας και ως Πρόεδρος της ορίστηκε η Υφυπουργός κυρία Ζωή Ράπτη. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα μέλη της επιτροπής.

Πίνακας 7: Μέλη Μόνιμης Επιτροπής για την παρακολούθηση της υλοποίησης του σχεδιασμού για την Ψυχική Υγεία

1.	ΡΑΠΤΗ ΖΩΗ Υφυπουργός Υγείας
2.	ΑΛΑΦΟΥΖΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Πρόεδρος Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών Ελλάδος
3.	ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

4.	ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, Ειδική Παιδαγωγός, Πρόεδρος Δ.Σ. Πανελληνίου Συλλόγου Προσαρμοσμένων Δραστηριοτήτων «Άλμα»
5.	ΓΟΥΡΖΗΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών
6.	ΔΙΠΛΑ ΜΑΡΙΑ, Υποδιοικήτρια 2ης ΥΠε Πειραιώς και Αιγαίου
7.	ΔΟΥΖΕΝΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Καθηγητής Ψυχιατροδικαστικής, Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
8.	ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, Ειδικός Σύμβουλος Πολιτικής Υγείας, ΠΟΥ Ευρώπης
9.	ΘΕΟΔΩΡΟΥΛΑΚΗΣ ΜΕΝΕΛΑΟΣ, Διδάκτωρ Κοινωνικής Πολιτικής, Πρόεδρος της Ομοσπονδίας Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχική Υγείας «ΑΡΓΩ»
10.	ΚΑΒΑΛΙΩΤΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ (ΠΑΣΧΑΛΗΣ) Αρχιμανδρίτης, Διευθυντής του Γραφείου Ευρωπαϊκής Διασύνδεσης της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, Ακαδημαϊκός Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης
11.	ΚΑΠΑΣΑΚΑΛΗ ΕΛΕΝΗ, Πρόεδρος Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) Θεσσαλονίκης
12.	ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ, Ψυχολόγος, ΨΝΑ «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»
13.	ΚΟΛΑΪΤΗΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ, Παιδοψυχίατρος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
14.	ΚΟΥΠΙΔΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ, Ιατρός Εργασίας, Σύμβουλος ΠΟΥ Γραφείο Ελλάδας, Πρόεδρος Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΠΟΚοιΣΠΕ)
15.	ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, Ιατρός, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης
16.	ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ ΣΟΦΙΑ, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Επιστημονική Συνεργάτις Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, "ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ".
17.	ΜΟΥΓΙΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΠΕ Νοσηλευτικής, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΨΝΑ
18.	ΜΟΥΓΙΑΚΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, Αρχίατρος, ΥΠΕΘΑ
19.	ΚΟΥΦΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ, Προϊστάμενος Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας
20.	ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΑ, Υποδιοικήτρια της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής
21.	ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ-ΛΑΛΙΩΤΗ ΜΑΡΙΝΑ, Ψυχίατρος, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
22.	ΠΟΛΙΤΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
23.	ΣΑΚΚΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, Πρόεδρος Εθνικού Παρατηρητηρίου για την Άνοια
24.	ΣΕΡΝΤΑΡΗ ΑΣΠΑΣΙΑ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Διευθύντρια Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝΑ
25.	ΣΜΥΡΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
26.	ΣΤΑΝΤΟΝ ΤΖΑΚ, Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας «ΑΘΗΝΑ ΠΡΟΝΑΙΑ»
27.	ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
28.	ΤΖΑΒΕΛΑΣ ΗΛΙΑΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
29.	ΤΣΑΛΑΜΑΝΙΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ, Ψυχίατρος Παιδιών και Εφήβων, Διευθυντής ΕΣΥ Τμήματος Ψυχιατρικής Παιδιών – Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»
30.	ΤΣΙΓΓΑΝΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Δικηγόρος, Διευθυντής Γραφείου Υφυπουργού Υγείας
31.	ΤΣΟΠΕΛΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής 2 ΨΤΕ, ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ», Msc,Phd.
32.	ΥΦΑΝΤΗΣ ΘΩΜΑΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
33.	ΦΛΩΡΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
34.	ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

35.	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας
-----	--

Η πρώτη συνεδρίαση της Επιτροπής έλαβε χώρα στις 30 Ιουνίου του 2021, όπου αναλύθηκε ο σκοπός της Επιτροπής και η αναγκαιότητα διαμόρφωσης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ΨΥ με ορίζοντα δεκαετίας, αναλύθηκαν οι δέκα (10) άξονες προτεραιοτήτων και έγινε διεξοδική συζήτηση για την κατάσταση των ΥΨΥ στην Ελλάδα και στις προτάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος ψυχικής υγείας, με παράλληλη εξασφάλιση υψηλού βαθμού ισότητας μεταξύ των πολιτών και όσων χρήζουν φροντίδας.

Εν συνεχεία τα μέλη της Επιτροπής, ανάλογα με το πεδίο εξειδίκευσης, την εμπειρία και το επιστημονικό τους πεδίο, κλήθηκαν να επιλέξουν δύο (2) άξονες για να υποβάλλουν προτάσεις, με την δυνατότητα υποβολής και σε περισσότερους άξονες για όποιο μέλος το επιθυμούσε. Για αυτό το σκοπό, μοιράστηκε σε όλους η Έκθεση της Ταχείας Αξιολόγησης (Rapid Assessment Review στην Αγγλική και την Ελληνική γλώσσα) προκειμένου να αποτελέσει το θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο για την εκπόνηση του παρόντος ΕΣΔ.

Στις 14 Δεκεμβρίου του 2021 πραγματοποιήθηκε η 2^η Συνεδρίαση της Μόνιμης Επιτροπής για την παρακολούθηση της υλοποίησης του σχεδιασμού για την ΨΥ. Μέχρι τότε, είκοσι έξι (26) μέλη της Επιτροπής είχαν αποστείλει τις προτάσεις τους.

Ωστόσο για λόγους ομοιογένειας και τυποποίησης των προτάσεων, τα μέλη κλήθηκαν να καταθέσουν τις τελικές προτάσεις τους, βάσει ενός κοινού προτύπου (template) εντύπου, στο οποίο θα αναλύεται κάθε πρόταση για καθέναν άξονα σε τρεις (3) θεματικές:

- 1) Υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα
- 2) Προτεινόμενες δομές / δράσεις και προγράμματα προς υλοποίηση
- 3) Προτεινόμενο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγησης υλοποίησης των δομών / δράσεων και προγραμμάτων με ορίζοντα 10ετίας

Ως χρονοδιάγραμμα για την υποβολή των προτάσεων των μελών της Επιτροπής τέθηκε η 31^η Ιανουαρίου 2022. Στη δεύτερη φάση συλλογής των προτάσεων βάσει ενιαίου τυποποιημένου εντύπου, απέστειλαν τις προτάσεις τους δεκαπέντε (15) μέλη. Μετά την συλλογή όλων των προτάσεων, το ΥΥ όρισε Ομάδα Εργασίας που απαρτίζεται από εκπροσώπους του ΠΟΥ και του ΥΥ, με στόχο να επεξεργαστούν τις υποβληθείσες προτάσεις και να τις ενσωματώσουν σε ενιαίο κείμενο πρότασης με τον τίτλο «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030» σε συνέχεια και των συστάσεων της Έκθεσης της Ταχείας Αξιολόγησης. Την ομάδα αποτέλεσαν:

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας:

- Κωνσταντίνα Βασιλείου, Βοηθός Προγράμματος στο Γραφείο του ΠΟΥ για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας στην Αθήνα

- Αναστασία Γιαννάκη, Σύμβουλος στο Γραφείο του ΠΟΥ Ευρώπης με αντικείμενο την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια Ασθενών
- Νεφέλη Παπαδοπούλου, Σύμβουλος στο Γραφείο του ΠΟΥ Ευρώπης με αντικείμενο την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια Ασθενών
- Δρ. Σωτήριος Κουπίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Σύμβουλος στο Γραφείο του ΠΟΥ Ελλάδα
- Ειρήνη Τσιτσιπά, Σύμβουλος στο Γραφείο του ΠΟΥ Ελλάδα
- Χρήστος Τριανταφύλλου, Σύμβουλος στο Γραφείο του ΠΟΥ Ελλάδα

Υπουργείο Υγείας:

- Πένυ Καλπαξή, Επιστημονική Συνεργάτιδα της Υφυπουργού Υγείας
- Τατιάνα Μόρμωρη, Επιστημονική Συνεργάτιδα της Υφυπουργού Υγείας

Παναγιώτη Τσίγγανο, Διευθυντή Γραφείου της Υφυπουργού Υγείας. Υπεύθυνος για τον Συντονισμό της Ομάδα Εργασίας ήταν ο Δρ. Παύλος Θεοδωράκης, Ανώτερος Σύμβουλος του ΠΟΥ Ευρώπης, επιβλέπον πρόσωπο ο Δρ. Joao Breda, Επικεφαλής Προγράμματος στο Γραφείο του ΠΟΥ για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας στην Αθήνα και Ανώτερος Σύμβουλος του Περιφερειακού Διευθυντή του ΠΟΥ στην Ευρώπη σε συνεργασία με τον Δρ. Ivo Rakonac εκτελών χρέη Επικεφαλής στο Γραφείο του ΠΟΥ στην Ελλάδα. Τεχνική υποστήριξη παρείχαν τέλος και τα στελέχη του Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ Ευρώπη Dr. Natasha Azzopardi Muscat και Dr. Ledia Lazeri.

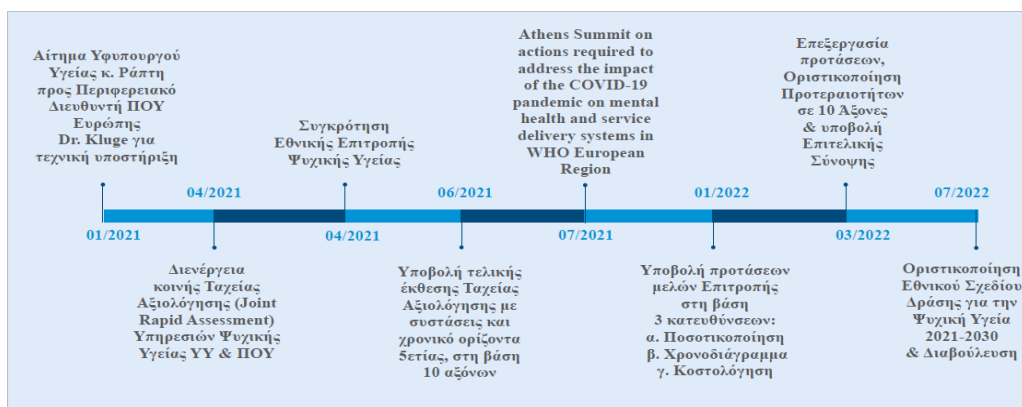
Η Ομάδα Εργασίας έλαβε υπόψη της κατά την επεξεργασία του Σχεδίου την υφιστάμενη νομοθεσία με τις υπουργικές αποφάσεις μέσω των οποίων αυτή υλοποιείται, την υλοποίηση του Ευρωπαϊκού Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 1984 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα (L 88), το πρώτο σχέδιο δράσης «Ψυχαργός Α», τα αναθεωρημένα σχέδια «Ψυχαργός Β» και «Ψυχαργός Γ», τις έως τώρα υφιστάμενες αξιολογήσεις της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καθώς και σειρά εγγράφων και λοιπών τεκμηρίων που έχουν έως τώρα συλλεγεί από την εντατική έρευνα πεδίου που υλοποίησε η Ομάδα Εργασίας. Στο παράρτημα 1 που ακολουθεί καταγράφονται ενδεικτικά έγγραφα που έχουν συλλεχθεί κατά την διάρκεια της ταχείας αξιολόγησης, αλλά και του παρόντος σχεδίου δράσης.

Παράλληλα το ΥΥ για την αποτύπωση των συνεπειών της πανδημίας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ανέλαβε την πρωτοβουλία σε συνεργασία με τον ΠΟΥ Ευρώπης, να σχεδιάσει, οργανώσει και υλοποιήσει Διεθνές Συνέδριο στην Αθήνα με τίτλο: “Athens Summit on actions required to address the impact of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region”. Σκοπό της συνόδου των πενήντα τριών (53) χωρών του ΠΟΥ ήταν η αποτύπωση των συνεπειών της πανδημίας COVID-19 στην ΨΥ και στα συστήματα παροχής υπηρεσιών Υγείας. Στο πλαίσιο του Διεθνούς Συνεδρίου υπεγράφη η Διακήρυξη της Συνόδου των Αθηνών για την ΨΥ μεταξύ Κρατών Μελών του Οργανισμού. Υπουργοί Υγείας, εκπρόσωποι των κρατών-μελών του ΠΟΥ στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια, εμπειρογνώμονες στον τομέα της Ψυχικής Υγείας καθώς και εκπρόσωποι της κοινωνίας των πολιτών, υιοθέτησαν ομόφωνα την Διακήρυξη της Συνόδου των

Αθηνών, η οποία περιλαμβάνει βασικές αρχές και άξονες αναφορικά με την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας στην ΨΥ. Η Διακήρυξη παρατίθεται στο παράρτημα 2.

Οι βασικές αρχές της διακήρυξης και οι προτεινόμενες δράσεις έγιναν επίσης αντικείμενο επεξεργασίας από την ομάδα επιμέλειας του σχεδίου, με σκοπό την συμπερίληψη τους στο υπό κατάρτιση Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 παραδόθηκε στην πολιτική ηγεσία του ΥΥ το Μάιο 2022 με σκοπό να τεθεί σε διαβούλευση. Οι αρχικοί άξονες αυτού καθώς και η στόχευση τόσο για την ενίσχυση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών, όσο και για την δημιουργία νέων δομών, δράσεων και προγραμμάτων, λαμβάνοντας υπόψη και όσα η πανδημία δίδαξε, παραδόθηκε στον Πρωθυπουργό κύριο Κυριάκο Μητσοτάκη από την Υφυπουργό Υγείας κυρία Ζωή Ράπτη στις 21 Μαρτίου 2022, ημέρα κατά την οποία ξεκίνησε την επίσημη λειτουργία του το γραφείο του ΠΟΥ Ευρώπης για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών. Στο σχήμα 2 παρατίθεται η μεθοδολογία και το χρονοδιάγραμμα εκπόνησης του.

Σχήμα 2: Μεθοδολογία και χρονοδιάγραμμα εκπόνησης Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030



2.4 Η κοστολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Αναγκαία και ικανή συνθήκη για την ευχερή και ολοκληρωμένη υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου είναι η κοστολόγηση όλων των προτεινόμενων παρεμβάσεων. Σκοπός της κοστολόγησης είναι αφενός η ευχερής ίδρυση και λειτουργία των νέων δομών που το Εθνικό Σχέδιο εμπεριέχει, αφετέρου η ευχερής υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας (οι οποίες απεικονίζονται για πρώτη φορά διακριτά).

Περαιτέρω, η κοστολόγηση αποσκοπεί στην αποτύπωση των αναγκαίων πόρων για την ενίσχυση υφιστάμενων δομών (κυρίως του δημοσίου τομέα), με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση της διαρκούς χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου στον ορίζοντα της δεκαετούς υλοποίησης του και την διασφάλιση της βιωσιμότητας του Συστήματος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και των Δράσεων Ψυχικής Υγείας εντός του τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Την κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου υποστήριξε καταλυτικά η Ταχεία Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, την οποία υλοποίησαν από κοινού το Υπουργείο Υγείας & ο ΠΟΥ Ευρώπης. Στην αξιολόγηση αποτυπώθηκε για πρώτη φορά για το έτος 2020 το **συνολικό εκτιμώμενο κόστος των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ)**, η οποία ανήλθε σε **470,4 εκατομμύρια ευρώ** και αντιπροσωπεύει το **3,3% συνολικής δαπάνης υγείας** (πίνακας 5).

Στην παρούσα έκδοση αναλύεται η κοστολόγηση των 10 αξόνων, σε δύο διαστάσεις: α) στην δημιουργία νέων δομών και παρεμβάσεων (δράσεις & προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας) & β) στην ενίσχυση υφιστάμενων δημόσιων δομών και υπηρεσιών των οποίων το ανθρώπινο δυναμικό μειώθηκε καθόλη την προηγούμενη δεκαετία.

Ειδικότερα, η κοστολόγηση περιλαμβάνει την:

A) Δημιουργία **311 νέων δομών**, της οποίας η επένδυση έναρξης και 18μηνιας λειτουργίας ανέρχεται σε **294,33 εκ. ευρώ**

B) Δημιουργία **211 δράσεων & προγραμμάτων**, ιδίως στο πλαίσιο της πρόληψης και της προαγωγής ψυχικής υγείας. Η επένδυση έναρξης και λειτουργίας ανέρχεται σε **51,13 εκ. ευρώ**. Αξίζει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά, διακριτά και προϋπολογισμένα, οι δομές ψυχικής υγείας θα υλοποιήσουν αυτές τις **δράσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας** στην κοινότητα και σε επιμέρους πληθυσμούς. Το προαναφερθέν ποσό κοστολογείται πρώτη φορά στο παρόν Εθνικό Σχέδιο.

Γ) Ενίσχυση **279 υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας** του δημόσιου τομέα. Η επένδυση ανέρχεται σε **28,92 εκ. ευρώ**.

Δ) Διακριτή ενίσχυση των **300 Κέντρων Υγείας** με πέντε Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας σε έκαστο για την περαιτέρω ενσωμάτωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ. Η επένδυση ανέρχεται σε **54,00 εκ. ευρώ**.

Στον πίνακα 8 αποτυπώνονται οι δομές, οι δράσεις και τα προγράμματα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και οι συνολικές επενδύσεις τόσο της ίδρυσης και 18μηνιας λειτουργίας, όσο και της εκ των υστέρων ετήσιας λειτουργίας αυτών.

Πίνακας 8: Δομές, δράσεις & προγράμματα Εθνικού Σχεδίου και κοστολόγηση αυτών

		ΣΥΝΟΛΑ	Κόστος έναρξης & 18μηνιας λειτουργίας νέων ή ενίσχυσης υφιστάμενων	Κόστος ετήσιας εκ των υστέρων λειτουργίας δομών
A)	Νέες δομές	311	294.330.500€	265.677.004€
B)	Νέες δράσεις & προγράμματα	211	€51.130.000	€13.680.000
Γ)	Ενίσχυση 300 ΚΥ με 5 ΕΨΥ έκαστο	300	0€	54.000.000€

Δ)	Ενίσχυση υφιστάμενες δομών δημοσίου	279	28.918.000€	28.918.000€
	ΣΥΝΟΛΑ	1101	374.378.500€	362.275.004€

Η τελική επένδυση για την έναρξη και λειτουργία των νέων δομών, δράσεων και προγραμμάτων αλλά και την ενίσχυση των υφιστάμενων δομών που προαναφέρθηκαν ανέρχεται στο ποσό των **374,50 εκ. ευρώ**.

Η τελική εκ των υστέρων **ετήσια δαπάνη** για την **συνέχιση της λειτουργίας** των ανωτέρω δομών, δράσεων και προγραμμάτων και επομένως της **διασφάλισης της βιωσιμότητας** του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανέρχεται στο ποσό των **362,21 εκ. ευρώ**.

Οι πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου είναι:

- α) Το Ταμείο Ανθεκτικότητας & Ανάκαμψης (Recovery and Resilience Fund, RRF),
- β) Το ΕΣΠΑ - Τρέχουσα & επόμενη προγραμματική περίοδος
- γ) Το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων και
- δ) Η ενίσχυση τακτικού προϋπολογισμού ΥΥ για την Ψυχική Υγεία.

Στο παράρτημα 3 παρουσιάζονται ανά άξονα πίνακες που αφορούν επιμέρους δεδομένα της κοστολόγησης που κρίθηκε αναγκαίο να παρουσιαστούν στην παρούσα έκδοση.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης, κατάργηση των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ, με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάϊμερ και συναφείς διαταραχές καθώς και ανάπτυξη της Ψυχογηριατρικής

3.1 Υφιστάμενη κατάσταση

3.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

3.3 Κοστολόγηση

3.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται, σε κοινωνικό αλλά και θεσμικό επίπεδο, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς μεταστροφή σε ό, τι αφορά την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση και η εγκατάλειψη των ψυχικά ασθενών δίνουν τη θέση στην αποδοχή της διαφορετικότητας του άλλου και στην ολοένα αυξανόμενη κοινωνική ευαισθησία για τις ανάγκες του. Μεταστροφή που συνοδεύεται από μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, που αποσκοπούν στην αποασυλοποίηση του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας, με απώτερο στόχο την ένταξή του στην κοινωνία και στην απασχόληση, μέσα από υπηρεσίες και δομές παροχής εξειδικευμένης φροντίδας.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχει αναπτύξει ένα σημαντικό δίκτυο υπηρεσιών τόσο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας όσο και τριτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας. Όμως παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στον βαθμό ανάπτυξης του δικτύου υπηρεσιών και αντίστοιχα στην κάλυψη των αναγκών μεταξύ των Τομέων Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ), αλλά και των ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού.

Το ζήτημα της χρηματοδότησης παρά την αναμφίβολη σπουδαιότητά του, αποτελεί μία μόνον όψη ενός πολύπλευρου προβλήματος, για την επίλυση του οποίου είναι αναγκαίες σοβαρές διοικητικές και θεσμικές παρεμβάσεις. Συγκεκριμένα, από την αξιολόγηση της μέχρι τώρα πορείας της μπορεί με ασφάλεια να λεχθεί ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ολοκληρωθεί, αλλά ούτε εδραιωθεί ακόμα στην Ελλάδα και ότι δεν έχουν εκλείψει οι ασυμμετρίες και οι ανισότητες στην παροχή ΥΨΥ. Αν και δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα, εντούτοις παραμένουν εκκρεμή αρκετά ζητήματα. Τα ζητήματα αυτά μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες. Πρώτον, θεσμικά ζητήματα που αφορούν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο σύνολό της. Δεύτερον, τεχνικά ζητήματα που αφορούν στον μετασχηματισμό των εναπομεινάντων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε ένα δίκτυο κοινοτικών ΥΨΥ.

Όσον αφορά στα θεσμικά ζητήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο σύνολό της, αυτά θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως εξής:

- 1) επικαιροποίηση και συμπλήρωση του νομοθετικού πλαισίου (ν. 2716/1999, Α' 96), λαμβάνοντας υπόψη τη Λευκή Βίβλο της ΕΕ και τις σύγχρονες αντιλήψεις του ΠΟΥ.
- 2) Πλήρης ανάπτυξη και εφαρμογή της τομεοποίησης των ΥΨΥ.
- 3) Ανάθεση καθοριστικού ρόλου στις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ), υποστήριξη της εύρυθμης λειτουργίας τους και προώθηση της δικτύωσης των υπηρεσιών κάθε τομέα.
- 4) Πλήρη στελέχωση (ποσοτική και ποιοτική) όλων των φορέων.
- 5) Σταθερή και επαρκή χρηματοδότηση όλων των δράσεων για την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας.
- 6) Καθιέρωση συστήματος ποιοτικής αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών από την πλευρά των ΝΠΔΔ και των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών.

Όσον αφορά στα τεχνικά ζητήματα του μετασχηματισμού των εναπομεινάντων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων αυτά θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως εξής:

- 1) Ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης των εναπομεινάντων χρονίων ασθενών από τα ασυλικά τμήματα των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων στη κοινότητα.
- 2) Ανάπτυξη ισοδύναμων κλινών των Ψυχιατρικών Τμημάτων Εισαγωγής (ΨΤΕ) στα ΓΝ.
- 3) Ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα, όπως Κέντρων Ψυχικής Υγείας, αλλά και ΥΨΥ στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ.
- 4) Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων με έμφαση στην εξάλειψη των περιοριστικών μέτρων-καθελώσεων, πρόβλεψη ανάπτυξης κατάλληλων δομών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη ειδικών ομάδων ψυχικά

πασχόντων, όπως οι ασθενείς που νοσηλεύονται κατά παράβαση του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα και οι ουσιοεξαρτημένοι.

- 5) Καθολική εφαρμογή της τομεοποίησης με έμφαση στο σύστημα των εφημεριών των ΨΤΕ στην Αττική.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις και προκλήσεις διατρέχουν οριζόντια το Εθνικό αυτό Σχέδιο δράσης, και είναι το καθοριστικό πλαίσιο βάσει του οποίου η χώρα θα μπορέσει να ολοκληρώσει την πολυπόθητη κατάργηση της ιδρυματικής περίθαλψης με την κατάργηση των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών στα εναπομείναντα ΨΝ του ΕΣΥ που αναλύεται στο παρόν κεφάλαιο.

Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων στην Ελλάδα – Άνοια, Αλτσχάϊμερ και Ψυχογηριατρική

Η δημογραφική γήρανση είναι μία από τις σημαντικές προκλήσεις του 21ου αιώνα και ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, όπου η ταχύτητα της γήρανσης έχει αυξητικούς ρυθμούς. Στην Ελλάδα το προσδόκιμο ζωής των γυναικών και των ανδρών ήταν αντίστοιχα τα 65 έτη και 61 έτη το 1950 και τα 83,3 έτη και 78 έτη αντίστοιχα το 2010 με πρόβλεψη να αγγίξει τα 87,6 έτη και 84 έτη το 2050. Ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών θα αυξηθεί από το 20% το 2010 στο 36% το 2050, και ο αριθμός των ατόμων μεταξύ 20 ετών και 64 ετών που αντιστοιχεί ανά άτομο άνω των 65 ετών (Potential Support Ratio-PSR) ήταν 8 άτομα το 1950, 3 άτομα το 2010 και προβλέπεται να είναι 1,5 άτομο το 2050. Σύμφωνα με τη Eurostat, το 2000, το 15% του ευρωπαϊκού πληθυσμού ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω, και σχεδόν το 7% ήταν 75 ετών και άνω – και, έως το 2030, τα ποσοστά αυτά θα αυξηθούν σε 24% και 12%, αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει ότι μέσα σε 15 χρόνια 1 στους 4 ανθρώπους στην ΕΕ θα είναι 65 ετών και άνω και 1 στους 8 θα είναι άνω των 75 ετών.

Η ύπαρξη δεδομένων για τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα κάνει εφικτό τον σχεδιασμό των απαραίτητων ΥΨΥ. Συγκεκριμένα, επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα έδειξαν ότι ο επιπολασμός της άνοιας κυμαίνεται περίπου στο 5% και αυξάνεται σε 22% σε άτομα άνω των 80 ετών, της κατάθλιψης 17%, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής 11% και για τα άλλα γηριατρικά σύνδρομα όπως η ψύχωση στην τρίτη ηλικία είναι 2%. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να τονισθεί η παρουσία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στα άτομα με άνοια ο επιπολασμός των οποίων ποικίλλει ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό. Σύμφωνα με στοιχεία που συλλέχθηκαν από την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, το ποσοστό των ασθενών της κοινότητας που αναφέρουν ένα ή περισσότερα νευροψυχιατρικά συμπτώματα ανέρχεται σε 61%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδες μακροχρόνιας παραμονής είναι 88%.

Περαιτέρω αξίζει να αναφερθεί ότι οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία είναι υψηλότερες στους ηλικιωμένους απ' ότι στους νεότερους ενήλικες. Οι άνδρες ηλικίας 85 ετών και άνω έχουν ποσοστό αυτοκτονιών 45,23% ανά 100.000, σε σύγκριση με ένα συνολικό ποσοστό 11,01% ανά 100.000 για όλες τις ηλικίες. Στην διεθνή

βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται ότι ανάμεσα στους παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη και οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές που τις περισσότερες φορές και υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι ένας παράγοντας κινδύνου για λειτουργική αναπηρία και μπορεί επίσης να ευθύνεται για πρόωρη θνησιμότητα.

Διεθνώς, η **ΨΥ των ηλικιωμένων** αναγνωρίζεται, πλέον, ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Είναι σαφής η ευρύτερη σχέση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και σωματικής υγείας και της γήρανσης. Η κάλυψη των πολύπλοκων αναγκών των ηλικιωμένων απαιτεί συγκεκριμένες επαγγελματικές δεξιότητες και επίγνωση του κοινωνικού, οικογενειακού και ιστορικού πλαισίου στο οποίο λαμβάνει χώρα. Οι ηλικιωμένοι με ψυχικές διαταραχές δικαιούνται να έχουν τη φροντίδα και τη θεραπεία που τους αρμόζει και η οποία παρέχεται από επαγγελματίες υγείας εξειδικευμένους σε αυτόν τον τομέα, λαμβάνοντας υπόψη ότι το «γήρας έχει τις ηλικίες του» και συνεπώς διαφορετικές ανάγκες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών ή η άστοχη ή περιορισμένη χρήση διαθέσιμων εξειδικευμένων ΥΨΥ για την τρίτη ηλικία, συμβάλλουν σε δυσμενή αποτελέσματα, όπως υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας σε ασθενείς με νευροψυχιατρικά συμπτώματα στην άνοια, νοσηλείας σε ασθενείς με κατάθλιψη και ευκολότερη είσοδος σε μακροχρόνια ιδρυματική φροντίδα.

Αυτές οι εξειδικευμένες ΥΨΥ στοχεύουν να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων με διαφορετικά προβλήματα ψυχικής υγείας όπως κατάθλιψη, ντελίριο, διπολική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια και ψύχωση, άνοια, αυτοκτονικότητα, κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και των αναγκών των φροντιστών τους σε διαφορετικούς χώρους όπως κατ'οίκον φροντίδα, ΓΝ, ΠΦΥ, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, ξενώνες και αλλού (π.χ. καταστήματα κράτησης, όσο ο πληθυσμός αυτών μεγαλώνει).

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι υπάρχει ανάγκη για ανάπτυξη μίας διαδρομής φροντίδας της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων εντός της οποίας οι ειδικοί και εμπλεκόμενοι θα ασχολούνται με τη φροντίδα και τη θεραπεία σύνθετων ψυχολογικών, νοητικών, λειτουργικών, συμπεριφορικών προβλημάτων, με την παράλληλη φροντίδα των σωματικών προβλημάτων αλλά και την διαχείριση των κοινωνικών και λοιπών ζητημάτων που προκύπτουν. Συνεπώς, οι υπηρεσίες πρέπει να είναι δομημένες με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στο πολύπλοκο μείγμα κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών προκλήσεων που προαναφέρθηκαν.

Η περίθαλψη των ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές θέτει μοναδικές προκλήσεις όσον αφορά τον οριζόντιο και κάθετο κατακερματισμό των υπηρεσιών που παρατηρείται, τον υψηλό επιπολασμό της συνοσηρότητας και την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μακροχρόνιων αναγκών ψυχικής υγείας και γενικής φροντίδας υγείας. Επιπλέον, η επικείμενη πληθυσμιακή αύξηση της ηλικιακής ομάδας 80+, η οποία αναμένεται να στερηθεί το σύνθητες για τους ηλικιωμένους υποστηρικτικό περιβάλλον λόγω των αλλαγών στην πληθυσμιακή πυραμίδα και την έντονη

κινητικότητα των νέων γενεών (care drain), δηλαδή των παιδιών ή συγγενών που παραδοσιακά συμβάλλουν και διασφαλίζουν την φροντίδα των ηλικιωμένων. Θα δημιουργηθεί έτσι ένα κενό φροντίδας και θα αυξηθούν οι ανάγκες όχι μόνο για επαγγελματική φροντίδα αλλά και για νέες υπηρεσίες στην κοινότητα που θα αυξήσουν το κόστος.

Τα τελευταία έτη τόσο η επιστημονική κοινότητα όσο και γενικότερα το σύνολο της κοινωνίας στην Ελλάδα έχουν ευαισθητοποιηθεί σχετικά με θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Η ευαισθητοποίηση είχε ως αποτέλεσμα ποικίλες δράσεις: ενημέρωση του πληθυσμού, δημιουργία μη κυβερνητικών οργανώσεων για την διαχείριση κυρίως των προβλημάτων που δημιουργεί η άνοια, εκπαίδευση των ψυχιάτρων από επιστημονικές εταιρείες σε θέματα κατάθλιψης των ηλικιωμένων και έκδοση επιστημονικών βιβλίων αλλά και έντυπου ενημερωτικού υλικού, ενημερωτικές εκδηλώσεις για το κοινό, δημιουργία θεραπευτικών μονάδων, κέντρων ημέρας και οικοτροφείων. Υπολογίζεται ότι μόνο οι μισοί ηλικιωμένοι με προβλήματα ψυχικής υγείας λαμβάνουν θεραπεία από οποιονδήποτε πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς λαμβάνουν υποστήριξη από εξειδικευμένες ΥΨΥ. Πολύ χαμηλή διαθεσιμότητα λειτουργιών ψυχικής υγείας και εξειδικευμένων λειτουργιών ψυχικής υγείας για άτομα της τρίτης ηλικίας στις περιοχές που προσδιορίζονται ως μη αστικές και απομακρυσμένες και μικρή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων σε ψυχιατρική περίθαλψη στις αστικές περιοχές έχουν ως αποτέλεσμα, την περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές αλλά και την αρνητική έκβαση των προβλημάτων ψυχικής υγείας τους.

Σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη [26], στη χώρα μας 160.000 άτομα πάσχουν από άνοια και 280.000 άτομα από ήπια νοητική διαταραχή που είναι προστάδιο της άνοιας. Συνολικά, ο πληθυσμός των ανθρώπων με νοητικά προβλήματα πλησιάζει το μισό εκατομμύριο και αν συνυπολογίσουμε ότι για κάθε ασθενή με άνοια επηρεάζεται σημαντικά η ζωή 2-3 φροντιστών-μελών της οικογένειας, η πάθηση αφορά άμεσα σε 1 εκατομμύριο Έλληνες πολίτες.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι σχεδόν στο σύνολό τους οι ασθενείς με άνοια θα αναπτύξουν ένα ή περισσότερα νευροψυχιατρικά συμπτώματα κατά την εξέλιξη της νόσου. Η πορεία τους μάλιστα είναι συχνά ανεξάρτητη από τη βαρύτητα των νοητικών ελλειμμάτων και της λειτουργικής έκπτωσης που επίσης εκδηλώνονται στη νόσο. Χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις, παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα υποτροπών και διακρίνονται μάλλον από επεισοδιακό μοτίβο εμφάνισης-υποχώρησης παρά από χαρακτηριστικά σταδιακής επιδείνωσης. Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα αποτελούν εντέλει πηγή σημαντικής επιβάρυνσης των φροντιστών και του συστήματος υγείας, ενώ ενδέχεται να προηγηθούν της εμφάνισης των νοητικών δυσλειτουργιών της άνοιας.

Με το άρθρο 1 του ν. 4316/2014 (Α' 270), συστάθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο Άνοιας – Alzheimer με σκοπό τη μόνιμη υποστήριξη της πολιτικής της χώρας για την αντιμετώπιση της νόσου, την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους.

Το Παρατηρητήριο κατάρτισε Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη νόσο και οφείλει να παρακολουθεί την εφαρμογή του. Στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξε βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης δομών και υπηρεσιών κυρίως για την άνοια. Σημαντικό μέρος από τις στεγαστικές μονάδες που ιδρύθηκαν δέχτηκαν ηλικιωμένους με ψυχιατρικά προβλήματα συμπεριλαμβανομένων της άνοιας και της σχιζοφρένειας. Δυστυχώς όμως δεν αναπτύχθηκε καμία μέριμνα για τα άλλα ψυχογηριατρικά σύνδρομα. Παράλληλα, τμήματα Νοσοκομείων του ΕΣΥ και Πανεπιστημιακών κλινικών, ΜΚΟ και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) έχουν αναπτύξει δράσεις που δεν χρηματοδοτούνται από το ΥΥ, προσθέτοντας δομές και υπηρεσίες για τη φροντίδα των ασθενών με άνοια, με γηριατρική κατάθλιψη και άλλα γηριατρικά σύνδρομα, με την παράλληλη στήριξη των οικογενειών τους. Για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες, το Εθνικό Παρατηρητήριο συνεργάζεται με το Δίκτυο Υγείων Πόλεων και με υπηρεσίες πολλών Δήμων.

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι υπηρεσίες που παρέχονται και οι δομές που λειτουργούν αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα για την **Άνοια και την Γηριατρική Κατάθλιψη**.

Πίνακας 9: Υπηρεσίες και δομές για άνοια και γηριατρική κατάθλιψη

α/α	Υπηρεσία – Δομή	Πλήθος	Περιοχές	Υπεύθυνος φορέας	Σχόλιο
1	Ιατρεία Μνήμης	25	Κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα	Στο πλαίσιο α) Ψυχογηριατρικών Ιατρείων σε τμήματα ΓΝ ΕΣΥ και Πανεπιστημιακών κλινικών β) Κέντρα Ημέρας για ασθενείς με άνοια από ΑμΚΕ που ασχολούνται με Ν.Αlzheimer και άνοιες	
2	Ψυχογηριατρικά Ιατρεία	8		Στο πλαίσιο α) Ψυχογηριατρικών μονάδων σε τμήματα ΓΝ ΕΣΥ και Πανεπιστημιακών κλινικών β) Μονήρη Ιατρεία	
3	Ψυχιατρικές-γηριατρικές κλινικές	5		Ιδιωτικός τομέας	
4	ΚΗ για Άτομα με Άνοια και Κατάθλιψη	19	Κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα		
5	Μονάδες Βραχείας Παραμονής - Ξενώνες			Μέσω ΜΚΟ χρηματοδοτούμενες από το ΥΥ	
6	Μονάδες Μακράς Παραμονής Ηλικιωμένων	2		Στο πλαίσιο α) Κοινοφελή ή Εκκλησιαστικά Ιδρύματα β) Ιδιωτικό Τομέα.	Δύο μονάδες τελικού σταδίου για τα άτομα με άνοια, έχουν

					δρομολογηθεί από το ΥΥ
7	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)			Δήμοι σε όλη την επικράτεια με τη χρηματοδότηση του Δημοσίου	
8	Προγράμματα “Βοήθεια στο Σπίτι”			Δημόσιος τομέας	
9	Προγράμματα Φροντίδας στο Σπίτι για Ηλικιωμένους			Ιδιωτικός τομέας	
10	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	260	80 στην Αττική. Πολύ λιγότερα έως καθόλου σε απομακρυσμένες περιοχές	Τοπική αυτοδιοίκηση	

Τα ΚΑΠΗ μπορεί να αποτελέσουν χώρους παρέμβασης και πρόληψης για την άνοια, την γηριατρική κατάθλιψη και άλλα ψυχογηριατρικά σύνδρομα.

Μία βασική διαπίστωση αποτελεί ότι δεν υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες και διαδικασίες για την έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση στη φροντίδα για την άνοια. Οι υπηρεσίες και οι δομές που έχουν αναπτυχθεί έως σήμερα στην χώρα μας είναι κυρίως προσανατολισμένες στην άνοια, και δη στα προβλήματα μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών. Περαιτέρω οι δομές αφορούν στην πρόληψη και στη θεραπεία και είναι πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ΚΗ) και σπανιότερα τριτοβάθμιας περίθαλψης. Οι δομές που έχουν αναπτυχθεί για την γηριατρική κατάθλιψη και τα ψυχογηριατρικά σύνδρομα είναι περιορισμένες και εντάσσονται κυρίως στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης, οι περισσότεροι άνθρωποι με άνοια (80%) παρακολουθούνται από νευρολόγους που είναι υπεύθυνοι για τη διάγνωση και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Οι ψυχίατροι συμμετέχουν στη φροντίδα για την άνοια καθώς εξελίσσεται η νόσος (για συμπεριφορικά προβλήματα). Οι οικογενειακοί ιατροί είναι καλά εκπαιδευμένοι και μπορούν να αντιμετωπίσουν την άνοια. Ωστόσο, δεν είναι διαθέσιμοι σε όλη τη χώρα. Υπάρχουν ακόμη ορισμένοι ψυχοθεραπευτές που εργάζονται κυρίως στα ΚΗ. Η δημόσια χρηματοδότηση καλύπτει τη φαρμακευτική αγωγή για την άνοια, καθώς και τις δαπάνες για τις επισκέψεις σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, οι περισσότεροι επιλέγουν να στραφούν σε ιδιώτες ιατρούς και να κάνουν άμεσες πληρωμές. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθυνθούν σε οποιαδήποτε υπηρεσία ή δομή από τις προαναφερθείσες χωρίς κάποια παραπομπή από γιατρό. Περαιτέρω από την Ταχεία Αξιολόγηση προκύπτει ότι στην Ελλάδα, υπάρχουν περίπου δύο

εκατομμύρια ηλικιωμένοι και λιγότεροι από 20.000 ζουν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, περίπου 450 οικογένειες από την Αθήνα ωφελούνται από πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας στο πλαίσιο ενός έργου – πρωτοβουλίας.

Χαρακτηριστικό της παροχής φροντίδας σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί η προβληματική διασύνδεση μεταξύ φορέων, δομών και λοιπών υπηρεσιών. Η επικοινωνία και ο συντονισμός όπου υπάρχει, στηρίζεται στη διάθεση και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας των εμπλεκόμενων και δεν υπάρχει κάποια διαδικασία για παράδειγμα μέσω ενός ψηφιακού ατομικού φακέλου υγείας που θα αναγκάσει τους επαγγελματίες να συνεργαστούν μεταξύ τους ή έστω να αλληλοεπιδράσουν με την διακίνηση πληροφοριών για το άτομο με άνοια.

Είναι προφανές ότι η παρούσα κατάσταση ψυχογηριατρικής περίθαλψης και γενικότερης διαχείρισης των ηλικιωμένων ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας στα αστικά κέντρα αλλά κυρίως στις απομακρυσμένες περιοχές στην Ελλάδα είναι ανεπαρκής. Παρά την πρόοδο που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια κυρίως στην προσπάθεια υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου για την άνοια, παράγοντες όπως το στίγμα και οι προκαταλήψεις σχετικά με την τρίτη ηλικία (ageism) αλλά και μια σχεδόν μονόπλευρη εστίαση στα προβλήματα μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών (πχ προσοχής, συγκέντρωσης, γλώσσας) που απαντούν στην άνοια έχουν εν πολλοίς οδηγήσει την ΨΥ για τους ηλικιωμένους στο περιθώριο του σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας.

Λόγω του ολοένα αυξανόμενου αριθμού των ασθενών με άνοια και των αναγκών των φροντιστών τους έγιναν αρκετά βήματα προς την σωστή κατεύθυνση σε σχέση με την άνοια και τις νοητικές δυσλειτουργίες που την χαρακτηρίζουν, αφήνοντας στο ημίφως τις άλλες ψυχικές παθήσεις της τρίτης ηλικίας (πχ γηριατρική κατάθλιψη, ψύχωση, ντελίριο) αλλά και τις ανάγκες και τις προκλήσεις που απορρέουν από τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα της άνοιας (πχ επιθετικότητα, ψευδαισθήσεις, διαταραχές συμπεριφοράς την νύχτα, άρση αναστολών) που κατεξοχήν επιβαρύνουν του φροντιστές. Συνεπώς, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη δεν συνοδεύεται από την αντίστοιχη ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να ενσωματώσει ο τομέας της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων και την κοινωνική περίθαλψη που θα επικεντρώνεται τόσο στις ανάγκες των ηλικιωμένων που είναι γνωστό ότι πάσχουν από ψυχική ασθένεια όσο και στον εντοπισμό, τη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία των ηλικιωμένων που εμφανίζουν ψυχική ασθένεια για πρώτη φορά σε μεγαλύτερη ηλικία ακόμα πρωτοπαθώς είτε δευτεροπαθώς (ως αποτέλεσμα συνοσυρότητας με νευρολογικά ή παθολογικά προβλήματα υγείας π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό, ν. Parkinson, πτώσεις ή κοινωνική απομόνωση). Αυτό το συνεχές της παρακολούθησης και περίθαλψης θα πρέπει να γίνεται στην κοινότητα και αυτό θα απαιτήσει ανάπτυξη και δοκιμή καινοτόμων μοντέλων υπηρεσιών και μακροχρόνιας φροντίδας.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, το ΥΥ προχώρησε στην αναθεώρηση του σχεδιασμού και την υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων, με στόχο την ολοκλήρωση της κατάρτισης της ιδρυματικής περιθάλψης αλλά και στην στήριξη των δομών για άτομα με νόσο Αλτσχάϊμερ. Κατά την διάρκεια της πανδημίας και ιδίως στα πρώτα κύματα παρατηρήθηκε κατακόρυφη αύξηση εισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων ηλικιωμένων με γηριατρική κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα, ντελίριο αλλά και νευροψυχιατρικά συμπτώματα στο πλαίσιο άνοιας. Μέσα στην πανδημία ωστόσο ξεκίνησε η υλοποίηση πιλοτικού προγράμματος Ψυχογηριατρικής Υποστήριξης της τρίτης ηλικίας για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών, με έμφαση την κατάθλιψη που αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της άνοιας. Η δράση υλοποιείται από το Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, και απευθύνεται σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας μας με ελλιπή πρόσβαση σε ΥΨΥ ηλικιωμένων. Η πιλοτική φάση ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2021 με νησιωτικές περιοχές, όπως η Τήνος, η Σύρος και η Άνδρος, καθώς και σε άλλες απομακρυσμένες περιοχές, όπως ο Έβρος και η Ξάνθη.

Επιπρόσθετα τον Φεβρουάριο του 2021 ξεκίνησε η λειτουργία της τηλεφωνικής Γραμμής Βοήθειας για την Άνοια (1102) σε συνεργασία με ΑμΚΕ που δραστηριοποιούνται στην υποστήριξη ασθενών με άνοια. Η γραμμή πλαισιώνεται από εξειδικευμένους σύμβουλους / επαγγελματίες υγείας, γιατρούς νευρολόγους και ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι παρέχουν άμεσα ενημέρωση, καθοδήγηση, συμβουλές και διασύνδεση με υπηρεσίες. Απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα μνήμης, φροντιστές, οικογένειες και φίλους ατόμων με άνοια, Επαγγελματίες Υγείας αλλά και οποιονδήποτε από τον γενικό πληθυσμό που θέλει να λάβει πληροφορίες για ζητήματα σχετικά με την άνοια

Δυστυχώς, η πανδημία οδήγησε στην επιβράδυνση της εφαρμογής του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου για την Άνοια, του οποίου δομές και υπηρεσίες που προβλέπει, επανεκκινούνται με το παρόν Σχέδιο Δράσης και με αξιοποίηση πόρων του Ταμείου Ανθεκτικότητας και Ανάκαμψης και του ΕΣΠΑ.

Οι προτάσεις του παρόντος Σχεδίου συνοψίζονται: Στην ενίσχυση της διασύνδεσης των υπηρεσιών υποστήριξης των πασχόντων με άνοια και Αλτσχάϊμερ σε κοινοτικό επίπεδο με την συνδυαστική λειτουργία ΚΗ και ΚΜ. Επιπρόσθετα προβλέπεται η υλοποίηση πιλοτικού προγράμματος για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων, με την ενσωμάτωση καινοτόμων θεραπευτικών πρακτικών με την χρήση της τεχνολογίας (τηλεψυχιατρική/τηλεσυμβουλευτική) και τέλος προωθείται τη διασύνδεση των ψυχογηριατρικών ιατρείων με τα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ.

Παράλληλα, προβλέπεται η υποστήριξη της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού και κυρίως της τρίτης ηλικίας με τη δημιουργία Ιατρείων Μνήμης. Τα Ιατρεία Μνήμης λειτουργούν στο πλαίσιο της προαγωγής της υγιούς γήρανσης, καθώς και της πρόληψης και έγκαιρης ανίχνευσης της

έκπτωσης μνήμης και των υπόλοιπων νοητικών λειτουργιών. Στόχος των ιατρείων μνήμης είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς με νοητικές (αφορούσες μνήμη ή άλλες λειτουργίες), διαταραχές (υποκειμενικές νοητικές – συμπεριλαμβανομένων μνημονικών – αιτιάσεις, ήπια Νοητική Διαταραχή, όλα τα είδη άνοιας) και στις οικογένειες τους. Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του άξονα 1 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Πίνακας 10: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 1 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Διαπιστώσεις
<p>Η κατάργηση πέντε μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της χώρας έγινε σε πλήρη εναρμόνιση με τις επιστημονικές και κοινωνικές εξελίξεις, καθώς και σε πλήρη συνεργασία με την ΕΕ.</p> <p>Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που καταργήθηκαν σύμφωνα με το άρθρο 30 του ν. 4052/2012 (Α' 41) απαριθμούνται ως ακολούθως:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής • Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (ένταξη των υπηρεσιών στο ΓΝ Χανίων - Ψυχιατρικός Τομέας) • ΨΝ Τρίπολης (ένταξη των υπηρεσιών στο ΓΝ Τρίπολης - Ψυχιατρικός Τομέας) • ΨΝ Κέρκυρας (ένταξη στο ΓΝ Κέρκυρας - Ψυχιατρικός Τομέας) • Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου (ένταξη στο ΓΝ Κατερίνης - Ψυχιατρικός Τομέας)
Οι κλίνες για νοσηλείες οξέων περιστατικών στα Ψυχιατρικά Τμήματα των ΓΝ αυξήθηκαν σε 665 σε όλη τη χώρα και άλλες 525 υφίστανται στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
Έχουν δημιουργηθεί 4.000 κλίνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα, αριθμός που αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό ανά 100.000 κατοίκους, σε ολόκληρη την Ευρώπη
Ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης εξειδικευμένων δομών και υπηρεσιών για την άνοια σε ορεινές και νησιωτικές περιοχές της χώρας
Ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας και ΚΜ σε όλη τη χώρα
Ανάγκη περαιτέρω διασύνδεσης της ΠΦΥ, των ΤΕΠ και των Νοσοκομείων με την αξιοποίηση ψηφιακών μέσων για την επίτευξη ολοκληρωμένου μονοπατιού φροντίδας του ανοϊκού ασθενούς
Ανάγκη ενίσχυσης των ψηφιακών μέσων, όπως τα προγράμματα τηλεϊατρικής
Ανάγκη ενίσχυσης των δράσεων πρόληψης και διαχείρισης παραγόντων κινδύνου για την άνοια στον γενικό πληθυσμό
Ανάγκη ανάπτυξης περισσότερων προγραμμάτων και δράσεων για την κατάλληλη εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών ανοϊκών ασθενών
Ανάγκη ενίσχυσης των προγραμμάτων κατάρτισης και υποστήριξης των επαγγελματιών φροντιστών για την άνοια
Ανάγκη παροχής βοηθημάτων για τις οικογένειες πασχόντων από άνοια
Ανάγκη ενίσχυσης των ΜΨΥ (care homes) εξειδικευμένων για ασθενείς με άνοια
Ανάγκη βελτίωσης στον τομέα της προάσπισης των δικαιωμάτων ατόμων με άνοια και τον φροντιστών τους, με τη συνεργασία των κοινωνικών φορέων
Ανάγκη διασφάλισης καθολικής πρόσβασης στις ΥΨΥ
Ανάγκη ενίσχυσης των ψυχογηριατρικών υπηρεσιών στην Κοινότητα
Προκλήσεις
Ολοκληρώθηκε η αποϊδρυματοποίηση 300 χρονίων ασθενών στα τρία ΨΝ της χώρας και συγκεκριμένα α) το ΨΝ Αττικής (Δαφνί), β) το ΨΝ Αττικής «Δρομοκαΐτειο» και γ) το ΨΝ Θεσσαλονίκης, καθώς και 1.200 στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές

Απαιτείται η ενίσχυση των δημοσίων δομών Ψυχικής Υγείας με το αναγκαίο προσωπικό
Είναι απαραίτητο να συνεχιστεί σταθερά η ανάπτυξη ΜΨΥ και υπηρεσιών στην Κοινότητα, με έμφαση στους πάσχοντες από Νόσο Αλτσχάϊμερ και συναφείς παθήσεις που ήδη ανέρχονται σε 13 από 0 το 1990 και παράλληλα ανάπτυξη της ψυχογηριατρικής

3.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον άξονα 1 αποτυπώνονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11: Κύριες προτεινόμενες δράσεις Άξονα 1

	Άξονας 1. Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης, (κατάργηση των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ), με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάϊμερ και συναφείς διαταραχές καθώς και ανάπτυξη της Ψυχογηριατρικής
α/α	
1	Κατάργηση Τμημάτων Χρονίων Πασχόντων στα εναπομείναντα ΨΝ του ΕΣΥ
2	Ανάπτυξη ΜΨΥ για πρόληψη ιδρυματοποίησης ΑμΣΨΠ
3	Ανάπτυξη μονάδων για προαγωγή ΨΥ ηλικιωμένων και πρόληψη Ν. Άνοιας και Αλτσχάϊμερ & σύμφωνα με Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια
4	Ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για άτομα με σοβαρή ψυχική αναπηρία και σοβαρές οργανικές παθήσεις
5	Ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής της Ψυχικής Υγείας με καινοτόμες πρακτικές (τηλευπηρεσίες ΨΥ), σε διασύνδεση με την ΠΦΥ και με επένδυση στην εκπαίδευση των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (ΕΨΥ),

Θεσμικές προτάσεις: Συγκρότηση διυπουργικής ομάδας εργασίας με επισπεύδων το ΥΥ και συμμετέχοντα τα Υπουργεία Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Εσωτερικών, Ψηφιακής Διακυβέρνησης για ορισμό ενδεδειγμένων προσαρμογών και συνεργειών για την υλοποίηση και ψηφιοποίηση του «ολοκληρωμένου μονοπατιού φροντίδας» για τα άτομα με άνοια.

α) Δομές

Κατάργηση Εναπομεινάντων Τμημάτων στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

Σε επίπεδο Υγειονομικών Περιφερειών ανάπτυξη:

- α) Ενός οικοτροφείου για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και διεγερτική συμπεριφορά.
- β) Μίας νέας μονάδας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλούμενης Ενδονοσοκομειακό Οικοτροφείο στα εναπομείναντα ψυχιατρεία με στόχο την φιλοξενία ατόμων με ιδιαίτερα σοβαρές ψυχικές διαταραχές και διεγερτική συμπεριφορά και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές για την προετοιμασία της μετάβασης τους σε οικοτροφεία στην κοινότητα.

β) Δράσεις

Στελέχωση τμημάτων χρονίων ασθενών με ψυχιάτρους, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς που θα εκπαιδευθούν στην κοινοτική ψυχιατρική και σε βαθμό επαρκή με σκοπό να υλοποιήσουν δράσεις επαναφοράς ατόμων που νοσηλεύονται για δεκαετίες στην κοινότητα.

Άνοια – Ψυχογηριατρική

α) Δομές

- Ολοκλήρωση δικτύου ΚΗ για άτομα με άνοια σε όλες τις πόλεις της Ελλάδος με πληθυσμό άνω των 10.000/ Ίδρυση και λειτουργία ανά ΤοΨΥ κατ' ελάχιστον ενός ΚΗ για την Άνοια.
- Ίδρυση και λειτουργία ανά δύο ΤοΨΥ ενός ξενώνα για ανοϊκούς ασθενείς.
- Δημιουργία ΚΜ και υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας για την υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της Ελλάδας.
- Δημιουργία μονάδων τελικού σταδίου άνοιας σε ικανό αριθμό ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες όλων των περιοχών της χώρας.

β) Δράσεις

- Δημιουργία Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία της Τρίτης Ηλικίας.
- Ολοκληρωμένη Παρέμβαση Ψυχογηριατρικής Υποστήριξης (ΟΠΨΥ) που θα χρησιμοποιεί e-υπηρεσίες.
- Οργάνωση και θεσμοθέτηση «ολοκληρωμένου μονοπατιού φροντίδας» για τους ασθενείς με άνοια.
- Δημιουργία ειδικών πρωτοκόλλων εξέτασης και νοσηλείας για άτομα με άνοια.
- Ανάπτυξη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος παραπομπών και διασύνδεσης με όλες τις μονάδες και υπηρεσίες.
- Θέσπιση επιδόματος φιλοξενίας σε στεγαστική δομή ανάλογο με το στάδιο της άνοιας.
- Πιστοποίηση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων.
- Ενίσχυση της φροντίδας ατόμων που έχουν μεγαλύτερη/διαφορετική ανάγκη φροντίδας μέσω τρίτων (γειτονιά). Παροχή κινήτρων σε φροντιστές γειτονιάς.
- Παροχή κινήτρων σε συγγενείς να αναλάβουν την φροντίδα των δικών τους ανθρώπων, όπως οικονομική υποστήριξη, διευκόλυνση ωρών εργασίας ή και τηλε-εργασίας, υποστήριξη από κοινοτικές δομές με άμεση ανταπόκριση σε περίπτωση υποτροπής ΚΜ διαχείρισης κρίσης και κατ' οίκον θεραπείας).
- Τακτικός έλεγχος ατόμων τρίτης ηλικίας με νευροψυχιατρικά τεστ.
- Παροχή κινήτρων σε ηλικιωμένους να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες με ανάπτυξη νέων τεχνολογιών για να παραμένουν σωματικά και πνευματικά υγιείς (απασχόληση σε καινοτόμες διασκεδαστικές δράσεις που ενισχύουν τις γνωστικές λειτουργίες).

γ) Προγράμματα

- Διασύνδεση Ιατρείων Μνήμης και ΚΗ για άτομα με άνοια με τις δομές της ΠΦΥ, τα ΤΕΠ και τα τμήματα των νοσοκομείων και τις υπηρεσίες στην κοινότητα με τη χρήση ψηφιακών εργαλείων.
- Ανάπτυξη εξειδικευμένων προγραμμάτων τηλεϊατρικής για την άνοια.
- Εκπαίδευση και επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ, στα Τμήματα των ΓΝ, στις Κοινωνικές Υπηρεσίες και Οργανισμούς σε θέματα που αφορούν την άνοια.
- Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Ψυχικής Υγείας (ΠΦΨΥ) για την Τρίτη ηλικία (Κέντρα Ψυχικής Υγείας) στην κοινότητα.
- Διασύνδεση της ΠΦΨΥ με δομές της ΠΦΥ και άλλων υπηρεσιών στην κοινότητα.
- Απαρτίωση της ΠΦΨΥ για την Τρίτη ηλικία στην ΠΦΥ (ΚΨΥ και ΚΥ όπου δεν υπάρχουν τα πρώτα).
- Ανάπτυξη πιλοτικού προγράμματος προαγωγής ΨΥ ηλικιωμένων με καινοτόμες θεραπευτικές πρακτικές (τηλεψυχιατρική) με διασύνδεση ψυχογηριατρικών ιατρείων με ΠΦΥ και με ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας στην ψυχογηριατρική.

3.3 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 11 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 1. Προβλέπεται η λειτουργία 70 νέων δομών και 11 νέων δράσεων και προγραμμάτων. Παράλληλα προβλέπεται η ενίσχυση με προσωπικό 80 υφιστάμενων δημόσιων δομών και υπηρεσιών των οποίων το ανθρώπινο δυναμικό μειώθηκε καθόλη την προηγούμενη δεκαετία.

Πίνακας 11: Κοστολόγηση υλοποίησης άξονα 1

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	40,27 εκ. €
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	3,00 εκ. €
Ενίσχυση υφιστάμενων δημόσιων δομών & υπηρεσιών	14,40 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	34,97 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	1,20 εκ. €

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη με ταυτόχρονη ενσωμάτωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ, με αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών

4.1 Υφιστάμενη κατάσταση

4.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

4.3 Κοστολόγηση

4.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Καθόλη την διάρκεια των προηγούμενων 30 ετών, στην Ελλάδα, έγιναν μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση υπέρβασης των ασυλικών υπηρεσιών και των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και της ανάπτυξης των κοινοτικών ΥΨΥ. Η **ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου ΥΨΥ**, προϋποθέτει καταρχάς την ολοκλήρωση της ανάπτυξης δομών και ΥΨΥ σε ΤοΨΥ της χώρας που υπολείπονται σε δομικά στοιχεία του συστήματος (ενδεικτικά αναφέρεται η ανάπτυξη ψυχιατρικών κλινικών σε Δημόσια Νοσοκομεία). Περαιτέρω απαιτείται η ενίσχυση της λειτουργικότητας των δομών ψυχικής υγείας του ίδιου οργανισμού. Λειτουργικότητα είναι ο τρόπος και οι διαδικασίες μέσω των οποίων επικοινωνούν αυτές οι υπηρεσίες, με μοναδικό γνώμονα την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η υπέρβαση ωστόσο βρίσκεται στην επίτευξη διαλειτουργικότητας, δηλαδή στην διασύνδεση, επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών των δομών και των ΥΨΥ με όλες ΥΨΥ, σωματικής υγείας και υπηρεσιών φροντίδας, αποκατάστασης και κάλυψης λοιπών αναγκών. Πιο αναλυτικά, οι ΥΨΥ θα πρέπει να διασυνδεθούν ψηφιακά με τις υπηρεσίες ΠΦΥ, υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (νοσοκομειακής και περιπατητικής), υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

(εξειδικευμένες υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κ.α.), προνοιακές υπηρεσίες και τέλος υπηρεσιών φροντίδας και υποστήριξης των ΟΤΑ. Η ολοκλήρωση της λειτουργικότητας και της διαλειτουργικότητας των ανωτέρω δομών και υπηρεσιών, μπορεί να επιτευχθεί με την δημιουργία και λειτουργία του φακέλου υγείας του πολίτη. Ο φάκελος υγείας είναι ο μοναδικός συνεκτικός τρόπος επικοινωνίας συστημάτων, δομών και υπηρεσιών, μέσω των αναγκών που έχει ο κάθε πολίτης. Η διαρκής καταγραφή των εκβάσεων υγείας μέσω της συμπλήρωσης και επικαιροποίησης δεδομένων του ατομικού φακέλου υγείας μπορεί να αποτελέσει μία πρόταση υπέρβασης των εμποδίων που θέτει η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός που χαρακτηρίζει σήμερα τις ΥΨΥ.

Μία διαχρονική πρόκληση στην χώρα μας, είναι η διασύνδεση ή και η ενσωμάτωση ΥΨΥ της κοινότητας στην ΠΦΥ. Σήμερα μετά από μία μεγάλη πορεία στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση αλλά και μία σημαντική πορεία υλοποίησης της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, είναι η στιγμή της συμπόρευσης των δύο μεταρρυθμίσεων προς όφελος των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και την λύση των αναγκών τους μέσα στην κοινότητα. Η δυναμική που αναπτύσσεται μέσω του παρόντος Εθνικού Σχεδίου, αλλά και των πρωτοβουλιών που αναλήφθηκαν στην νέα φάση της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ μετά την ψήφιση του νόμου 4931/2022 (Α' 94) με τίτλο «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις», δημιουργούν μία ιδιαίτερη δυναμική που πρέπει να αξιοποιηθεί. Τέλος, η ανάπτυξη σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών που επιταχύνθηκε στην χώρα μας κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ίσως αποτελέσει τον καταλύτη για την ανάπτυξη μοντέλων διασύνδεσης ή και ενσωμάτωσης των ΥΨΥ στην ΠΦΥ.

Η περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου ΥΨΥ, με την ταυτόχρονη ενσωμάτωση των ΥΨΥ στην ΠΦΥ, θα έχει ως στόχο τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές παθήσεις μέσα στην κοινότητα με την παράλληλη καταπολέμηση του στίγματος που τις ακολουθεί. Στην κοινότητα και μέσω της ΠΦΥ επιτυγχάνεται ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, ελαχιστοποιείται το στίγμα και οι διακρίσεις και τέλος αποσοβείται ο κίνδυνος παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που ελάμβαναν χώρα εντός των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Η υποστήριξη και ικανοποίηση όλων των αναγκών των ατόμων με ψυχικές παθήσεις στην κοινότητα, είναι πιο αποδοτικές όταν είναι συνδεδεμένες ή ενσωματωμένες με την ΠΦΥ παρουσιάζοντας καλύτερες εκβάσεις υγείας. Η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν θετικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν συνδέονται με ένα δίκτυο υπηρεσιών στην κοινότητα και σε ένα δευτεροβάθμιο επίπεδο όταν αυτό χρειαστεί. Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικής φροντίδας ανά ΤοΨΥ, η ενσωμάτωση των ΥΨΥ στην ΠΦΥ και η αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών αποτελούν βασικούς στόχους του Εθνικού Σχεδίου. Η διατομεακή προσέγγιση και συνεργασία

είναι απαραίτητες προϋποθέσεις, ενώ τέλος, υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι συνέργειες που επιβάλλεται να αναπτυχθούν με τους τομείς της παιδείας, της εργασιακής απασχόλησης, της δικαιοσύνης και της κοινωνικής φροντίδας.

Η **πρωτοβάθμια φροντίδα** για την ΨΥ αποτελεί βασικό συστατικό κάθε συστήματος υγείας που λειτουργεί σωστά, ωστόσο, για να είναι πλήρως αποτελεσματική και αποδοτική πρέπει να συμπληρώνεται από πρόσθετα επίπεδα φροντίδας. Αυτά περιλαμβάνουν στοιχεία δευτεροβάθμιας περίθαλψης στα οποία μπορούν να απευθυνθούν οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για παραπομπές, υποστήριξη και επίβλεψη. Είναι επίσης απαραίτητοι οι δεσμοί με άτυπες υπηρεσίες και υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα. Η κατανόηση και η εκτίμηση αυτών των σχέσεων είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση του ρόλου της ολοκληρωμένης ΠΦΨΥ στο πλαίσιο του συνολικού συστήματος υγείας.

Οι υπηρεσίες στην ΠΦΨΥ συμβάλλουν στην κάλυψη του κενού που υπάρχει μεταξύ του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών, αφενός, και του αριθμού των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία και φροντίδα, αφετέρου. Οι πολίτες μπορούν να έχουν πρόσβαση στις ΥΨΥ πιο κοντά στο σπίτι τους, διατηρώντας τις καθημερινές τους δραστηριότητες και τις οικογένειές τους ενωμένες. Η ΠΦΨΥ διευκολύνει την προσέγγιση της κοινότητας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, καθώς και τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και διαχείριση των προσβεβλημένων ατόμων ενώ παράλληλα είναι λιγότερο δαπανηρή από τα ΨΝ για τους ασθενείς και την κοινότητα. Η θεραπεία κοινών ψυχικών διαταραχών είναι οικονομικά αποδοτική και οι επενδύσεις από τις κυβερνήσεις μπορούν να αποφέρουν σημαντικά οφέλη. Επιπλέον, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, αποφεύγουν το έμμεσο κόστος που σχετίζεται με την αναζήτηση εξειδικευμένης φροντίδας σε απομακρυσμένες τοποθεσίες.

Οι ΥΨΥ που θα αναπτυχθούν απευθύνονται τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε πληθυσμιακές ομάδες που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας. Συγκεκριμένα, στο σχεδιασμό προβλέπεται α) η ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για άτομα με σοβαρή ψυχική αναπηρία στοχεύοντας στην περαιτέρω συρρίκνωση των ιδρυματικών μονάδων, β) εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων ΥΨΥ και κοινοτικών δομών για τα άτομα που πάσχουν από Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος, καθώς και γ) δομών φιλοξενίας και εξειδικευμένων υπηρεσιών για ενήλικες και ανήλικους πρόσφυγες σε ό,τι αφορά την ψυχοκοινωνική υποστήριξη τους.

Η βάση των διακηρυγμένων θέσεων του ΠΟΥ (διακήρυξη της Astana), της παγκόσμιας οργάνωσης οικογενειακών ιατρών (World Organization of Family Doctors, WONCA, άλλων διεθνών οργανισμών αλλά και της εμπειρίας που έχει αποκτηθεί από ερευνητικές και άλλες δραστηριότητες που έχουν διεξαχθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διασύνδεση των ΥΨΥ με αυτές της ΠΦΥ και στην ολοκλήρωση (απαρτίωση, διασύνδεση/integration) των υπηρεσιών υγείας [10,27]. Συγκεκριμένα στην πρόσφατη διακήρυξη του ΠΟΥ για την ΠΦΥ, στην Astana, επαναδιατυπώθηκε η ανάγκη ενίσχυσης της ΠΦΥ για την επαύξηση της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και της ευζωίας. Σε πρόσφατο άρθρο το Δίκτυο για την ΨΥ της WONCA δημοσίευσε τις θέσεις της WONCA στη

βάση της Διακήρυξης της Astana στην ειδική έκδοση της παγκόσμιας ένωσης για την ψυχική υγεία (World Federation for Mental Health, WFMH) για την ημέρα της ψυχικής υγείας τον Οκτώβριο του 2021. [28–30]

Περαιτέρω μία σημαντική τομή που θα οδηγήσει στην αναθεώρηση της παροχής των ΥΨΥ σε όσους την έχουν ανάγκη και στην περαιτέρω ενίσχυση των κοινοτικών δικτύων ΥΨΥ είναι η αναθεώρηση του τρόπου της ψυχιατρικής εφημερίας στα μεγάλα αστικά κέντρα με άμεση αλλαγή στην εφημερία της Περιφέρειας Αττικής και της Περιφερειακής Ενότητας Θεσσαλονίκης. Η πρόταση στηρίζεται στην εφαρμογή της τομεοποίησης στη νοσοκομειακή φροντίδα με ψυχιατρικά τμήματα των ΓΝ και των ΨΝ να εφημερεύουν σταθερά και καθημερινά για συγκεκριμένο ΤοΨΥ ή για ένα προκαθορισμένο τμήμα του ΤοΨΥ. Για να επιτευχθεί η καθημερινή λειτουργία σε εφημεριακό καθεστώς των ψυχιατρικών κλινικών θα πρέπει να υπάρξει σημαντική ενίσχυση σε ανθρώπινο δυναμικό. Σε κάθε περίπτωση η λειτουργία κάθε κλινικής εντός των ορίων του ΤοΨΥ (ή πιο σωστά προκαθορισμένου τμήματος του ΤοΨΥ), θα μειώσει σημαντικά τον αριθμό των προσερχομένων σε κάθε εφημερία, καθώς η πρόσβαση στο σύστημα θα αφορά μόνον τους διαμένοντες στον ΤοΨΥ (και για κάποιο μεταβατικό διάστημα διαμενόντων σε άλλον ΤοΨΥ που ωστόσο λαμβάνουν υποστήριξη από το θεραπευτικό νοσοκομειακό πλαίσιο).

Κατά το εξιτήριο θα προβλέπεται η παραπομπή του ασθενή σε μία κοινοτική δομή ή υπηρεσία της ΠΦΥ που βρίσκεται στον ΤοΨΥ στον οποίο ανήκει και θα καθορίζεται το πρώτο ραντεβού. Ο σχεδιασμός τοπικών μοντέλων φροντίδας με βάση τις περιοχές ευθύνης (τομεοποίηση) και με στόχο να διασφαλίζεται η διαθεσιμότητα ολόκληρης της αλυσίδας υπηρεσιών αναλογικά με τον τοπικό πληθυσμό σε κάθε περιοχή ευθύνης είναι και μία διαπίστωση που συμπεριέλαβε η Ταχεία Αξιολόγηση. Σε αυτήν καταγράφηκε η εκτίμηση ότι το 70 - 75 % επί του συνόλου των εισαγωγών στο ΨΝ Αθηνών «Δαφνί», το 95% των εισαγωγών στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου "Σισμανόγλειο» και το 65% των νοσηλείων στο ΨΝ Σταυρούπολης είναι ακούσιες νοσηλείες. Συγχρόνως, στην Ψυχιατρική Κλινική του ΓΝ Θράκης -εκεί όπου καλά οργανωμένες κοινοτικές ομάδες του δημοσίου και των ΜΚΟ συνεργάζονται αποτελεσματικά, πραγματοποιώντας αρκετές βασικές παρεμβάσεις στην κοινοτική φροντίδα- μόλις το 20% περίπου των εισαγωγών είναι ακούσιες νοσηλείες. Ωστόσο, αυτό το ποσοστό θα πρέπει να εξεταστεί λαμβάνοντας υπόψη το κατά πόσο εφαρμόζονται κατάλληλα οι αρχές της τομεοποίησης.

Περαιτέρω, η ανάπτυξη και η λειτουργία ενός συστήματος παρακολούθησης της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μέσω της συστηματοποίησης των διαδικασιών συγκέντρωσης και επεξεργασίας στοιχείων και δεδομένων, αποσκοπεί κατά πρώτον στην αποτύπωση μιας σαφούς συνολικής εικόνας της κατάστασης και κατά δεύτερον στην αποτύπωση των εξελίξεων σε μια συνεχή βάση. Πέραν τούτου, επιτρέπει τη συστηματική διερεύνηση και αποτύπωση των αναγκών για περαιτέρω παρεμβάσεις σε επίπεδο δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων στον τομέα της Ψυχικής Υγείας. Σημαντικό πρόβλημα στην παρακολούθηση της λειτουργίας και την αξιολόγηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, αποτελεί αφ' ενός η έλλειψη τήρησης στοιχείων, αφ' ετέρου, η απουσία ενιαίου ψυχιατρικού φακέλου και κωδικοποίησης των τηρουμένων στοιχείων.

Η ελληνική κυβέρνηση υποστηρίζεται την τελευταία 15ετία μέσω των Διαρθρωτικών Ταμείων για την **ψηφιοποίηση του συστήματος υγείας** και τα νοσοκομεία έχουν προτεραιοποιηθεί. Η ψηφιοποίηση κάλυψε μόνο τους φακέλους των ασθενών και εστιάστηκε στην ψηφιοποίηση των υποστηρικτικών λειτουργιών, όπως η χρηματοοικονομική λογιστική και οι ανθρώπινοι πόροι.

Στο νοσοκομειακό τομέα, υπάρχει μεγάλη διακύμανση, με την πλειονότητα των νοσοκομείων να μην χρησιμοποιούν ηλεκτρονικούς φακέλους. Το ΥΥ επιθυμεί να αμβλύνει τις αποκλίσεις ανάμεσα στα νοσοκομεία. Κατά την περίοδο της αξιολόγησης, τα νοσοκομεία δεν ήταν «χωρίς χαρτί». Το όραμα είναι να χρησιμοποιούν ελάχιστο «χαρτί» καθώς θα χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη συνέπεια τους ηλεκτρονικούς φακέλους.

Η ορθή λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας, η αξιολόγησή του και ο σχεδιασμός του, εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τη συλλογή και αξιοποίηση των καταλλήλων πληροφοριών. Επιπλέον, η κλινική εργασία υποβοηθείται σημαντικά από τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και την παρακολούθηση της πορείας του προβλήματός του. Στο πλαίσιο της ανάπτυξης των υπηρεσιών, πρέπει να καταρτιστεί σχέδιο για τη δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για τους ασθενείς των ψυχιατρικών υπηρεσιών που θα περιλαμβάνει και κωδικοποιημένο ψυχιατρικό ιστορικό. Αυτός, θα πρέπει να περιλαμβάνει το ελάχιστο «πακέτο» δεδομένων (minimum data set) το οποίο θα χρησιμοποιείται υποχρεωτικά για την καταγραφή κάθε επαφής με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την παρακολούθηση των ασθενών.

Στην Ταχεία Αξιολόγηση καταγράφηκε ότι η τηλεφροντίδα και οι ψηφιακές θεραπείες βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης στην Ελλάδα. Η τηλεϊατρική (ιατρός προς ιατρό) χρησιμοποιείται στην Ελλάδα από το 2017 και καλύπτει ορισμένα μικρά νησιά του Αιγαίου στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠε). Ένα έλλειμμα του συστήματος είναι ότι ο ασθενής δεν συμμετέχει, καθώς αυτή η μορφή τηλεϊατρικής επιτρέπει αποκλειστικά τη διαβούλευση μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Περαιτέρω αναφέρθηκε ότι σε κυβερνητικό επίπεδο, το ΥΥ ανέφερε ότι επεξεργάζεται ένα έργο τηλεφωνικής φροντίδας, αλλά η εφαρμογή του βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Επίσης, επεξεργάζεται μια πλατφόρμα τηλεφροντίδας που ενσωματώθηκε στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αλλά δεν έχει τεθεί ακόμη σε λειτουργία.

Η συχνότερη μορφή τηλεφροντίδας είναι η τηλεφωνική συμβουλευτική. Οι πάροχοι κοινοτικών υπηρεσιών ξεκίνησαν να χρησιμοποιούν την τηλεφωνική συμβουλευτική ως εναλλακτική των επισκέψεων δια ζώσης κατά τη διάρκεια του lockdown. Για ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες, αυτό αποτελεί βασικό τρόπο διατήρησης της επαφής με τους χρήστες των υπηρεσιών. Η τηλεφροντίδα με χρήση προγραμμάτων εικόνας (π.χ. Skype) είναι γενικώς μη διαθέσιμη σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς πολλά από αυτά δεν έχουν φορητούς υπολογιστές, τάμπλετ ή έξυπνα κινητά και ούτε μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτά. Επιπλέον, οι πάροχοι των υπηρεσιών πασχίζουν να παράσχουν τέτοιες υπηρεσίες, καθώς το διαδίκτυο των υγειονομικών υπηρεσιών υστερεί. Οι υπηρεσίες των ΜΚΟ ανέφεραν ότι σημειώνουν μεγαλύτερη επιτυχία στην παροχή υπηρεσιών τηλεφροντίδας στους χρήστες των υπηρεσιών τους. Τέλος, η τηλεφροντίδα

οδηγεί και σε προκλήσεις που αφορούν την προστασία, οι οποίες χρήζουν αντιμετώπισης προτού αυξηθεί η κλίμακά της. Το ΥΥ επεξεργάζεται επί του παρόντος μια σειρά νομικών ζητημάτων ώστε να διασφαλιστεί η προστασία των δεδομένων κατά την παροχή τηλεφροντίδας.

Πέραν αυτών των προκλήσεων, οι ερωτώμενοι εμπλεκόμενοι φορείς επεσήμαναν ότι για την παροχή τηλεφροντίδας δεν αρκεί η τεχνολογία. Χρειάζεται και μια ριζική αλλαγή νοοτροπίας. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ζήτηση για τηλεφροντίδα και ψηφιακές θεραπείες. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για προωθητικές εκστρατείες ώστε να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση και το ενδιαφέρον για την ψυχική φροντίδα υγείας. Συγχρόνως, οι επαγγελματίες πρέπει να προσαρμοστούν στην τηλεφροντίδα, καθώς η ψηφιακή υγεία θα αποκτά όλο και μεγαλύτερο ρόλο στο μέλλον.

Για την αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων και για την συνεκτικότητα των πολιτικών οι προβλεπόμενες ενέργειες και ο προγραμματισμός τους σχετικά με την διασύνδεση ή και την ενσωμάτωση των ΥΨΥ στην ΠΦΥ, με παράλληλη αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών, θα οριστικοποιηθεί παράλληλα με τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται για την συνέχιση της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το ΥΥ και ο ΠΟΥ διενήργησαν Ταχεία Αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ και τις επιπτώσεις της πανδημίας. Στην Ταχεία Αξιολόγηση προτάθηκαν 35 παρεμβάσεις για την ενίσχυση και την συνέχιση των μεταρρυθμίσεων. Στη συνέχεια η ομάδα των εμπειρογνομόνων κλήθηκε να προτεραιοποιήσει πέντε (5) παρεμβάσεις από το σύνολο των 35 για την άμεση εφαρμογή τους. Δύο από τις παρεμβάσεις αυτές αφορούν στην επέκταση χρήσης ψηφιακών λύσεων στην ΠΦΥ καθώς και στην διασύνδεση/ενοποίηση των μοντέλων φροντίδας στην κοινότητα, δύο παρεμβάσεις άρρηκτα συνδεδεμένες και με την μεταρρύθμιση των ΥΨΥ και την στόχευση του παρόντος Εθνικού Σχεδίου.

Περαιτέρω καταγράφεται μεγάλη ανάγκη για ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και διοργάνωση πανελλαδικής υλοποίησής τους για το σύνολο του προσωπικού που εργάζεται σε κοινοτικές δομές, σχετικά με τη συμμόρφωση με το νέο μοντέλο φροντίδας και τον τρόπο παροχής βασικών πρακτικών και παρεμβάσεων στην κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα:

- α) διαχείριση περιστατικών, διεπιστημονική ομαδική εργασία,
- β) διαχείριση επιθετικότητας και αποκλιμάκωση βίας,
- γ) διατομεακή συνεργασία,
- δ) κατ' οίκον θεραπεία,
- ε) κατ' οίκον παρέμβαση στην περίπτωση κρίσης,
- στ) ατομική μαθητεία και υποστήριξη.

Κάθε κατευθυντήρια οδηγία θα πρέπει να είναι λειτουργική και να περιλαμβάνει θεραπευτικά πρωτόκολλα για τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες που θα απαιτηθεί να τη χρησιμοποιήσουν (π.χ. οικογενειακοί ιατροί, ειδικοί σε κοινοτικές ομάδες, ειδικοί σε νοσοκομεία). Εάν είναι δυνατό,

θα πρέπει να διατεθεί μια ψηφιακή έκδοση ώστε να διευκολύνεται η άμεση και εύκολη πρόσβαση των επαγγελματιών στις κατευθυντήριες οδηγίες και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα.

Σύμφωνα με την Ταχεία Αξιολόγηση δεν υπάρχει κάποια συνεκτική στρατηγική για την πρόληψη ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Στο παρελθόν, υπήρχε ένα σχέδιο δράσης για την πρόληψη της κατάθλιψης, αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα για την εφαρμογή του. Θα πρέπει να οριστεί μια στρατηγική για την προαγωγή και την προστασία της ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό και την πρόληψη ψυχιατρικών προβλημάτων και αυτοκτονιών. Επί του παρόντος δεν υπάρχει στρατηγική για την πρόληψη των αυτοκτονιών και έχει ανατεθεί ως καθήκον σε εξειδικευμένα ΚΗ για τη θεραπεία ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά και στις προαναφερόμενες ομάδες επιτόπιας παρέμβασης. Η στρατηγική για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της πρόληψης ψυχιατρικών προβλημάτων θα πρέπει να αναπτυχθεί με τη συμμετοχή όλων των βασικών εμπλεκόμενων φορέων και με την αξιοποίηση της διεθνούς εξειδικευμένης εμπειρίας με επιτεύξιμους σκοπούς και στόχους. Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του άξονα 2 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου.

Πίνακας 12: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 2 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Διαπιστώσεις
Μη συνεπής χρήση των ηλεκτρονικών φακέλων και έλλειψη τοπικού ή περιφερειακού συστήματος παραπομπών με χρήση ηλεκτρονικού ραντεβού
Ελλιπές προσωπικό στο Τμήμα Πληροφορικής των νοσοκομείων
Υποστελέχωση σε Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας με αποτέλεσμα την έλλειψη ελέγχου στην κίνηση των ασθενών, στη λειτουργία του συστήματος και στην κάλυψη των αναγκών
Δημιουργία κοινοτικών ΥΨΥ: πενήντα (50) ΚΨΥ, ογδόντα (80) ΚΗ, είκοσι (20) ΚΜ
Ίδρυση Εξειδικευμένων ΥΨΥ: δεκατρείς (13) δομές Αλτσχάϊμερ (2019 έναντι 0 το 1990), δεκαεπτά (17) δομές για άτομα στο φάσμα αυτισμού (από 3 το 1990) και ένα (1) ΚΗ κατάθλιψης μετά τον τοκετό για γυναίκες
Ανάπτυξη τριάντα (30) ΚοιΣΠΕ που στοχεύουν στην προώθηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέσω της παροχής εργασίας σε άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα
Πιλοτική ανάπτυξη και λειτουργία υπηρεσιών τηλεψυχιατρικής από το ΕΣΥ(2 ^η ΥΠε) και με συνεργασία δημοσίου - ιδιωτικού τομέα (Σύμη, Καστελόριζο)
«Πολιτιστική συνταγογράφηση» - Μνημόνιο συνεργασίας με Υπ. Πολιτισμού και Αθλητισμού
Προκλήσεις
Ορισμός μια διαδρομής φροντίδας με Υπηρεσίες για α) άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας ή που διατρέχουν τον κίνδυνο υποτροπής, β) για άτομα με ήπια και μέτρια προβλήματα ψυχικής υγείας, γ) για άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και δ) άτομα από ειδικές επιθυμητές ομάδες, όπως παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας, παιδιά με αυτισμό, άτομα με άνοια, δικαστική ψυχιατρική φροντίδα, πρόσφυγες
Η περαιτέρω ανάπτυξη του Κοινοτικού Δικτύου ΥΨΥ με δημιουργία μίας (1) κοινοτικής δομής ανά πληθυσμό 150.000 , με προτεραιότητα τους ΤοΨΥ που δεν διαθέτουν πρωτοβάθμιες ΥΨΥ
Αναγκαιότητα ενσωμάτωσης ΥΨΥ στην ΠΦΥ , με την ουσιαστική εκπαίδευση και επανεκπαίδευση επαγγελματιών υγείας
Ανάπτυξη σύγχρονων ψηφιακών εργαλείων και αξιοποίηση εφαρμογών/καλών πρακτικών που αναπτύχθηκαν στην πανδημία COVID-19
Ανάπτυξη προγραμμάτων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και των ευάλωτων ομάδων μέσα από καινοτόμες δράσεις τέχνης και πολιτισμού

Έγκριση και προκήρυξη θέσεων: μόνιμων Ψυχιάτρων και Ψυχιάτρων παιδιών και εφήβων στην Αττική, στη Θεσσαλονίκη και στην υπόλοιπη Ελλάδα και επικουρικών ψυχιάτρων
Δημιουργία 215 Θέσεων Ειδικευόμενων Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας ανά ΥΠε και Νοσοκομεία
Αύξηση του προϋπολογισμού για την ΨΥ και τις εξαρτήσεις κατά 62% για την ενίσχυση των ήδη υπαρχουσών δομών και ΥΨΥ και την ανάπτυξη νέων σε όλη την Επικράτεια και με μέριμνα σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες
Ολοκλήρωση ανάπτυξης του Ψηφιακού Χάρτη ΥΨΥ για την βελτίωση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες αυτές
Δίκτυο Τηλεψυχιατρικής υπό τη μορφή ολοκληρωμένου ψηφιακού εξωτερικού ιατρείου σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας
Σύναψη Νέας επταετούς (7ετή) Προγραμματικής Σύμβασης για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων στους Δήμους

Η πανδημία της COVID-19 ανέδειξε τις υφιστάμενες ελλείψεις και ανάγκες, καθώς και την επιτακτική ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ποιοτικές ΥΨΥ στην Κοινότητα. Ο απολογισμός της πανδημίας έχει διευρύνει σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη για ψηφιακές ΥΨΥ, διότι αυξάνουν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες και καταπολεμούν το στίγμα. Μέσα στο διάστημα της πανδημίας το ΥΥ υλοποίησε αρκετές παρεμβάσεις που σχετίζονται με την περαιτέρω ανάπτυξη του κοινοτικού δικτύου, την ενσωμάτωση ΥΨΥ στην ΠΦΥ και αξιοποίησης νέων ψηφιακών εργαλείων. Αναλυτικότερα:

- Έγκριση και προκήρυξη θέσεων προσωπικού: 21 μόνιμων Ψυχιάτρων και 3 Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων και 23 Επικουρικών ψυχιάτρων.
- Δημιουργία 215 Θέσεων Ειδικευόμενων Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την ειδίκευση των Νοσηλευτών στην ΨΥ.
- Αύξηση του προϋπολογισμού για την ΨΥ και τις εξαρτήσεις κατά 62% (από το έτος 2020 στο έτος 2021) για την ενίσχυση των ήδη υπαρχουσών δομών και ΥΨΥ και την ανάπτυξη νέων σε όλη την Επικράτεια και με μέριμνα σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Η πανδημία ανέδειξε τις υφιστάμενες ελλείψεις και ανάγκες, καθώς και την επιτακτική ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ποιοτικές ΥΨΥ στην Κοινότητα.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων εξ αποστάσεως ψυχοεκπαίδευσης και στήριξης οικογένειας και φροντιστών των ατόμων με ΔΑΦ.
- Ολοκλήρωση ανάπτυξης του Ψηφιακού Χάρτη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για την βελτίωση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες αυτές. Με τη χαρτογράφηση όλων των δομών ψυχικής υγείας θα γνωστοποιείται στον πολίτη ο πλησιέστερος διαθέσιμος φορέας στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί για το πρόβλημά του.
- Ανάπτυξη Δικτύου Τηλεψυχιατρικής υπό τη μορφή ολοκληρωμένου ψηφιακού εξωτερικού ιατρείου σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Ήδη ξεκίνησε η πιλοτική λειτουργία της υπηρεσίας στο Καστελόριζο και στη Σύμη, ενώ σχεδιάζονται άμεσα ανάλογες Μονάδες σε ακριτικά νησιά και ορεινές περιοχές.
- Λειτουργία Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης 10306 για τον γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σε συνεργασία με την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

- Λειτουργία Ανοιχτής Γραμμής -2152152121- Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Ογκολογικών Ασθενών και τους καπνιστές σε συνεργασία με την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- Εκπαίδευση στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία ΕΨΥ που υποστηρίζουν Ογκολογικούς ασθενείς.
- Υπογραφή Μνημονίου Συνεργασίας με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, για ζητήματα πρόληψης, έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση και πρόωμης διάγνωσης ΔΑΦ.
- Υπογραφή Μνημονίου Συνεργασίας με το Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού για την ανάπτυξη προγραμμάτων ενίσχυσης της ψυχικής υγείας μέσω της τέχνης ως «θεραπευτικής» προσέγγισης και την «πολιτιστική συνταγογράφηση».
- Συντονισμός και επίβλεψη Δράσης της ΕΕ για τον Εκσυγχρονισμό των ΥΨΥ.

4.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 2 αποτυπώνονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13: Κύριες προτεινόμενες δράσεις Άξονα 2

a/a	Άξονας 2 Περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, με παράλληλη ενσωμάτωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ και ταυτόχρονη αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών
1	Ανάπτυξη Ψυχιατρικών & Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε ΓΝ
2	Ενσωμάτωση Υπηρεσιών ΨΥ ή ομάδων ΕΨΥ σε υφιστάμενα ΚΥ στην ΠΦΥ. Περαιτέρω ανάπτυξη και λειτουργία ΚΨΥ, ΚΜ και ΚΗ
3	Αναθεώρηση του τρόπου ψυχιατρικής εφημερίας στην Αττική με την απαραίκλιτη τήρηση των αρχών και των κανόνων της τομεοποίησης στη νοσοκομειακή φροντίδα και στην μετάβαση στην κοινότητα
4	Ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής ΨΥ με καινοτόμες θεραπευτικές πρακτικές (τηλεψυχιατρική), με διασύνδεση με ΠΦΥ & εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας
5	Συνέχιση λειτουργίας εθνικής γραμμής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που δημιουργήθηκε στην πανδημία για την καταρχάς διαχείριση εκτάκτων προβλημάτων υγείας και παραπομπή στις πλησιέστερες δομές και ΥΨΥ

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α) Δομές

- Ανάπτυξη Ψυχιατρικών και Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε ΓΝ.
- Ενσωμάτωση ομάδων ΕΨΥ σε υφιστάμενα ΚΥ στην ΠΦΥ. Περαιτέρω ανάπτυξη και λειτουργία Κέντρων ΨΥ, ΚΗ και ΚΜ. Εναλλακτικά και όπου αυτό είναι εφικτό, ίδρυση ενός ΚΨΥ ή/και ενός ΚΗ, με υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους.

- Ορισμός διαδρομής φροντίδας αξιοποιώντας αποδοτικά όλους τους παρόχους υπηρεσιών, καταρχάς στην ΠΦΥ και όπου αυτό δεν είναι εφικτό σε Κοινοτικές ΥΨΥ στο δημόσιο, τον μη κερδοσκοπικό ή τον ιδιωτικό τομέα για:
 - άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας ή που διατρέχουν τον κίνδυνο υποτροπής,
 - για άτομα με ήπια και μέτρια προβλήματα ψυχικής υγείας,
 - για άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και
 - άτομα από ειδικές επιθυμητές ομάδες, όπως παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας, παιδιά με αυτισμό, άτομα με άνοια, δικαστική ψυχιατρική φροντίδα, πρόσφυγες.
- Πιλοτική λειτουργία δικτύων υπηρεσιών με επίκεντρο τα ΨΝ Αθήνας και Θεσσαλονίκης και με σκοπό την διαχείριση συγκεκριμένων ασθενών βάσει καθορισμένης «διαδρομής φροντίδας» μέσα στο υφιστάμενο δίκτυο υπηρεσιών που θα αποτελείται από συγκεκριμένες υφιστάμενες δομές:
 - ΚΜ διαχείρισης κρίσης και κατ' οίκον θεραπείας
 - Κέντρο Ψυχικής Υγείας
 - Συνδεόμενες κλινικές (ΨΝΑ και ΓΝ)
 - Ενδιάμεση δομή
 - ΚΗ και Νοσοκομεία Ημέρας (ΝΗ)
 - Ενίσχυση θεσμού ανάδοχων οικογενειών
 - Υπηρεσίες/ μονάδες πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση

Στο παραπάνω μοντέλο θα ενταχθεί και η ενδονοσοκομειακή τομεοποίηση και δορυφοροποίηση των κλινικών των ΨΝ με συγκεκριμένους ΤοΨΥ από τους οποίους θα δέχονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον τόπο διαμονής τους ή την πιο σταθερή (αν υπάρχει) δημόσια δομή από την οποία ο πολίτης λαμβάνει ΥΨΥ. Στο ανωτέρω πιλοτικό μοντέλο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και ένα νέο σύστημα εφημερίας, όπου κάθε κλινική των ΨΝ θα εφημερεύει για περιστατικά που διαμένουν εντός του ΤοΨΥ ευθύνης της και θα εξυπηρετεί μόνον πολίτες με τα ανωτέρω χαρακτηριστικά.

β) Δράσεις

- Επανεξέταση τρεχουσών κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και τρεχόντων προτύπων φροντίδας από ομάδα ειδικών, αξιοποιώντας υπάρχουσες, καθιερωμένες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρότυπα φροντίδας από άλλες χώρες (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Ολλανδία, ΗΠΑ), καθώς και τις οδηγίες του ΠΟΥ (π.χ. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)). Αναφορικά με θέματα στα οποία δεν διατίθενται κατευθυντήριες οδηγίες σε εθνικό επίπεδο, θα πρέπει να συνταχθούν νέες κατευθυντήριες οδηγίες και νέα πρότυπα φροντίδας.
- Αναθεώρηση του τρόπου της ψυχιατρικής εφημερίας σε Αττική και Θεσσαλονίκη, με εφαρμογή της τομεοποίησης στη νοσοκομειακή φροντίδα αλλά και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες της ΠΦΥ, κοινοτικές ΥΨΥ και σε λοιπές υποστηρικτικές υπηρεσίες.

- Συμμετοχή του συστήματος ΠΦΥ μέσα από το ρυθμιστικό πλαίσιο ως βασικού πλαισίου για τη θεραπεία ήπιων και μέτριων προβλημάτων ψυχικής υγείας, με καθορισμένους στόχους για τον αριθμό των ατόμων που αναγνωρίζονται και υποβάλλονται σε θεραπεία από τους Οικογενειακούς Ιατρούς. Διοργάνωση εθνικών διαβουλεύσεων προς διερεύνηση των επιλογών για την παροχή κινήτρων σε Οικογενειακούς Ιατρούς ώστε να αναλάβουν αυτό το ρόλο.
- Πρόληψη ανάμεσα στις κρίσιμες επιθυμητές ομάδες π.χ. παιδιά και εφήβους στο σχολείο, υπάλληλοι στο χώρο εργασίας, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συννοσηρά με παθολογικά προβλήματα, μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες, νέες μητέρες.
- Ανάπτυξη και υλοποίηση στρατηγικής πρόληψης των αυτοκτονιών.
- Εναρμόνιση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας πολίτη στις επιμέρους ενότητες που αφορούν στην ΠΦΥ και στις υπηρεσίες της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας προς διευκόλυνση του συνεχούς της φροντίδας.
- Προαγωγή της ορθής και ασφαλούς χρήσης του διαδικτύου, με σκοπό την καταπολέμηση αλλά και την πρόληψη του φαινομένου προβληματικής χρήσης:
 - Εκτεταμένες Δράσεις Συμβουλευτικής – Εκπαίδευσης σε Οικογένειες, ώστε το υποστηρικτικό περιβάλλον να εξοικειωθεί μέσω οργανωμένης και ορθής ενημέρωσης για την ορθή και ασφαλή χρήση του Διαδικτύου, με μεθόδους πρόληψης του φαινομένου μέσω κατάλληλης διαχείρισης, εντοπισμού και αντιμετώπισης τέτοιων περιπτώσεων
 - Μεγάλες ενημερωτικές καμπάνιες, ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια για το γενικό πληθυσμό και δράσεις ευαισθητοποίησης μεγάλου βεληνεκούς με σκοπό την πρόληψη του φαινομένου
 - Προγράμματα κατάρτισης με αντικείμενο την εκπαίδευση – κατάρτιση ψυχικά πασχόντων σε ψηφιακές δεξιότητες και ορθή χρήση ψηφιακών εργαλείων
 - Ανάπτυξη ψηφιακών εργαλείων που προωθούν την ορθή χρήση της τεχνολογίας αποτρέποντας φαινόμενα προβληματικής χρήσης και συνοδών ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων

γ) Προγράμματα

- Ολοκλήρωση του ηλεκτρονικού φακέλου πολίτη με ψηφιοποίηση βασικών λειτουργιών των παρόχων υπηρεσιών υγείας και οδηγιών από το ΥΥ ώστε να διασφαλιστεί ότι όλα τα νέα ψηφιακά εργαλεία θα τυποποιηθούν για όλους τους παρόχους υπηρεσιών και όλα τα επίπεδα φροντίδας.
- Προσαρμογή και εφαρμογή τηλεφροντίδας και ψηφιακών θεραπειών χρησιμοποιώντας παραδείγματα καλών πρακτικών από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, λαμβάνοντας υπόψη το τρέχον θεραπευτικό κενό και τις τεράστιες δυνατότητες κάλυψής του, ιδιαίτερα ανάμεσα στα άτομα με ήπια και μέτρια προβλήματα ψυχικής υγείας.

- Ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής Ψυχικής Υγείας με καινοτόμες θεραπευτικές πρακτικές (τηλεψυχιατρική), με διασύνδεση με ΠΦΥ και με συστηματική εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.
- Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και διοργάνωση πανελλαδικής υλοποίησής τους για το σύνολο του προσωπικού που εργάζεται σε κοινοτικές δομές σχετικά με τη συμμόρφωση με το νέο μοντέλο φροντίδας και τον τρόπο παροχής βασικών πρακτικών και παρεμβάσεων στην κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα.
- Δημιουργία και εφαρμογή πλατφόρμας τηλεψυχιατρικής η οποία θα εξασφαλίζει την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ΛΥΨΥ, ενώ ταυτόχρονα θα καθιστά εφικτή την επέκταση του δικτύου και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.
- Συνέχιση λειτουργίας της εθνικής γραμμής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης 10306, τόσο για την αρχική διαχείριση προβλημάτων ΨΥ και παραπομπή στις πλησιέστερες δομές και ΥΨΥ. Οι γραμμές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχικής υγείας τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο των ληπτών και μπορούν να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών.
- Ενοποίηση των στατιστικών στοιχείων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας δημόσιων και ιδιωτικών, κοινοτικών και μη, και δημιουργία Εθνικού Μητρώου ψυχικής υγείας. Βασικό εργαλείο στην υλοποίηση του θα είναι ο ΑΜΚΑ με τελικό στόχο τη δημιουργία «ηλεκτρονικού βιβλιαρίου ψυχικής υγείας» των ασθενών, το οποίο θα περιλαμβάνει εκτός από τη συνταγογράφηση και την «κινητικότητα» των ασθενών. Μέσω της εφαρμογής θα επιτευχθεί καλύτερη και αποτελεσματικότερη διασύνδεση και επικοινωνία των δομών-μονάδων ψυχικής υγείας.
- Εγκατάσταση ασύρματου δικτύου υψηλής ποιότητας σε όλες τις δομές ψυχικής υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις προκλήσεις που αναγνωρίστηκαν ως προς την εύκολη πρόσβαση στο διαδίκτυο εντός των δομών ψυχικής υγείας.

4.3 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 14 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 2. Προβλέπεται η λειτουργία 84 νέων δομών και 22 νέων δράσεων και προγραμμάτων. Παράλληλα, προβλέπεται η ενίσχυση με προσωπικό 80 υφιστάμενων δημόσιων δομών και υπηρεσιών των οποίων το ανθρώπινο δυναμικό μειώθηκε καθόλη την προηγούμενη δεκαετία και η ενίσχυση των 300 Κέντρων Υγείας με πέντε ΕΨΥ έκαστο.

Πίνακας 14: Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 2

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνo)	91,58 εκ. €
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνo)	9,00 εκ. €
Ενίσχυση υφιστάμενων δημόσιων δομών & υπηρεσιών	13,80 εκ. €

Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	82,93 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	1,80 εκ. €

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3^ο ΑΞΟΝΑΣ: Ολοκλήρωση του δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους, με έμφαση στην πρόληψη, συμπεριλαμβάνοντας ειδική πρόβλεψη για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

5.1 Υφιστάμενη κατάσταση

5.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

5.3 Υφιστάμενη κατάσταση – Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

5.4 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων για άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

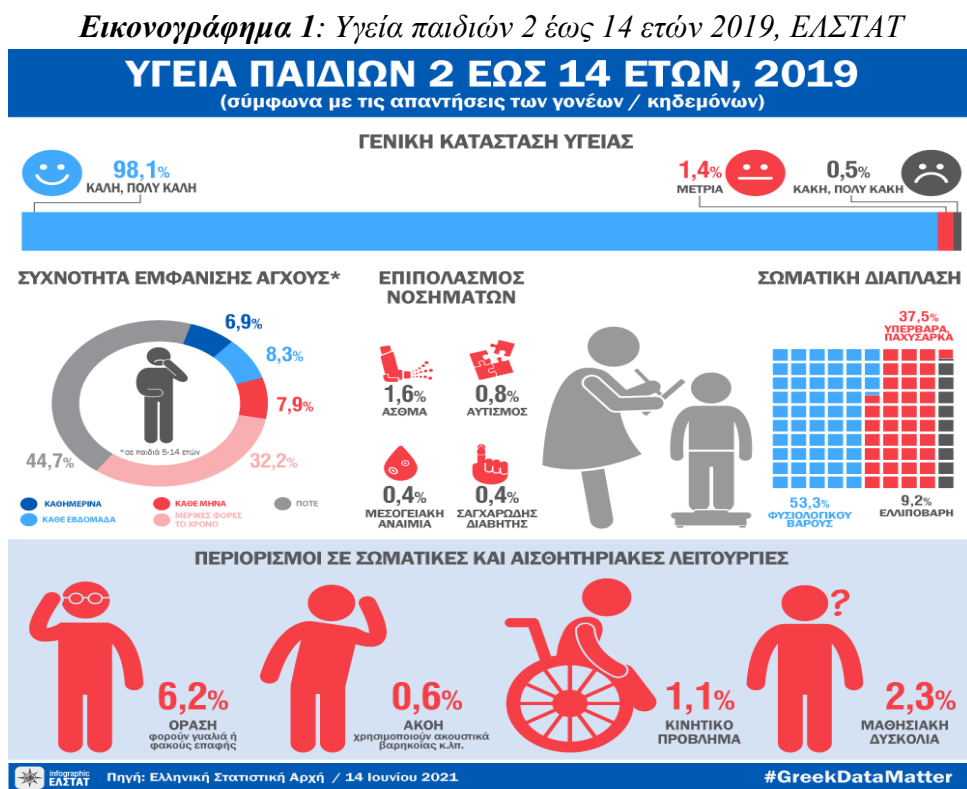
5.5 Κοστολόγηση

5.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Ο ψυχικές παθήσεις συχνά ξεκινούν από την παιδική ηλικία, αλλά μπορεί να επανεμφανιστούν με διαφορετικές μορφές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η υπόθεση «η παρέμβαση ως πρόληψη» βασίζεται στην παραδοχή ότι η χρήση κοινοτικών υπηρεσιών μπορεί να μειώσει την ψυχοπαθολογία κατά την παιδική ηλικία, χωρίς όμως να συνεπάγεται απαραίτητα με την πρόληψη αντίστοιχων προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή [31]

Στην Έρευνα Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ το 2019, εφαρμόστηκε πιλοτικά ξεχωριστό θεματικό ερωτηματολόγιο με τίτλο Υγεία Παιδιών. Η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 8.125 ιδιωτικών νοικοκυριών και σε ισάριθμα μέλη αυτών, σε ολόκληρη την Ελλάδα, ενώ το θεματικό ερωτηματολόγιο για την υγεία των παιδιών συμπληρώθηκε για 1334 παιδιά ηλικίας 2 έως 14 ετών. Η έρευνα δημοσιεύτηκε τον Ιούνιο του 2021 και σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων και κηδεμόνων, προκύπτει ότι το 6,9% των παιδιών εμφανίζει καθημερινά άγχος και το 8,3% εμφανίζει

συμπτώματα άγχους κάθε εβδομάδα. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών ανέρχεται στο 0,8% των παιδιών. Τέλος, το 10,2% των παιδιών παρουσιάζουν περιορισμούς σε σωματικές και αισθητηριακές λειτουργίες [32]. Η οπτικοποίηση της έρευνας φαίνεται στο εικονογράφημα 1 [32].



Στη χώρα μας δεν υπάρχουν πολλά επιδημιολογικά δεδομένα για τις ψυχικές διαταραχές και την Ψυχική Υγεία των Παιδιών και των Εφήβων (ΨΥΠΕ). Είναι γνωστό ωστόσο ότι στην κρίσιμη παιδική και εφηβική ηλικία έχει μεγάλη σημασία τόσο η πρόληψη όσο και η πρώιμη παρέμβαση στα ζητήματα που σχετίζονται με την ΨΥ. Ακόμη κι ένα «απλό πρόβλημα λόγου» για παράδειγμα, μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στην ενήλικη ζωή αν δεν δοθεί η κατάλληλη σημασία και φροντίδα. Μπορεί να φέρει δυσκολίες στη μαθησιακή επίδοση του ατόμου και δευτερογενώς ψυχολογικές δυσκολίες, μειωμένη αυτοεικόνα, να οδηγήσει σε διαταραχές διαγωγής, παραβατικότητα κ.λπ.

Η διοικητική οργάνωση του συστήματος ΥΨΥ προβλέπει την λειτουργία δικτύου ΥΨΥΠΕ ανά ΥΠε. Σε κάθε ΥΠε έχουν αναπτυχθεί Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤοΨυΠΕ). Ο σχεδιασμός του ολοκληρωμένου δικτύου Υπηρεσιών, οφείλει να «υπακούει» στις αρχές της Κοινωνικής Παιδοψυχιατρικής, (α) την αρχή της πλήρους παροχής για το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με το λιγότερο δυνατό κόστος και σε σύντομο χρονικό διάστημα, (β) την τομεοποίηση, (γ) την αρχή της προσβασιμότητας και της ανταποκρισιμότητας και (δ) την αρχή του θεραπευτικού

συνεχούς με σκοπό να εξασφαλίζει την φροντίδα παιδιών και εφήβων υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης, με εξειδίκευση στη διαγνωστική αξιολόγηση και την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στόχος και αποστολή κάθε δικτύου ΥΨΥΠΕ ανά ΥΠε, σύμφωνα με τον υφιστάμενο σχεδιασμό, είναι να εξυπηρετείται όλο το φάσμα των αναγκών ψυχικής υγείας του παιδικού /εφηβικού πληθυσμού και των οικογενειών τους, της περιοχής ευθύνης του, κοντά στον τόπο κατοικίας τους, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. Στο παρόν Εθνικό Σχέδιο περιλαμβάνονται δράσεις και ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών για την Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους.

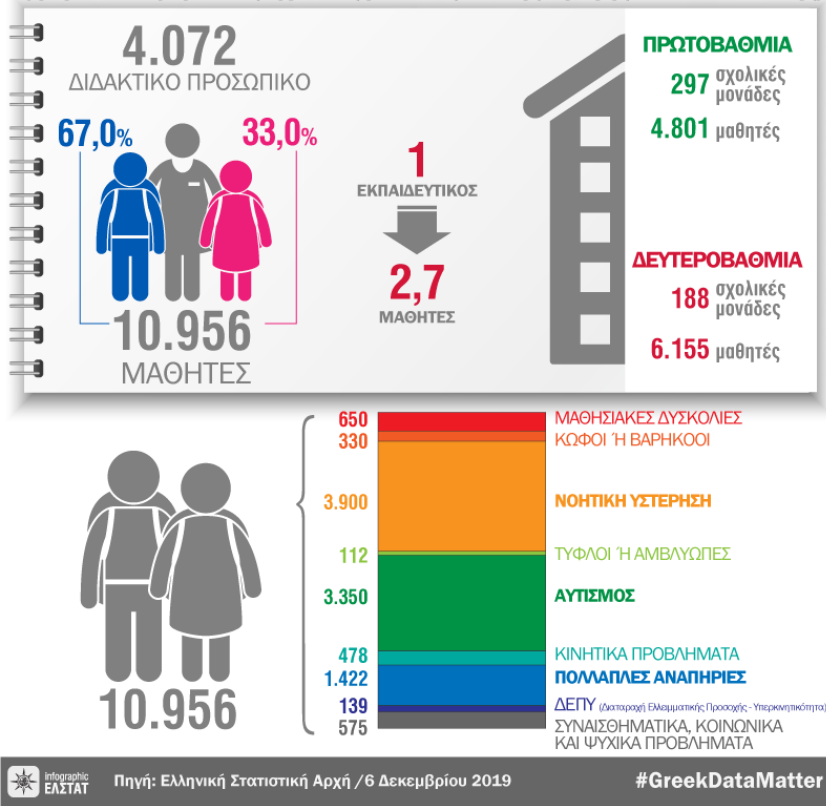
Οι ΜΨΥ παιδιών και εφήβων είναι περιορισμένες, αφορούν κυρίως Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΝΠΔΔ / ΝΠΙΔ) και η πλειοψηφία των ειδικών παιδοψυχιάτρων εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Ειδικότερα, η λειτουργία ενδονοσοκομειακών τμημάτων ΨΥΠΕ, αποτελεί ανάγκη στο θεραπευτικό σχεδιασμό για παιδιά με μείζονες ψυχικές διαταραχές. Κατά την παρούσα φάση τέτοια τμήματα λειτουργούν μόνο στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα. Ακόμα και σε αυτές όμως τις περιπτώσεις οι κενές θέσεις των Ψυχιάτρων Παιδιού και Εφήβου στον δημόσιο τομέα δεν προκηρύσσονται ή/και δεν αντικαθίστανται οι συνταξιοδοτηθέντες του Δημόσιου τομέα. Το σύστημα βασίζεται σημαντικά σε Επικουρικούς ιατρούς χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες της ειδικότητας.

Μετά την διάγνωση που συνήθως τίθεται από Υπηρεσίες του ΥΥ, στην αποκατάσταση, θεραπεία και μείωση της βλάβης, εμπλέκεται το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων που μέσω των ασφαλιστικής ικανότητας αποζημιώνει μέσω ΕΟΠΥΥ για τις ειδικές θεραπείες. Περαιτέρω στην πορεία το Υπουργείο Παιδείας, μέσω των Κέντρων Διεπιστημονικής Αξιολόγησης, Συμβουλευτικής και Υποστήριξης (ΚΕΔΑΣΥ) αλλά και μέσω των Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής (ΣΜΕΑ), παρεμβαίνει για τα ζητήματα που έχουν να κάνουν με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παιδιών με αναπηρίες, με μαθησιακές δυσκολίες κ.α. Σε πρόσφατη έρευνα Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης της ΕΛΣΤΑΤ που έλαβε χώρα στη λήξη του σχολικού έτους 2019/2020 και που δημοσιεύτηκε τον Δεκέμβριο του 2021, η επικρατέστερη ειδική εκπαιδευτική ανάγκη των εγγεγραμμένων μαθητών ήταν η νοητική υστέρηση σε ποσοστό 33,8% και η αμέσως επόμενη ήταν ο αυτισμός σε ποσοστό 33,0% (εικονογράφημα 2) [33]

Εικονογράφημα 2: Ειδική Αγωγή, 2017/2018

ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, 2017/2018

(η Έρευνα αφορά στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης)



Περαιτέρω, δεν θα πρέπει να διαφύγει της προσοχής ότι το Υπουργείο Δικαιοσύνης έχει βασικό ρόλο στις περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με Διαταραχές Διαγωγής και το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου έχει αρμοδιότητα για παιδιά και εφήβους που ανήκουν στις ομάδες των μεταναστών και προσφύγων, οι ανάγκες των οποίων σε ΥΨΥ δεν καλύπτονται από κάποιο τυπικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών.

Τέλος, μία σημαντική παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην οργάνωση, τον σχεδιασμό και τέλος την ανάπτυξη ΥΨΥΠΕ, είναι η νησιωτικότητα της χώρας και η ανάγκη ενίσχυσης των νησιών με ΥΨΥΠΕ, ίσως με μικρότερες ομάδες επαγγελματιών, με σκοπό την κάλυψη αναγκών που αποδεδειγμένα υπάρχουν και δεν καλύπτονται. Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις για τις ΥΨΥΠΕ στην χώρα μας.

Πίνακας 15: Βασικές διαπιστώσεις για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους στην χώρα μας

Διαπιστώσεις
Τριάντα τέσσερις (34) ΥΨΥΠΕ (από 155 που είχαν αρχικά προγραμματιστεί)
Δέκα επτά (17) εξειδικευμένα ΚΗ και ξενώνες φάσματος αυτισμού (από 3 το 1990)
Επτά (7) τμήματα παιδοψυχιατρικής σε ΓΝ και δέκα οκτώ (18) υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών σε Κέντρα ΨΥ και Κέντρο Ημερήσιας Νοσηλείας

Ογδόντα (80) κλίνες νοσηλείας σε όλη τη χώρα αποκλειστικά σχεδόν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Ελλιπείς μονάδες νοσηλείας στην Περιφέρεια Αττικής και εξαιρετικά περιορισμένες ή ανύπαρκτες στις υπόλοιπες περιφέρειες, πλην Θεσσαλονίκης, με εντονότερο πρόβλημα στις ανάγκες νοσηλείας εφήβων 16-18 ετών
Έλλειψη καταγραφών βασισμένων σε επιδημιολογικές μελέτες στη χώρα, η οποία θα καθορίσει την ανάπτυξη των αναγκών ΥΨΥΠΕ
Υποστελεχωμένες ή υπολειπόμενες ΥΨΥΠΕ
Ανάγκη ενίσχυσης με εξειδικευμένους ΕΨΥ (ιατροί με ειδικότητες παιδοψυχιάτρου και παιδιάτρου-αναπτυξιολόγου)
Πολλές κενές θέσεις ΕΨΥ (ιδίως Παιδοψυχιάτρων) στον δημόσιο τομέα
Ελλείψεις δομών και ΥΨΥ για την κάλυψη των αναγκών ατόμων με ΔΑΦ
Δημιουργία ΚΜ αστικού και εκπαίδευση προσωπικού για την φροντίδα ανήλικων και ασυνόδευτων προσφύγων
Ανάπτυξη πλατφόρμας τηλεψυχιατρικής και τηλεσυμβουλευτικής για παιδιά και εφήβους (Υπ. Υγείας, σε συνεργασία με ΗΔΙΚΑ και Υπ. Ψηφιακής Διακυβέρνησης)

Εν μέσω της **πανδημίας COVID-19** και μετά από αυτήν, αλλά και λόγω των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών της τελευταίας δεκαετίας καθώς και ειδικών ζητημάτων όπως το μεταναστευτικό, η ποιότητα ζωής και η ΨΥ των παιδιών και των εφήβων, επηρεάζονται ίσως ακόμα και να απειλούνται. Ως εκ τούτου, διαμορφώνεται η υποχρέωση για υπηρεσίες ευαίσθητοποιημένες και προσαρμοσμένες στις αντίστοιχες ανάγκες [34]. Αυτή η προσέγγιση πρέπει να αποτυπώνεται τόσο στο διαγνωστικό όσο και στο θεραπευτικό πλαίσιο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η επιβεβλημένα γρήγορη επέκταση της χρήσης της τηλευγείας, με υπηρεσίες μέσω τηλεφώνου ή βίντεο που παρέχει την προσβασιμότητα σε ένα φάσμα υπηρεσιών, μειώνοντας κατά το δυνατό τις ανισότητες και τα εμπόδια για την περίθαλψη στο τομέα της ψυχικής υγείας.

Στην χώρα μας κατά την διάρκεια της πανδημίας σχεδιάστηκε και έχει τεθεί σε πιλοτική εφαρμογή πλατφόρμα για παροχή υπηρεσιών τηλεψυχιατρικής και τηλεσυμβουλευτικής για παιδιά και εφήβους από το ΥΥ, σε συνεργασία με την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) και το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης.

Επιπλέον, με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών στο αρχικό τους στάδιο και την πρόληψη της υποτροπής και παροχής κατάλληλης θεραπείας, κυρίως σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, προβλέπεται στο σχεδιασμό η ανάπτυξη Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΜΕΠαΨυ), σε όλες τις Περιφέρειες της χώρας. Οι μονάδες αυτές πρόσφατα νομοθετήθηκαν και δημιουργήθηκε το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας τους με σκοπό να αναπτυχθούν ως υπηρεσίες άμεσης προτεραιότητας στην επόμενη προγραμματική περίοδο.

Περαιτέρω, το ΥΥ σχεδίασε και προχωράει στην υλοποίηση 5ετούς Επιστημονικού Προγράμματος Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων με δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος σε όλη την Επικράτεια. Πρόσφατα νομοθετήθηκε η πρόβλεψη για ανάπτυξη ΚΗ για φοιτητές σε Σχολές και Τμήματα των ΑΕΙ της χώρας, για την παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και συμβουλευτικής στους φοιτητές. Τέλος, η υπογραφή

Μνημονίου Συνεργασίας με την UNICEF που έλαβε χώρα στις 14 Ιουλίου του 2021 για την πρόληψη και ψυχοκοινωνική υποστήριξη Παιδιών και Εφήβων, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης σε διατροφικές διαταραχές και παχυσαρκία θα προσδώσει περαιτέρω δυναμική στις δράσεις του Εθνικού Σχεδίου.

Οι στόχοι του ΥΥ για την επόμενη περίοδο περιλαμβάνουν τη λειτουργία τουλάχιστον μίας (1) εξειδικευμένης κοινοτικής δομής ανά περιφέρεια που θα ικανοποιεί ανάγκες που δεν καλύπτονται στην κάθε περιφέρεια. Αναφορικά με τις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προβλέπεται η ανάπτυξη: α) πέντε (5) στεγαστικών μονάδων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Δωδεκάνησα. Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει και την ανάπτυξη δύο (2) ΚΗ που θα προσφέρουν υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες, με διαταραχές πρόσληψης τροφής, καθώς και δύο (2) ΚΗ για προπαραβατικούς ανηλικούς και τρεις (3) ξενώνες για παραβατικούς εφήβους.

Περαιτέρω, είναι επιβεβλημένο να οργανωθούν, δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας με σκοπό όλοι οι εμπλεκόμενοι (φροντιστές, γονείς, εκπαιδευτικοί,) να είναι ενήμεροι και να οδηγούνται σε έγκαιρη διάγνωση, πρόωμη παρέμβαση και περαιτέρω θεραπεία και αποκατάσταση. Τα προγράμματα μπορούν οργανωμένα να παρασχεθούν από υφιστάμενες δομές, όπως ΚΨΥ, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και ΚΜ με Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες στο πλαίσιο της αγωγής στη κοινότητα. Για να υλοποιηθούν τα ανωτέρω, θα ενισχυθούν αποφασιστικά οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα που διαπιστώνεται ότι είναι μονίμως υποστελεχωμένες. Τέλος, και οι ΚΜΨΥ πρέπει να ενισχυθούν με ειδικούς ιατρούς και νοσηλευτές μέσω της αύξησης των θέσεων ειδίκευσης τους.

Η εκπαίδευση των παιδοψυχιάτρων και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας θα πρέπει να διέπεται από τις αρχές και το πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής, με παράλληλη παροχή κινήτρων με σκοπό να επιλέξουν τις ειδικότητες αυτές. Περαιτέρω θα επαναξιολογηθεί το πλαίσιο αμοιβών των ιατρών για τις δομές που έχουν αναπτύξει τα ΝΠΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με σκοπό οι αμοιβές τους να είναι αντίστοιχες με αυτές των Ιατρών ΕΣΥ που ούτως ή άλλως δεν εντάσσονται στο ενιαίο μισθολόγιο που χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των αμοιβών όλων των υπολοίπων εργαζομένων.

Το ΥΥ, τέλος, θα αναλάβει πρωτοβουλίες συντονισμού των συναρμόδιων Υπουργείων (Παιδείας & Θρησκευμάτων, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Δικαιοσύνης κ.λπ.) τα οποία όπως αναφέρθηκε παραπάνω παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους. Σκοπός του συντονισμού θα είναι η διασύνδεση των υπηρεσιών που παρέχουν φορείς αυτών των Υπουργείων για να διαμορφωθεί τελικά ένα δίκτυο, με ένα ενιαίο σύνολο παρεχόμενων υπηρεσιών και φροντίδας για τα παιδιά και τους εφήβους. Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι βασικές προκλήσεις για την ανάπτυξη ΥΨΥΠΕ στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου.

Πίνακας 16: Βασικές προκλήσεις για την ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Προκλήσεις
Λειτουργία τουλάχιστον μίας (1) εξειδικευμένης κοινοτικής δομής ανά περιφέρεια
Ανάπτυξη πέντε (5) στεγαστικών μονάδων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Νότιο Αιγαίο)
Ανάπτυξη δυο (2) ΚΗ που θα προσφέρουν υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες, με διαταραχές πρόσληψης τροφής
Ανάπτυξη δυο (2) ΚΗ για προπαραβατικούς ανηλίκους
Ανάπτυξη τριών (3) ξενώνων για παραβατικούς εφήβους
Ανάπτυξη ΜΕΠαΨυ, σε όλες τις Περιφέρειες της χώρας
Ανάπτυξη τουλάχιστον μίας (1) εξειδικευμένης κοινοτικής δομής για άτομα με ΔΑΦ στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας
Λειτουργία τουλάχιστον μίας (1) εξειδικευμένης κοινοτικής δομής ανά περιφέρεια
Ανάπτυξη Κέντρων Ημέρας για φοιτητές σε Σχολές και Τμήματα των ΑΕΙ της χώρας

5.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις αποτυπώνονται στον πίνακα 17.

Πίνακας 17: Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 3

a/a	Άξονας 3 Ολοκλήρωση του δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους, συμπεριλαμβανομένης ειδικής πρόβλεψης για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
1	Ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων στην επικράτεια
2	Διεύρυνση υπηρεσιών ΚΨΥ/ΚΟ.ΚΕ.Ψ.Υ.Π.Ε και ΚΗ με υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους
3	Ανάπτυξη ΜΨΑ: τεσσάρων (4) Στεγαστικών μονάδων, δύο (2) ΚΗ για παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με ΔΠΤ, δύο (2) ΚΗ για προπαραβατικούς ανηλίκους
4	Ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών (ΚΗ γενικού τύπου & ΚΜ), εξειδικευμένων ΚΗ για παιδιά, εφήβους & νεαρούς ενήλικες (Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, προπαραβατικών ανηλίκων, κακοποιημένων παιδιών, οικογενειών, παιδιών, εφήβων & νεαρών ενηλίκων με νεοπλασματικές ασθένειες) & ΜΨΑ,
5	Ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας & υποστήριξης ατόμων με ΔΑΦ με την συμπερίληψη όλων των επιμέρους υπηρεσιών που παρέχονται μέσω συναρμοδίων Υπουργείων (προσαρμογές, συνέργειες, ψηφιοποίηση διαδικασιών)

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α. Δομές

- Ανάπτυξη τεσσάρων (4) Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων στην επικράτεια (Αττική, Πελοπόννησος, Θεσσαλία, Ήπειρος).
- Ανάπτυξη Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ως εξής:
 - α) Πέντε (5) Στεγαστικών μονάδων (Αττική, Λ. Μακεδονία, Νότιο Αιγαίο),
 - β) Δύο (2) ΚΗ για παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Αττική, Κ. Μακεδονία),
 - γ) Δύο (2) ΚΗ για προπαραβατικούς ανηλίκους,

- δ) Τρείς (3) ξενώνες για παραβατικούς ανηλίκους (Αττική, Κ. Μακεδονία),
 - ε) Δύο (2) ΚΗ για κακοποιημένα παιδιά (Αττική, Κ. Μακεδονία),
 - στ) Δύο (2) ΚΗ γενικού τύπου,
 - ζ) Δέκα τρείς (13) ΚΜ (Αττική, Νότιο Αιγαίο, Βόρειο Αιγαίο, Κ. Μακεδονία, Δ. Μακεδονία, Αν. Μακεδονία και Θράκη, Στερεά Ελλάδα, Θεσσαλία, Πελοπόννησος, Ιόνια Νησιά, Ήπειρος, Κρήτη)
- Ανάπτυξη μίας (1) τουλάχιστον ΜΕΠαΨυ σε κάθε Περιφέρεια της χώρας, με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων ψυχωτικών διαταραχών, κυρίως σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες.
 - Δημιουργία και λειτουργία πέντε (5) ΚΗ για την πρόληψη, τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων ψυχικής υγείας των φοιτητών (Αττική, Κ. Μακεδονία, Δυτική Ελλάδα, Κρήτη, Ήπειρος).
 - Ανάπτυξη μιας (1) στεγαστικής μονάδας υψηλής προστασίας, η οποία θα υποστηρίξει πρόσφυγες/ μετανάστες με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (μείζονες ψυχικές διαταραχές) προκειμένου, να επανενσωματωθούν στις δομές φιλοξενίας από τις οποίες προέρχονται (Αττική).
 - Ανάπτυξη δύο (2) ΚΗ, ώστε αφενός να παρέχεται εποπτεία και κατάρτιση στους επαγγελματίες των δομών φιλοξενίας των προσφύγων σε ό,τι αφορά στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη τους και αφετέρου να παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες (Αττική, Κ. Μακεδονία).
 - Ανάπτυξη τεσσάρων (4) Μονάδων Ψυχικής Υγείας για την στήριξη της Οικογένειας (Αττική, Κ. Μακεδονία, Δυτική Ελλάδα). Τα ΚΗ θα υποστηρίζουν τόσο ενήλικες, όσο και παιδιά και εφήβους. Στόχος είναι η υποστήριξη και η αντιμετώπιση των προβλημάτων των ανθρώπων στο πλαίσιο των σχέσεων τους με σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους και του κοινωνικού δικτύου τους λαμβάνοντας το οικογενειακό σύστημα ως μια κοινωνική μονάδα.
 - Διεύρυνση υπηρεσιών υφιστάμενων Κέντρων ΨΥ και ΚΗ με υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους.
 - Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών για νεαρά άτομα με διπλές διαγνώσεις, διατροφικές διαταραχές, κατάχρηση και εθισμό στο διαδίκτυο, καθώς και μονάδες παροχής προσωρινής φροντίδας (respite care) για ειδικούς πληθυσμούς.
 - Δομή με αποκλειστικό στόχο την παροχή τηλευπηρεσιών σε περιοχές με ανάγκη και σε συνεργασία με τις τοπικές μονάδες ΠΦΥ και τα σχολεία.

β) Δράσεις

- Δημιουργία Διυπουργικής Ομάδας με επισπεύδων το ΥΥ και συμμετέχοντα τα Υπουργεία Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Παιδείας, Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Δικαιοσύνης, Μεταναστευτικής Πολιτικής για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης των παιδιών και των εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας (προσαρμογές, συνέργειες, ψηφιοποίηση διαδικασιών προς όφελος των ΛΥΨΥ).

- Συνεργασία με τα ανωτέρω αρμόδια υπουργεία για την εφαρμογή μέτρων όπως η αναδοχή, η πρόσβαση στην τυπική εκπαίδευση και η μείωση της γραφειοκρατικής διαδικασίας και επιτάχυνση της εξέτασης των αιτημάτων ασύλου και οικογενειακής επανένωσης.
- Θεσμοθέτηση και λειτουργία συστήματος Μετάβασης (transition) από υπηρεσίες παιδιού και εφήβου σε αντίστοιχες ενηλίκων (έχει αναπτυχθεί σχετικό πρωτόκολλο από την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Ινστιτούτου Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου).
- Περαιτέρω συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης με την διεύρυνση των δράσεων του Μνημονίου Συνεργασίας σε ειδικά θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.

γ) Προγράμματα

- Επιμόρφωση εκπαιδευτικών σε θέματα Ειδικής Αγωγής μέσω του Προγράμματος Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος.
- Ενίσχυση των Κέντρων Διεπιστημονικής Αξιολόγησης, Συμβουλευτικής και Υποστήριξης (ΚΕΔΑΣΥ) με Ψυχιάτρους Παιδιών και Εφήβων και θεσμοθέτηση συνεργασίας ΚΕΔΑΣΥ και ΥΨΥΠΕ, με δεδομένη τη συνοσηρότητα μαθησιακών δυσκολιών (ειδικών και μη) και προβλημάτων ψυχικής υγείας.
- Πρόγραμμα “Παρατηρητήριο” για τον Εθισμό στο Διαδίκτυο και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια (National Observatory for Internet and Gaming Addiction – NOIAD).
- Ενοποιημένο Μοντέλο Προοδευτικής Φροντίδας και Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΠΦΗΨΥ) για παιδιά και εφήβους συνιστά ένα περιεκτικό εργαλείο κλινικής πρακτικής και αποσκοπεί στη βελτίωση του συντονισμού και συνεργασίας των ΨΥΠΕ, εντός και εκτός της κοινότητας. Βασικοί στόχοι του ΠΦΗΨΥ:
 - Ενδυνάμωση και εντατικοποίηση της πρώιμης παρέμβασης και πρόληψης σε παιδιά και εφήβους με προβλήματα ψυχικής υγείας
 - Υποστήριξη των ΥΨΥ εντός και εκτός της κοινότητας
 - Ανάπτυξη ενός προσβάσιμου ηλεκτρονικού συστήματος ΥΨΥ που ανταποκρίνεται άμεσα και με ακρίβεια στις ανάγκες των ενδιαφερόμενων οικογενειών
 - Εξομάλυνση της διασύνδεσης των συνεργαζόμενων υπηρεσιών/φορέων, διευκόλυνση στη μετάβαση μεταξύ των υπηρεσιών
 - Προαγωγή της επιδημιολογικής και κλινικής έρευνας σε εθνικό επίπεδο
 - Περαιτέρω εφαρμογή και γενίκευση του προγράμματος “LET’S TALK ABOUT CHILDREN”

Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

5.3 Υφιστάμενη κατάσταση - Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

Οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ κατά DSM-5) ή Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ κατά ICD-10), έχουν κύριες εκφάνσεις σε επίπεδο συμπτωμάτων, τα ελλείματα στην επικοινωνία, στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την εκδήλωση στερεοτυπιών ή και περιορισμένων ειδικών ενδιαφερόντων και τις αισθητηριακές δυσκολίες. Με τον όρο Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή υποδηλώνεται ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζονται όλοι οι αναπτυξιακοί τομείς της ζωής του ατόμου ήδη από τη διαδικασία της γέννησης, ενώ με τον όρο φάσμα τονίζεται η ποικιλία, το μεγάλο εύρος και η ένταση των παρατηρούμενων συμπτωμάτων, συμπεριφορών και δεξιοτήτων. Στο παρόν Εθνικό Σχέδιο ακολουθείται η χρήση του όρου ΔΑΦ, έναντι του όρου ΔΑΔ, διότι είναι ο πρώτος και πιο αναγνωρίσιμος στην κοινωνία.

Οι ΔΑΦ αποτελούν μια κατάσταση, η οποία ακολουθεί το άτομο καθόλη τη διάρκεια της ζωής του. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία, υπάρχει όμως αποκατάσταση, σε όλα τα επίπεδα της καθημερινότητας των ατόμων με ΔΑΦ, προκειμένου μετά τη διάγνωση τα ίδια τα άτομα να προετοιμαστούν και να αποκτήσουν τις δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα, χρειάζεται να δημιουργηθούν οι συνθήκες ώστε κάθε άτομο με ΔΑΦ και η οικογένειά του να μπορεί να απολαμβάνει ισότιμα τις Υπηρεσίες Υγείας (ιατρική, οδοντιατρική κ.ά. κάλυψη) και αυτοφροντίδας και να έχουν ισότιμη πρόσβαση με όλους τους πολίτες σε όλα τα κοινωνικά αγαθά, όπως η εκπαίδευση, η εργασία, η ψυχαγωγία, η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα κ.α.

Η ένταση των παρατηρούμενων συμπτωμάτων είναι αυτή που καθορίζει και την καθολικά πια χρησιμοποιούμενη κλίμακα κατηγοριοποίησης χαμηλή-μέση-υψηλή λειτουργικότητα, της οποίας η δόμηση γίνεται με άξονα την δυνατότητα του κάθε ατόμου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του, οι οποίες δεν συμβαδίζουν πάντα με τον δείκτη νοημοσύνης. Ένα άτομο με ΔΑΦ μπορεί να χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό ή ανώτερο του φυσιολογικού δείκτη νοημοσύνης, αλλά οι δυσκολίες που συναντά στην καθημερινότητά του, λόγω αισθητηριακών ή και κοινωνικών ελλειμάτων, να το κατατάσσουν στη μέση λειτουργικότητα, το οποίο σημαίνει ότι χρειάζεται αυξημένη υποστήριξη σε επίπεδο καθημερινής ζωής, αλλά και την κατάρτιση εξειδικευμένου προγράμματος αποκατάστασης, προσαρμοσμένου στις ανάγκες του. Ταυτόχρονα οι γονείς και τα μέλη των οικογενειών των ατόμων με ΔΑΦ χρειάζονται συνεχή καθοδήγηση, υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση, τόσο για να φροντίζουν και να υποστηρίζουν τα παιδιά τους με ΔΑΦ, όσο και για να μπορέσουν, οι ίδιοι, να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα από τον ΠΟΥ δείχνουν ότι παγκοσμίως 1 στα 270 άτομα χαρακτηρίζεται από ΔΑΦ, ενώ στην Ελλάδα πρόσφατη μελέτη επιπολασμού που είναι και η πρώτη που διεξήχθη στη χώρα, [35] έδειξε ότι το ποσοστό των παιδιών 10 και 11 ετών με ΔΑΦ ανέρχεται σε 1.15/100 άτομα. Αντίστοιχα στις ΗΠΑ μελέτη του 2016 σε παιδιά 8 ετών ανεβάζει το ποσοστό

στα 1/54 άτομα. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα, βασιζόμενοι στα δεδομένα της ελληνικής μελέτης, ζουν 124.387 άτομα με ΔΑΦ (99,978 ενήλικες και 24,409 παιδιά).

Σύμφωνα με άλλες αναφορές, στη χώρα μας υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 150.000 άτομα με ΔΑΦ. Οι ΔΑΦ εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία κλινικής έκφρασης, με το 70% των ατόμων να παρουσιάζει ταυτόχρονα διαφορετικής σοβαρότητας νοητική υστέρηση, το 20% νοητικές λειτουργίες σε φυσιολογικό επίπεδο και το υπόλοιπο 10% υψηλό επίπεδο νοητικών δεξιοτήτων.

Τις περισσότερες φορές, η διάγνωση ότι ένα παιδί έχει ΔΑΦ τίθεται όταν ενταχθεί σε σχολικό πλαίσιο ή και αργότερα. Άτομα με ΔΑΦ μπορεί να διαφέρουν πολύ στη νοημοσύνη και στην ικανότητα ομιλίας, αλλά όλα σχεδόν έχουν μια κυριολεκτική αντίληψη για τον κόσμο και περιορισμένα ενδιαφέροντα, ενώ αδυνατούν να έχουν τις κατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις. Πολλά έχουν ειδικές δεξιότητες, όπως πολύ ισχυρή μνήμη, ενώ λίγα έχουν πολύ υψηλή νοημοσύνη ή «ιδιοφυία» για ορισμένα γνωστικά αντικείμενα, όπως για παράδειγμα τα μαθηματικά. Αυτή η ανομοιογένεια και η συνύπαρξη ελλειμμάτων με δεξιότητες κάνουν τις ΔΑΦ ακόμα πιο δύσκολο να κατανοηθούν και να αντιμετωπιστούν μέσα από μία ολιστική προσέγγιση.

Περαιτέρω, τα άτομα με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες που συνδέονται με το στίγμα και τις διακρίσεις καθώς και με την έλλειψη πρόσβασης σε φροντίδα. Διακρίσεις, κακοποίηση και απομόνωση έχουν επισημανθεί, με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματά τους να παραβιάζονται. Κρίσιμης σημασίας είναι επίσης η στήριξη των γονέων, η βελτίωση της δημόσιας εκπαίδευσης ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μαθητών με ΔΑΦ καθώς και η δημιουργία θέσεων εργασίας με βάση τις ικανότητες και τις δυνάμεις τους.

Αν και την τελευταία δεκαετία έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στον τομέα της πρώιμης ανίχνευσης και διάγνωσης ατόμων με ΔΑΦ, μεγάλος αριθμός παιδιών καθυστερεί να λάβει τη διάγνωση. Το 90% των παιδιών που λαμβάνουν τη διάγνωση μετά την ηλικία των τριών ετών -και συχνά πολύ αργότερα (μέχρι και 6 ετών) -είχαν συμπτώματα πριν την ηλικία των 24 μηνών. Οι οικογένειες βιώνουν σημαντική χρονική καθυστέρηση ανάμεσα στο χρονικό σημείο που αντιλαμβάνονται τις πρώτες δυσκολίες, το σημείο που ζητούν βοήθεια από ιατρό, τη περίοδο που αξιολογείται και το χρονικό σημείο κατά το οποίο λαμβάνουν τη διάγνωση. Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση επιτρέπει την πρώιμη παρέμβαση που παρέχει ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη για το παιδί ως προς την ανάπτυξη του, τη βελτίωση των γνωστικών και εκπαιδευτικών ικανοτήτων του αλλά και τη γενικότερη υποστήριξη της οικογένειας.

Σύμφωνα με την Ταχεία Αξιολόγηση μέχρι και πριν μία δεκαετία τα άτομα με ΔΑΦ αντιμετωπίζονταν ως εάν να είχαν νοητική υστέρηση. Στα παιδιά με διαφορετικές ανάγκες δινόταν θεραπεία η οποία δεν απέδιδε. Η κατάσταση αλλάζει τα τελευταία χρόνια με προωθητική δύναμη το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ωστόσο, δεν υπάρχουν καθορισμένες υπηρεσίες ή διαδικασίες για την έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή των ατόμων με ΔΑΦ με αποτέλεσμα οι γονείς να παρατηρούν κάποιες ενδείξεις (π.χ. ανησυχούν λόγω καθυστέρησης της έναρξης ομιλίας), οι παιδίατροι να θέτουν την ένδειξη, αλλά η διαδικασία αξιολόγησης και επομένως απόδειξης να

προσκρούει στο γεγονός ότι στο δημόσιο σύστημα δεν διατίθενται πολλοί επαγγελματίες που θα βεβαιώσουν τυπικά και επίσημα την διάγνωση. Περαιτέρω, οι αξιολογήσεις εκτός δημόσιου συστήματος μέχρι πριν λίγα χρόνια δεν αναγνωρίζονταν και δεν αποζημιώνονταν. Πλέον και οι ιδιώτες παιδοψυχίατροι γνωματεύουν τις ΔΑΦ με αποτέλεσμα να καλύπτονται οι θεραπείες από τον ΕΟΠΥΥ. Ωστόσο όταν τα άτομα με ΔΑΦ ενηλικιωθούν θα πρέπει να απευθυνθούν σε ψυχιάτρους για την ανάληψη της συνέχισης της θεραπείας τους με ελάχιστους ψυχιάτρους να έχουν εμπειρία σε άτομα με ΔΑΦ. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων και των Νοσοκομείων δεν καθοδηγούν τους γονείς, καθώς δεν υπάρχει διασύνδεση ανάμεσα στους γονείς και τις υπηρεσίες, αλλά ούτε και διασύνδεση των δομών μεταξύ τους, γεγονός που κάνει τους γονείς να πασχίζουν να βρουν το μονοπάτι φροντίδας τους στο σύστημα.

Σήμερα στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες σε άτομα με ΔΑΦ και τις οικογένειες τους παρέχονται από φορείς και υπηρεσίες που εποπτεύονται από το ΥΥ, το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και σε κάποιες περιπτώσεις από υπηρεσίες των ΟΤΑ. Οι πολυδιασπασμένες, αποσπασματικές και καθετοποιημένες αυτές υπηρεσίες καταλήγουν να εξαντλούν τα ίδια τα άτομα και τις οικογένειες τους πολυεπίπεδα (οικονομικά, κοινωνικά, εργασιακά κ.α.).

Μέσω του ΥΥ παρέχονται υπηρεσίες μέσω κάποιων Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων ή ΚΨΥ με Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες και μέσω κάποιων ΚΗ, ενώ ειδικές παρεμβάσεις αποζημιώνονται μέσω δαπανών οι οποίες καταβάλλονται στους γονείς. Ο ΕΟΠΥΥ επιχείρησε να εντάξει τους ειδικούς θεραπευτές στο σύστημα αποζημιώσεων του, με την πλειοψηφία των θεραπευτών να μην υπαχθούν στο νέο καθεστώς. Τα επιδόματα που προβλέπονται στις περιπτώσεις κάποιων ατόμων με ΔΑΦ δίδονται από το Υπουργείο Εργασίας και Πρόνοιας, μέσω των υπηρεσιών των Δήμων και των Περιφερειών, ενώ οι αξιολογήσεις και η τοποθέτηση σε εκπαιδευτικό πλαίσιο ανήκει στην ευθύνη του Υπουργείου Παιδείας, το οποίο δεν ασκεί ουσιαστική συμβουλευτική στις οικογένειες με σκοπό να γίνει κατάταξη στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο.

Με αφορμή την ημέρα ευαισθητοποίησης για τις ΔΑΦ στις 2 Απριλίου, η ΕΛΣΤΑΤ το 2021 δημοσίευσε στοιχεία για τους μαθητές με ΔΑΦ που φοιτούσαν σε Ειδικά Σχολεία. Στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση οι μαθητές ανήλθαν στους 2.006 το έτος 2018/2019, έναντι 1.630 το έτος 2014/2015, ενώ στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση οι μαθητές ανήλθαν στους 1.619 το έτος 2018/2019, έναντι 1.027 το έτος 2014/2015. Τα ανωτέρω δεδομένα υποδεικνύουν ότι την τελευταία πενταετία ο αριθμός των ατόμων με ΔΑΦ που εντάχθηκαν σε εκπαιδευτικό πλαίσιο αυξήθηκε χαρακτηριστικά.

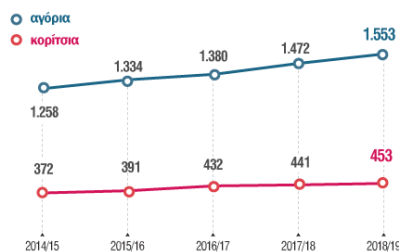
Εικονογράφημα 3: Δεδομένα ατόμων με ΔΑΦ που εντάχθηκαν σε εκπαιδευτικό πλαίσιο [36]

2 Απριλίου, ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

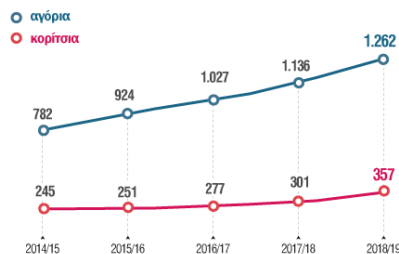
Ad hoc Έρευνα Υγείας Παιδιών ηλικίας 2-14 ετών, 2019 / Έρευνα Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης



ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΕ ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ



ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΕ ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή / 2 Απριλίου 2021

#GreekDataMatter

Οι θεσμοθετημένες από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ) συνήθως δεν μπορούν να καλύψουν με επάρκεια τις ανάγκες των ατόμων με ΔΑΦ. Αυτό συμβαίνει διότι η στελέχωση τους έχει γίνει βάση των αναγκών των ατόμων με νοητική υστέρηση (δύο φροντιστές ανά ένα άτομο με ΔΑΦ) καθώς οι γενικότερες ανάγκες των ατόμων με ΔΑΦ συχνά απαιτούν μεγαλύτερη στελέχωση από αυτή που προβλέπεται. Περαιτέρω, τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΑΠ ΑμεΑ) και τα Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίας (ΚΔΗΦ ΑμεΑ), αποτελούν κοινοτικές δομές του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων για παιδιά, νεαρά κυρίως άτομα, παιδιά με ελαφράς μορφής κινητικά προβλήματα (ΚΔΑΠ) και για άτομα με αναπηρία (ΚΔΗΦ), χωρίς ωστόσο εξειδίκευση για άτομα με ΔΑΦ. Με τα δεδομένα που ισχύουν σήμερα, μόνο τα ΚΗ και κάποιοι λίγοι Ξενώνες και Οικοτροφεία του ΥΥ, κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα, καλύπτουν κάπως και κάποιες από τις ανάγκες των ατόμων με ΔΑΦ και των οικογενειών τους, με τις ανάγκες όμως να είναι πολύ περισσότερες από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Τέλος, σχετικά με ζητήματα ανεύρεσης εργασίας και επίλυσης λοιπών θεμάτων της ενήλικης ζωής και της τρίτης ηλικίας των ατόμων με ΔΑΦ (υγείας, στέγασης, υποστήριξης μετά την απώλεια του οικογενειακού περιβάλλοντος και λοιπής υποστήριξης), η κατάσταση είναι ακόμα πιο αποκαρδιωτική, με σχεδόν πλήρη απουσία δομών και υπηρεσιών. Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και οι προκλήσεις για τις υπηρεσίες για άτομα με ΔΑΦ.

Πίνακας 18: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για τις υπηρεσίες για άτομα με ΔΑΦ

Διαπιστώσεις
Δέκα επτά (17) εξειδικευμένα ΚΗ και ξενώνες φάσματος αυτισμού (από 3 το 1990)
Κινητήριος δύναμη για την ανάπτυξη των όποιων υπηρεσιών στην χώρα μας ήταν το ΥΥ μέσω του προγράμματος της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
Αδυναμία έγκαιρης διάγνωσης και πρώιμης παρέμβασης στα άτομα με ΔΑΦ
Τα άτομα με ΔΑΦ και οι οικογένειες τους χρειάζονται ποικίλες υπηρεσίες από την ώρα της ιχνηλάτησης στα βρέφη έως τις απαραίτητες υπηρεσίες των υπερηλίκων με ΔΑΦ
Προκλήσεις
Απουσία διασύνδεσης των σχετιζόμενων Υπουργείων με στόχο την κάλυψη των αναγκών και την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας σε όλες τις ηλικίες των ατόμων με ΔΑΦ
Απουσία υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών ατόμων με ΔΑΦ (οδοντιατρική, νοσοκομειακή, αποκατάστασης κ.λπ.)
Απουσία υπηρεσιών υποστήριξης των γονέων και των μελών της οικογένειας των ατόμων με ΔΑΦ
Ελλείψεις δομών και ΥΨΥ για την κάλυψη των αναγκών ατόμων με ΔΑΦ ανάλογα με τη λειτουργικότητα, την ηλικία και τον τόπο διαμονής
Απουσία δομών για την κάλυψη στεγαστικών αναγκών ατόμων με ΔΑΦ στην ενήλικη ζωή και στην τρίτη ηλικία
Απουσία προγραμμάτων επαγγελματικής ένταξης και αποκατάστασης ατόμων με ΔΑΦ με εκπαίδευση, προσαρμογή και προγράμματα προστατευόμενης και υποστηριζόμενης απασχόλησης

Η πανδημία COVID-19 σήμανε ένα τεράστιο φορτίο για τα άτομα με ΔΑΦ και τις οικογένειες τους που σήμερα, περισσότερο παρά ποτέ, χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη και με τις οικογένειες να χρειάζονται και να αποζητούν μεγαλύτερα διαλείμματα από την φροντίδα των ατόμων με ΔΑΦ. Κατά το πρώτο κύμα και το συνοδό γενικευμένο lockdown διακόπηκαν σχεδόν ολοκληρωτικά οι υπηρεσίες που παρέχονταν στα άτομα με ΔΑΦ και στις οικογένειες τους. Κάποιες υπηρεσίες παρέχονταν απομακρυσμένα, με αρκετούς παρόχους να ετοιμάζουν ψηφιακό υλικό και παρεμβάσεις για τα άτομα με ΔΑΦ και τις οικογένειες τους να παραμένουν κατ' οίκον. Κατά το δεύτερο κύμα, του συνοδού γενικευμένου lockdown αλλά και των μετέπειτα κυμάτων και των τοπικών περιορισμών που έτιθεντο στους επιμέρους τομείς δραστηριότητας (οικονομία, εκπαίδευση κ.α.), όλες οι υπηρεσίες αρμοδιότητας του ΥΥ, του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και του Υπουργείου Παιδείας & Θρησκευμάτων που αφορούσαν στην υποστήριξη ατόμων με ΔΑΦ και των οικογενειών τους παρέμεναν ανοικτές και η λειτουργία τους υποστηρίχθηκε συστηματικά. Για παράδειγμα ενισχύθηκαν με διαγνωστικά τεστ, με μέσα ατομικής προστασίας ενώ τέλος, όλα

τα άτομα με ΔΑΦ εντάχθηκαν στις ομάδες που προτεραιοποιήθηκαν για τον εμβολιασμό έναντι της COVID-19.

Οι προκλήσεις αυτού του Εθνικού Σχεδίου σε ότι αφορά στα άτομα με ΔΑΦ και τις οικογένειες τους είναι πολύ μεγαλύτερες διότι ξεπερνούν, όπως καταδεικνύεται, τις ανάγκες υγείας καθώς καλούνται να καλύψουν τι πολυποίκιλες ανάγκες σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής των ατόμων με ΔΑΦ. Τέλος, παρόλο που οι ΔΑΦ εντάχθηκαν στον 3^ο άξονα με τίτλο «Ολοκλήρωση του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, συμπεριλαμβάνοντας ειδική πρόβλεψη για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» η συγγραφική ομάδα εμπεριέχει στο παρόν έγγραφο προτάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών για όλο το ηλικιακό φάσμα των ατόμων με ΔΑΦ, όπως επίσης και προτάσεις που υπερβαίνουν τη στενή έννοια των αρμοδιοτήτων του ΥΥ, με σκοπό την δια βίου κάλυψη αναγκών των ατόμων με ΔΑΦ και των οικογενειών τους. Από όλα τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι για την κάλυψη των, δια βίου, αναγκών των ατόμων με ΔΑΦ και των οικογενειών τους απαιτείται η δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών με ποικίλες υπηρεσίες από την ώρα της ιχνηλάτησης στα βρέφη έως τις απαραίτητες υπηρεσίες των υπερηλίκων με ΔΑΦ.

Αναλυτικότερα προτείνονται δομές και υπηρεσίες: **α) Για παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, οι οποίες** θα αποσκοπούν στην διάγνωση, αξιολόγηση, σχεδιασμό παρέμβασης και συμβουλευτική υποστήριξη. Η αντιμετώπιση στηρίζεται στο σπίτι, με παράλληλη ένταξη του παιδιού σε Κέντρα Ημέρας Πρώιμης Παρέμβασης, σε παιδικό σταθμό, στο νηπιαγωγείο και ταυτόχρονη εκπαίδευση και στήριξη της οικογένειας. Μία τέτοια υπηρεσία θα ήταν ιδανικό να αναπτυχθεί ανά 50.000 γενικού πληθυσμού, που αφορώντας παιδιά 2-8 ετών θα εξυπηρετούσε τις ανάγκες 30 - 40 παιδιών. Αυτή η πρωτοβουλία θα πρέπει να συντονιστεί και με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων το οποίο προβλέπει στον δικό του σχεδιασμό την ανάπτυξη ΣΥΔ και ΚΔΑΠ για άτομα με ΔΑΦ, **β) Για εφήβους με ΔΑΦ**, οι οποίες θα τους υποστηρίζουν στην παραμονή στο πρόγραμμα του εκπαιδευτικού πλαισίου στο οποίο είναι ενταγμένοι. Περαιτέρω, σε αυτές τις υφιστάμενες ή νέες δομές και υπηρεσίες, θα παρέχονται συμβουλευτική υποστήριξη, καθοδήγηση, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ένταξης, **γ) Για ενήλικες με ΔΑΦ**, οι οποίες θα ασχολούνται με παρεμβάσεις που θα εστιάζουν αφενός στην εξεύρεση εργασιακών πλαισίων και παραμονή σε αυτά, αφετέρου στην αντιμετώπιση αναγκών στέγασης και διαβίωσης. Αυτή η πρωτοβουλία θα πρέπει να συντονιστεί και με το Υπουργείο Εργασίας το οποίο προβλέπει στον δικό του σχεδιασμό την ανάπτυξη ΣΥΔ και υπηρεσιών για άτομα με ΔΑΦ μέσω των Κέντρων Κοινότητας καθώς και προγραμμάτων εργασιακής υποστήριξης, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες για αυτόν τον σχεδιασμό.

5.4 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων για άτομα με ΔΑΦ

α. Δομές

- Δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης ατόμων με ΔΑΦ για την ολιστική κάλυψη αναγκών από την ώρα της διάγνωσης και καθόλη τη διαδρομή αποκατάστασης σε όλες τις ηλικίες.
 - α) Δημιουργία ή επέκταση υφιστάμενης βάσης δεδομένων/πλατφόρμας -εφαρμογής, στην οποία θα περιλαμβάνονται οι υπάρχουσες Υπηρεσίες Υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα), η υφιστάμενη νομοθεσία και άλλων απαραίτητων πληροφοριών, για τα άτομα με ΔΑΦ και τις οικογένειες τους. Περαιτέρω, θα υπάρχει διασύνδεση με άλλες πλατφόρμες που σχετίζονται με θέματα εκπαίδευσης, εργασίας και υποστήριξης.
 - β) Οργάνωση υπηρεσιών διάγνωσης και αποκατάστασης σε υφιστάμενες δομές και υπηρεσίες (Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, ΚΨΥ, Κινητές Μονάδες με παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες). Ανάπτυξη μίας (1) δομής ανά περιφερειακή ενότητα 50.000 κατοίκων με στόχο την πρώιμη διάγνωση και έναρξη υποστήριξης των μελών της οικογένειας των νηπίων με ΔΑΦ. Παράλληλα, οι υπηρεσίες αυτές θα πραγματοποιούν δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του πληθυσμού σχετικά με τις ΔΑΦ και την καταπολέμηση του στίγματος.
 - γ) Δημιουργία Κέντρων Ημέρας Πρώιμης Παρέμβασης με στόχο την οργάνωση εξειδικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης για νήπια με ΔΑΦ, τα οποία θα λειτουργούν σε συνεργασία με τις δομές εκπαίδευσης (παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία) και με σκοπό την ομαλή ένταξη και ενσωμάτωση των νηπίων με ΔΑΦ στα εκπαιδευτικά πλαίσια, παρέχοντας παράλληλα ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική - υποστήριξη οικογενειών και ανάπτυξης κατοίκων προγραμμάτων.
 - δ) Δημιουργία αντίστοιχα ΚΗ για υποστήριξη παιδιών, εφήβων, ενηλίκων και παροχή εξειδικευμένων θεραπειών ανάλογα με τη λειτουργικότητα, την ηλικία και την ανάγκη (εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, προγράμματα άθλησης, κοινωνικοποίησης, δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής κ.ά., σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο και κατοίκων προγραμμάτων) και ταυτόχρονα ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική και υποστήριξη γονέων με σκοπό την ομαλή ένταξη στο εκάστοτε εκπαιδευτικό πλαίσιο ανάλογα με τη λειτουργικότητα και την ηλικία.
 - ε) Εναλλακτικά δύναται να δημιουργηθούν Κέντρα Ημέρας Ολοκληρωμένων Παρεμβάσεων ανά περιφερειακή ενότητα 50.000 κατοίκων, που θα καλύπτει περισσότερες από μία ηλικιακές ομάδες (νήπια, παιδιά, εφήβους, ενήλικες) με οργάνωση διαφορετικών προγραμμάτων υποστήριξης και με δράσεις και προγράμματα όπως προαναφέρθηκαν στις δύο προηγούμενες περιπτώσεις.
 - στ) Δημιουργία ξενώνων βραχείας διαμονής, ώστε τα άτομα με ΔΑΦ να φιλοξενοούνται σε περιόδους ύπαρξης κρίσης στην οικογένεια (του ίδιου του ατόμου ή μελών της οικογένειας).

- ζ) Δημιουργία ξενώνων μακράς διαμονής/οικοτροφείων με πρόβλεψη για ανάπτυξη υπηρεσιών και δραστηριοτήτων ΚΗ όπου δεν υπάρχουν ανάλογες δομές για να καλύψουν τις διάφορες ανάγκες.
- η) Δημιουργία Προστατευόμενων Διαμερισμάτων.

Για την ανάπτυξη των δομών δ, ε, στ, ζ και η πρέπει να ληφθεί υπόψη η ανάγκη για αυξημένο προσωπικό, το οποίο σε αντιστοιχία με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων απαιτούν δύο (2) θεραπευτές/φροντιστές ανά ένα (1) εξυπηρετούμενο άτομο με ΔΑΦ.

β. Δράσεις

- Δημιουργία Διυπουργικής Ομάδας με επισπεύδων το ΥΥ και συμμετέχοντα τα Υπουργεία Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Εσωτερικών, Παιδείας και Θρησκευμάτων, Ψηφιακής Διακυβέρνησης για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου τρόπου παροχής **υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης** των ατόμων με ΔΑΦ με την συμπερίληψη όλων των επιμέρους υπηρεσιών που παρέχονται μέσω συναρμοδίων Υπουργείων (προσαρμογές, συνέργειες, ψηφιοποίηση διαδικασιών προς όφελος του ατόμου με ΔΑΦ και της οικογένειάς του).
- Αναθεώρηση του συστήματος κοστολόγησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας για άτομα με ΔΑΦ (ΚΗ, οικοτροφεία, ξενώνες κ.λπ.) με στόχο να καλύπτουν τις αυξημένες ανάγκες ωφελούμενων και των οικογενειών τους.
- Αναθεώρηση του συστήματος παροχής και κάλυψης ειδικών θεραπειών για τα άτομα με ΔΑΦ και κυρίως τους ενήλικες από τον ΕΟΠΥΥ στην βάση της αρχής για ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες.
- Αναθεώρηση του συστήματος κοστολόγησης των ΣΥΔ, ΚΔΗΦ και ΚΔΑΠΜΕΑ που αναπτύσσονται για άτομα με ΔΑΦ με στόχο να καλύπτουν τις αυξημένες ανάγκες ωφελούμενων και των οικογενειών τους.
- Εκπαίδευση παιδιάτρων, παιδιατρικών νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας με στόχο την πρόωμη ανίχνευση και παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ατόμων με ΔΑΦ.
- Ένταξη αξιόπιστου εργαλείου πρόωμης ανίχνευσης ΔΑΦ στο νέο ψηφιακό Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού και στον Ατομικό Φάκελο Υγείας εκάστου πολίτη.

γ. Προγράμματα

- Οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και συνεχούς υποστήριξης βρεφονηπιοκόμων, εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Εσωτερικών, Εργασίας και Παιδείας με στόχο την ομαλή ένταξη και ενσωμάτωση των νηπίων, παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ στα αντίστοιχα εκπαιδευτικά πλαίσια.
- Οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και συνεχούς υποστήριξης βρεφονηπιοκόμων, επαγγελματιών υγείας, φροντιστών και στελεχών των κοινωνικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών των ΟΤΑ (Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων, Κέντρα Κοινότητας, προγράμματα

Βοήθεια στο Σπίτι) σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Εσωτερικών, Εργασίας με στόχο την υποστήριξη και εξυπηρέτηση ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων με ΔΑΦ και των οικογενειών τους, με στόχο την ισότιμη πρόσβαση σε όλα τα κοινωνικά αγαθά και την εν γένει ένταξη τους στην κοινότητα.

- Οργάνωση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας των μονάδων ΠΦΥ και των ΓΝ, με ευθύνη και συντονισμό των ΥΠε, με στόχο την ομαλή εξυπηρέτηση και κάλυψη των αναγκών των ατόμων με ΔΑΦ στις Υπηρεσίες Υγείας.
- Οργάνωση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης για διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών (εργαζόμενους σε ΜΜΜ, ακτοπλοϊκές και αεροπορικές εταιρείες, κουρείς, εργαζόμενους σε καταστήματα εστίασης, πώλησης προϊόντων διατροφής κ.α.) ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων με ΔΑΦ και των οικογενειών τους με στόχο την ισότιμη ένταξη στην κοινότητα.
- Οργάνωση προγραμμάτων:
 - α) προεπαγγελματικής κατάρτισης και απόκτησης επαγγελματικών δεξιοτήτων,
 - β) προστατευόμενης εργασίας,
 - γ) υποστηριζόμενης εργασίας,
 - δ) ανάπτυξης του θεσμού του υποστηρικτή εργασίας (job coach) και
 - ε) ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης εργοδοτών σε συνεργασία με ΚοιΣΠΕ, φορέων του ιδιωτικού, του δημόσιου και του τρίτου τομέα που ασχολούνται με την απασχόληση (π.χ. ΟΑΕΔ, Επαγγελματικές Ενώσεις, Επιμελητήρια) και το Υπουργείο Εργασίας, με σκοπό την ένταξη και παραμονή στο καταλληλότερο επαγγελματικό πλαίσιο των ατόμων με ΔΑΦ.

5.5 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 19 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για το σύνολο του άξονα 3. Προβλέπεται η λειτουργία 95 νέων δομών και 10 νέων δράσεων και προγραμμάτων. Παράλληλα προβλέπεται η ενίσχυση με προσωπικό 20 υφιστάμενων δημόσιων δομών και υπηρεσιών των οποίων το ανθρώπινο δυναμικό μειώθηκε καθόλη την προηγούμενη δεκαετία.

Πίνακας 19 : Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 3

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	€82,65 εκ.
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	€3,00 εκ.
Ενίσχυση υφιστάμενων δημόσιων δομών & υπηρεσιών	€0,40 εκ.
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	€70,84 εκ.
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	€1,20 εκ.

6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Μεταρρύθμιση των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρυματικές σε κοινοτικές υπηρεσίες και Ανάπτυξη Μονάδων Ψυχιατρικής Εντατικής Θεραπείας

6.1 Υφιστάμενη κατάσταση

6.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

6.3 Κοστολόγηση

6.1 Υφιστάμενη κατάσταση

A. Ψυχιατροδικαστικές δομές: Σκοπός -στόχοι

Ο όρος ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αφορά στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν εμπλακεί με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης λόγω αξιόποινων πράξεων. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής, αλλά και φυλακισμένοι που εκδήλωσαν κάποιου τύπου σοβαρή ψυχική διαταραχή. Βασικός σκοπός τους αποτελεί η θεραπεία και η φροντίδα και όχι η τιμωρία. Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε μικρο-επίπεδο, που αφορά κυρίως στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων χωρίς καταλογισμό, μέσο-επίπεδο που αφορά στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου και σε μακρο-επίπεδο, που αφορά συνολικότερα στην κοινωνία, αλλά εδώ καταγράφονται και τα οφέλη στην ΨΥ. Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται πιο αναλυτικά τα οφέλη στα τρία επίπεδα που αναφέρθηκαν.

Πίνακας 20: Οφέλη της ανάπτυξης Υπηρεσιών Ψυχιατροδικαστικής

Οφέλη Ανάπτυξης Υπηρεσιών Ψυχιατροδικαστικής
Μικρό Επίπεδο: Ομάδα Ατόμων Χωρίς Καταλογισμό

Διασφάλιση και προαγωγή δικαιωμάτων της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας για ισότιμη και ποιοτική παροχή υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης
Παροχή δομημένου θεραπευτικού πλαισίου με εστίαση σε θεραπευτικές και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις
Μείωση πιθανότητας υποτροπής και επανάληψης της αξιόποινης πράξης ή άλλης παραβατικής συμπεριφοράς
Αξιολόγηση επικινδυνότητας και ανάλογος σχεδιασμός θεραπευτικών στόχων
Εκτίμηση ψυχοπαθολογίας, αυτοστιγματισμού, λειτουργικότητας κ.α.
Επιλογή μοντέλων παρέμβασης, θεραπευτικών στόχων και σχεδιασμός αποκαταστασιακής διαδικασίας
Δυνατότητα εκπαίδευσης /προετοιμασία ασθενούς για επιστροφή στην οικογένεια ή/και την κοινότητα
Επανάταξη: Κοινωνική και επαγγελματική
Παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας
Μέσο Επίπεδο: Οικογενειακό Περιβάλλον
Παροχή «κρατήματος» (υποστήριξης) σε μέλη οικογένειας
Διατήρηση επαφής με ασθενή
Διαχείριση διπλού στίγματος οικογενειών
Πρόληψη περιθωριοποίησης οικογενειών
Προετοιμασία μελών για επιστροφή ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον
Μείωση πιθανοτήτων απόρριψης ασθενούς που οδηγεί στη περαιτέρω περιθωριοποίηση και υποτροπή
Μάκρο Επίπεδο: Κοινωνία και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
Μεγιστοποίηση αισθήματος ασφάλειας του κοινωνικού συνόλου
Ανάπτυξη δράσεων «αγωγής κοινότητας» για γνωστοποίηση των δομών και την ευαισθητοποίηση, ώστε να επιτευχθεί ομαλή επανάταξη και ενσωμάτωση ασθενών που λαμβάνουν εξιτήριο
Εξασφάλιση αγωγής συνεργασίας με Δικαστικές αρχές
Διασύνδεση με φορείς μετασφρονιστικής μέριμνας
Επίδραση σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
Αποδέσμευση κλινών από ψυχιατρικά τμήματα
Μείωση κόστους νοσηλείας
Μείωση συνολικού χρόνου νοσηλείας ψυχιατρικών ασθενών
Αποφυγή συγχρωτισμού ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής ασθενών με ασθενείς που δεν έχουν ποινικό ιστορικό
Βελτίωση κλίματος ασφάλειας σε ψυχιατρικά τμήματα ή τμήματα επειγόντων από τη μείωση αποδιοργανωτικών ιδρυματοποιημένων και επικίνδυνων συμπεριφορών νοσηλευόμενων
Μείωση χρόνου και απαιτούμενου προσωπικού για την διαδικασία μεταφοράς, αξιολόγησης και παρέμβασης σε διαταραγμένη συμπεριφορά παραβατών από περιοχές που έχουν δύσκολη πρόσβαση σε ψυχιατροδικαστικές δομές
Επιτάχυνση αποασυλοποίησης καθώς ασθενείς με ιστορικό παραβατικότητας και ψυχικής διαταραχής (ψυχιατροδικαστικοί ασθενείς) δεν θα καταλαμβάνουν κλίνες οξέων ψυχιατρικών περιστατικών

B. Ελληνική Πραγματικότητα:

Στη χώρα μας παρατηρούνται σοβαρές ελλείψεις σε ότι αφορά την ανάπτυξη και την λειτουργία των ψυχιατροδικαστικών δομών. Οι υφιστάμενες υπηρεσίες αφορούν :

B.1. Άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής - Ν. 4619/2019

Για ψυχικά ασθενείς - παραβάτες που απαλλάχθηκαν από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής (άρθρο 34 ν. 4619/2019 Α' 95), το δικαστήριο διατάσσει κατάλληλο μέτρο για τη θεραπεία του, εφόσον κρίνει ότι, εξαιτίας της κατάστασής του, υπάρχει κατά το χρόνο έκδοσης της απόφασης κίνδυνος, αν αφεθεί ελεύθερος, να τελέσει και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα. Η διάταξη της απόφασης που αφορά στο θεραπευτικό μέτρο εκτελείται με φροντίδα της εισαγγελικής αρχής. Κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα είναι: (α) η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, (β) η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και (γ) η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου. (άρθρα 69 και 69α ν. 4619/2019). Αυτά αφορούν τα ψυχιατρικά τμήματα των ΨΝ της Αθήνας (Δαφνί και Δρομοκαϊττειο), ενώ για τη βόρεια και κεντρική Ελλάδα στο ΨΝ Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ). Ειδικότερα για το ΨΝΘ, με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) το 1988 ιδρύθηκε σε αυτό το «Τμήμα ακαταλόγιστων», το οποίο μετονομάστηκε σε Τμήμα Ψυχοτροδικαστικής (2015) που αποτελεί και το μοναδικό εξειδικευμένο τμήμα που υπάρχει στην Ελλάδα.

Στην απόφαση που διατάσσει το θεραπευτικό μέτρο ορίζεται ο μέγιστος χρόνος της διάρκειάς του, ο οποίος δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο έτη για τα πλημμελήματα και τα πέντε έτη για τα κακουργήματα (άρθρο 70 ν. 4619/2019). Ένα μήνα τουλάχιστον πριν τη συμπλήρωση του χρόνου αυτού, το Τριμελές Πλημμελειοδικείο στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται το θεραπευτικό μέτρο, μπορεί, με ειδικά αιτιολογημένη απόφαση, να διατάξει την παράταση του μέτρου ή την αντικατάστασή του με άλλο για τον ίδιο κατά ανώτατο όριο χρόνο, εφόσον τούτο επιβάλλεται για τις ανάγκες της θεραπείας και εξακολουθούν να υπάρχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 1 του άρθρου 69α ν. 4619/2019. Πριν από την έκδοση της απόφασης, το δικαστήριο καλεί τον θεραπευόμενο και το συνήγορό του, καθώς και τη διεύθυνση της μονάδας, όπου εκτελείται το μέτρο, να διατυπώσουν τις απόψεις τους. Κατ' εξαίρεση είναι δυνατή η παράταση του χρόνου διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου πέραν των ανωτάτων χρονικών ορίων, με τη διαδικασία και για τους λόγους που προβλέπονται στο δεύτερο και τρίτο εδάφιο, εφόσον για την ύπαρξη των λόγων αυτών και την ανάγκη παράτασης του χρόνου διάρκειας του μέτρου υφίσταται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου του θεραπευομένου και του επιστημονικού διευθυντή της μονάδας θεραπείας. Ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανώτατου ορίου της ποινής που προβλέπεται στο νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος. Το ίδιο δικαστήριο, κάθε έτος, τηρώντας την ίδια διαδικασία, αποφασίζει αν το θεραπευτικό μέτρο που έχει επιβληθεί πρέπει να εξακολουθήσει ή να αντικατασταθεί με άλλο. Μπορεί όμως και οποτεδήποτε, με αίτηση του εισαγγελέα, του θεραπευομένου ή της διεύθυνσης της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο, μετά από εισήγηση του θεράποντος ιατρού, να διατάξει την άρση ή αντικατάστασή του. Σε περίπτωση απόρριψης της

αίτησης, στην απόφαση απαιτείται να υπάρχει ειδική αιτιολογία ως προς την ανάγκη διατήρησης του θεραπευτικού μέτρου. Νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά την πάροδο τεσσάρων μηνών από την απόρριψη της προηγούμενης (άρθρο 70 ν. 4619/2019).

Με εξαίρεση το ειδικό τμήμα Ψυχοιατροδικαστικής στο ΨΝΘ οι ασθενείς χωρίς καταλογισμό παραμένουν νοσηλεύόμενοι σε ψυχιατρικά τμήματα στα ΨΝ Αθήνας Δαφνί και Δρομοκαΐτειο, μαζί με άλλους ψυχικά ασθενείς που εισάγονται εκούσια ή ακούσια και οι οποίοι δεν έχουν τελέσει κάποια αξιόποινη πράξη. Στην συντριπτική πλειονότητα των ψυχικά ασθενών, τα προβλήματα γίνονται άμεσα εμφανή αν γίνει αντιληπτό ότι ο μέσος όρος νοσηλείας δεν υπερβαίνει τους δύο μήνες. Με την μακροχρόνια παραμονή τους τα άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής αφενός επιβαρύνουν τις ήδη περιορισμένες δυνατότητες (λόγω σημαντικής έλλειψης κλινών νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία/ τμήματα) ενδονοσοκομειακής θεραπείας, αφετέρου η παραμονή αυτή, αυξάνει τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση τους, ενώ τα ειδικά προβλήματα που η επικινδυνότητά τους θέτει (ιδίως μιας μικρής, αλλά υπαρκτής ομάδας βίαιων ασθενών) δεν αντιμετωπίζονται.

Οι ασθενείς αυτοί είναι διπλά στιγματισμένοι, κάτι που αντιμετωπίζουν και τα μέλη των οικογενειών τους, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερη κοινωνική περιθωριοποίηση. Συχνά επίσης, παρατηρείται το φαινόμενο, οι οικογένειες να μην επιθυμούν ή να αδυνατούν να αναλάβουν την φροντίδα και παρακολούθηση του ατόμου μέλους τους που απαλλάσσεται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής, γεγονός που οδηγεί σε περαιτέρω παραμονή στο χώρο του νοσοκομείου προκαλώντας σημεία ιδρυματισμού. Επιπρόσθετα, η ανυπαρξία δομών στην κοινότητα που θα αναλάβουν την μετανοσοκομειακή φροντίδα προκαλεί σημαντικές καθυστερήσεις στην διαδικασία επανένταξης αυτών των ασθενών.

Περαιτέρω, οι ΕΨΥ, οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι καθώς και οι εργαζόμενοι σε δομές και υπηρεσίες του ΥΥ και Δικαιοσύνης έχουν ελάχιστες ευκαιρίες εξειδικευμένης εκπαίδευσης που θα αποσκοπούσε στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της παρεχόμενης φροντίδας ψυχικής υγείας στις δομές που φυλάσσονται και στα καταστήματα κράτησης.

B.2. Ποσοτικά δεδομένα

Όπως προαναφέρθηκε τα άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής φυλάσσονται και διαμένουν στα δύο ΨΝ της Αττικής και στο «Τμήμα ακαταλόγιστων» που αποτελεί δομή του ΨΝ Θεσσαλονίκης.

Τον Ιανουάριο του 2022, οπότε και κατατέθηκαν οι προτάσεις των μελών της επιτροπής Ψυχικής Υγείας, οι διαμείνοντες είχαν ως εξής:

Στο **ΨΝΑ Δαφνί** νοσηλεύονταν 45 άτομα, εκ των οποίων τα 24 διέμεναν σε ΜΨΥ (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα διαμερίσματα) [37].

Στο **ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο** αντίστοιχα, νοσηλεύονταν 8 άτομα.

Στο ΨΝΘ 35 άτομα νοσηλεύονταν και 29 ήταν σε δομές εκτός της κλινικής.

Στον πίνακα 22 που ακολουθεί αποτυπώνονται δεδομένα για τα άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής στα τρία μεγάλα νοσοκομεία της χώρας κατά τη χρονική περίοδο Μάιος 2016 – Φεβρουάριος 2017 [38,39]

Πίνακας 21: Στοιχεία ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής στα τρία ΨΝ της χώρας κατά τη χρονική περίοδο Μάιος 2016 – Φεβρουάριος 2017

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		ΨΝΑ «Δαφνί»		Δρομοκαΐτειο		ΨΝΘ	
		n=93	(%)	n=13	(%)	n=49	(%)
Φύλο	Άρρεν	85	91,4	7	53,9	42	85,7
	Θήλυ	8	8,6	6	46,1	7	14,3
Ηλικία – μέση τιμή (SD)		49,5		46,8		52,8	
Παραμονή (ΜΟ σε έτη)		10,6		10,0		12,6	
Διάγνωση	Σχιζοφρένεια	86	92,5	11	84,7	37	75,5
	Διαταραχές προσωπικότητας	3	3,2	2	15,3	12	24,5
	Διπολική διαταραχή	1	1,0				
	Άλλη διαταραχή	3	3,2				
Ποινικά αδικήματα	Ανθρωποκτονία	51	54,8	6	46,2	25	51,0
	Απόπειρα ανθρωποκτονίας	22	23,6	2	15,4	8	16,3
	Εμπρησμός	9	9,7	2	15,4	4	8,27
	Άλλο	11	11,9	3	23,0	12	20,4
Ηλικία πρώτου αδικήματος		36,9		**	38,6		
Επαφή με οικογενειακό περιβάλλον	Ναι	20			**	34	69,4
	Όχι/δεν βρέθηκαν στοιχεία	73			**	15	30,6
Θύμα*	Συγγενικό πρόσωπο α' και β' βαθμού	36	49,3		**	24	51,0
	Τρίτο πρόσωπο	22	30,1		**	9	18,3
	Άγνωστος	15	20,5		**	–	

MO: Μέσος όρος, SD: Standard deviation (τυπική απόκλιση)

*Δεν αφορά σε περιπτώσεις εμπρησμού και λοιπών αδικημάτων, στα οποία δεν υπήρξε θύμα.

**Δεν βρέθηκαν στοιχεία

Ωστόσο, πολλά από τα ανωτέρω στοιχεία έχουν τροποποιηθεί με τον Ποινικό Κώδικα (ν. 4619/2019) καθώς ο προσδιορισμός της μέγιστης διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου, όπως πλέον προβλέπεται, είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του χρόνου νοσηλείας οδηγώντας πολλούς ασθενείς να λάβουν συντομότερα εξιτήριο. Υπολογίζεται πως ο συνολικός αριθμός των ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής που νοσηλεύονται είναι κατά προσέγγιση 100 άτομα. Υπάρχουν και άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής οι οποίοι ζουν στην κοινότητα μετά από δικαστική απόφαση και οι οποίοι δυστυχώς δεν λαμβάνουν κάποια ιδιαίτερη φροντίδα ή προστασία με εξαίρεση τα άτομα που παρακολουθούνται από το Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχοδικαστικής της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ και το Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχοδικαστικής του ΨΝΘ.

Γ. Νομοθετικό πλαίσιο

Ο ν. 4619/2019 (Α' 95) αποτελεί ένα σημαντικό εγχείρημα που συμπλήρωσε κενά και διαφώτισε θολά σημεία στη διαχείριση θεμάτων σχετικά με τα άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής. Εισάγει σημαντικές μεταρρυθμίσεις όπως η κατάργηση της μακροχρόνιας νοσηλείας, ο προσδιορισμός των μέτρων που στοχεύουν πρωτίστως στη θεραπευτική αντιμετώπιση, ο περιορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την προστασία των θεμελιωδών αγαθών τόσο των δραστών όσο και της κοινωνίας. Επισημαίνεται, ότι στα άρθρα που αφορούν τα άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής, έχουν συμπεριληφθεί οι σύγχρονες επιστημονικές προσεγγίσεις για την ψυχιατρική περίθαλψη αυτών των ατόμων στη βάση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ολιστικής παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και κοινωνικής επανένταξης.

Με τον ν. 4619/2019 τροποποιήθηκαν πολλά θολά και αρνητικά σημεία στα άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα που αναφέρονταν στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής. Ειδικότερα, προβλέπονται πλέον η εφαρμογή μέτρων θεραπείας και όχι μέτρων ασφαλείας. Το σημείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς τα μέτρα ασφαλείας δεν αναφέρονταν καθόλου στη βελτίωση ή στη θεραπεία της ψυχικής τους πάθησης, αλλά στην προφύλαξη της κοινωνίας από τη δυνητική επικινδυνότητα των «ακαταλόγιστων εγκληματιών». Επιπλέον, καταργείται ο όρος «ακαταλόγιστοι εγκληματίες» και αντικαθίσταται από τον πιο δόκιμο «άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής». Ο νομοθέτης αποφεύγει σε όλο το κείμενο προσεκτικά γενικές στιγματιστικές αναφορές σε «επικίνδυνους για τη δημόσια ασφάλεια» και εστιάζει στην προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη της παραβατικότητας.

Ορίζεται ότι για να επιβληθεί το μέτρο, πρέπει το πλημμέλημα να απειλείται με ποινή τουλάχιστον ενός (1) έτους και όχι τουλάχιστον έξι (6) μηνών, όπως προβλεπόταν προηγουμένως. Ωστόσο, ο

v. 4619/2019 επιτρέπει την επιβολή του μέτρου και στην περίπτωση επικίνδυνης σωματικής βλάβης, μειώνοντας την απαιτούμενη βαρύτητα του αδικήματος σε περίπτωση εγκλημάτων κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας (ποινή τουλάχιστον 3 μήνες), (άρθρο 70 4619/2019). Απαγορεύει, όμως, ρητά την επιβολή του μέτρου σε περιπτώσεις εγκλημάτων κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας που δεν εμπεριέχουν χρήση βίας ή απειλή βίας, όπως άλλωστε και σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Συνεπώς, η επιβολή του μέτρου θεραπείας προβλέπεται για αδικήματα που εμπεριέχουν βία κυρίως, με σκοπό την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής που οδηγεί στην εκδήλωση της επιθετικής αυτής συμπεριφοράς (παρ. 2 άρθρου 69Α v. 4619/2019).

Σύμφωνα με τον νόμο, το δικαστήριο είναι το πλέον αρμόδιο όργανο για την επιβολή των μέτρων. Επισημαίνεται πως το δικαστήριο επιβάλλει τα μέτρα όταν κρίνει ότι, «εξαιτίας της κατάστασης του υπαιτίου, υπάρχει κατά τον χρόνο έκδοσης της απόφασης κίνδυνος, αν αφεθεί ελεύθερος, να τελέσει και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα» (παρ 1 άρθρου 70 v. 4619/2019). Αποσαφηνίζεται έτσι πως το άτομο δεν χρειάζεται μόνον να πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, αλλά θα πρέπει να πάσχει και κατά τον χρόνο της δίκης, και μάλιστα η ψυχική αυτή διαταραχή να μπορεί να τον οδηγήσει σε παραβατική συμπεριφορά. Τέλος, προϋποθέτει τη σύνταξη δύο πραγματογνωμοσυνών, μία πιο κοντά στο αδικήμα (προκειμένου να διαπιστωθεί με ασφάλεια και ακρίβεια η κατάσταση της ψυχικής του υγείας κατά το αδικήμα) και μία κοντά στο χρόνο της δίκης, στις οποίες προτείνεται και το κατάλληλο μέτρο θεραπείας, δηλαδή νοσηλεία σε (ειδικό ή γενικό) ψυχιατρικό τμήμα (ειδικού ή γενικού) δημόσιου νοσοκομείου ή υποχρεωτική παρακολούθηση σε Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας για το συγκεκριμένο άτομο. Με αυτές τις διαδικασίες, το δικαστήριο έχει στη διάθεσή του επίσημα τις επιστημονικές απόψεις των ψυχιάτρων σχετικά με την καταλληλότερη αντιμετώπιση των αναγκών του δράστη (παρ. 4 άρθρου 69Α v. 4619/2019).

Η ανάπτυξη ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών στα πρότυπα του εξωτερικού, κατατάσσει τη χώρα μας μεταξύ των προηγμένων χωρών που υιοθετούν υπηρεσίες για ειδικούς πληθυσμούς καθώς εναρμονίζεται με τα θεμελιώδη κείμενα προάσπισης των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου του Συμβουλίου της Ευρώπης, η Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ.

Οι συνθήκες είναι πλέον πιο ώριμες, ώστε η νέα προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης να συμπεριλάβει δομές για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της παραβατικότητας που σχετίζεται με ψυχικές διαταραχές. Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του άξονα 4 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Πίνακας 22: Οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 4 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Διαπιστώσεις

Οι μη ικανοί προς καταλογοισμό ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και ανέρχονται στους 45 στο Δαφνί εκ των οποίων οι 24 σε στεγαστικές δομές, 35 στο ΨΝΘ που νοσηλεύονται και 29 σε δομές εκτός κλινικής και τέλος 8 στο Δρομοκαΐτειο
Οι ν.4509/2017 και ν. 4619/2019 εκσυγχρόνισαντα άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των μη ικανών για καταλογοισμό παραβατικών ασθενών
Καταστρατήγηση δικαιωμάτων ασθενών
Προκλήσεις
Ανάγκη μετάβασης από ιδρυματικές υπηρεσίες σε κοινοτικές λόγω ελλείψεων και κενών στην ανάπτυξη και λειτουργία ψυχιατροδικαστικών δομών και υπηρεσιών
Ανάγκη διαχωρισμού των ψυχοδιατροδικαστικών ασθενών από τους λοιπούς ψυχικά ασθενεί
Χρειάζεται να αναπτυχθούν δομές στην κοινότητα που θα αναλάβουν την μετανοσοκομειακή φροντίδα
Ανάγκη ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης και ψυχοεκπαίδευσης του κοινού αναφορικά με τους ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς
Ανάπτυξη χαρακτηριστικών ιδρυματισμού
Ανάγκη ανάπτυξης δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου για τους ασθενείς που λαμβάνουν εξιτήριο
Ανάγκη ενίσχυσης των ευκαιριών επαγγελματικής απασχόλησης
Ανάγκη εφαρμογής μέτρων θεραπείας και όχι μέτρων ασφαλείας, με ανάπτυξη ενός πλήρους ψυχοιατροδικαστικού συστήματος.

Η περίοδος της **πανδημίας της COVID-19** ήταν εξαιρετικά δύσκολη για τους δικαστικούς ασθενείς. Δεν επιτρεπόταν το επισκεπτήριο (παρά το ότι πραγματοποιήθηκε σε κάποιο βαθμό τηλε-επισκεπτήριο), οι δικαστικές διαδικασίες καθυστερούσαν ή ακυρώνονταν και δεν υπήρξαν εξιτήρια. Ως εκ τούτου, το ποσοστό λοιμώξεων από COVID-19 στις φυλακές δεν ήταν υψηλό. Οι ασθενείς που λάμβαναν εξιτήριο θα μπορούσαν να συνεχίσουν να έχουν πρόσβαση σε φροντίδα σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών.

6.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις αποτυπώνονται στον πίνακα 23.

Πίνακας 23: Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 4

Άξονας 4 Μεταρρύθμιση δικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, από ιδρυματικές σε κοινοτικές υπηρεσίες και ανάπτυξη Ψυχιατρικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας	
α/α	
1	Ανάπτυξη τεσσάρων (4) αυτόνομων ψυχιατροδικαστικών κλινικών μέσης ασφάλειας στα πρότυπα των Μονάδων Ψυχιατρικής Εντατικής Φροντίδας (PICU)
2	Ανάπτυξη δικτύου μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (Μονάδες Χαμηλής Ασφάλειας)
3	Εκπαίδευση προσωπικού (ενδεικτικά 8-10 άτομα) που θα αναλάβουν να εκπαιδεύσουν το υπόλοιπο προσωπικό που θα στελεχώσει τις νέες δομές.
4	Υλοποίηση δράσεων εκπαίδευσης δικαστικών λειτουργών, αστυνομικών στελεχών, σωφρονιστικών υπαλλήλων & δράσεις αγωγής κοινότητας και εκπαίδευσης σε στελέχη των ΜΜΕ, τοπικής αυτοδιοίκησης κ.λπ.
5	Δημιουργία Παρατηρητηρίου για τη διενέργεια μελετών, μακροχρόνια παρακολούθηση, καταγραφή και επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στη συγκεκριμένη ομάδα ωφελούμενων

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α) Δομές

- Ανάπτυξη αυτόνομων ψυχιατροδικαστικών κλινικών μέσης ασφάλειας στις πόλεις Αθήνα, Λάρισα, Πάτρα, Ηράκλειο για την επαρκή κάλυψη των αναγκών της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας και βελτίωση της υφιστάμενης δομής στην Θεσσαλονίκη. Δύναμη φιλοξενούμενων ασθενών τριάντα πέντε (35). Πρότυπα λειτουργίας των κλινικών αυτών θα αποτελέσουν οι Μονάδες Αυξημένης Ψυχιατρικής Φροντίδας (PICU). Οι κλινικές θα μπορούν να επικουρήσουν και τα τμήματα οξέων στις περιπτώσεις που απαιτείται η νοσηλεία ιδιαίτερα διαταραγμένων και βίαιων ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται στις πρώτες ημέρες της εισαγωγής τους στα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων.
- Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατροδικαστικής σε διασύνδεση με την κλινική αναφοράς.
- ΚΜ μετα-παρακολούθησης όσων ασθενών έχουν λάβει εξιτήριο και διαβιούν αυτόνομα στην κοινότητα ή έχουν επιστρέψει στο οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Ανάπτυξη δικτύου μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (Μονάδες χαμηλής ασφάλειας).
- 5 Ξενώνες βραχείας παραμονής έως τρία (3) έτη. Δύναμη δεκαπέντε (15) ατόμων.
- 4 Οικοτροφεία μακράς παραμονής (για όσους στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος ή δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης). Δύναμη είκοσι (20) ατόμων.
- 5 Προστατευμένα διαμερίσματα (1-4 άτομα).

β) Δράσεις

- Εκπαίδευση εκπαιδευτών προσωπικού (ενδεικτικά 8-10 άτομα) που θα αναλάβουν να εκπαιδεύσουν το υπόλοιπο προσωπικό που θα στελεχώσει τις συγκεκριμένες δομές. Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει και επισκέψεις σε αντίστοιχες μονάδες του εξωτερικού. Απαιτείται ειδική εκπαίδευση στις Τεχνικές Αποκλιμάκωσης.
- Εκπαίδευση δικαστικών λειτουργών.
- Εκπαίδευση αστυνομικών οργάνων και σωφρονιστικών υπαλλήλων.
- Ενημέρωση και εκπαίδευση ΜΜΕ.
- Διαδικασίες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της τοπικής κοινότητας. Αγωγή κοινότητας.
- Δυνατότητα ένταξης των ασθενών αυτών σε ΚοιΣΠΕ ή άλλους επαγγελματικούς φορείς της κοινότητας.

γ) Προγράμματα

- Δημιουργία παρατηρητηρίου με στόχο: Μακροχρόνια παρακολούθηση, καταγραφή, επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, υποβολή προτάσεων, διενέργεια ερευνητικών μελετών κ.α.
- Διενέργεια προγραμμάτων εκπαίδευσης εκπαιδευτών: α) στην εκτίμηση επικινδυνότητας και β) στις τεχνικές αποκλιμάκωσης με ανάπτυξη συνεργασιών μεταξύ φορέων του εσωτερικού (Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ - τμήμα Ψυχιατροδικαστικής της Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αττικόν»), Νοσηλευτική Σχολή ΕΚΠΑ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας (ΠαΔΑ), Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία (ΕΨΔΕ), Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (κλάδος ψυχιατροδικαστικής), Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής Θεσσαλονίκης και Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ) με φορείς του εξωτερικού που διαθέτουν την ανάλογη τεχνογνωσία.
- Διενέργεια προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού από τους ήδη εκπαιδευμένους εκπαιδευτές: α) στην εκτίμηση επικινδυνότητας και β) στις τεχνικές αποκλιμάκωσης με ανάπτυξη συνεργασιών μεταξύ φορέων του εσωτερικού όπως περιγράφησαν ανωτέρω.

6.3 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 24 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 4. Προβλέπεται η λειτουργία 18 νέων δομών & 7 νέων δράσεων & προγραμμάτων.

Πίνακας 24: Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 4

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	51,27 εκ. €
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	1,25 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	50,02 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	0,48 εκ. €

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5^ο ΑΞΟΝΑΣ: Ολοκλήρωση και ενίσχυση του πανελλαδικού δικτύου των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)

7.1 Υφιστάμενη κατάσταση

7.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

7.3 Κοστολόγηση

7.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Στις περισσότερες κοινωνίες, η απασχόληση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ένας σημαντικός δρόμος για την κοινωνική ένταξη. Τα οφέλη της εργασίας περιλαμβάνουν την αύξηση των οικονομικών πόρων και της παραγωγικότητας καθώς και τη συμβολή στην κοινωνία. Περαιτέρω, σε ατομικό επίπεδο το κάθε άτομο κάνει χρήση των δεξιοτήτων και των ταλέντων του, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση, βελτιώνοντας την εικόνα του εαυτού του, αλλά και την αλληλεπίδραση και συνεργασία του με άλλους ανθρώπους. Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες επωφελούνται από την απασχόληση με τους ίδιους τρόπους. Επιπλέον, η εργασία δίνει τη δυνατότητα σε πολλούς να ανακάμψουν από τις αναπηρικές συνέπειες της ψυχικής ασθένειας.

Στην Ελλάδα, η σημαντικότερη νομοθετική παρέμβαση που έλαβε χώρα στην κατεύθυνση της εργασιακής ένταξης και επανένταξης ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ήταν στον ν. 2716/1999 (Α΄ 96), όπου προβλεπόταν η μετάβαση της χώρας από την κλειστή-ιδρυματική φροντίδα στην κοινότητα και στην κοινοτική ψυχιατρική. Αναπόσπαστο κομμάτι της μετάβασης αυτής ήταν και η θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) που προβλέπεται στο άρθρο 12 του προοδευτικού, τόσο για την εποχή του όσο και για σήμερα, νόμου.

Ο ν. 2716/1999 αποτέλεσε την αποκορύφωση της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας στην ΨΥ και δημιούργησε το βασικό εργαλείο διαμόρφωσης της κοινωνικής αντίληψης και της νοοτροπίας για την αντιμετώπιση των αναγκών εργασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Περαιτέρω, αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο για την ανάπτυξη των ΚοιΣΠΕ και την επάνοδο των ατόμων με σοβαρά

ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην εργασία, γεγονός άμεσα συνυφασμένο με την περαιτέρω ψυχοκοινωνική τους ένταξη ή/και επανένταξη. Σχεδόν είκοσι χρόνια από την σύσταση του πρώτου ΚοιΣΠΕ Δωδεκανήσου στη Λέρο το 2002 και μετά από συντονισμένες προσπάθειες της πολιτείας, του ΥΥ, της ΕΕ, πολλών ΕΨΥ αλλά και ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα έχουν δημιουργηθεί τριάντα (30) ΚοιΣΠΕ, εκ των οποίων οι είκοσι εννέα (29) είναι ενεργοί και ένας τελεί σε αναστολή λειτουργίας.

Μέσα από την διαδικασία σύστασης και λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ δημιουργήθηκε μια θερμοκοιτίδα παραγωγής νέων ιδεών, εκπαίδευσης και εξοικείωσης των ΕΨΥ σε εξω-ιδρυματικές πρακτικές. Αναπτύχθηκαν πόλοι ευαισθητοποίησης της κοινότητας και πρωτοβουλίες που επηρέασαν καταλυτικά τα πράγματα. Η επιχειρηματική δραστηριότητα σε ισορροπία με την θεραπευτική και αποκαταστασιακή οπτική ανέδειξε την αξιοπρέπεια, την αυταξία, το πλαίσιο ευθύνης, την δημιουργικότητα και την φυσιολογικότητα των παραγκωνισμένων ψυχικά πασχόντων.

Το 2011 ιδρύθηκε η Πανελλήνια Ομοσπονδία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΠΟΚοιΣΠΕ), στην οποία συμμετέχουν όλοι οι ΚοιΣΠΕ της χώρας. Η Ομοσπονδία σήμερα αποτελεί το μοναδικό δευτεροβάθμιο όργανο εκπροσώπησης των ΚοιΣΠΕ, μέσα στο οικοσύστημα της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, η οποία νομοθετήθηκε το 2011 και περιλαμβάνει όλες τις Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (ΚοινΣΕπ) στις οποίες ανήκουν αυτοδίκαια και οι ΚοιΣΠΕ (ν. 4019/2011(Α' 216) και ν. 4430/2016 (Α' 205)).

Οι υπηρεσίες που έχουν αναπτύξει και παρέχουν μέχρι σήμερα είναι υπηρεσίες καθαριότητας, διαχείρισης περιβάλλοντος και πρασίνου, υπηρεσίες μαζικής εστίασης, σχολικά γεύματα, υπηρεσίες στάθμευσης και καθαρισμού αυτοκινήτων, διοργάνωσης εκδηλώσεων κ.α. Παράλληλα, ορισμένοι συνεταιρισμοί, παράγουν προϊόντα όπως μέλι, οπωροκηπευτικά, κουμκουάτ και άλλα προϊόντα (βιολογικά και ελεγχόμενης φυτικής παραγωγής), ελαιόλαδο, κρασί και αγνό σαπούνι.

Οι ΜΨΥ με την επιχειρηματική δραστηριότητα, το κοινωνικό συνεταιριστικό κίνημα που εκπροσωπεί, δικτυώνει και υποστηρίζει η ΠΟΚοιΣΠΕ έχει τα εξής ποσοτικά χαρακτηριστικά (στοιχεία 2021):

- **30** ΚοιΣΠΕ σε όλη την επικράτεια και 3 πρωτοβουλίες σύστασης νέων.
- **3.300** οργανωμένοι συνεταιριστές εκ των οποίων οι **1300** είναι ΑμΣΨΠ,
- **1.000** εργαζόμενοι με μερική ή πλήρη απασχόληση εκ των οποίων οι **520** είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές,
- Πάνω από **8.5 εκ ευρώ** ο κύκλος εργασιών τους το 2020.

Η ανάπτυξη επιχειρηματικών δραστηριοτήτων από τους ίδιους τους ΚοιΣΠΕ έχει δοκιμαστεί στην πορεία των χρόνων και άντεξε τόσο την οικονομική κρίση των ετών 2012-2016 όσο και την υγειονομική κρίση το 2020 και 2021. Οι ΚοιΣΠΕ έχουν δημιουργήσει και διατηρήσει πολλές θέσεις εργασίας ΑμΣΨΠ ωστόσο λόγω των συνθηκών αλλά και της ιδιάζουσας κατάστασης της Επιχειρηματικότητας στην χώρα ακόμα και αν ανταποκριθούν στα πιο αισιόδοξα αναπτυξιακά

σενάρια, δεν μπορούν να καλύψουν τις τεράστιες ανάγκες δημιουργίας θέσεων απασχόλησης των ΛΥΨΥ.

Σε μελέτη που ανακοινώθηκε το 2018 και η οποία διενεργήθηκε σε 37 εργαζόμενους του ΚοιΣΠΕ Κέρκυρας «Νέοι Ορίζοντες» που αντιμετώπιζαν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και οι οποίοι εργάζονταν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των έξι (6) ετών συνεχόμενα στον ΚοιΣΠΕ, αποτυπώθηκε μία σειρά δεικτών. Οι δείκτες ήταν σχετικοί με την χρήση των ΥΨΥ τόσο πριν, όσο και μετά από την παρέμβαση που έλαβε χώρα και δεν ήταν άλλη από την «εξασφάλιση εργασίας και υποστήριξη κατά την διάρκεια αυτής» των εργαζομένων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ο συνολικός αριθμός των ημερών νοσηλείας των 37 αυτών εργαζομένων πριν την έναρξη της εργασίας τους ήταν 6.425 ημέρες και στα έξι έτη κατά τα οποία εργάζονταν οι ημέρες ανήλθαν σε 1.326, μειωμένες κατά 79,4%. Ο αριθμός των νοσηλειών από 79 πριν, ανήλθε σε 46 μετά, μειωμένος κατά 41,7% και τέλος ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών από 43 κατά τα έξι έτη προ της έναρξης εργασίας, ανήλθε σε 21 κατά το διάστημα των έξι ετών εργασίας (μείωση 51,1%).

Από την έρευνα αυτή προκύπτει σημαντικός κοινωνικός αντίκτυπος διότι οι εργαζόμενοι με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα στους ΚοιΣΠΕ, από καταναλωτές πολύτιμων και πάντα σε ανεπάρκεια υγειονομικών πόρων (χρήση υπηρεσιών νοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας, ακούσιες νοσηλείες, κ.α.) αλλά και λοιπών άλλων πόρων (χρήση υπηρεσιών του σωφρονιστικού συστήματος, των εισαγγελιών, της αστυνομίας), μετατράπηκαν σε παραγωγούς πόρων (εισοδήματος, φορολογίας, ασφαλιστικών εισφορών κ.α.). Επιπλέον, 5.099 ημέρες νοσηλείας μετατράπηκαν ουσιαστικά σε αντίστοιχες ημέρες εργασίας μέσω των οποίων οι εργαζόμενοι με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα κατέκτησαν το δικαίωμα στην εργασία, αποδεικνύοντας τις ικανότητες τους και ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση τους και την εικόνα τους προς τις οικογένειες τους και την κοινωνία. Τελικά, μέσα από την εργασία τους στους ΚοιΣΠΕ, οι εργαζόμενοι-ΑμΣΨΠ γίνονται ισότιμοι πολίτες της κοινωνίας που τελικά τους εξασφαλίζει μία δίοδο και πρόσβαση σε σημαντικά κοινωνικά αγαθά, με πρώτο αυτό της εξασφάλισης του δικαιώματος προς την εργασία [40]. Ο κοινωνικός αντίκτυπος έχει φυσικά και άλλες εκφάνσεις και θα ήταν σημαντικό μέσα από την εμπειρία που έχει αποκτηθεί από τους ΚοιΣΠΕ να δημιουργηθεί η μεθοδολογία και να αναπτυχθούν κάποια ειδικότερα εργαλεία μέτρησης του.

Παρά τα σημαντικά προαναφερθέντα βήματα υπάρχουν ακόμα πολλές περιοχές της χώρας και ΤοΨΥ στους οποίους δεν έχουν αναπτυχθεί ΚοιΣΠΕ. Τα αίτια στα οποία δύναται να αποδοθεί αυτή η εξέλιξη είναι το γεγονός ότι σε πολλούς ΤοΨΥ δεν υπάρχουν εκείνες οι διεργασίες της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης αλλά ούτε και το όραμα σε ΕΨΥ για την εμπέδωση των αρχών και των υπηρεσιών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν οι ανθρώπινοι, οικονομικοί και υλικοί πόροι που θα μπορούσαν να εκκινήσουν μία διαδικασία, όπως παλιότερα μέσω των μονάδων υποστήριξης που είχε το ΥΥ για την υλοποίηση της πολιτικής του για την μεταρρύθμιση των ΥΨΥ. Τέλος, ακόμα και σήμερα, υπάρχουν περιοχές στην χώρα όπου οι δομές και οι ΥΨΥ δεν έχουν μεταξύ τους καμία διασύνδεση και συνεργασία και δεν συμμετέχουν σε

πρωτοβουλίες και εγχειρήματα για την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ΑμΣΨΠ, όπως η προετοιμασία τους και η ένταξη τους στην εργασία.

Τέλος, επισημαίνεται ότι έχουν καταγραφεί ανάγκες για εργασία από ΑμΣΨΠ που έχουν ικανότητες, δεξιότητες και εκπαιδευτικό επίπεδο που οι ΚοιΣΠΕ δεν μπορούν να καλύψουν λόγω των συγκεκριμένων επιχειρηματικών τους δραστηριοτήτων. Το επόμενο ώριμο βήμα των ΚοιΣΠΕ είναι μέσω της ενίσχυσης της οντότητας τους, ως Μονάδας Ψυχικής Υγείας, να δημιουργήσουν υπηρεσίες για την υποστήριξη της εργασίας των ΛΥΨΥ σε επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα αλλά και σε φορείς του δημοσίου τομέα. Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις για την έως τώρα εξέλιξη των ΚοιΣΠΕ στην χώρα.

Πίνακας 25: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για την έως τώρα ανάπτυξη των ΚοιΣΠΕ

Ο ν. 2716/1999 δημιούργησε το βασικό εργαλείο για την αντιμετώπιση των αναγκών εργασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, πέραν των έως τότε γνωστών μορφών εργασιοθεραπείας και προστατευμένων εργαστηρίων ή άτυπων Θεραπευτικών Συνεταιριστικών Μονάδων
2002: Σύσταση του πρώτου ΚοιΣΠΕ ΤοΨΥ Δωδεκανήσου στη Λέρο
20 έτη μετά έχουν δημιουργηθεί 30 ΚοιΣΠΕ σε όλη την Ελλάδα που έχουν χαρακτηριστεί ως καλές πρακτικές για την επαγγελματική ένταξη ΑμΣΨΠ από την ΕΕ
1.000 εργαζόμενοι στους 30 ΚοιΣΠΕ εκ των οποίων οι 520 είναι ΑμΣΨΠ Κύκλος εργασιών 8.5 εκ ευρώ το 2020, με κύριες δράσεις σε τομείς καθαριότητας και εστίασης
2011: Σύσταση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας ΚοιΣΠΕ, που αποτελεί το δευτεροβάθμιο όργανο εκπροσώπησης των ΚοιΣΠΕ. Στα 10 και πλέον έτη λειτουργίας της έδωσε σημαντική ώθηση στο θεσμό και στους ίδιους τους ΚοιΣΠΕ, καθώς και μεγάλη ορατότητα στο κίνημα των ΚοιΣΠΕ μέσα στο οικοσύστημα της ΚΑΛΟ που οριοθετήθηκε και νομοθετήθηκε διαδοχικά το 2011 και 2016
Επίδειξη ανθεκτικότητας και περαιτέρω ανάπτυξη ΚοιΣΠΕ τόσο στην οικονομική κρίση (2011-2017) όσο και στην υγειονομική κρίση (2020-2022)
2021: Υιοθέτηση πλαισίου τακτικής ετήσιας χρηματοδότησης των ΚοιΣΠΕ ως προς το λειτουργικό κόστος τους ως Μονάδων Ψυχικής Υγείας από το ΥΥ
Προκλήσεις
Πολλά αιτήματα για εργασία ΑμΣΨΠ δεν μπορούν πλέον να ικανοποιηθούν από ΚοιΣΠΕ, που αφορούν όλους, ιδιαίτερος νέα ΑμΣΨΠ με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο
Δομές και ΥΨΥ δεν έχουν μεταξύ τους διασύνδεση και συνεργασία, ούτε συμμετέχουν σε πρωτοβουλίες για προετοιμασία και ένταξη στην εργασία ΑμΣΨΠ
Σε πολλές περιοχές της χώρας και ΤοΨΥ δεν υφίστανται ΚοιΣΠΕ με αποτέλεσμα την απουσία οργανωμένου πλαισίου εργασιακής ένταξης σε γεωγραφική έκταση άνω του 50% της χώρας
Αναγκαιότητα δημιουργίας δεκαοχτώ νέων ΚοιΣΠΕ
Αναγκαιότητα ενίσχυσης της δικτύωσης των ΚοιΣΠΕ, αλλά και της υποστήριξης τους μέσω των ΥΠε από φορείς που εποπτεύονται κυρίως από το ΥΥ
Αναγκαιότητα δημιουργίας μεθοδολογίας και ανάπτυξης ψηφιακών εργαλείων για την μέτρηση του κοινωνικού αντικτύπου από τις παρεμβάσεις που υλοποιούν οι ΚοιΣΠΕ

Εν μέσω της πανδημίας COVID-19 και μετά από την παρέλευση της οξείας φάση της, το ΥΥ υλοποίησε σειρά ενεργειών με σκοπό την υποστήριξη των ΚοιΣΠΕ και των εργαζομένων του, των

οποίων οι θέσεις εργασίας απειλήθηκαν από την διατάραξη όλων των οικονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Αναλυτικότερα, προχώρησε στην υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 83874/29.12.2020 (Β' 6004) έκδοση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας με θέμα: «Όροι και προϋποθέσεις επιχορήγησης των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης του άρθρου 12 του ν. 2716/1999 από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας», η οποία έθεσε το σταθερό πλαίσιο για την επιχορήγηση (πρόβλεψη για τακτική ετήσια χρηματοδότηση και έκτακτων) των ΚοιΣΠΕ από το ΥΥ. Περαιτέρω, το Υπουργείο προχώρησε αφενός στην έκτακτη επιχορήγηση των ΚοιΣΠΕ που υπέβαλλαν σχέδια δράσης για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19, αφετέρου στην ολοκλήρωση της πρώτης τακτικής ετήσιας επιχορήγησης των ΚοιΣΠΕ που το αιτήθηκαν, σύμφωνα με το πλαίσιο που θέτει η προαναφερθείσα ΚΥΑ.

Παράλληλα σχεδιάστηκε σειρά δράσεων για την υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για ΑμΣΨΠ μέσω της εργασίας, που θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 4 του ν. 4675/2020 (Α' 54) στο πλαίσιο των επιμέρους προγραμμάτων του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης με την ονομασία «Σπύρος Δοξιάδης» ως μία παρέμβαση τριτογενούς πρόληψης. Η παρούσα πρόταση βρίσκεται υπό αξιολόγηση και έχει συμπεριληφθεί και στο παρόν Εθνικό Σχέδιο.

Περαιτέρω, για την υποβοήθηση και ενίσχυση του έργου των ΚοιΣΠΕ εκδόθηκαν εγκύκλιοι προς τους φορείς που εποπτεύονται από το ΥΥ αλλά και φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα με περιεχόμενο και παρότρυνση να υλοποιήσουν Συμβάσεις ανατιθέμενες κατ' αποκλειστικότητα σε ΚοιΣΠΕ του ν. 2716/1999 (Α' 96) ή εναλλακτικά να αξιολογήσουν αιτήματα ΚοιΣΠΕ για παραχώρηση ακινήτων Δημοσίου Τομέα προς ΚοιΣΠΕ σύμφωνα με τις ειδικές διατάξεις του ν. 2716/1999.

Τέλος, συνεχίστηκε η ένταξη της πράξης με τίτλο «Ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης για την υποστήριξη των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (ΚοιΣΠΕ) του άρθρου 12 του ν. 2716/1999 στην κατεύθυνση βελτίωσης της διοικητικής και διαχειριστικής τους ικανότητας» στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Μεταρρύθμιση Δημόσιου Τομέα 2014-2020» του Εταιρικού Συμφώνου για το Πλαίσιο Ανάπτυξης 2014-2020, που αποσκοπεί να ενισχύσει τόσο τους ΚοιΣΠΕ, όσο και τα ΑμΣΨΠ στη εξεύρεση περισσότερων εργασιακών διεξόδων.

7.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις αποτυπώνονται στον πίνακα 26.

***Πίνακας 26:** Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 5*

α/α	Άξονας 5 Ολοκλήρωση και ενίσχυση του δικτύου των ΚοιΣΠΕ σε όλη την επικράτεια
1	Ολοκλήρωση του δικτύου των ΚοιΣΠΕ με την δημιουργία δεκαοκτώ (18) νέων σε όλη την επικράτεια
2	Ενίσχυση της δικτύωσης νέων και παλαιών ΚοιΣΠΕ και ΠΟΚοιΣΠΕ για την ενδυνάμωση αμοτέρων και την ανταλλαγή εμπειριών και καλών πρακτικών
3	Υλοποίηση παρέμβασης: «Υποστήριξη υφιστάμενων ΚοιΣΠΕ με την ενδυνάμωση της συνεργασίας με φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας»
4	Συνεργασία τουλάχιστον είκοσι (20) ΚοιΣΠΕ με είκοσι (20) εποπτευόμενους φορείς του ΥΥ
5	Δημιουργία σταθερού πλαισίου υποστήριξης και δικτύωσης νέων και παλιών ΚοιΣΠΕ και ΠΟΚοιΣΠΕ με ψηφιακά εργαλεία για την ανταλλαγή εμπειριών, καλών πρακτικών και την μέτρηση του κοινωνικού αντικτύπου

Για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων μέσω ανάπτυξης δομών, δράσεων και προγραμμάτων αξίζει να επισημανθεί ότι υπάρχουν όλα τα σχετικά νομοθετικά εργαλεία, ήτοι: α) η νομοθετική πρόβλεψη θεσμοθέτησης και υλοποίησης Εθνικού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για ΑμΣΨΠ στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος «Σπύρος Δοξιάδης» ως παρέμβαση τριτογενούς πρόληψης, β) Ο νόμος 2716/1999 (Α' 96) που δίδει την δυνατότητα στους ΚοιΣΠΕ να συνεργάζονται μεταξύ άλλων με φορείς του Δημοσίου (άρθρο 12), γ) οι νομοθετικές προβλέψεις για τη δυνατότητα σύναψης συμβάσεων ανατιθέμενων κατ' αποκλειστικότητα σε ΚοιΣΠΕ από αναθέτουσες αρχές, δ) οι νομοθετικές προβλέψεις για τις παραχωρήσεις ακινήτων του δημοσίου στους ΚοιΣΠΕ και ε) της ΚΥΑ σχετικά με το πλαίσιο χρηματοδότησης των ΚοιΣΠΕ (τακτικής για την λειτουργία τους ως Μονάδων Ψυχικής Υγείας, αλλά και έκτακτων με σκοπό να αναπτύσσουν δράσεις στις οποίες εντάσσονται προς εργασία άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α. Δομές

1. Δημιουργία και έναρξη δραστηριότητας δεκαοκτώ (18) νέων ΚοιΣΠΕ σε ΤοΨΥ που δεν υπάρχουν.

Στον πίνακα 27 αναφέρονται οι ΚοιΣΠΕ, οι ΤοΨΥ που προτείνεται να δημιουργηθούν, οι ΥΠε εντός των γεωγραφικών ορίων των οποίων θα βρίσκονται οι ΚοιΣΠΕ και μία πρόβλεψη για την ωριμότητα δημιουργίας σε τρεις κατηγορίες, ήτοι Υψηλή (Υ), Μεσαία (Μ) και Χαμηλή (Χ) και χρονική κατανομή από την εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ΨΥ το έτος 2022 και μέχρι την ολοκλήρωση του το έτος 2030. Οι κατηγορίες ωριμότητας κατανέμονται ως εξής: Υψηλή εντός έτους, ήτοι έως το τέλος του 2023, Μ: Μέτρια, εντός τριετίας, ήτοι έως τέλος του 2025 και Χ: Χαμηλή, εντός πενταετίας ήτοι έως τέλος του 2027.

Πίνακας 27: Πρόταση δημιουργίας ΚοιΣΠΕ σε ΤοΨΥ

α/α	ΚοιΣΠΕ	ΤοΨΥ	ΥΠε	Ωριμότητα*
------------	---------------	-------------	------------	-------------------

1	4ου ΤοΨΥ Αττικής	4ος Αττικής	1η	Y
2	11ου ΤοΨΥ Αττικής	11ος Αττικής		M
3	Κυκλάδων	Κυκλάδων	2η	X
4	Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης	Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης	3η	Y
5	Γρεβενών-Καστοριάς	Γρεβενών-Καστοριάς-Φλώρινας-Κοζάνης		X
6	Φλώρινας-Κοζάνης	Γρεβενών-Καστοριάς-Φλώρινας-Κοζάνης		X
7	Δράμας	Σερρών-Δράμας-Κιλκίς	4η	Y
8	Κιλκίς	Σερρών-Δράμας-Κιλκίς		X
9	Σερρών	Σερρών-Δράμας-Κιλκίς		M
10	Εύβοιας	Εύβοιας	5η	M
11	Μαγνησίας	Μαγνησίας		Y
12	Αργολίδας	Αργολίδας-Αρκαδίας-Λακωνίας	6η	M
13	Αρκαδίας	Αργολίδας-Αρκαδίας-Λακωνίας		X
14	Λακωνίας	Αργολίδας-Αρκαδίας-Λακωνίας		X
15	Μεσσηνίας	Μεσσηνίας		Y
16	Ηλείας	Ηλείας-Κεφαλληνίας-Ζακύνθου		X
17	Ζακύνθου	Ηλείας-Κεφαλληνίας-Ζακύνθου		X
18	Αιτωλοακαρνανίας	Αιτωλοακαρνανίας		M

* Y: Υψηλή εντός έτους από την έναρξη ισχύος του Εθνικού Σχεδίου

M: Μέτρια, ήτοι εντός τριετίας από την έναρξη ισχύος του Εθνικού Σχεδίου

X: Χαμηλή, ήτοι εντός πενταετίας από την έναρξη ισχύος του Εθνικού Σχεδίου

2. Υποστήριξη επανεκκίνησης λειτουργίας ενός ΚοιΣΠΕ που είναι αδρανής.

β) Δράσεις

- Υποστήριξη των υφιστάμενων τριάντα (30) ΚοιΣΠΕ με την ενδυνάμωση της συνεργασίας τους με φορείς που εποπτεύονται από το ΥΥ αλλά και περαιτέρω δικτύωση τους.
- Οικονομική στήριξη της δημιουργίας των νέων ΚοιΣΠΕ, με αρχικό κεφάλαιο, για να καλυφθούν τα λειτουργικά έξοδα και το κόστος ίδρυσης τους, προκειμένου να ξεκινήσει η επιχειρηματική τους δραστηριότητα που θα επιφέρει έσοδα τα οποία θα καταστήσουν κάθε νέο ΚοιΣΠΕ αφενός λειτουργικό, αφετέρου βιώσιμο.
- Υποστήριξη της εκπόνησης δεκαοκτώ (18) επιχειρηματικών σχεδίων δράσης ανά ΚοιΣΠΕ με γνώμονα τα τοπικά χαρακτηριστικά κάθε περιοχής και τις αναπτυξιακές δυνατότητες αυτής για τους παραπάνω υπό σύσταση ΚοιΣΠΕ, είτε από την ΠΟΚοιΣΠΕ, με βάση την πολυετή εμπειρία αυτής ή εναλλακτικά και από ΚοιΣΠΕ σε όμορους ΤοΨΥ που είναι παλαιότεροι και με μεγάλη εμπειρία και τεχνογνωσία.
- Υποστήριξη της αρχικής επιχειρηματικής δραστηριότητας (start up) των δεκαοκτώ (18) νέων ΚοιΣΠΕ που θα ιδρυθούν μέχρι και δύο (2) έτη.
- Ψηφιοποίηση διαδικασιών παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των ΚοιΣΠΕ από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (ΔΨΥ)
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλων ψηφιακής διασύνδεσης και παραπομπών από ΜΨΥ αιτημάτων προς εργασία από ΛΥΨΥ προς ΚοιΣΠΕ.

- Ανάπτυξη των αναγκαίων ψηφιακών εφαρμογών για τις παραπάνω διαδικασίες και πιλοτική εφαρμογή τους.
- Ανάπτυξη μεθοδολογίας και ανάπτυξης ψηφιακών εργαλείων για την μέτρηση του κοινωνικού αντικτύπου από τις παρεμβάσεις που υλοποιούν οι ΚοιΣΠΕ.

γ) Προγράμματα

- Υλοποίηση παρέμβασης- προγράμματος με σκοπό την αύξηση θέσεων εργασίας ΑμΣΨΠ σε συνεργασία των ΚοιΣΠΕ με φορείς (Νοσοκομεία, ΥΠε, λοιπά ΝΠΔΔ) που εποπτεύονται από το ΥΥ. Το πρόγραμμα θα αποσκοπεί στην κάλυψη αναγκών αυτών των φορέων μέσω υπηρεσιών που παρέχουν ΚοιΣΠΕ. Αυτό δύναται να γίνει είτε με επέκταση υφιστάμενων δράσεων, είτε με δημιουργία νέων δράσεων των ΚοιΣΠΕ που παράλληλα θα καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες των φορέων (πχ υπηρεσίες καθαριότητας, σίτισης, τραπεζοκομίας, καθαριότητας μαιτισμού, καθώς και ανάπτυξη shop in shop). Η πρόταση αφορά στην υλοποίηση ενός πρώτου κύκλου δράσεων διάρκειας τεσσάρων ετών και εφόσον κριθεί επιτυχημένη η υλοποίηση, επανάληψη ενός δεύτερου κύκλου.
- Υλοποίηση του τετραετούς προγράμματος δράσης από τους ΚοιΣΠΕ με:
 - α) υποβολή προτάσεων για υλοποίηση συγκεκριμένων μικρών δράσεων σε συνεργασία με εποπτευόμενους φορείς για χρηματοδότηση των δράσεων από το ΥΥ,
 - β) επιχορήγηση των ΚοιΣΠΕ μετά την υποβολή επιμέρους σχεδίων δράσης και αξιολόγησης αυτών,
 - γ) υλοποίηση του προγράμματος για δύο έτη,
 - δ) τελικό απολογισμό της δράσης με δείκτες σχετικούς με αριθμό συνεργασιών, αριθμό συμβάσεων που υπογράφηκαν μεταξύ ΚοιΣΠΕ και εποπτευόμενων φορέων του ΥΥ, των νέων θέσεων εργασίας που δημιουργήθηκαν κατά την υλοποίηση και των νέων θέσεων εργασίας ΑμΣΨΠ που δημιουργήθηκαν κατά την υλοποίηση του προγράμματος.
- Υλοποίηση προγράμματος ενίσχυσης της δικτύωσης και συνεργασίας των ΚοιΣΠΕ μεταξύ τους καθώς και με άλλες μορφές Κοινωνικών Επιχειρήσεων, όπως οι ΚοινΣΕπ Ένταξης.
- Υλοποίηση προγράμματος δικτύωσης του θεσμού και του κινήματος των ΚοιΣΠΕ, με άλλα δίκτυα και φορείς Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας.
- Δημιουργία σταθερού πλαισίου υποστήριξης και δικτύωσης των ΚοιΣΠΕ και της ΠΟΚοιΣΠΕ με την ανάπτυξη ψηφιακών εργαλείων.

7.3 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 28 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 5. Προβλέπεται η λειτουργία 18 νέων δομών & 57 νέων δράσεων & προγραμμάτων. Παράλληλα προβλέπεται η ενίσχυση 99 υφιστάμενων υπηρεσιών & δομών.

Πίνακας 28 : Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 5

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	5,20 εκ. €
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	0,78 εκ. €
Ενίσχυση υφιστάμενων δομών & υπηρεσιών	0,31 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	2,22 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	0,24 εκ. €

8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Καθολική εφαρμογή της τομεοποίησης σε όλη την επικράτεια, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πυλώνες παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα, ΑμΚΕ), διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των Ληπτών Ψυχικής Υγείας και προώθηση της έρευνας και κατάρτισης στην ψυχική υγεία

8.1 Υφιστάμενη κατάσταση

8.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

8.3 Κοστολόγηση

8.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Η ελληνική επικράτεια σήμερα είναι διαιρεμένη σε επτά (7) ΥΠε, με προγραμματισμό να συγχωνευθούν σε πέντε (5), οι οποίες θα ταυτίζονται με τα όρια των Αποκεντρωμένων Διοικήσεων (σύμφωνα με την Διοικητική διαίρεση της χώρας).

Το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας, όπως αποτυπώθηκε στην Ταχεία Αξιολόγηση για τις ΥΨΥ, αποτελείται από ένα σύνολο πέντε (5) δομικών μονάδων, εκ των οποίων τέσσερις (4) βρίσκονται υπό την αιγίδα και την εποπτεία του ΥΥ και μία (1) (λοιπές υπηρεσίες όπως Δικαστικές Υπηρεσίες ή το Διακλαδικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων) υπό την εποπτεία λοιπών κυβερνητικών φορέων (εν προκειμένω, το Υπουργείο Δικαιοσύνης και το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας αντίστοιχα) (Πίνακας 31). Η Ταχεία Αξιολόγηση εστίασε μόνο σε δύο τέτοιες υπηρεσίες, υπάρχουν κι άλλοι δημόσιοι φορείς που παρέχουν ΥΨΥ ή πληρώνουν γι' αυτές (π.χ. Δήμοι).

Πίνακας 29: Οργανόγραμμα του ελληνικού συστήματος Ψυχικής Υγείας - σύμφωνα με τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης

Δημόσιος τομέας – Χρηματοδότηση από ΕΟΠΥΥ και ΥΥ με συγχρηματοδότηση από το ΥΥ για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία			Ιδιωτικός τομέας – χρηματοδότηση από ΕΟΠΥΥ και ΥΥ	Άλλες ΥΨΥ		Ιδιωτικός τομέας – Χρηματοδότηση από τον ΕΟΠΥΥ	Ιδιωτικός τομέας – Χρηματοδότηση από πελάτες (Out-of-pocket) και από ΕΟΠΥΥ	
ΨΝ	Ψυχιατρικές κλινικές σε ΓΝ	Ψυχιατρικές κλινικές σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία	Πάροχοι ΠΦΥ	ΜΚΟ Ιδιωτικοί μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί	Υπηρεσίες Ψυχιατρικής στα Σωφρονιστικά ιδρύματα	Στρατιωτικές υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	Ιδιωτικές Ψυχιατρικές κλινικές	Ιδιωτικά ιατρεία: Ψυχολόγοι και Ψυχίατροι
Νοσηλεία οξέων περιστατικών (συμπ. ψυχιατροδικαστικών δομών)	Νοσηλείας οξέων περιστατικών	Νοσηλείας οξέων περιστατικών	Εξωτερικά Ιατρεία -Μη εξειδικευμένα (Οικογενειακοί γιατροί) -Ειδικευμένα (Ψυχίατροι)		Νοσηλεία οξέων περιστατικών	Νοσηλεία οξέων περιστατικών	Νοσηλεία οξέων περιστατικών	
Εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία	Εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία	Εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία						Εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία
ΚΨΥ: Κινητές ομάδες, ΚΗ, ανακουφιστική φροντίδα	ΚΨΥ: Κινητές ομάδες, ΚΗ, ανακουφιστική φροντίδα	ΚΨΥ: Κινητές ομάδες, ΚΗ, Ανακουφιστική φροντίδα		Κοινοτικές υπηρεσίες (ΚΗ, ΚΜ)		Κοινοτικές ΥΨΥ (ΚΗ, ΚΜ)		
ΜΨΥΜΨΥ (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα για ενήλικες)				ΜΨΑ (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα για ενήλικες)				
Ειδικές Δομές (π.χ μακροχρόνιας φροντίδας, ΨΥ παιδιών)	Ειδικές Δομές (π.χ μακροχρόνιας φροντίδας, ΨΥ παιδιών)							
Ομάδα-Στόχος: Άτομα με σοβαρά και μέτριας σοβαρότητας προβλήματα ψυχικής υγείας (σε φθίνουσα αναλογία σε όλες τις αναφερόμενες υπηρεσίες)								
Ομάδα-Στόχος: Άτομα με ήπια και μέτρια προβλήματα ψυχικής υγείας (σε αύξουσα αναλογία σε όλες τις αναφερόμενες υπηρεσίες)								

Ο τρέχων σχεδιασμός του συστήματος ψυχικής υγείας είναι ενδεικτικός των προσπαθειών που κατεβλήθησαν τις τελευταίες δεκαετίες για να τονωθεί η ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το σύστημα διαθέτει ένα μείγμα υπηρεσιών που κυμαίνονται από κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας (συμπεριλαμβάνονται κινητές ομάδες, η κατ' οίκον θεραπεία και κατ' οίκον παρεμβάσεις στην περίπτωση κρίσης), κέντρα ημερήσιας νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία, υποστηριζόμενα διαμερίσματα, ξενώνες, οικοτροφεία και μονάδες νοσηλείας οξέων περιστατικών. Ενώ ο βαθμός στον οποίο επιτελούν οι εν λόγω υπηρεσίες τις επιμέρους λειτουργίες τους, χρήζει ξεχωριστής ανάλυσης, το γεγονός ότι διατίθενται αυτές οι υπηρεσίες και δομές αποτελεί σημαντική ευκαιρία και μπορεί να αξιοποιηθεί σε περαιτέρω προσπάθειες για την βελτίωση του συστήματος ψυχικής υγείας.

Η κύρια πρόκληση που θέτει ο σχεδιασμός του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ότι, ενώ η συντριπτική πλειονότητα των υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα του ΥΥ καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (από το ΥΥ και τον ΕΟΠΥΥ) και, επομένως, εφοπίζονται από το ΥΥ, αντιμετωπίζονται διαφορετικά, ανάλογα με τη νομική τους μορφή (ΝΠΔΔ έναντι μη κερδοσκοπικών ΝΠΔ έναντι κερδοσκοπικών ΝΠΔ). Συνεπώς, ενώ το ΥΥ θα έπρεπε να δικαιούται να ενεργήσει ως επόπτης όλων αυτών των οργανισμών, στην πράξη υπάρχουν αρκετά εμπόδια.

Σε συμφωνία προς τη θεμελιώδη αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και προκειμένου να εξασφαλιστεί τόσο η καλύτερη οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας, όσο και το θεραπευτικό συνεχές, η χώρα έχει διαιρεθεί βάσει συγκεκριμένων γεωγραφικών και πληθυσμιακών κριτηρίων σε ΤοΨΥ Ενηλίκων και ΤοΨΥΠΕ. Ειδικότερα για την Περιφερειακή Ενότητα Αττικής καταγράφονται έντεκα (11) ΤοΨΥ και τέσσερις (4) ΤοΨΥΠΕ. Αντίστοιχα, στην Περιφερειακή Ενότητα Θεσσαλονίκης υφίστανται τρεις (3) ΤοΨΥ και τέσσερις (4) ΤοΨΥΠΕ. Η υπόλοιπη επικράτεια διαιρείται σε είκοσι τέσσερις (24) ΤοΨΥ και εννέα (9) ΤοΨΥΠΕ με αποτέλεσμα το σύνολο να είναι τριάντα οκτώ (38) ΤοΨΥ και δέκα επτά (17) ΤοΨΥΠΕ.

Σε επίπεδο τοπικής οργάνωσης, σε κάθε ΤοΨΥ έχει συσταθεί μια Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (ΤΕΠΕΨΥΕ). Σε κάθε περιοχή ευθύνης των υφιστάμενων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΕΨΥΠΕ) και των αντίστοιχων ΤοΨΥΠΕ, όπου υφίστανται, έχει συσταθεί μια Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΕΠΕΨΥΠΕ). Από τη θεσμοθέτησή τους ως σήμερα οι επιτροπές των ΤοΨΥ κατά κανόνα υπολειτουργούν και ο πραγματικός τους ρόλος στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της πολιτικής ψυχικής υγείας είναι περιορισμένος.

Σε επίπεδο περιφερειακής οργάνωσης, στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε) έχουν συσταθεί Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας (ΠεδιΤοΨΥ). Σε κάθε ΔΥΠε υπάγονται δύο ΠεδιΤοΨΥ με την εξαίρεση της 5ης και της 7ης ΔΥΠε σε κάθε μία από τις οποίες υπάγεται μια ΠεδιΤοΨΥ. Στις ΠεδιΤοΨΥ έχουν ενταχθεί, με κριτήρια γεωγραφικά, πληθυσμιακά, αριθμού ΜΨΥ και προσβασιμότητας των ΛΥΨΥ, οι ΤοΨΥ και οι ΤοΨΥΠΕ. Μέχρι

την πλήρη οργάνωση των ΥΨΥΠΕ σε όλη την επικράτεια και την πλήρη αντιστοίχιση των ΤοΨΥ και ΤοΨΥΠΕ με βάση τα ανωτέρω κριτήρια, ως περιοχές ευθύνης των Τομεακών Επιστημονικών Επιτροπών Παιδιών και Εφήβων νοούνται οι περιοχές ευθύνης των ΤΕΨΥΠΕ.

Οι ΠεΔιΤοΨΥ (12 σε σύνολο) διοικούνται από Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια, τα οποία συνιστώνται σε αυτές. Τα Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια είναι επταμελή και η θητεία τους είναι τριετής. Το Συντονιστικό Όργανο των Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας είναι τριμελές, εκπροσωπεί τις ΠεΔιΤοΨυ και συμμετέχει σε υπουργικές και διυπουργικές επιτροπές ή όπου κληθεί για το σχεδιασμό της κεντρικής στρατηγικής για θέματα ψυχικής υγείας.

Η οργάνωση ενός τοπικού μοντέλου λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές ανάγκες και τους τοπικούς πόρους, είναι μία διαρκής προσπάθεια στην κατεύθυνση ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Ταχείας Αξιολόγησης, δεν διατίθεται ένα εμπεριστατωμένο φάσμα ΥΨΥ πανελλαδικά και υπάρχουν πολλές περιοχές που δεν καλύπτονται. Η τομεοποίηση, δηλαδή ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας ανά περιοχή ευθύνης, αναγνωρίζεται διαχρονικά ως πρώτη προτεραιότητα για την μεταρρύθμιση. Οι καθυστερήσεις στην εφαρμογή των σχεδίων τομεοποίησης ευθύνονται για σημαντικά ελλείμματα του τωρινού συστήματος ψυχικής υγείας, όπως η χαμηλή διαθεσιμότητα βασικών κοινοτικών υπηρεσιών, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε περιττά περιστατικά ακούσιας νοσηλείας και στην υπερφόρτωση των υπηρεσιών νοσηλείας οξέων περιστατικών με περιστατικά που διαφορετικά δεν θα έχρηζαν νοσηλείας.

Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες, οι δομές που αναπτύσσονται και λειτουργούν στο πλαίσιο ενός τομέα διαφοροποιούνται σημαντικά από τομέα σε τομέα. Ως εκ τούτου, είναι πολύ πιθανό σε κάποιον τομέα, οι υφιστάμενες δομές και οι υπηρεσίες που παρέχουν, να μην επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού του, ενώ είναι επίσης συχνό το φαινόμενο της απουσίας δομών. Τα κενά και οι ελλείψεις που σημειώνονται μπορεί να οφείλονται είτε στον μεγάλο αριθμό πληθυσμού που καταγράφεται σε έναν τομέα είτε στο ότι δεν υφίστανται κατάλληλες και απαραίτητες δομές ή ακόμη και στο ότι οι υφιστάμενες δομές δεν επαρκούν. Εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις (π.χ. στη Θράκη), δεν υπάρχει τοπική οργάνωση της φροντίδας ανά περιοχή ευθύνης, γεγονός που συνεπάγεται ότι τα ΑμΣΨΠ δεν έχουν τοπική πρόσβαση στο πλήρες φάσμα των υπηρεσιών που χρειάζονται. Στόχος είναι η ανάπτυξη μίας (1) κοινοτικής δομής ανά 150.000 άτομα.

Προκειμένου για την εφαρμογή της τομεοποίησης σε όλη την επικράτεια θα πρέπει πρωτίστως να εξασφαλιστούν δύο σημαντικές προϋποθέσεις: **α.** η ανάπτυξη όλων των αναγκαίων δομών όλων των ηλικιακών ομάδων (ενηλίκων, παιδιών/ εφήβων) σε κάθε τομέα, σε συνάρτηση πάντα με τον αριθμό και τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετούν και **β.** η αυστηρή τήρηση της τομεοποίησης σε ότι αφορά την εξυπηρέτηση και διασύνδεση του πληθυσμού εντός των δομών του τομέα κατοικίας του.

Οι καθυστερήσεις στην εφαρμογή των σχεδίων τομεοποίησης ευθύνονται για σημαντικά ελλείμματα του τωρινού συστήματος ψυχικής υγείας, όπως η χαμηλή διαθεσιμότητα βασικών κοινοτικών υπηρεσιών, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε περιστατικά ακούσιας νοσηλείας και στην υπερφόρτωση των υπηρεσιών νοσηλείας οξέων περιστατικών με περιστατικά που διαφορετικά δεν θα έχρηζαν νοσηλείας. Επισημαίνεται ότι η ανάπτυξη δομών εντός ενός τομέα διασφαλίζει τη θεραπευτική συνέχεια μέσα από την παροχή υπηρεσιών και την κάλυψη των αναγκών, γεγονός που ενισχύει την εμπιστοσύνη των πολιτών.

Η οργάνωση των εφημεριών, για τους ψυχιατρικούς ασθενείς, δεν βασίζεται στην αρχή της τομεοποίησης. Τα ΨΝ και τα ψυχιατρικά τμήματα των ΓΝ ανά ΥΠε εφημερεύουν κυκλικά, γεγονός που δεν ευνοεί την τομεοποίηση. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο που έχει ως αποτέλεσμα την μη εφαρμογή της τομεοποίησης με τις επακόλουθες συνέπειες στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για τον ασθενή, αλλά και την εμπέδωση ανυπέρβλητων εμποδίων στην ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Μία ενδεικτική πρόταση εφαρμογή της τομεοποιημένης εφημερίας για τους ψυχιατρικούς ασθενείς θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα εξής. Την επόμενη της εφημερίας, κάθε περιστατικό που έχει εισαχθεί στην εφημερεύουσα δομή θα διακομίζεται υποχρεωτικά στην κλινική εκείνη στην οποία έχει νοσηλευθεί τις περισσότερες φορές κατά το παρελθόν. Με ευθύνη της ΥΠε οι διακομιδές θα γίνονται με τρόπο που θα σέβεται απολύτως την Τομεοποίηση, ακόμα και αν αυτό αφορά άλλη ΥΠε. Με αυτόν τον τρόπο θα εξασφαλισθεί η συνέχεια της φροντίδας. Η υποχρεωτική διακομιδή δε θα γίνεται μόνο στην περίπτωση εκείνη που ιατρικό συμβούλιο της δομής που εφημέρευε αποφασίσει αιτιολογημένα εναντίον της διακομιδής.

Σχετικά με την **διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των ΛΥΨΥ** και σύμφωνα με την ταχεία αξιολόγηση, έχουν αναπτυχθεί κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρότυπα φροντίδας για πληθώρα παθήσεων, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η σχιζοφρένεια και η άνοια, με πολλές από αυτές να αποτελούν αναπροσαρμογές αναγνωρισμένων διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών. Ορισμένες περιλαμβάνουν θεραπευτικούς αλγόριθμους, ενώ άλλες όχι. Στο παρελθόν παράγονταν και πρότυπα σχετικά με τον τρόπο ανάπτυξης ενός θεραπευτικού πλάνου. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις κατά την εφαρμογή τους.

Πρώτον, ούτε οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών ούτε οι μεμονωμένοι επαγγελματίες έχουν την υποχρέωση να χρησιμοποιούν τις εν λόγω κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και να συμμορφώνονται με αυτές. Δεν υπάρχει σύστημα παρακολούθησης για την αποτίμηση της εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών ή την αξιολόγηση της απόδοσής τους. Η Ομοσπονδία Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας «Αργώ» ανέφερε στην ταχεία αξιολόγηση ότι οι επαγγελματίες της εφαρμόζουν ένα μοντέλο ολιστικής προσέγγισης, αλλά δεν προσδιόρισε επακριβώς ότι οι επαγγελματίες της ομάδες τηρούν τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδει το ΥΥ. Στα ιδιωτικά ιατρεία είναι γνωστές οι

κατευθυντήριες οδηγίες που καλύπτουν τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά δεν ισχύει το ίδιο για τα πρωτόκολλα ψυχοθεραπείας. Συγχρόνως, επαγγελματίες που εργάζονται στις ΥΨΥΠΕ ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδουν αναγνωρισμένες αρχές, όπως η Αμερικανική Ακαδημία Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής, το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Υπεροχής του ΗΒ (NICE) και κατευθυντήριες οδηγίες από άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Οι ίδιοι επεσήμαναν ότι αποσκοπούν στην τεκμηριωμένη κλινική πράξη.

Στην ΠΦΥ οι επαγγελματίες τις χρησιμοποιούν περιστασιακά. Οι εκπρόσωποι των οικογενειακών ιατρών ανέφεραν ότι επί του παρόντος δεν υπάρχουν ψηφιακά εργαλεία που να παρέχουν τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τους θεραπευτικούς αλγόριθμους ώστε να υποστηρίζονται οι οικογενειακοί ιατροί. Τέτοια εργαλεία, ανέφεραν, θα ήταν πολύ χρήσιμα για τους οικογενειακούς ιατρούς.

Σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας των ΥΨΥ και την προώθηση της κατάρτισης, σε πιο εξελιγμένα συστήματα υγείας η “διασφάλιση ποιότητας” (Quality Assurance - QA), όπως και η μετεξέλιξή της, η “βελτίωση ποιότητας” (Quality Improvement – QI), επιτυγχάνονται μέσω της Κλινικής Διακυβέρνησης (Clinical Governance), δηλαδή της συστηματικής προσέγγισης μέσω της οποίας επιτυγχάνεται η συνεχής βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Η πρακτική αυτή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να λειτουργήσει με ασφάλεια ο οποιοσδήποτε οργανισμός που προσφέρει υπηρεσίες υγείας, και είναι πρακτική που ακολουθείται εκ συστήματος στις προηγμένες χώρες εδώ και δεκαετίες. Στο δημόσιο σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) εφαρμόστηκε το 1999 με τεράστια επιτυχία και έκτοτε κάθε δομή υγείας έχει την υποχρέωση να έχει ένα σύστημα που να διασφαλίζει τη σωστή κλινική διακυβέρνηση. Τα στοιχεία που υποστηρίζονται από την Κλινική Διακυβέρνηση είναι:

- Εκπαίδευση και κατάρτιση
- Διαχείριση κλινικού ρίσκου
- Εξωστρέφεια και επικοινωνιακή διαχείριση
- Έρευνα και ανάπτυξη υπηρεσιών
- Κλινική αποτελεσματικότητα
- Κλινικός έλεγχος (audit)

Μετά την σύσταση του Οργανισμού Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ) και σε συνεργασία με το γραφείο ποιότητας του ΠΟΥ στην Αθήνα θα ολοκληρωθεί σύντομα επιμέρους επεξεργασμένη πρόταση με σκοπό την συνεργασία σε όλα τα θέματα ποιότητας ΥΨΥ.

Η υποστήριξη και η **προώθηση της έρευνας στην ΨΥ** είναι μία πολύ σημαντική παράμετρος στην επιτυχή έκβαση αυτού του Σχεδίου. Αναλυτικότερα, η διενέργεια επιδημιολογικών μελετών για την αποτύπωση του επιπέδου ψυχικής υγείας των πολιτών (ενηλίκων και παιδιών -εφήβων), η έρευνα για την χρήση των υπηρεσιών και της αποτύπωσης της αποδοτικότητας αυτών, οι έρευνες ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες και τέλος η ενίσχυση της κλινικής έρευνας είναι

σημαντικές παράμετροι που πρέπει να υλοποιηθούν στο χρονικό διάστημα υλοποίησης του παρόντος σχεδίου.

Προκλήσεις για την περαιτέρω ανάπτυξη της έρευνας στην ΨΥ, αποτελούν η ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών και η ψηφιοποίηση υφιστάμενων διαδικασιών, η κινητοποίηση ιδιωτικών κεφαλαίων αλλά και η διευκόλυνση της έρευνας με την απλοποίηση των διαδικασιών της διενέργειας κλινικών μελετών. Σε άλλες χώρες, έχει υιοθετηθεί η οργάνωση και λειτουργία κέντρων κλινικής έρευνας μέσα σε νοσοκομεία και άλλες ΥΨΥ.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ [41], στην Ελλάδα έχουμε συγκριτικό πλεονέκτημα στο ιατρικό ανθρώπινο δυναμικό, τόσο από πλευράς αριθμού ιατρών όσο και από πλευράς ακαδημαϊκής κατάρτισης και επιστημοσύνης. Πρόκληση αποτελεί η περαιτέρω αξιοποίηση της ακαδημαϊκής αριστείας, και η χρηματοδότηση της κλινικής έρευνας με παράλληλη μέριμνα στην δημιουργία συμπράξεων σε όλο το φάσμα των νευροεπιστημών (νευρολογία, νευροχειρουργική κ.λπ.). Εν κατακλείδι, παρά το ικανό ανθρώπινο δυναμικό στα νοσοκομεία της χώρας μας, αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο για να συντονίσει και να στεγάσει την κλινική έρευνα στην ΨΥ. Η κατάρτιση του προσωπικού των ΜΨΥ, αλλά και των ληπτών υπηρεσιών αποτελεί σημαντικό πυλώνα δράσης για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στον πίνακα 30 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις για την εφαρμογή της τομεοποίησης σε όλη την επικράτεια, την διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των ΛΥΨΥ καθώς και στην προώθηση της έρευνας και κατάρτισης στην ΨΥ.

Πίνακας 30: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του άξονα 6 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Διαπιστώσεις
Πλήρες νομοθετικό πλαίσιο που χρήζει επιχειρησιακών τροποποιήσεων για ουσιαστική εφαρμογή τομεοποίησης
Μεγάλος αριθμός παρόχων ΥΨΥ σε όλους τους πυλώνες (δημόσιος, ιδιωτικός τομέας, ΑμΚΕ ΨΥ, μεμονωμένων ΕΨΥ)
Αναγκαιότητα συνεργασίας και συντονισμού παρόχων για διασφάλιση «θεραπευτικού συνεχούς» ασθενών με χρήση εργαλείων που παρέχει η ψηφιακή τεχνολογία
Ελάχιστη εφαρμογή τομεοποίησης με αποτέλεσμα τα περιστατικά να μαζεύονται κυρίως στα δυο μεγάλα αστικά κέντρα και δευτερευόντως στα μεγάλα κεντρικά νοσοκομεία των ΥΠε
Απουσία θεσμοθετημένης συνεργασίας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα
Η ΠΦΥ εμφανίζει σοβαρότατα προβλήματα στη διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας και συνήθως γίνεται απλά αναπαραγωγή συνταγογράφησης
Ελλιπής πρακτική κοινοτικής ψυχιατρικής στο μεγαλύτερο μέρος της χώρας, η οποία παρέχει μικρό σχετικά ποσοστό ΥΨΥ συνολικά
Ελλιπής έλεγχος ποιότητας της εκπαίδευσης των ειδικευόμενων γιατρών και της συνεχιζόμενης κατάρτισης των ειδικών γιατρών, με αποτέλεσμα συχνές αποκλίσεις από το πλαίσιο εκπαίδευσης που ορίζει ο Νόμος, και παραγωγή νέων ειδικών ψυχιάτρων με σοβαρές ελλείψεις γνώσεων και δεξιοτήτων
Διοικητικά/γραφειοκρατικά/διαρθρωτικά προβλήματα στη διοίκηση σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας

Αναγκαία συνθήκη ή επιταχυντής της ολοκλήρωσης της τομεοποίησης είναι η τομεοποιημένη εφημερία για τους ψυχιατρικούς ασθενείς (με έμφαση στις περιφερειακές ενότητες Αττικής και Θεσσαλονίκης)
Προκλήσεις
Η αξιολόγηση ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων δομών και ΥΨΥ. Οι διαθέσιμοι πόροι δεν αξιοποιούνται με όρους κόστους-αποτελεσματικότητας
Η μείωση των διαπεριφερειακών και των διατομεακών ροών ασθενών
Η προαγωγή έρευνας με στόχευση στην ανατροφοδότηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης με δεδομένα και την δυναμική αναπροσαρμογή του
Η διασφάλιση ισότιμης και καθολικής πρόσβασης όλων των πολιτών σε ποιοτικές και ασφαλείς ΥΨΥ, βάσει επιστημονικής τεκμηρίωσης και κανόνων δεοντολογίας
Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού μέσω δράσεων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης

Η **πανδημία του κορωνοϊού COVID-19** τόνισε την ανεπάρκεια της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας και την ελάχιστη εφαρμογή της τομεοποίησης στη χώρα μας. Στο διάστημα της πανδημίας εκτιμάται ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών υπέστη διακοπή ή διατάραξη της θεραπευτικής του συνέχειας. Η πανδημία του **κορωνοϊού COVID-19** υπογράμμισε την ανάγκη για ευέλικτες και καινοτόμες ΥΨΥ με μεγαλύτερο φάσμα εξειδικευμένων και καταρτισμένων ΕΨΥ. Επί του παρόντος, στην χώρα μας, ο κατακερματισμός των ΥΨΥ εμποδίζει την πρόσβαση των ασθενών στις ΥΨΥ και αποτελεί ζωτικής σημασίας η δημιουργία αποτελεσματικών και αποδοτικών οδών. Το ΥΥ προχώρησε στην επιτάχυνση ή στην εκπόνηση νέων παρεμβάσεων που στηρίζονται στην εξ αποστάσεως επικοινωνία και την αξιοποίηση νέων ψηφιακών εργαλείων. Αναλυτικότερα:

- Πλατφόρμα Τηλεψυχιατρικής για Παιδιά και Εφήβους για το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, σε συνεργασία με το Υπ. Ψηφιακής Διακυβέρνησης και την ΗΔΙΚΑ. Η πλατφόρμα έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να καταχωρούνται στοιχεία που αφορούν στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς.
- Δίκτυο Τηλεψυχιατρικής υπό τη μορφή ολοκληρωμένου ψηφιακού εξωτερικού ιατρείου σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας (συνταγογράφηση, γνωματεύσεις, έκδοση πιστοποιητικών) σε συνεργασία με αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες. Ήδη ξεκίνησε η λειτουργία της υπηρεσίας στο Καστελόριζο και στη Σύμη, ενώ σχεδιάζονται άμεσα ανάλογες Μονάδες σε ακριτικά νησιά και ορεινές περιοχές.
- Λειτουργία Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης 10306 για τον γενικό πληθυσμό σε συνεργασία με την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου, προκειμένου να παρέχεται εξ αποστάσεως υποστήριξη σε όποιον πολίτη το χρειάζεται, δωρεάν και σε 24ωρη βάση, με τήρηση εμπιστευτικότητας. Στόχος ήταν εν μέσω πανδημίας, κάθε πολίτης να έχει δυνατότητα να λάβει συμβουλευτική υποστήριξη από εξειδικευμένους επαγγελματίες, ξεπερνώντας γεωγραφικές ή άλλου είδους αδυναμίες.
- Ολοκλήρωση ανάπτυξης του Ψηφιακού Χάρτη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για την βελτίωση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες αυτές. Με τη χαρτογράφηση όλων των δομών ψυχικής υγείας θα γνωστοποιείται στον πολίτη ο πλησιέστερος διαθέσιμος φορέας στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί για το πρόβλημά του.

8.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Στον πίνακα 31 περιγράφονται συνοπτικά οι κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 6.

Πίνακας 31: Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 6

α/α	Κύριες Προτεινόμενες Δράσεις
1	Ανάπτυξη πρωτοκόλλων/οδηγών και δεικτών για την αξιολόγηση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε δομές ΨΥ
2	Ενοποίηση στατιστικών στοιχείων όλων των παρόχων ΥΨΥ (δημόσιων, ιδιωτικών, ΑμΚΕ ΨΥ & μεμονωμένων Εταιρειών Ψυχικής Υγείας-ΕΨΥ) με σκοπό την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας των ασθενών και την αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ
3	Συμπερίληψη στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, ενότητας για την ΨΥ, που θα περιλαμβάνει συνταγογράφηση, παραπομπές και όλο το μονοπάτι φροντίδας των ασθενών
4	Υλοποίηση δράσεων συνεχούς κατάρτισης και εκπαίδευσης παλαιών και νέων των ΕΨΥ προκειμένου να αναπτυχθούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα & δεξιότητες που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής
5	Αξιολόγηση & επιλογή πεδίων έρευνας που θα χρηματοδοτηθούν, σύμφωνα με τις προτεραιότητες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχικής Υγείας και τις ανάγκες των ΛΥΨΥ

A. Δομές

- Διακίνηση των περιστατικών ανάμεσα στις δομές θα πρέπει να είναι στην ευθύνη του δικτύου/ΥΠε. Αυτή η κεντρική διαχείριση θα περιλαμβάνει και τη διακίνηση των εισαγγελικών εντολών και την κατανομή των ακούσιων νοσηλείων. Ειδικότερα, στα πλαίσια του δικτύου η ΥΠε θα είναι αρμόδια να διαχειρίζεται και να έχει την ευθύνη της ανεύρεσης θέσεων στους ξενώνες, τα οικοτροφεία και τις υπόλοιπες δομές στην περιοχή ευθύνης της για τα περιστατικά τα οποία εξέρχονται από τις κλινικές οξέων και έχουν ανάγκη παρόμοιας φροντίδας.
- Εφαρμογή της τομεοποιημένης εφημερίας για τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Την επόμενη της εφημερίας, κάθε περιστατικό που έχει εισαχθεί στην εφημερεύουσα δομή θα διακομίζεται υποχρεωτικά στην κλινική εκείνη στην οποία έχει νοσηλευθεί τις περισσότερες φορές κατά το παρελθόν. Με ευθύνη της ΥΠε οι διακομιδές θα γίνονται με τρόπο που θα σέβεται απολύτως την τομεοποίηση, ακόμα και αν αυτό αφορά άλλη ΥΠε. Με αυτόν τον τρόπο θα εξασφαλισθεί η συνέχεια της φροντίδας. Η υποχρεωτική διακομιδή δε θα γίνεται μόνο στην περίπτωση εκείνη που ιατρικό συμβούλιο της δομής που εφημέρευε αποφασίσει αιτιολογημένα εναντίον της διακομιδής.
- Εφαρμογή του θεωρητικού μοντέλου των απολύτως απαραίτητων ανθρώπινων πόρων για την κάλυψη των αναγκών της τομεοποίησης.
- Ανάπτυξη Εθνικής Μονάδας Υποστήριξης, Αξιολόγησης και Διασφάλισης Ποιότητας.

Δράσεις

- Δράσεις συνεχούς κατάρτισης και εκπαίδευσης των ΕΨΥ προκειμένου να αναπτυχθούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα και δεξιότητες που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής
- Τροποποίηση Νόμου 4461/2017 (Α' 38) στα ακόλουθα:
 - Μείωση Αριθμού μελών Οργάνων Τομεοποίησης (έως 5 μέλη) διότι έχει καταδειχθεί η μη-διαθεσιμότητα ΕΨΥ να στελεχώσουν της Επιτροπές
 - Αποκέντρωση διαδικασίας ορισμού Οργάνων Τομεοποίησης. Προτείνεται η σχετική διαδικασία να γίνεται από τις ΥΠε
 - Δημιουργία Τμήματος Ψυχικής Υγείας στις ΥΠε που θα υποστηρίζει διοικητικά και τα ανωτέρω όργανα
 - Να ληφθεί μέριμνα ώστε οι ΤοΨΥ να λαμβάνουν υπόψη την αντίστοιχη τομεοποίηση της ΠΦΥ
- Εκπαίδευση προσωπικού Δήμων σε θέματα ψυχικής υγείας για την ορθή διαχείριση των ψυχιατρικών περιστατικών
- Εσωτερική τομεοποίηση στον κάθε τομέα, ώστε το κάθε ψυχιατρικό τμήμα να έχει συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς. Όλες οι ΥΨΥΠΕ, στα πλαίσια της τομεοποίησης των ΥΨΥΠΕ, έχουν υποχρέωση να δέχονται και να εξυπηρετούν περιστατικά του Τομέα Ευθύνης τους χωρίς περιορισμούς και εξαιρέσεις.
- Καθορισμός και σταδιακή εφαρμογή Εθνικών Πρότυπων Ποιότητας και Ασφάλειας των ψυχικά ασθενών και των εργαζομένων στην ΨΥ.
- Ίδρυση Επιτροπών/Παρατηρητηρίων οι οποίες θα επιφορτιστούν με την παρακολούθηση, τη συλλογή πληροφοριών και την κατάρτιση προτάσεων δράσης για σημαντικά θέματα της Ψυχικής Υγείας, έχοντας συνεχή επίβλεψη στις εξελίξεις του χώρου τους. Οι επιτροπές των ΥΠε που αφορούν την ΨΥ θα είναι υποχρεωμένες να τους παρέχουν στοιχεία και συνεχή ενημέρωση. Οι επιτροπές/παρατηρητήρια υποχρεωτικά θα δημοσιοποιούν ετήσια έκθεση πέραν των υπολοίπων αναφορών τους. Προτείνονται οι εξής επιτροπές/παρατηρητήρια:
 - Δικαιωμάτων ασθενών/ακούσιες νοσηλείες
 - Αυτοκτονικότητας
 - Παιδοψυχιατρικών και ιατροπαιδαγωγικών θεμάτων
 - Αποασυλοποίησης και επανένταξης
 - Ποιότητας υπηρεσιών και ικανοποίησης των ασθενών και του πληθυσμού
 - Παρατηρητήριο για τις εξαρτήσεις
- Συνεργασία με το ΥΠΕΘΑ και επέκταση του Μνημονίου για την πρόμη παρέμβαση στην ψύχωση και τον αυτισμό. Ο Στρατός Ξηράς διαθέτει πλήρες λειτουργικό καθετοποιημένο και πανελλαδικά τομεοποιημένο σύστημα πρωτοβάθμιας παροχής ΥΨΥ, τον Θεσμό Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας. Η αποτύπωση του τρόπου λειτουργίας της υπηρεσίας αυτής μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο πιλότο για την καθολική εφαρμογή της στην Ελληνική

κοινωνία, σε όλα τα επίπεδα διοίκησης και εφαρμογής. Η συνεργασία των δύο υπουργείων θα αποδειχθεί επωφελής για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς

- Ενεργοποίηση της υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.οικ. 27037/5.4.2019 (Β'1356) απόφασης του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας με τίτλο «Εκπαίδευση στην ιατρική ειδικότητα της ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου»
- Ανάπτυξη νέων υπηρεσιών έτσι ώστε να υπάρξει ισόρροπη κατανομή ανά τη χώρα των ειδικών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Προτείνεται η σύσταση και λειτουργία Δικτύου Ψυχιατρικών Υπηρεσιών ανά ΥΠε με τη χρήση των υπάρχουσών δομών συμπεριλαμβανομένων των ΨΝ, το οποίο σε μεγάλο βαθμό θα ανταποκρίνεται στο πυραμιδικό μοντέλο του ΠΟΥ κάθε Δίκτυο θα περιλαμβάνει [42]:
 - Δημόσιες και ιδιωτικές δομές παροχής ΥΨΥ
 - Ψυχιάτρους, ψυχολόγους, άλλους ΕΨΥ καθώς και οικογενειακούς ιατρούς
 - Εξωτερικά Ιατρεία και διαγνωστικές δομές
 - Κλινικές Οξέων
 - Κέντρα ημέρας (ΚΗ)
 - Κλινικές δυσιάτων περιστατικών (μέσης διάρκειας νοσηλείας)
 - Κλινικές μακράς νοσηλείας
 - Τμήματα οργανικών ψυχοσυνδρόμων και ψυχογηριατρική
 - Διαμερίσματα-ξενώνες (ανοικτοί)
 - Οικοτροφεία (κλειστά) των νέων (προερχομένων από τις κλινικές δυσιάτων) χρονίων ψυχικώς ασθενών εκτός η και εντός του Νοσοκομείου.
 - Κλινικές μέσης ασφαλείας (κλειστές)
 - Ολοκληρωμένες ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες με κλινικές υψηλής ασφαλείας κατ' αρχάς εντός Νοσοκομείου.
 - Ειδικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες
 - Υπηρεσίες απεξάρτησης
 - Υπηρεσίες υποστηριζόμενης εργασίας και εργασιακής ένταξης (μέσω ΚοιΣΠΕ)
 - Ένταξη στα ψυχιατρικά Δίκτυα και των Προνοιακών Δομών του Κράτους.
- Ριζικός ανακαθορισμός των περιοχών κάλυψης των Τομέων Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) με περιοχή ευθύνης η οποία είτε θα καλύπτεται είτε θα περιλαμβάνει/εται από την περιοχή ευθύνης των Τομέων ΠΦΥ ώστε να εξασφαλιστεί η αντιστοιχισή τους.
- Κατάργηση όλων των επιτροπών σε επίπεδο ΤοΨΥ και διατήρησή τους σε επίπεδο ΥΠε. Η στελέχωση των επιτροπών θα πρέπει να γίνεται με μέλη πλήρους απασχόλησης με ευθύνη των ΥΠε. Οι επιτροπές αυτές θα έχουν τριετή θητεία και θα καταρτίζουν και θα δημοσιοποιούν απολογισμό των πεπραγμένων τους με το πέρας της θητείας τους. Διατήρηση των αντίστοιχων επιτροπών σε επίπεδο Δνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας.
Ανά ΤΟΜΥ πρέπει να δημιουργηθούν τουλάχιστον από ένα:

- Τμήμα Οξέων με μονάδα εντατικής θεραπείας

- Κλινική ημέρας/κέντρο ημέρας/ κοινωνικές δράσεις
- Παιδοψυχιατρικό εξωτερικό Ιατρείο
- Κατάργηση προβλέψεων του ν. 4461/2017 (Α' 38) όσον αφορά τη σύσταση επιτροπών στις ΤΟΜΥ, ΥΠε, Περιφέρειες κ.τ.λ. καθώς οδηγούν στη δημιουργία ενός υπερβολικά περίπλοκου και δυσλειτουργικού συστήματος με αδυναμία στελέχωσης από εξειδικευμένο προσωπικό.
- Λειτουργία επιτροπών ΥΠε (τα μέλη των επιτροπών αυτών θα είναι πλήρους απασχόλησης και θα ορίζονται με ευθύνη και απόφαση του Διοικητή της ΥΠε):
 - Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων
 - Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
 - Επιτροπή Ελέγχου και Προστασίας των δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ
 - Επιστημονική Επιτροπή για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων

γ. Προγράμματα

- Ανάπτυξη πρωτοκόλλων/οδηγών και δεικτών για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας δομών και ΥΨΥ.
- Ενοποίηση στατιστικών στοιχείων των μονάδων ΨΥ (δημόσιων, ιδιωτικών, ΑμΚΕ ΨΥ και μεμονωμένων ΕΨΥ) με σκοπό την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας των ασθενών και την αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ.
- Καθιέρωση και αξιοποίηση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για τη δημιουργία Μητρώου ψυχικής υγείας, με τελικό στόχο τη δημιουργία «Ηλεκτρονικού Βιβλιαρίου Ψυχικής Υγείας» των ασθενών, που θα περιλαμβάνει συνταγογράφηση, παραπομπές και «κινητικότητα» ασθενών.
- Πρόταξη και επιλογή ερευνητικών πεδίων και πεδίων κατάρτισης που θα χρηματοδοτηθούν, σύμφωνα με τις προτεραιότητες του Εθνικού Σχεδίου.
- Υλοποίηση έργου υποστήριξης των Οργάνων Τομεοποίησης, αξιολόγησης της λειτουργίας τους και ανάδειξης καλών εθνικών διεθνών πρακτικών (ΕΣΠΑ). Ιδιαίτερη έμφαση να δοθεί στην αποκέντρωση διοικητικών διαδικασιών όπως η διαδικασία αδειοδότησης. Σχετικές ρυθμίσεις θα περιλαμβάνονται στα παραδοτέα του έργου.
- Υλοποίηση έργου για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των ΜΨΥ και της επίδοσης τους με πόρους του Εταιρικού Συμφώνου Περιφερειακής Ανάπτυξης 2021-2027 (ΕΣΠΑ 2021-2027). Στο πλαίσιο λειτουργίας του ΟΔΠΥ ΑΕ και του ν. 4715/2020 (Α'149), προτείνεται η υλοποίηση έργου με στόχο την ανάπτυξη των κριτηρίων, δεικτών και εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία θα εκπονηθούν από εθνικό ακαδημαϊκό φορέα, ο οποίος καινοτομεί στον τομέα της ανάπτυξης κοινοτικών ΥΨΥ, με την αρωγή του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ ή άλλου διεθνούς οργανισμού που διαθέτει σχετική τεχνογνωσία. Συνοδευτικές ενέργειες θα περιλαμβάνουν την εκπαίδευση εκπαιδευτών των εμπειρογνομόνων αξιολόγησης, την πιλοτική εφαρμογή της αξιολόγησης και την σύσταση Δ/σης Ψυχικής Υγείας στο πλαίσιο του ΟΔΠΥ ΑΕ. Η

προταθείσα Δ/ση καθώς και το έργο δύναται να συμπεριλάβουν τον τομέα της καταπολέμησης των εξαρτήσεων. Εναλλακτικά, δύναται να εξεταστεί η δυνατότητα ανάπτυξης διακριτού φορέα αξιολόγησης της ποιότητας σύμφωνα με τον προγενέστερο σχεδιασμό της Δ/σης.

- Σχεδιασμός τοπικών μοντέλων φροντίδας με βάση τις περιοχές ευθύνης (τομεοποίηση) και στόχο να διασφαλίζεται η διαθεσιμότητα ολόκληρης της αλυσίδας υπηρεσιών αναλογικά με τον τοπικό πληθυσμό σε κάθε περιοχή ευθύνης. Χρήση υφιστάμενων παραδειγμάτων καλής πρακτικής (όπως εκείνο στη Θράκη) ώστε να καμφθεί η αντίσταση και να συμμετάσχει ενεργά και δημιουργικά το κοινοτικό δίκτυο για να καλυφθούν τα τρέχοντα κενά στη διαθεσιμότητα.
- Συγκρότηση Επιστημονικής Επιτροπής για την αξιολόγηση της αρτιότητας των ερευνητικών προτάσεων ή προτάσεων κατάρτισης και της τεχνογνωσίας που κομίζουν οι φορείς που υποβάλλουν τις προτάσεις.
- Δημιουργία και εφαρμογή πλατφόρμας τηλεψυχιατρικής η οποία θα εξασφαλίζει την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ΛΥΨΥ και την ίδια στιγμή θα κάνει εφικτή την επέκταση του δικτύου και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.
- Δημιουργία εφαρμογής-πλατφόρμας ειδοποιήσεων σε smartphones η οποία θα έχει την λειτουργία “my health” για τα ραντεβού των ασθενών, για τους φροντιστές, για τους ΕΨΥ.

8.3 Πίνακες προτάσεων, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση

Στον πίνακα 32 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 6. Προβλέπεται η λειτουργία 36 νέων δράσεων & προγραμμάτων.

Πίνακας 32: Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 6

Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	5,70 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	1,80 εκ. €

9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7^ο ΑΞΟΝΑΣ: Μείωση του αριθμού των ακούσιων νοσηλειών στο μέσο όρο της ΕΕ

9.1 Υφιστάμενη κατάσταση

9.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

9.3 Κοστολόγηση

9.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Στη χώρα μας το 1992 τέθηκε ένα σύγχρονο πλαίσιο για τον τρόπο διαχείρισης των ακούσιων νοσηλειών μέσω του ν. 2071/1992 (Α' 123) με τίτλο «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας» που αντικατέστησε οριστικά το νομοθετικό διάταγμα 104/73 (Α' 177). Με βάση αυτό το νόμο το κράτος οφείλει να μεριμνά για την πρόληψη, περίθαλψη και αποκατάσταση και να δημιουργεί ΥΨΥ στις οποίες θα έχουν πρόσβαση όλοι ισότιμα εξυπηρετώντας τις εκάστοτε ανάγκες τους.

Ο νόμος αυτός περιείχε σημαντικά και καινοτόμα σημεία για την εποχή του, αρχής δεδομένης της προτεραιότητας στη θεραπεία και όχι στη φύλαξη των ασθενών με ψυχιατρικές παθήσεις. Επίσης ρυθμίζει με σαφήνεια τα θέματα της ακούσιας νοσηλείας, καθιερώνει εγγυήσεις δικαστικού ελέγχου, αναγνωρίζει και παρέχει δικαιώματα στον ψυχικά ασθενή, προσδιορίζοντας συγχρόνως και τις υποχρεώσεις της ΜΨΥ προς αυτόν, καθορίζει ανώτατο χρονικό όριο νοσηλείας, παρέχει τη δυνατότητα επιλογής ΜΨΥ εναλλακτικά προς την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Τέλος, κομβικό του σημείο αφορά η έννοια της επικινδυνότητας.

Ο προαναφερθείς νόμος διαφοροποιείται από τα προηγούμενα νομοθετήματα που ο εγκλεισμός του φερόμενου ως πάσχοντα γινόταν με απόφαση του εισαγγελέα. Η απόφαση πια για εγκλεισμό, βαραίνει το Μονομελές Πρωτοδικείο με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας κλεισμένων των θυρών. Σύμφωνα με την παρ. 6 του άρθρου 96 του ν. 2071/1992, εντός τριών ημερών ο

εισαγγελέας εισάγει το θέμα με τις αιτιολογημένες αναλυτικά ιατρικές γνωματεύσεις για νοσηλεία του ατόμου, στο Μονομελές Πρωτοδικείο, το οποίο οφείλει μέσα σε δέκα ημέρες να εκδώσει την απόφαση για επικύρωση ή μη της ακούσιας νοσηλείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, ο ν. 2071/1992 υιοθετεί ένα μικτό σύστημα προϋποθέσεων, αρκετά σαφές, για την υπαγωγή ενός ατόμου σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας. Ειδικότερα για την εισαγωγή απαιτείται (παρ. 2 άρθρου 95):

- I. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, Ιβ. να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, Ιγ. η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του, είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.
- II. Η νοσηλεία του ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτου.

Η έννοια της επικινδυνότητας εδώ, παρουσιάζεται καλυμμένη ως πράξεις βίας, ενώ αφορά σε μια έννοια αμφίσημη, αξιολογική και ιδιαίτερα επιρρεπή στην υποκειμενική κρίση. Τίθεται δε, υπό διερεύνηση και κρίση αναφορικά με την εκδήλωση στο παρελθόν προηγούμενης επικίνδυνης συμπεριφοράς από το άτομο [43].

Στη συνέχεια το 1999 ψηφίστηκε ο ν. 2716/1999 (Α' 96) με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» που αποσκοπεί στην προστασία των ατομικών ελευθεριών των ασθενών. Στο άρθρο 16 του νόμου αυτού, με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι προϋποθέσεις και οι όροι ακούσιας νοσηλείας ασθενών σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των κλινικών με την ειδική επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας.

Περαιτέρω ο ν.3418/2005 (Α' 287) με τίτλο «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» έβαλε τέλος, τουλάχιστον θεωρητικά, στην αυταρχική χορήγηση φαρμάκων και θεραπείας στον ασθενή. Κάνει λόγο για συναίνεση του ψυχικά πάσχοντα και πλαισιώνει βάση νομοθεσίας τον τρόπο που πρέπει να παρέχεται η ψυχιατρική περίθαλψη του ασθενούς. Νομιμοποιείται η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του, τη θεραπευτική διαδικασία, τα δικαιώματά του, ενώ αναφέρεται ρητά ότι ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό από τους επαγγελματίες υγείας.

Συνέπειες από την εφαρμογή του ν. 2071/1992

Σύμφωνα με το άρθρο 95 του ν. 2071/1992, ο όρος «ακούσια νοσηλεία» αναφέρεται στην εισαγωγή και παραμονή ενός ασθενούς σε κατάλληλη ψυχιατρική δομή με σκοπό τη θεραπεία, χωρίς τη συγκατάθεσή του. Η διαδικασία αυτή αποτελεί μια ιδιαίτερη και σημαντική εμπειρία στη ζωή του ατόμου που την βιώνει. Η σπουδαιότητά της έγκειται κατά κύριο λόγο στον περιορισμό και τη στέρηση της ατομικής ελευθερίας και αξιοπρέπειας που επιφέρει στο άτομο που την υφίσταται.

Στον ν. 2071/1992 προσδιορίζονται σαφώς οι προϋποθέσεις που υπαγορεύουν την αναγκαιότητα για ακούσια νοσηλεία ενός ασθενούς, ως την πλέον ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο, καθορίζονται οι συνθήκες για τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενούς προς εξέταση. Το ρόλο αυτό αναλαμβάνει η αστυνομία, προβαίνοντας σε σύλληψη, η διαδικασία της οποίας ενίοτε «επιβάλλει» τη χρήση χειροπέδων, την άσκηση βίας, τη φύλαξη σε κρατητήρια με άλλους κρατούμενους χωρίς θεραπευτική υποστήριξη, ακόμη και για μέρες, και τέλος τη μεταφορά με περιπολικά ή κλούβες στο νοσοκομείο.

Επίσης, στο προαναφερθέν νομοθέτημα προβλέπεται πως η μεταφορά του ατόμου θα πρέπει να πραγματοποιείται υπό συνθήκες που να εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις, δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες. Ωστόσο συχνά, η διαδικασία μεταφοράς του φερόμενου προς εξέταση ατόμου, επιτελείται κάτω από αντίξοες συνθήκες (σύλληψη), που ενέχουν κίνδυνο (άσκηση βίας, επιβολή εξουσίας), καταπατούν τα ατομικά δικαιώματα και προσβάλλουν την αξιοπρέπειά του (έκθεση στη γειτονιά, διασυρμός, διαπόμπευση της σύλληψης).

Τέλος, αναφέρεται πως οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Ωστόσο, επίσης η πραγματικότητα έχει δείξει πως σε ασθενείς που εισέρχονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας και που δεν αποδέχονται τελικά την νοσηλεία τους, η εφαρμογή σωματικής καθήλωσης που εξασφαλίζει ταυτόχρονα και τη χημική καθήλωση (χορήγηση ενδομυϊκά φαρμακευτικών σκευασμάτων) αποτελούν τις πιο «δημοφιλείς» πρακτικές παροχής θεραπευτικής βοήθειας αλλά και συμμόρφωσης.

Η ανωτέρω διαδικασία υπό αυτές τις συνθήκες εφαρμογής της, αποτέλεσε ένα στρεσογόνο παράγοντα που θέτει το άτομο ή τα άτομα που την βιώνουν, στη θέση του «θύματος- μάρτυρα», κάποιες φορές μάλιστα, σε τέτοιο βαθμό που οι συνήθεις ψυχολογικές άμυνες δεν μπορούν να διαχειριστούν. Συνεπώς, καθίσταται μια τραυματική και απειλητική κατάσταση που ενέχει σοβαρές συνέπειες στην ψυχική λειτουργία και ισορροπία (έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς, τρόμου ή φρίκης). Ειδικότερα, οι τραυματικές και επιβλαβείς εμπειρίες που βιώνουν οι ασθενείς σε ενδονοσοκομειακά τμήματα νοσηλείας είναι συχνές, κοινές και σχετίζονται με δυσμενείς συνέπειες για την ΨΥ. Τα ψυχωσικά συμπτώματα, οι καταναγκαστικού τύπου παρεμβάσεις και άλλες εμπειρίες αρνητικής θεραπείας (απομόνωση, καθήλωση, αναγκαστική λήψη φαρμακευτικής αγωγής) έχουν βρεθεί πως οδηγούν σε συμπτώματα ΔΜΣ. [44]. Τέλος, υπάρχουν αναφορές για ασθενείς που εκδηλώνουν πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, όπου καταγράφεται πως μπορεί αυτό καθ' εαυτό να είναι επαρκώς τραυματικό ώστε να προκαλέσει συμπτώματα ΔΜΣ.. Σε αντίστοιχη μελέτη στη χώρα μας βρέθηκε πως σε δείγμα 98 ακούσιων και εκούσιων ασθενών μας, 41 άτομα (41,8%) κατέγραψαν συμπτώματα ΔΜΣ κατά το εξιτήριο και 30 άτομα (39,5%) 3 μήνες μετά. Εξ αυτών 26 άτομα που νοσηλεύτηκαν με διάγνωση πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο κατέγραψαν ποσοστά ΔΜΣ 26,5% [46].

Σύμφωνα με δεδομένα του 2019, παρότι ακριβή και επικαιροποιημένα στοιχεία δεν είναι εύκολα διαθέσιμα, φαίνεται ότι ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών ανά 10^5 κατοίκους στο Ηνωμένο

Βασίλειο είναι περίπου ίδιος με αυτόν της Ελλάδος ($<100/10^5$) και πολύ χαμηλός σε σχέση με αυτόν της Γερμανίας ($>150/10^5$) [47]. Για την Ελλάδα δίδεται με κάθε επιφύλαξη ο αριθμός $54/10^5$ [21], ωστόσο έχει αναφερθεί και αριθμός ίσος με $80-150/10^5$ σε συνεντεύξεις και ανακοινώσεις συνδικαλιστικών φορέων. Εγγύτερα στην πραγματικότητα είναι μάλλον ο αριθμός $100/10^5$. Ωστόσο και στις δυο χώρες λιγότερο από το 20% των κλινών καταλαμβάνεται από ακούσιες νοσηλείες σε σχέση με το 60% στην Ελλάδα [47]. Αυτό μάλλον αντανακλά τη μη συμμετοχή στο θέμα αυτό του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα. Η συμμετοχή και του ιδιωτικού τομέα στη νοσηλεία ακούσιων περιστατικών στην Ελλάδα ενδεχόμενα να μείωνε το ποσοστό αυτό σε κάτω από 15%. [2]

Οι βασικοί εμπλεκόμενοι φορείς που συμμετείχαν στην Ταχεία Αξιολόγηση, θεώρησαν την ακούσια νοσηλεία ως η «**ανοιχτή πληγή**» του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Εκτιμάται ότι ποσοστό περίπου 70 - 75 % επί του συνόλου των εισαγωγών στο ΨΝΑ «Δαφνί», 95% των εισαγωγών στην Ψυχιατρική Κλινική του ΓΝ «Σισμανόγλειο» και 65% των νοσηλείων στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Σταυρούπολης είναι ακούσιες νοσηλείες. Συγχρόνως, στην Ψυχιατρική Κλινική του ΓΝ Θράκης -εκεί όπου καλά οργανωμένες κοινοτικές ομάδες του δημοσίου και των ΜΚΟ συνεργάζονται αποτελεσματικά, πραγματοποιώντας αρκετές βασικές παρεμβάσεις στην κοινοτική φροντίδα- μόλις το 20% περίπου των εισαγωγών είναι ακούσιες νοσηλείες. Ωστόσο, αυτό το ποσοστό θα πρέπει να εξεταστεί λαμβάνοντας υπόψη το κατά πόσο εφαρμόζονται κατάλληλα οι αρχές της τομεοποίησης.

Στις συστάσεις της από κοινού ταχείας αξιολόγησης του ΥΥ και του ΠΟΥ για τις ΥΨΥ στην Ελλάδα, η οποία διενεργήθηκε κατά την **διάρκεια της πανδημίας**, συμπεριλαμβάνεται και αυτή που αφορά στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Συγκεκριμένα, συνίσταται η έναρξη και διεξαγωγή εμπειριστατωμένης επανεξέτασης του σεβασμού για τα ανθρώπινα δικαιώματα σε όλες τις ελληνικές ΥΨΥ χρησιμοποιώντας το εργαλείο αξιολόγησης «Quality Rights» του ΠΟΥ.

Στο ανωτέρω πλαίσιο το ΥΥ προχώρησε στην υπογραφή Μνημονίου Συνεργασίας με το Υπουργείο Δικαιοσύνης και το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη που αποσκοπεί στη βελτίωση της διαδικασίας εκτέλεσης της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών. Ένα από τα μεγάλα προβλήματα της ακούσιας νοσηλείας, το οποίο, όμως, δεν σχετίζεται με την πρακτική της εφαρμογή, αλλά με το θεσμικό πλαίσιο, είναι η μεταφορά του φερόμενου ως ψυχικά ασθενή σε ΜΨΥ, κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας.

Στο πλαίσιο της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, και πριν την έκδοση απόφασης από τον αρμόδιο Δικαστή, προβλέπεται η με εισαγγελική παραγγελία, μεταφορά του φερόμενου ως ψυχικά ασθενή σε ΜΨΥ, δημόσιες ή, εφόσον αυτό προβλέπεται και ιδιωτικές. Η μεταφορά αποσκοπεί:

- I. Είτε στην προληπτική παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης, μέχρι την έκδοση απόφασης περί ακούσιας νοσηλείας από τον Δικαστή, εφόσον πιθανολογείται η συνδρομή των προϋποθέσεων της ακούσιας νοσηλείας

- II. Είτε στην υποχρεωτική εξέταση του φερόμενου ως ασθενή για την σύνταξη ψυχιατρικών γνωματεύσεων περί ακούσιας νοσηλείας, όταν οι γνωματεύσεις δεν μπορούν να ληφθούν με ηπιότερα μέσα

Το μεγάλο πρόβλημα σχετικά με τη διαδικασία μεταφοράς του φερόμενου ως ψυχικά ασθενή από την αρμόδια αστυνομική αρχή έγκειται στο ότι το προσωπικό της αστυνομίας δεν διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση και γνώσεις στην επιστήμη της ψυχιατρικής και της νοσηλευτικής, ούτε γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή τεχνικών αποκλιμάκωσης της ψυχολογικής έντασης διεγερτικού ασθενή. Η μεταφορά των ασθενών με περιπολικό, η πιθανή δέσμευσή τους με χειροπέδες και η συνοδεία τους από αστυνομικό προσωπικό δεν εξυπηρετεί την ψυχική τους υγεία. Μία τέτοια κατάσταση ομοιάζει με περιοριστικό μέτρο κίνησης του ασθενή και δεν συμπλέει με τις ψυχιατρικές οδηγίες και τις κατευθυντήριες αρχές της ΕΕ για την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας. Εξαίρεση πρέπει να προβλέπεται, μόνο σε βίαιη, ετεροκαταστροφική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των ασθενών και μόνο όταν οι τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης της διέγερσης και οι ιατρικές διαπραγματευτικές τεχνικές αποδειχθούν αναποτελεσματικές.

Κρίθηκε, λοιπόν αναγκαία, η λιγότερη δυνατή συμμετοχή της αστυνομίας στην μεταφορά κατά την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Η άποψη αυτή, βασίζεται στην θέση αρχής που θέλει τον φερόμενο ως ψυχικά ασθενή να αντιμετωπίζεται, όπως οποιοσδήποτε άλλος ασθενής και όχι ως πρόσωπο εν δυνάμει «επικίνδυνο».

Προς αυτή την κατεύθυνση, η Κυβέρνηση οδηγήθηκε προς την ρύθμιση, προς όφελος των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, του, έως σήμερα αρρυθμιστού, τρόπου μεταφοράς τους κατά τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Συγκεκριμένα ψηφίστηκε διάταξη (άρθρο 59 του Νόμου 4931/2022) σύμφωνα με την οποία η ανάθεση της μεταφοράς των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών σε ΜΨΥ, κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας, στις Κοινοτικές ΜΨΥ του άρθρου 11 του ν. 2716/1999, οι οποίες ανήκουν σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (λ.χ. ΚΜ, ΚΗς, Οικοτροφεία, Ξενώνες). Η αρμόδια αστυνομική αρχή θα συμμετέχει εξαιρετικά, όταν η παρουσία της είναι πράγματι αναγκαία, ενώ η διαδικασία της μεταφοράς θα συντονίζεται από το Αυτοτελές Τμήμα Επιχειρήσεων Υγείας του ΕΚΑΒ.

Διαχρονικά ήταν σκοπός του νομοθέτη να συμμετέχουν στην μεταφορά των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών, οι Κοινοτικές ΜΨΥ. Πράγματι:

i. Πρόκειται για Μονάδες ουσιαστικά ενταγμένες στο δημόσιο σύστημα υγείας, τις οποίες διαχειρίζονται, υπό την εποπτεία του κράτους, εδώ και δεκαετίες, στο πλαίσιο της λεγόμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, επιχορηγούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό.

ii. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ν. 2716/1999 προβλέπεται ότι, «Οι ΜΨΥ του ΤοΨΥ παρέχουν ΥΨΥ στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας.». Αυτονόητο

είναι, ότι μία από τις βασικές υπηρεσίες ακούσιας νοσηλείας είναι και η μεταφορά των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών.

Σε κάθε περίπτωση, οι Κοινοτικές ΜΨΥ, μπορούν να συμβάλλουν στην ουσιαστική αναβάθμιση της ποιότητας της μεταφοράς των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών. Θα εισφέρουν το εξειδικευμένο προσωπικό τους, με κατάλληλη εκπαίδευση και γνώσεις ψυχιατρικής και νοσηλευτικής, καθώς και ειδικά διαμορφωμένα για την μεταφορά οχήματα. Από την άλλη πλευρά, η αρμόδια αστυνομική αρχή θα εξακολουθήσει να επιφορτίζεται, αποκλειστικά και μόνο με πράξεις διοικητικού καταναγκασμού, οι οποίες εντάσσονται στην έννοια της άσκησης δημόσιας εξουσίας και επιβάλλονται μόνο κατ' εξαίρεση, ως έσχατη λύση.

Στόχος είναι να υπάρχει πάντοτε αρμόδιο όργανο για την μεταφορά των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών, προκειμένου να μην κωλύεται η πρόοδος της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, όταν αυτή είναι απαραίτητη. Σε κάθε περίπτωση, ακόμα και όταν η μεταφορά πραγματοποιείται μόνο από την αρμόδια αστυνομική αρχή, και πάλι εφαρμόζονται όλες οι προβλέψεις της προτεινόμενης διάταξης, οι οποίες είναι προστατευτικές για τα δικαιώματα των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών.

Εξορθολογισμός της διαδικασίας μεταφοράς των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών κατά την ακούσια νοσηλεία

Με το άρθρο 59 του ν. 4931/2022 (Α' 94), προστέθηκε νέο άρθρο 96Α μετά από το άρθρο 96 του ν. 2071/1992 (Α' 123), σύμφωνα με το οποίο, καθορίστηκε το πρώτον μετά από νομοθετικό κενό τριάντα (30) τουλάχιστον ετών, η διαδικασία της μεταφοράς των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας.

Μέχρι σήμερα, ελλείπει ειδικής νομοθετικής πρόβλεψης για το αρμόδιο όργανο, τη μεταφορά των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών για εξέταση και νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας (εφεξής: «ΜΨΥ»), αναλάμβαναν αποκλειστικά αστυνομικές αρχές, στις οποίες αναγκαστικά απευθύνονταν οι εισαγγελείς πρωτοδικών με εισαγγελικές παραγγελίες.

Ωστόσο, οι αστυνομικές αρχές μη έχοντας κατάλληλη εκπαίδευση και γνώσεις ψυχιατρικής και νοσηλευτικής επιφορτίζονταν με ένα έργο, το οποίο δεν δύνανται να φέρουν αποτελεσματικά εις πέρας.

Η διαδικασία της μεταφοράς απέβαινε, εν τέλει, σε βάρος της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών, οι οποίοι μεταφέρονταν συχνά με χειροπέδες σαν να πρόκειται για «επικίνδυνους εγκληματίες».

Με το νέο άρθρο 96Α του ν. 2071/1992 δίνεται τέλος στη μεταφορά των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας από τις αστυνομικές αρχές.

Το έργο ανατίθεται στο ειδικά εκπαιδευμένο ψυχιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΨΥ, οι οποίες ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εποπτευόμενα και επιχορηγούμενα από το Υπουργείο Υγείας. Οι εν λόγω ΜΨΥ δραστηριοποιούμενες στο χώρο της ψυχικής Υγείας της χώρας μας για περισσότερα από είκοσι (20) έτη, ευθύνονται, εν πολλοίς, για τη λεγόμενη «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» με στόχο την αποασυλοποίηση, ενώ παράλληλα προσφέρουν τεράστιο έργο στον τομέα της δωρεάν προς όλους παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Η εν θέματι ριζική μεταβολή του νομοθετικού καθεστώτος αναπόδραστα οδηγεί στον εξορθολογισμό της μεταφοράς των ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας και στην προστασία της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων τους.

Οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές προβλέπεται να συμμετέχουν στη μεταφορά, μόνο κατ' εξαίρεση, όταν η παρουσία τους είναι, πράγματι, απόλυτα αναγκαία.

Προκειμένου για την εξειδίκευση της εφαρμογής της νέας διαδικασίας μεταφοράς των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών εκδόθηκε κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 5 του νέου άρθρου 96Α του ν. 2071/1992 και με επισπεύδουσα Υπουργό την Υφυπουργό Υγείας, η υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π.οικ.72109/09.12.2022 Κοινή Απόφαση των Υπουργών (εφεξής: «ΚΥΑ») Υγείας, Προστασίας του Πολίτη και Δικαιοσύνης (Β' 6507).

Η ΚΥΑ έθεσε πλέον όλα τα θεμέλια για την πρακτική εφαρμογή του νέου νομοθετικού καθεστώτος μεταφοράς των φερόμενων ως ψυχικά ασθενών κατά τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Σύμφωνα με την ΚΥΑ, κατόπιν διαγωνιστικής διαδικασίας, θα επιλεγούν οι ΜΨΥ των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες θα αναλάβουν τη μεταφορά.

Πίνακας 33: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 7 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Διαπιστώσεις
75% των εισαγωγών σε ΨΝ και ΨΤΓΝ εκτιμάται ότι είναι ακούσιες νοσηλείες. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των εισαγωγών έχει κινηθεί με πρωτοβουλία μελών της οικογένειας του ασθενούς. Η μέγιστη διάρκεια προβλέπεται σε 6 μήνες, αλλά με αναφερόμενες περιπτώσεις υπερβάσεων του χρόνου αυτού. «Φαινόμενο περιστρεφόμενης πόρτας» («revolving door»).
Υπάρχουν σημαντικά κενά στην εφαρμογή του νόμου, κυρίως αναφορικά με τη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας
Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας δεν συμβαδίζουν σε κάποιες περιπτώσεις με τις ανάγκες θεραπείας, όπως κατά την εφαρμογή σωματικής ή χημικής καθήλωσης)
Χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση των ψυχιάτρων και ιδίως ως προς την εκτίμηση της επικινδυνότητας του ασθενούς πέραν της διάγνωσης και της διαπίστωσης της ανάγκης για θεραπεία

Ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού αναφορικά με το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας
Υπάρχει ανάγκη βελτίωσης της διασύνδεσης των μονάδων και ανάπτυξης ηλεκτρονικού μηχανισμού παραπομπών που θα διασυνδέει τον λήπτη των υπηρεσιών κατά το εξιτήριο του από το νοσοκομείο με το κοντινότερο σε αυτόν βάσει της διεύθυνσης κατοικίας του ΚΨΥ ή/και ΚΗ ή/και ΚΜ Ψυχικής Υγείας και ΚοιΣΠΕ και με τα αντίστοιχα προγράμματα κοινοτικής κατ'οίκον μετανοδοκομειακής φροντίδας
Προκλήσεις
Εφαρμογή κατάλληλων συνθηκών νοσηλείας, με αποφυγή ψυχολογικής επιβάρυνσης του ασθενούς. Μετάβαση από ιδρυματικές υπηρεσίες σε κοινοτικές λόγω σοβαρών ελλείψεων και κενών στην ανάπτυξη και λειτουργία ψυχιατροδικαστικών δομών και υπηρεσιών
Ειδική αναθεώρηση νομοθετικού πλαισίου, με βάση Σχέδιο Νόμου, το οποίο βρίσκεται στο στάδιο της επεξεργασίας

9.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 7 αποτυπώνονται στον πίνακα 34.

Πίνακας 34: Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 7

a/a	Άξονας 7 Μείωση του αριθμού ακούσιων νοσηλειών προς εναρμόνιση με τον μέσο όρο στην ΕΕ
1	Εκσυγχρονισμός νομοθετικού πλαισίου με εισαγωγή δεικτών αποτελέσματος για τις ακούσιες νοσηλείες, καθώς και εκτέλεση αυτών με την συμμετοχή ΕΨΥ όλων των Κοινοτικών ΥΨΥ
2	Δράσεις πρόληψης με ανάπτυξη Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση
3	Ψηφιοποίηση συστήματος φακέλου ασθενούς και ανάπτυξη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος διασύνδεσης και παραπομπών ανάμεσα σε ΜΨΥ για την παροχή υπηρεσιών μετά το εξιτήριο και τη διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς αποτρέποντας τις επανεισαγωγές
4	Παρεμβάσεις ολοκληρωμένης Κοινοτικής Θεραπείας με αποτίμηση αποτελεσματικότητας δράσεων και ανάπτυξη προγραμμάτων κοινοτικής κατ'οίκον μετανοδοκομειακής φροντίδας από ΚΨΥ, ΚΗ και ΚΜ με παροχή κατ'οίκον υπηρεσιών (κατ'οίκον ψυχιατρική φροντίδα, διασύνδεση, ψυχοεκπαίδευση οικογενειών, υποστήριξη-εκπαίδευση φροντιστών, συμβουλευτική και υπηρεσία παρέμβασης στην κρίση

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α. Δομές:

- Αριθμητική αύξηση των ΚΨΥ με βάση την τομεοποίηση και ενίσχυση των κλινών στα ήδη υπάρχοντα ΚΨΥ για την παροχή θεραπευτικής φροντίδας σε κοινοτικούς ασθενείς αποτρέποντας ακούσιες νοσηλείες.
- Ενίσχυση ή έναρξη λειτουργίας δομών που υπολειτουργούν σε περιφέρειες με χαμηλή διαθεσιμότητα κλινών.

- Δημιουργία κινητών μονάδων αστικού τύπου για follow up και παρέμβαση στην κρίση ενταγμένων στα ΚΨΥ.

β. Δράσεις:

- Εκσυγχρονισμός νομοθετικού πλαισίου και εισαγωγή δεικτών αποτελέσματος για τις ακούσιες νοσηλείες.
- Υλοποίηση έργου προαγωγής της προστασίας των ακούσια νοσηλευόμενων -Λειτουργία Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ ν. 4461/2017.
- Πρόληψη με ανάπτυξη δράσεων στην ΠΦΥ, με έμφαση στις δράσεις ολοκληρωμένης κοινοτικής θεραπείας, καθώς και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Δημιουργία Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση.
- Πρόληψη των υποτροπών με αξιοποίηση των κοινοτικών παρεμβάσεων στο χώρο των ασθενών και παράλληλη ενίσχυση των δράσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας.
- Αξιοποίηση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για τη δημιουργία Μητρώου Ψυχικής Υγείας, με τελικό στόχο τη δημιουργία «Ηλεκτρονικού Βιβλιαρίου Ψυχικής Υγείας» των ασθενών, που θα περιλαμβάνει συνταγογράφηση, παραπομπές και γενικότερα «κινητικότητα» ασθενών.
- Σύσταση ψυχιατρικού τομέα στο ΕΚΑΒ και εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης ψυχιατρικών περιστατικών.
- Σαφής προσδιορισμός και επιβολή της διαδικασίας, του «μονοπατιού» διασύνδεσης υπηρεσιών εντός του εκάστοτε τομέα. Ανάγκη παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που εξασφαλίζουν την πρόληψη αλλά και τριτοβάθμιας για την παροχή υπηρεσιών μετά το εξιτήριο και τη διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς αποτρέποντας τις επανεισαγωγές.
- Διασύνδεση Υπηρεσιών για λειτουργική χαρτογράφηση των υπηρεσιών.

γ. Προγράμματα:

- Ανάπτυξη προγράμματος ψυχικής μέριμνας στα Πρωτοδικεία και δημιουργία προγραμμάτων αξιοπρεπούς διακομιδής ψυχικά ασθενών από φορείς του ν. 2716/1999 υπό την εποπτεία διαχειριστικού κέντρου του ΕΚΑΒ.
- Ανάπτυξη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος διασύνδεσης και παραπομπών των ΜΨΥ καθώς και ο καλύτερος συντονισμός σε επίπεδο ΤοΨΥ με την μετατροπή των ΤΕΨΥ σε Τομεακές Διοικήσεις Ψυχικής Υγείας.
- Πανελλαδική ανάπτυξη προγραμμάτων κοινοτικής κατ'οίκον μετανοσοκομειακής φροντίδας από τα ΚΨΥ, τα ΚΗ και τις ΚΜ με παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών που θα συμπεριλαμβάνει κατ' οίκον ψυχιατρική φροντίδα, διασύνδεση, ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών, υποστήριξη-εκπαίδευση των φροντιστών και συμβουλευτική και υπηρεσία παρέμβασης στην Κρίση.

9.3 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 35 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 7. Προβλέπεται η λειτουργία 10 νέων δομών & 11 νέων δράσεων & προγραμμάτων.

Πίνακας 35: Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 7

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	19,22 εκ. €
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	3,00 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	19,77 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	1,20 εκ. €

10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

8^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Ενίσχυση της ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων

10.1 Υφιστάμενη κατάσταση

10.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

10.3 Κοστολόγηση

10.1 Υφιστάμενη κατάσταση

A) Ενίσχυση της ένταξης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας

Η έναρξη της εργασίας είναι ένα από μία από τις σημαντικές εξελίξεις που λαμβάνει χώρα στην ενηλικίωση. Ωστόσο, τα ΑμΣΨΠ, τα άτομα με δυσκολίες στην καθημερινή ζωή, με μακροχρόνιες ασθένειες και συμπεριλαμβανομένων όλων των μορφών ψυχικής διαταραχής [48] είναι πιο πιθανό να είναι άνεργοι από τον γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι μόνο 10% έως 20% των ΑμΣΨΠ στην Ευρώπη έχουν εργασία [49,50] και ότι έχουν διπλάσιες πιθανότητες να μείνουν άνεργοι μετά την έναρξη της διαταραχής [51]. Παρόλα αυτά, το επίτευγμα της ένταξης σε εργασιακό πλαίσιο είναι ένας σημαντικός στόχος για τα ΑμΣΨΠ. [52,53].

Η απασχόληση έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα για άτομα με ψυχικές διαταραχές και για την κοινωνία, μειώνοντας το κόστος που σχετίζεται με τις ψυχικές ασθένειες [54,55]. Επηρεάζει θετικά την ψυχολογία και υγεία των ανθρώπων και οδηγεί σε βελτίωση των κινήτρων, της αυτοπεποίθησης, αντιληπτή ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη [53–57] Έτσι, διαφορετικές παρεμβάσεις με στόχο την απασχόληση των ΑμΣΨΠ έχουν αναπτυχθεί σε διάφορες χώρες [57]. Τα στοιχεία είναι ισχυρότερα για την αποτελεσματικότητα του Μοντέλου Υποστηριζόμενης Απασχόλησης με τίτλο «Εξατομικευμένη Τοποθέτηση και Υποστήριξη» (Individual Placement & Support - IPS), το οποίο στοχεύει να υποστηρίξει τους ανθρώπους να βρουν και να διατηρήσουν ανταγωνιστικό άμεση απασχόληση αντί να απαιτείται οποιαδήποτε προαπασχόληση επαγγελματική αποκατάσταση [58–60]

Βασική διαπίστωση μέσα στην εργασιακή πραγματικότητα αποτελεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο και προβλέψεις αναγκαίων προσαρμογών και εύλογων διευθετήσεων στους χώρους εργασίας με σκοπό την ομαλή ένταξη, παραμονή και επάνοδο μετά από κρίση των ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, ούτε στις δημόσιες υπηρεσίες, αλλά ούτε και στις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Μικρές αποσπασματικές προσαρμογές δύναται να υπάρχουν εφόσον υπάρχει κατανόηση και συναντίληψη για τις δυνατότητες του εργαζόμενου και τις απαιτήσεις του εργασιακού πλαισίου, με την συνδρομή Ιατρών Εργασίας (όπου υπάρχουν, δηλαδή σε επιχειρήσεις άνω των 50 εργαζομένων) και την συνεργασία του θεραπευτικού πλαισίου. Στις περισσότερες των περιπτώσεων μία υποτροπή στην υγεία του εργαζόμενου μπορεί να τον θέσει εκτός εργασιακού πλαισίου στην περίπτωση των ιδιωτικών επιχειρήσεων, είτε σε επαγγελματικό περιθώριο, και στιγματισμό ως ανίκανο προς εργασία ή μη αποδοτικό εργαζόμενο στην περίπτωση δημόσιων φορέων.

Για την προετοιμασία για ένταξη στην εργασία υπάρχουν ελάχιστες υπηρεσίες που ασχολούνται με την καταγραφή αιτημάτων ΑμΣΨΠ προς εργασία, μεμονωμένες περιπτώσεις μονάδων ή ΥΨΥ που ασχολούνται με την σύζευξη αναγκών υποψήφιων εργαζομένων και προσφοράς εργασίας από εργοδότες, ενώ, τέλος, δεν υπάρχουν οργανωμένες και εξειδικευμένες παρεμβάσεις προεπαγγελματικής κατάρτισης, μαθητείας, προετοιμασίας για εργασία, αλλά και επανόδου στην εργασία μετά από υποτροπές των ΑμΣΨΠ. Δεν υπάρχει, δηλαδή, ένα οργανωμένο πλαίσιο και διαδικασίες για την υποβοήθηση των ΑμΣΨΠ στην διεκδίκηση εργασίας αφενός, αλλά και της διεκδίκησης, κατάκτησης της και διατήρησης της θέσης εργασίας εκ των υστέρων.

Οι οργανωμένες πολιτικές, οι παρεμβάσεις και τα ολοκληρωμένα προγράμματα για την ένταξη στην εργασία ΑμΣΨΠ που απαριθμούνται είναι ελάχιστες με τα δεδομένα να είναι μη διαθέσιμα και άμεσα προσβάσιμα μέσω του διαδικτύου. Μία σημαντική πρώτη δημόσια πολιτική, είναι η νομοθετική πρόβλεψη ότι σε όλες τις προκηρύξεις για την κατάληψη θέσεων στο Δημόσιο κατανέμονται βάσει ποσόστωσης θέσεις που δύναται να καταληφθούν από άτομα με αναπηρία, στα οποία δίδεται το δικαίωμα συμμετοχής σε αυτές τις προκηρύξεις σε ειδικό πίνακα. Δεν υπάρχουν ωστόσο άμεσα διαθέσιμα προσβάσιμα δεδομένα σε ηλεκτρονικές πηγές για το πόσες θέσεις τελικά καταλαμβάνονται από αναπήρους από τις διάφορες προκηρύξεις φορέων του δημοσίου, ούτε φυσικά άμεσα δεδομένα για το πόσες θέσεις αναπήρων καλύφθηκαν τελικά από άτομα με ψυχική αναπηρία.

Περαιτέρω, δεν είναι γνωστό πόσα άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα έχουν υποστήριξη από το θεραπευτικό τους πλαίσιο ή από ειδικές υπηρεσίες (ψυχικής υγείας ή επαγγελματικής ένταξης ή άλλες κοινωνικές υπηρεσίες) που θα βοηθήσουν είτε με άπαξ συνδρομή (πχ σύνταξη ενός βιογραφικού σημειώματος), στην αναζήτηση θέσης εργασίας, στην υποβοήθηση υποβολής αιτήματος προς εργασία ή σε προκηρύξεις του Δημοσίου, είτε με ολοκληρωμένες

παρεμβάσεις και την συστηματική υποστήριξη στην αναζήτηση αλλά και στην κατάληψη της θέσης.

Μία δεύτερη παρέμβαση στην ένταξη ΑμΣΨΠ στην αγορά εργασίας είναι τα προγράμματα που υλοποιεί η Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης (ΔΥΠΑ πρώην ΟΑΕΔ) για την απασχόληση ανέργων που ανήκουν σε Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες (ΕΚΟ). Η ΔΥΠΑ διαθέτει γραφεία ή υπηρεσίες ΕΚΟ στα οποία μπορούν να εγγραφούν άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και αν κάποιος εργοδότης αποφασίσει να συμμετέχει στο πρόγραμμα μπορεί σε συνεργασία με το γραφείο ΕΚΟ να δεχτεί στο εργασιακό του πλαίσιο ένα άτομο με ψυχική πάθηση. Η διάρκεια της απασχόλησης μέσω προγράμματος της ΔΥΠΑ είναι το ένα έτος με δυνατότητα παράτασης για ένα ή και δεύτερο ακόμα έτος.

Η τρίτη σημαντική και ίσως πιο ολοκληρωμένη παρέμβαση που αφορά σε προγράμματα ένταξης στην εργασία ΑμΣΨΠ είναι η 20ετής υλοποίηση επιχειρηματικών δραστηριοτήτων από τις ΜΨΥ, τους ΚοιΣΠΕ. Η ψήφιση του ν.2716/1999 αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο για την ανάπτυξη τους και την επάνοδο των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην εργασία, γεγονός άμεσα συνυφασμένο με την περαιτέρω ψυχοκοινωνική τους ένταξη ή/και επανένταξη. Σχεδόν είκοσι χρόνια από την σύσταση του πρώτου ΚοιΣΠΕ Δωδεκανήσου στη Λέρο το 2002 και μετά από συντονισμένες προσπάθειες της πολιτείας, του ΥΥ, της ΕΕ, πολλών ΕΨΥ αλλά και ΑμΣΨΠ έχουν δημιουργηθεί τριάντα Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, με κύριες δράσεις αυτές της καθαριότητας και της εστίασης, μέσα από τις οποίες έχουν βρει διέξοδο στην εργασία πολλά άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά το παρελθόν κάποιοι ΚοιΣΠΕ έχουν λάβει μέρος σε τέτοια προγράμματα και παρόλη την αгаστή συνεργασία με τα γραφεία ΕΚΟ της ΔΥΠΑ, έχουν διαπιστωθεί πολλά εμπόδια στην υλοποίησή τους. Καταρχάς οι προϋποθέσεις του προγράμματος για την ένταξη των ατόμων δεν είναι φιλική προς τους δυνητικά ωφελούμενους. Η απασχόληση των είκοσι ωρών ανά εβδομάδα που αποτελεί το κατώφλι για την είσοδο στο πρόγραμμα δεν είναι πάντα εύκολη να υλοποιηθεί από τους ωφελούμενους, τουλάχιστον κατά το πρώτο διάστημα της εργασίας τους. Για την επίλυση το θέματος αυτού θα πρέπει να υπάρξουν ενδιάμεσες μορφές απόκτησης εμπειρίας και προετοιμασίας πριν την εργασία, είτε μέσω δράσεων Προ-Επαγγελματικής ή Επαγγελματικής Κατάρτισης, είτε μέσω προγραμμάτων μαθητείας. Επισημαίνεται ότι το πλαίσιο υλοποίησης είναι άκαμπτο και η γραφειοκρατία υλοποίησης τεράστια που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί από τους ΚοιΣΠΕ που έχουν μικρό διοικητικό σχήμα. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα προσβάσιμα απολογιστικά στοιχεία σχετικά με τα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών και την αναλογία συμμετοχής σε αυτά των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Σε μία πρόσφατη έκδοση του ΠΟΥ [61], η οποία σκοπό έχει να καταγράψει καλές πρακτικές ΥΨΥ από όλο τον κόσμο, με σκοπό να καθοδηγήσει και να υποστηρίξει τις χώρες να αναπτύξουν και

να μεταρρυθμίσουν τις υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα, περιλαμβάνεται η παρουσίαση του Κοινοτικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας της Τεργέστης. Στην παρουσίαση του Δικτύου γίνεται εκτενής αναφορά στην συνεργασία με ένα επιμέρους δίκτυο δεκαπέντε (15) Κοινωνικών Συνεταιρισμών [62–65] οι οποίοι προσφέρουν ευκαιρίες εργασίας και εκπαίδευση/επαγγελματική κατάρτιση, απασχολώντας περίπου 800 άτομα στην Τεργέστη. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί με τα χρόνια έχουν καλύψει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων όπως ο καθαρισμός, συντήρηση κτηρίων, μεταφορές, λειτουργίες μικρών café, τροφοδοσία, υπηρεσίες ξενοδοχείων και εστιατορίων, διαχείριση παραλιακού θέρετρου, κηπουρική, είδη χειροτεχνίας, παραγωγή φωτογραφιών, βίντεο και ραδιοφώνου, υπηρεσίες υπολογιστών, εκτύπωση σειρογραφίας διοικητικές υπηρεσίες και προσωπικές υπηρεσίες. Το μοντέλο των δραστηριοτήτων παρουσιάζει τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς στην Τεργέστη αφενός να αναπτύσσουν δικές τους επιχειρηματικές δραστηριότητες, αφετέρου να υποστηρίζουν την εργασία ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε άλλες επιχειρήσεις.

Ένα παράδειγμα είναι το Tritone Hotel στην Τεργέστη, το οποίο είναι μια κατοικία με θέα στη θάλασσα - πλήρως διαχειριζόμενη από έναν Κοινωνικό Συνεταιρισμό, που αποτελείται κυρίως από χρήστες υπηρεσιών του Τμήματος Ψυχικής Υγείας της Τεργέστης. Άλλα παραδείγματα περιλαμβάνουν το Strawberry Fields Café (Il Posto delle Fragole), ένα πολυσύχναστο εστιατόριο που διαχειρίζεται από Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΛΥΨΥ). Παράλληλα, τα καφέ στην Όπερα στην Τεργέστη, ο δημόσιος ραδιοφωνικός σταθμός, ένα ιστορικό λουτρό, και όλα τα μουσεία και οι δημόσιοι κήποι, απασχολούν τουλάχιστον το ένα τρίτο του προσωπικού τους μέσω σύμβασης με τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς ΛΥΨΥ [66–69]. Τέτοια παραδείγματα υποστηριζόμενης απασχόλησης σε άλλες επιχειρήσεις και φορείς πέραν των ίδιων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων των ΚοιΣΠΕ, είναι μία νέα πρακτική που μέσα από αυτό το Σχέδιο Δράσης σχεδιάζει να υλοποιήσει το ΥΥ μέσω των Συνεταιρισμών, εφόσον είναι και μία καλή πρακτική που περιέχεται στις καλές πρακτικές που έχει αναπτύξει όπως αναφέρθηκε παραπάνω ο ΠΟΥ.

Το ΥΥ έχει αποκτήσει πολύ μεγάλη εμπειρία και εξειδίκευση στις παρεμβάσεις υποστηριζόμενης απασχόλησης, μέσω των Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η εμπειρία αυτή ενισχύεται ιδιαίτερα κατά την τρέχουσα περίοδο, μέσω Ευρωπαϊκού προγράμματος που υλοποιεί εκ μέρους του ΥΥ η ΠΟΚοιΣΠΕ με τίτλο «Ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης για την υποστήριξη των ΚοιΣΠΕ στην κατεύθυνση βελτίωσης της διοικητικής και διαχειριστικής τους ικανότητας» (μετά από έγκριση σκοπιμότητας και προγραμματική συμφωνία με το ΥΥ), η οποία ολοκληρώνεται στο τέλος του 2022. Μέσα από αυτή την παρέμβαση δημιουργείται μία εκδοχή Εξειδικευμένου Μοντέλου Υποστηριζόμενης Απασχόλησης (IPS) στα ελληνικά δεδομένα και αρχικά για τους ΚοιΣΠΕ, με την επιμόρφωση στελεχών τους σε αυτό.

Η παραπάνω μεθοδολογία και οι σχεδιαζόμενες παρεμβάσεις, αναπτύχθηκαν κατόπιν των νεότερων δεδομένων που σχετίζονται με τις εκβάσεις στην ΨΥ. Έχει παρατηρηθεί ότι με την

έγκαιρη έναρξη θεραπείας και υποστήριξης πολλά άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα καταφέρνουν να εξελιχθούν ολοκληρώνοντας την τριτοβάθμια εκπαίδευση και προχωρούν και σε μεταπτυχιακές σπουδές, με αποτέλεσμα την απόκτηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων. Τις εργασιακές ανάγκες αυτών των ατόμων δεν μπορούν να καλύψουν οι ΚοιΣΠΕ μέσω των λίγων υφιστάμενων επιχειρηματικών τους δραστηριοτήτων. Για τον λόγο αυτό το ΥΥ ήθελε να προχωρήσει σε νέες μορφές παρεμβάσεων υποστηριζόμενης απασχόλησης, αξιοποιώντας την πολύχρονη εμπειρία των ΚοιΣΠΕ και τυποποιώντας μεθοδολογία και διαδικασίες μέσω του προαναφερθέντος προγράμματος που υλοποιεί η Ομοσπονδία των ΚοιΣΠΕ.

Στο ανωτέρω πλαίσιο, το 2020 στον ν. 4675/2020 (Α' 54) περί της Μεταρρύθμισης της Δημόσιας Υγείας, προβλέφθηκε στο άρθρο 4 η θεσμοθέτηση του Εθνικού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα μέσω της εργασίας (ως μίας παρέμβασης τριτογενούς πρόληψης) στο πλαίσιο των επιμέρους προγραμμάτων-προγραμμάτων του Εθνικού Σχεδίου Δημόσιας Υγείας και των Δράσεων Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης». Στο πρόγραμμα αυτό προβλέπονται ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που αφορούν στην εργασιακή ένταξη των ατόμων αυτών, στοχεύοντας τη μείωση του φορτίου των ψυχικών διαταραχών στους πάσχοντες, στις οικογένειες τους και στην κοινότητα γενικά. Βάσει του ανωτέρου θεσμικού πλαισίου δύναται να αναπτυχθεί για πρώτη φορά αυτό το Εθνικό Πρόγραμμα και με φορείς υλοποίησης τους ΚοιΣΠΕ και την Πανελλήνια Ομοσπονδία ΚοιΣΠΕ.

Η υλοποίηση δύναται να επιτευχθεί με την ενίσχυση του ρόλου των ΚοιΣΠΕ ως Μονάδων Ψυχικής Υγείας και την δημιουργία και λειτουργία Εξειδικευμένων Γραφείων Υποστηριζόμενης Απασχόλησης (ΕΓΥΑ) σε αυτούς. Τα ΕΓΥΑ σε συνεργασία με ΥΨΥ, με εργοδότες, με την ΔΥΠΑ και άλλους φορείς θα δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις εργασίας περισσότερων ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και περισσότερες δεξιότητες, τόσο σε επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα όσο και σε οργανισμούς του δημοσίου τομέα. Η κατεύθυνση αυτή, της μετάβασης εργαζομένων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην ελεύθερη αγορά εργασίας μέσα από την υποστήριξη των ΚοιΣΠΕ προβλέπεται και στον ν. 2716/1999, όπου ο Συνεταιρισμοί είναι εξ' ορισμού οι φορείς υλοποίησης παρεμβάσεων υποστηριζόμενης απασχόλησης για ΑμΣΨΠ. Η διαδικασία υλοποίησης μπορεί να ακολουθήσει την υπ' αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 83874/29.12.2020 (ΦΕΚ Β' 6004) Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας με θέμα: «Όροι και προϋποθέσεις επιχορήγησης των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης του άρθρου 12 του ν. 2716/1999» και την διαδικασία σύναψης προγραμματικών συμβάσεων (ΠΟΚοιΣΠΕ και ΚοιΣΠΕ). Αναλυτικότερα, προτείνεται η οργάνωση και λειτουργία επτά (7) ΕΓΥΑ σε ΚοιΣΠΕ στην Αθήνα (μεγαλύτερη δομή), και σε έξι ακόμα μεγάλες πόλεις με τον συντονισμό της Ομοσπονδίας.

Η μεθοδολογία Individual Placement and Support (IPS) αποτελεί μία επιτυχημένη πρακτική απασχόλησης που βοηθά τα άτομα να αναπτύξουν μια σταθερή επαγγελματική ζωή. Παράλληλα έχει τυποποιηθεί, δοκιμαστεί και εφαρμοστεί σε πολλές χώρες. Μέχρι σήμερα έχει εξαπλωθεί σε

μεγάλο μέρος του κόσμου και κύρια χαρακτηριστικά είναι ότι προωθήθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς, υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ασθενών, και υπάρχει διαθέσιμη εκτενής έρευνα σχετικά με τη διαδικασία και τα αποτελέσματα, καθώς θεωρείται μία τεκμηριωμένα επιτυχής προσέγγιση στην εργασιακή αποκατάσταση.

Η ανάπτυξη και υλοποίηση του 1^{ου} κύκλου του Εθνικού Προγράμματος τριακοσίων σαράντα (340) ωφελουμένων ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα διάρκειας έως 24 μήνες έχει προϋπολογιστεί στο ποσό των **10.000.000 €** ενώ η ετήσια δαπάνη από την λειτουργία των δομών και των υπηρεσιών που θα αναπτυχθούν ανέρχεται στο ποσό των **908.000 €** μέσω του τακτικού προϋπολογισμού του ΥΥ. Για την ευχερή υλοποίηση του προγράμματος κατά τη διάρκεια των 24 μηνών αλλά κυρίως αναγκαία και ικανή συνθήκη για την διατήρηση του προγράμματος μετά την παρέλευση του ανωτέρω διαστήματος είναι η σύμπραξη με την ΔΥΠΑ, με σκοπό την χρηματοδότηση θέσεων απασχόλησης στο ανωτέρω ολιστικό πλαίσιο παρέμβασης. Στην επόμενη ενότητα και στο παράρτημα, αποτυπώνονται αναλυτικά το φυσικό και οικονομικό αντικείμενο του Εθνικού Προγράμματος.

Με την υλοποίηση ενός πρώτου κύκλου του Εθνικού Προγράμματος θα επιβεβαιωθεί η έως τώρα διαπίστωση ότι τα ΑμΣΨΠ μέσω της τοποθέτησης και μακροχρόνιας παραμονής στην εργασία, καθίστανται από καταναλωτές πολύτιμων δημόσιων πόρων (νοσηλείας σε ψυχιατρικές δομές, κατανάλωσης φαρμάκων και απασχόλησης των συστημάτων υγείας, δικαιοσύνης κ.α.), παραγωγοί πόρων (όπως είναι το παραγόμενο εισόδημα, η φορολογία η κατανάλωση αγαθών) και τελικά μετατρέπονται σε ισότιμους πολίτες στην κοινωνία, μειώνοντας εντυπωσιακά και το φορτίο της ψυχικής νόσου στους πάσχοντες, τις οικογένειες τους και την κοινότητα.

B) Ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων

Μέσα από την **πανδημία του κορωνοϊού COVID-19** αναδείχθηκε η μεγάλη αναγκαιότητα φροντίδας της ψυχικής υγείας πολλών κατηγοριών εργαζομένων. Στο πλαίσιο της Επαγγελματικής Υγείας έχουν καταγραφεί πολλοί αναδυόμενοι **ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**, όπως το εργασιακό στρες, το σύνδρομο burnout, η βία και η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο (bullying και mobbing), αλλά και η οργάνωση της εργασίας, η ελαστικοποίηση των σχέσεων εργασίας, το μεταβαλλόμενο και ανασφαλές εργασιακό πλαίσιο και τέλος οι νέες εξελίξεις στην εργασία, όπως η τηλε-εργασία η οποία που αποτέλεσε διέξοδο για πολλούς εργαζόμενους και επιχειρήσεις μέσα στην πανδημία.

Οι εργαζόμενοι βιώνουν κρίσεις άγχους όταν οι απαιτήσεις της εργασίας τους είναι υπερβολικές και υπερβαίνουν την ικανότητά τους να τις αντιμετωπίσουν. Πέραν των προβλημάτων ψυχικής υγείας, οι εργαζόμενοι που πάσχουν από παρατεταμένο άγχος κινδυνεύουν να εμφανίσουν σοβαρά σωματικά προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις ή μυοσκελετικά προβλήματα.

Σε επίπεδο οργανισμού ή επιχείρησης, οι αρνητικές συνέπειες μπορεί να περιλαμβάνουν κακή συνολική επιχειρηματική απόδοση, αυξημένο ποσοστό απουσίας από την εργασία (απουσιασμός), τυπική παρουσία στην εργασία (περιπτώσεις εργαζομένων που εμφανίζονται στην εργασία τους ενώ είναι άρρωστοι και δεν μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, κατάσταση γνωστή ως παρουσιασμός) και αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων και τραυματισμών. Οι απουσίες που συνδέονται με το άγχος τείνουν να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια από τις απουσίες που συνδέονται με άλλες αιτίες και το εργασιακό άγχος μπορεί να συμβάλει στην αύξηση των ποσοστών πρόωρης συνταξιοδότησης. Το κόστος για τις επιχειρήσεις και την κοινωνία εκτιμάται ότι είναι σημαντικό και ανέρχεται σε δισεκατομμύρια ευρώ σε εθνικό επίπεδο.

Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν υπάρχουν ιδιαίτερες καταγραφές και στοιχεία για την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων επικινδυνότητας στην γενικότερη υγεία των εργαζομένων, αλλά ούτε και των επιπτώσεων στους φορείς και τις επιχειρήσεις. Η αρμοδιότητα της διασφάλισης της Υγείας και της Ασφάλειας στην Εργασία (Υ&Α Ε) διαμοιράζονται μεταξύ του Υπουργείου Εργασίας και του ΥΥ με ευθύνη του εργοδότη στις επιχειρήσεις άνω των πενήντα εργαζομένων. Για την επαγγελματική υγεία των εργαζομένων σε επιχειρήσεις με μικρότερο αριθμό του πενήντα αλλά και των αυτοαπασχολούμενων, που αποτελούν την ραχοκοκαλιά της εργασίας στην Ελλάδα, δεν υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο και καμία δημόσια υπηρεσία που να την παρέχει.

Σε ειδική έρευνα που διενήργησε η ΕΛΣΤΑΤ αναφορικά με τα ατυχήματα και τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία, η οποία διεξήχθη παράλληλα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού του Β' τριμήνου του 2020 και δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο 2021, προκύπτει ότι το 63,0% των απασχολούμενων αναφέρουν ότι εκτίθενται σε παράγοντες που επηρεάζουν την ΨΥ και εξ αυτών, ως ο πιο επικίνδυνος παράγοντας αναφέρεται συχνότερα η εργασιακή ανασφάλεια και η μεγάλη πίεση χρόνου ή φόρτου εργασίας (20,9% και 19,3% του συνόλου αντίστοιχα). Αντίθετα, η βία/απειλή και οι παρενοχλήσεις/εκφοβισμοί αναφέρονται με σημαντικά μικρότερη συχνότητα (1,5% και 0,3%, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται ελαφρώς κατά φύλο ενώ η μεγαλύτερη διαφορά εντοπίζεται στα προβλήματα με δύσκολους πελάτες, ασθενείς, μαθητές κ.λπ. (12,6% για τους άνδρες και 16,0% για τις γυναίκες). Όσον αφορά στην ηλικία, η συνολική έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν την ΨΥ είναι αυξημένη σε μικρότερες ηλικίες με πιο χαρακτηριστική περίπτωση την εργασιακή ανασφάλεια (Πίνακας 36).

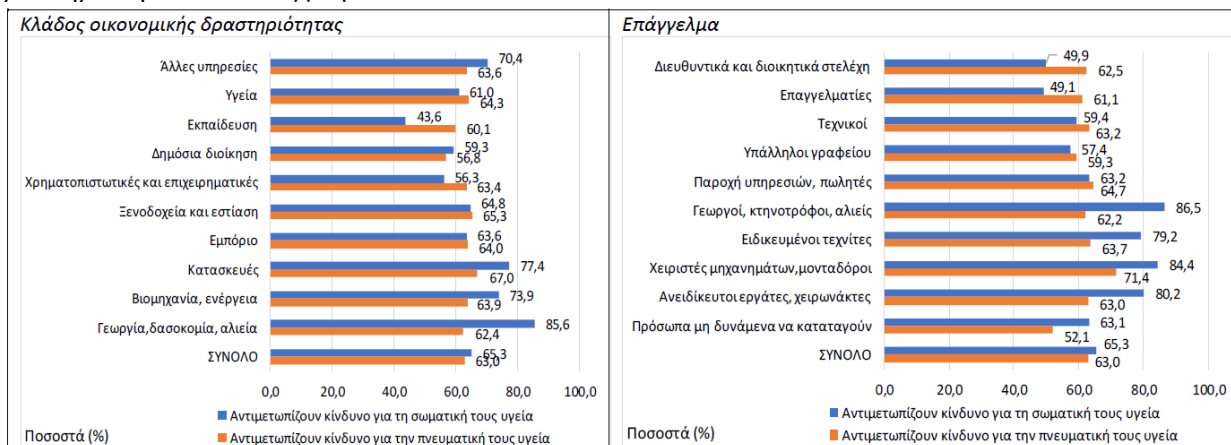
Περαιτέρω στην έρευνα προέκυψε ότι οι κλάδοι δραστηριότητας με τη μεγαλύτερη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την ΨΥ είναι οι κατασκευές (67,0%), τα ξενοδοχεία, η εστίαση (65,3%) και η υγεία (64,3%). Οι επαγγελματικές ομάδες με τη μεγαλύτερη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την ΨΥ είναι οι χειριστές μηχανημάτων (71,4%), ακολουθούμενοι από τους απασχολούμενους στην παροχή υπηρεσιών και οι πωλητές (64,7%). Τα ποσοστά παρουσιάζονται στο γράφημα 2, ενώ στο εικονογράφημα 4 αποτυπώνονται όλα τα δεδομένα της έρευνας [70].

Πίνακας 36: Έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία στην κύρια εργασία κατά φύλο και ηλικία.

Ποσοστά (%)	ΣΥΝΟΛΟ	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				
		Άνδρες	Γυναίκες	15-34	35-44	45-54	55+	
Εκτεθειμένοι σε ένα τουλάχιστον παράγοντα που επηρεάζει την ψυχική υγεία	63,0	63,3	62,5	65,1	63,9	63,4	58,2	
Σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική υγεία	Μεγάλη πίεση χρόνου ή φόρτου εργασίας	19,3	19,9	18,4	17,8	21,0	20,0	17,4
	Βία ή απειλή βίας	1,5	1,8	1,0	1,6	1,5	1,8	0,9
	Παρενοχλήσεις ή εκφοβισμό	0,3	0,4	0,2	0,5	0,3	0,3	0,2
	Κακή επικοινωνία ή συνεργασία στον χώρο εργασίας	2,0	1,8	2,2	1,7	2,1	2,1	1,9
	Προβλήματα με δύσκολους πελάτες, ασθενείς, μαθητές κ.λπ.	14,0	12,6	16,0	13,2	13,6	14,5	14,9
	Εργασιακή ανασφάλεια	20,9	21,4	20,3	26,4	21,3	18,9	16,8
	Έλλειψη αυτονομίας ή αδυναμία να επηρεάσετε τις εργασιακές συνθήκες ή δραστηριότητες	2,0	2,2	1,7	1,8	1,6	2,4	2,2
	Άλλο παράγοντα κινδύνου	2,9	3,1	2,6	2,1	2,4	3,3	4,0
Τίποτα από τα παραπάνω	28,5	28,7	28,3	26,2	28,4	28,6	31,5	
Δεν απάντησαν	8,5	8,1	9,2	8,7	7,7	8,1	10,4	

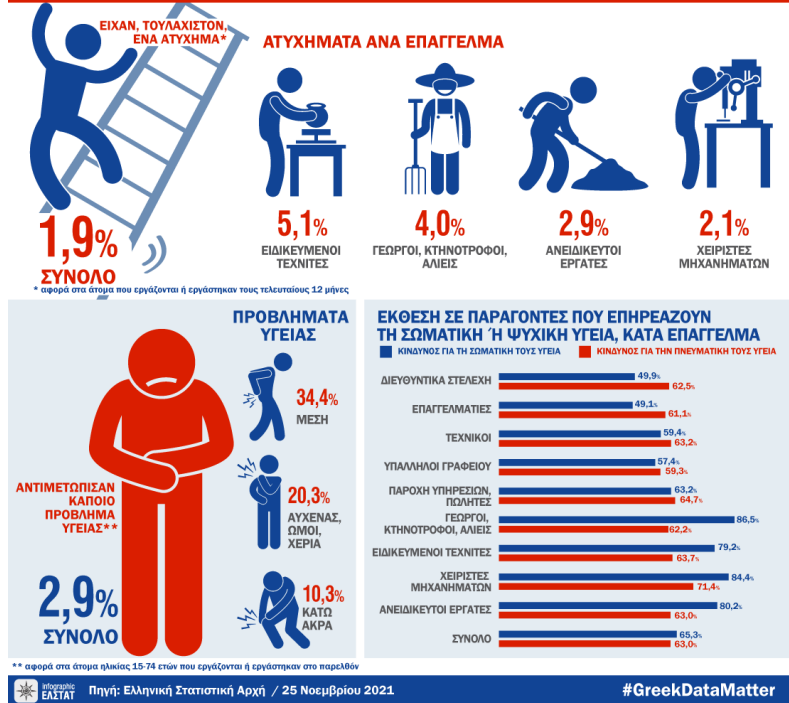
*Τα ποσοστά αφορούν στα άτομα που εργάζονται (απασχολούμενοι)

Γράφημα 1: Έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν την σωματική ή ψυχική υγεία κατά κλάδο δραστηριότητας και επάγγελμα



Εικονογράφημα 4. Ατυχήματα και προβλήματα υγείας συνδεδεμένα με την εργασία, 2020

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ, 2020



Η εκτίμηση της επικινδυνότητας των πηγών κινδύνου είναι το μέσο για τον εντοπισμό και την ιεραρχική ταξινόμηση των συναφών προβλημάτων, ώστε να καταστεί δυνατή η υλοποίηση κατάλληλων παρεμβάσεων. Ιδανικά, η πρόληψη πρέπει να γίνεται στην πηγή των κινδύνων (πρωτογενείς παρεμβάσεις). Όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ενδεχομένως σκόπιμο να υλοποιούνται δευτερογενείς ή τριτογενείς παρεμβάσεις, ιδίως δε σε περιπτώσεις στις οποίες η φύση της εργασίας δυσχεραίνει ενδεχομένως την υλοποίηση πρωτογενών παρεμβάσεων. Οι τρεις τύποι παρέμβασης έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

α) Πρωτογενής παρέμβαση: Έγκειται στην πρόληψη και εμπίπτει σαφώς στο παραδοσιακό πλαίσιο προστασίας της Υ&Α Ε, με την πρόληψη των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην πηγή, κάτι που δεν είναι πάντοτε εφικτό.

β) Δευτερογενής παρέμβαση: Έγκειται στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίον οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τις πηγές ψυχοκοινωνικών κινδύνων και στη βελτίωση της ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται σε αυτούς. Περιλαμβάνει συχνά δραστηριότητες κατάρτισης και ευαισθητοποίησης των εργαζομένων και αποτελεί έναν από τους πλέον συνηθισμένους τύπους παρέμβασης. Οι δευτερογενείς παρεμβάσεις είναι πιο διαδεδομένες, η υλοποίησή τους θεωρείται ευκολότερη, ενώ για την αποτελεσματικότητά τους έχουν εκπονηθεί πολυάριθμες έρευνες.

γ) Τριτογενής παρέμβαση: Αφορά συνήθως την άμβλυνση ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση συμπτωμάτων. Αποτελεί συχνά μέρος της διαδικασίας αποκατάστασης και ως εκ τούτου συνδέεται στενά με όλες τις διαδικασίες επιστροφής στην εργασία. Τριτογενείς παρεμβάσεις είναι, μεταξύ άλλων, η θεραπευτική αντιμετώπιση ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η κατάθλιψη ή το άγχος. Στις τριτογενείς παρεμβάσεις θα πρέπει να

περιλαμβάνονται επίσης μέτρα που βοηθούν τον εργαζόμενο να επιστρέψει στην εργασία του έγκαιρα και με ασφάλεια. Οι τριτογενείς παρεμβάσεις δεν υλοποιούνται συνήθως από παράγοντες του χώρου εργασίας, αλλά από υπεύθυνους θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης, συνήθως δε από διάφορες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, αλλά και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση είναι δυνατό να συμμετέχουν και οι υπηρεσίες υγείας της ίδιας της επιχείρησης εφόσον υπάρχουν. Επίσης, το εργασιακό πλαίσιο είναι δυνατό να διαδραματίσει κάποιον ρόλο στην επαφή και διασύνδεση με τις θεραπευτικές υπηρεσίες. Ενδεικτικά μπορούν να οργανώνουν και να παρέχουν υπηρεσία διαχείρισης αναπηρίας, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο των πρακτικών ανάρρωσης και επιστροφής στην εργασία.

Το ΥΥ σε συνεργασία με επιστημονικές εταιρίες σχετικές με θέματα Επαγγελματικής Υγείας, όπως η Επιστημονική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος, με φορείς Ψυχικής Υγείας καθώς και άλλους φορείς που ασχολούνται με την Επαγγελματική Υγεία, θα συνεργαστούν για να καταρτίσουν και να υλοποιήσουν δομημένα προγράμματα για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης. Τα προγράμματα θα πρέπει να είναι εστιασμένα α) σε συγκεκριμένο επαγγελματικό κίνδυνο π.χ. επαγγελματική εξουθένωση, βία και παρενόχληση στον χώρο εργασίας β) σε επαγγελματικές ομάδες πχ επαγγελματίες υγείας στον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα γ) σε τομείς δραστηριότητας π.χ. σούπερ μάρκετ. Συνέργειες θα πρέπει να αναζητηθούν με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, τους συνδικαλιστικούς φορείς εκπροσώπησης των επαγγελματικών ομάδων καθώς και εκπροσώπους της εργοδοσίας.

Περαιτέρω σχεδιάζεται η ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών, ήτοι ΚΗ για την παροχή υπηρεσιών σε εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Πρόκειται για ένα πλαίσιο παρεμβάσεων τριτογενούς πρόληψης με σκοπό την μείωση της βλάβης σε εργαζόμενους με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, την υποστήριξη τους στον εργασιακό χώρο και την υποβοήθηση του εργασιακού πλαισίου στην καλύτερη δυνατή διαχείριση και αξιοποίηση των εργαζομένων αυτών από τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις.

Δημιουργία τουλάχιστον ενός (1) εξειδικευμένου ΚΗ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠε) για εργαζόμενους, με στόχο την βελτίωση της επαγγελματικής υγείας των εργαζομένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και την υποστήριξη των εργασιακών πλαισίων στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων επικινδυνότητας και των εργαζομένων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες επαγγελματικής υγείας που δύναται να παρέχουν τα ΚΗ εστιάζονται αφενός στην αντιμετώπιση των αναδυόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου στην εργασία, αφετέρου στην αξιολόγηση προς εργασία και περαιτέρω υποστήριξη εργαζομένων που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας και απασχολούνται τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Τις ανωτέρω υπηρεσίες μπορούν να αναπτύξουν είτε ΚοιΣΠΕ που έχουν σχετική εμπειρία, είτε ΑΜΚΕ.

Συνοψίζοντας, η πρόκληση τόσο της ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων για την βελτίωση της ψυχικής υγείας εργαζομένων, όσο και της ανάπτυξης υπηρεσιών επαγγελματικής υγείας με έμφαση στην αποκατάσταση εργαζομένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας θα βελτιώσει την εργασία και την καθημερινότητα των ατόμων που πάσχουν αλλά θα βοηθήσει καταλυτικά και τους οργανισμούς και επιχειρήσεις. Στον Πίνακα 37 περιγράφονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του άξονα 8 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου.

Πίνακας 37: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 8.

α/α	Διαπιστώσεις
A	Ενίσχυση της ένταξης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην εργασία
1	Ελάχιστα και αποσπασματικά ολοκληρωμένα προγράμματα ένταξης στην εργασία ΑμΣΨΠ (προετοιμασίας, εισόδου στην εργασία και παραμονής ή επανόδου μετά από κρίση - υποτροπή), χωρίς διαθέσιμα στοιχεία
2	Μικρής διάρκειας προγράμματα απασχόλησης μέσω της ΔΥΠΑ που δεν εξασφαλίζουν έναν μόνιμο χαρακτήρα παρέμβασης και ως εκ τούτου διατήρησης της θέσης εργασίας
3	Μεγάλες ανάγκες για εργασία και ζήτηση θέσεων εργασίας από ΑμΣΨΠ υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου με απουσία υποστηρικτικών πλαισίων προετοιμασίας για εργασία και αναζήτησης εργασίας που δεν καλύπτονται με τις υφιαστάμενες πρωτοβουλίες
4	Εικοσαετής υλοποίηση παρεμβάσεων εργασιακής ένταξης από ΚοιΣΠΕ με περιορισμένες ωστόσο δράσεις και ενέργειες εστιασμένες σε λίγες και συγκεκριμένες επιχειρηματικές δράσεις (καθαριότητα- εστίαση)
5	Μεγάλος αριθμός ανέργων – ΑμΣΨΠ που αν είχαν την σωστή καθοδήγηση και υποστήριξη θα μπορούσαν να εργαστούν, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο το φορτίο της ψυχικής πάθησης στους ίδιους, στις οικογένειες τους αλλά και στις ΥΨΥ κ.α.
B	Ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων
6	Αναδυόμενοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου στην εργασία
7	Φτώχη ψυχική και σωματική υγεία εργαζομένων και αρνητικές συνέπειες σε οργανισμούς/επιχειρήσεις
8	Παντελής απουσία υπηρεσιών αντιμετώπισης ή/και διαχείρισης ψυχοκοινωνικών παραγόντων και θεραπευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας εργαζομένων
9	Παντελής απουσία δημοσίων υπηρεσιών που παρέχουν Υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία καθώς και εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ή/και διαχείριση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και των επιπτώσεων τους στην ΨΥ των εργαζομένων
10	Συνέπειες σε όλα τα επίπεδα των οργανισμών και των επιχειρήσεων (κακή απόδοση, αυξημένα ποσοστά απουσιασμού και παρουσιασμού καθώς και αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων και τραυματισμών
11	Δυσμενείς συνέπειες στην κοινωνία και στην οικονομία μέσω χαμμένης παραγωγικότητας, αυξημένων ποσοστών πρόωρης συνταξιοδότησης κ.λπ.
	Προκλήσεις

1	Διυπουργική συνεργασία με σκοπό την πρόβλεψη αναγκαίων προσαρμογών και εύλογων διευθετήσεων στους χώρους εργασίας με σκοπό την ομαλή ένταξη, παραμονή και επάνοδο μετά από κρίση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας
2	Δημιουργία υποστηρικτικών πλαισίων προετοιμασίας για εργασία και αναζήτησης εργασίας ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα (προετοιμασία βιογραφικού, απόκτηση δεξιοτήτων, αναζήτηση προγραμμάτων και εργασιακών πλαισίων, υποστήριξη για υποβολή αιτήσεων εργασίας, ένταξης σε μητρώο ΔΥΠΑ, συμμετοχής σε προκηρύξεις ΑΣΕΠ κ.λπ.)
3	Ανάπτυξη οργανωμένων υπηρεσιών ή/και γραφείων υποστήριξης της εργασίας που θα ασχολούνται ολιστικά με την ένταξη στην αγορά εργασίας, ήτοι ανεύρεση κατάλληλης θέσης, προετοιμασία για την διεκδίκηση της θέσης, κατάληψη αυτής και τέλος διατήρησης της επ'ωφελεία τόσο του ωφελούμενου όσο και την επιχείρησης/φορέα πρόσληψης
4	Διάγνωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων επικινδυνότητας στην εργασία λόγω της αλλαγής των συνθηκών εργασίας, της αβεβαιότητας από τις οικονομικές συνθήκες και τέλος από την πίεση που περαιτέρω άσκησε και ασκεί η υφιστάμενη πανδημία
5	Δημιουργία προγραμμάτων και παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης προς τους εργαζόμενους τόσο των δημόσιων οργανισμών και φορέων, όσο και των επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα
6	Δημιουργία και λειτουργία υπηρεσιών για τριτογενείς παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην θεραπευτική αντιμετώπιση συμπτωμάτων ψυχικής υγείας, στην άμβλυνση αυτών ως μέρους μίας διαρκούς διαδικασίας αποκατάστασης και επανόδου στην εργασία

10.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 8 αποτυπώνονται στον πίνακα 38.

Πίνακας 38: Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 8 στους δύο υποάξονες αυτού

α/α	Άξονας 8
A	Ενίσχυση της ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας
1	Λειτουργία 7 Εξειδικευμένων Γραφείων Υποστηριζόμενης Απασχόλησης από ΚοιΣΠΕ για την εύρεση και διατήρηση θέσεων εργασίας ΑμΣΨΠ σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και σε δημόσιους οργανισμούς
2	Υλοποίηση «Εθνικού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Ένταξης ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας μέσω της εργασίας» εντός του Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης» ως δράσης τριτογενούς πρόληψης
3	Συγκρότηση διυπουργικών ομάδων με συναρμόδια Υπουργεία για την οριστικοποίηση και νομοθέτηση ενδεδειγμένων - εύλογων προσαρμογών για ΑμΣΨΠ (ευελξία εργασίας, προσαρμογή διαδικασιών εποπτείας, καθοδήγησης & εκπαίδευσης, κατανομής εργασιακών καθηκόντων κ.α.)
B	Ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων
4	Δημιουργία 7 εξειδικευμένων ΚΗ για υποστήριξη εργαζόμενων γενικού πληθυσμού, ατόμων με ψυχικές παθήσεις καθώς και επιχειρήσεων & οργανισμών

5	Κατάρτιση και υλοποίηση τριών (3) δομημένων προγραμμάτων για την προστασία των εργαζομένων στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης
6	Ανάπτυξη ψηφιακών εργαλείων και εκπαιδευτικού υλικού σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου και των επιπτώσεων τους στην υγεία των εργαζομένων και στην λειτουργία των οργανισμών/επιχειρήσεων

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

A. Ενίσχυση της ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας

α) Δομές

- Δημιουργία και λειτουργία επτά (7) Εξειδικευμένων Γραφείων Υποστηριζόμενης Εργασίας ΑμΣΨΠ στους ΚοιΣΠΕ, για την εύρεση και διατήρηση θέσεων εργασίας σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και δημόσιους οργανισμούς.
- Δημιουργία και λειτουργία ενός (1) Γραφείου Συνηγορίας και Αυτοεκπροσώπησης εργαζομένων - ΛΥΨΥ με σκοπό την ενίσχυση της φωνής και της εκπροσώπησης τους με έμφαση σε θέματα εργασίας και βελτίωσης πρόσβασης στα κοινωνικά αγαθά.

β) Δράσεις

- Δημιουργία διυπουργικής επιτροπής για την βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ρυθμιστικού πλαισίου υποστήριξης της προσβασιμότητας και της απασχόλησης των ΑμΣΨΠ στην ελεύθερη αγορά εργασίας, στις δημόσιες υπηρεσίες και στην δημόσια διοίκηση εν γένει, με πρωτοβουλία του ΥΥ με τα συναρμόδια Υπουργεία Εργασίας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και εκπροσώπων των ΟΤΑ.
- Συγκρότηση διυπουργικών ομάδων στο πλαίσιο της ανωτέρω επιτροπής (μία με το Υπουργείο Εργασίας και μία με το Υπουργείο Εσωτερικών και εκπροσώπους ΟΤΑ), για ορισμό ενδεδειγμένων - εύλογων προσαρμογών εργασίας για ΑμΣΨΠ. Οι εύλογες προσαρμογές περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διευθετήσεις:
 - I. **Ευελιξία εργασίας.** Η ευελιξία στο χρόνο έναρξης και λήξης της εργάσιμης ημέρας, στην παροχή αδειών και διαλειμμάτων και η εναλλαγή μερικής και πλήρους απασχόλησης είναι ορισμένα από τα ενδεδειγμένα μέτρα για την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών που σχετίζονται με τις ανάγκες των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, τακτική παρακολούθηση, υποτροπές, επάνοδος στην εργασία κ.α.).
 - II. **Προσαρμογή διαδικασιών εποπτείας, καθοδήγησης και εκπαίδευσης** στις ιδιαίτερες ανάγκες ΑμΣΨΠ. Η παροχή γραπτών οδηγιών, οι τακτικές συναντήσεις των εργαζομένων με ψυχικές διαταραχές με τον εκάστοτε επόπτη

και προϊστάμενο στο χώρο εργασίας και η ανάπτυξη εξατομικευμένων μεθόδων κατάρτισης αποτελούν ορισμένα από τα προτεινόμενα μέτρα.

III. **Κατανομή εργασιακών καθηκόντων**, η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις δυνατότητες των ΑμΣΨΑ και να αμβλύνει στο μέτρο του δυνατού τις στρεσογόνες εκφάνσεις της απασχόλησης.

IV. **Υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στο χώρο εργασίας**, από ΕΨΥ και λειτουργούς επαγγελματικής αποκατάστασης με στόχο την προαγωγή των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.

- Προετοιμασία θεσμικού πλαισίου για την έναρξη παρεμβάσεων υποστηριζόμενης εργασίας σε φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα μέσω των πλαισίου υποστήριξης της μετάβασης των ΛΥΨΥ στην ελεύθερη αγορά μέσω των Εξειδικευμένων Γραφείων Υποστηριζόμενης απασχόλησης με την μεθοδολογία IPS.
- Ποιοτική αξιολόγηση ΚΗ και ΚΜ στο πλαίσιο συνεργασίας της ΔΨΥ και του ΟΔΠΥ ΑΕ, με την ενσωμάτωση στα υπό ανάπτυξη εργαλεία αξιολόγησης κριτηρίων και δεικτών που αφορούν στην προαγωγή της εργασιακής ένταξης των ΑμΣΨΠ.
- Υλοποίηση δράσεων για την ανάπτυξη συνεργειών με ΜΨΥ, φορείς που υποστηρίζουν την εύρεση εργασίας (πχ ΔΥΠΑ), επιχειρήσεων ιδιωτικού τομέα και οργανισμών-φορέων του δημόσιου τομέα.

γ. Προγράμματα:

- Ανάπτυξη προγράμματος Ολοκλήρωση του ρόλου των ΚοιΣΠΕ μέσω προγράμματος εξειδίκευσης και προτυποποίησης της ήδη παρεχόμενης υποστήριξης στην εργασία εντός αυτών με εφαρμογή μεθοδολογίας IPS.
- Ανάπτυξη ψηφιακών εργαλείων και πλατφόρμας για συντονισμό και ευχερή υλοποίηση προγραμμάτων υποστήριξης της εργασίας από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.
- Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων εργαζομένων Γραφείων Υποστηριζόμενης Εργασίας και στελεχών λοιπών φορέων που θα συνεργαστούν,
- Διενέργεια Ιου κύκλου «Εθνικού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Ένταξης ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας μέσω της εργασίας» εντός του Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης», διάρκειας τριών (3) ετών.

B. Ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων

α. Δομές

- Δημιουργία και λειτουργία επτά (7) εξειδικευμένων ΚΗ για εργαζόμενους από ΚοιΣΠΕ ή ΑμΚΕ.

β. Δράσεις

- Ανάπτυξη ψηφιακών εργαλείων, εφαρμογών και εκπαιδευτικού υλικού φιλικού προς οργανισμούς και επιχειρήσεις για την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες επικινδυνότητας και των επιπτώσεων τους στην υγεία των εργαζόμενων και στην λειτουργία οργανισμών και επιχειρήσεων.

Γ. Προγράμματα

- Κατάρτιση και υλοποίηση τριών (3) δομημένων προγραμμάτων για την προστασία των εργαζομένων στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης.

10.3 Κοστολόγηση

Στον πίνακα 39 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 8. Προβλέπεται η λειτουργία 14 νέων δομών & 7 νέων δράσεων & προγραμμάτων.

Πίνακας 39 : Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 8

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	3,81 εκ. €
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	4,15 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	4,86 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	0,48 εκ. €

11° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

9^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενδυνάμωση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους

11.1 Υφιστάμενη κατάσταση

11.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

11.3 Κοστολόγηση

11.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Η πολιτική για την ΨΥ θα πρέπει να προάγει τα πρωταρχικής αξίας δικαιώματα των ασθενών όπως η ισότητα και η εξάλειψη διακρίσεων, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, την αυτονομία, τη σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής, την ανεξίτηρησκία, το δικαίωμα του συνέρχεσθε και της ελεύθερης κίνησης. Τα συγκεκριμένα δικαιώματα πολλές φορές αγνοούνται, δεν εφαρμόζονται, με την υιοθέτηση στερεοτύπων και συμπεριφορών, οι οποίες δεν απαντώνται μόνο στο γενικό πληθυσμό, αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις διαπερνούν τις γραμμές των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στην παροχή ΥΨΥ και των αντίστοιχων μέτρων πολιτικής.

Οι στερεοτυπικές στάσεις αποτυπώνονται με διάφορους τρόπους όπως είναι η κατηγοριοποίηση (τα άτομα με προβλήματα ΨΥ γίνονται αντιληπτά σαν να είναι όλα ίδια με συνέπεια να αντιμετωπίζονται τα ατομικά τους χαρακτηριστικά κατά τρόπο εξισωτικό), η αποπροσωποποίηση (τα άτομα με ψυχικές διαταραχές γίνονται αντιληπτά σαν να μην έχουν χαρακτηριστικά όπως η σκέψη, η συγκίνηση, η επιθυμία, η προσωπικότητα, τα δικαιώματα), η υποβάθμιση (οι ψυχικά ασθενείς εκλαμβάνονται ως «κατώτεροι», στάση αμυντική προκειμένου να παρασχεθεί λογική αιτιολόγηση για τον κοινωνικό αποκλεισμό που οι τελευταίοι υφίστατο)

και η επικινδυνότητα (οι ψυχικά ασθενείς εκλαμβάνονται στο σύνολο τους ως άτομα επικίνδυνα για τους άλλους και τον εαυτό τους, άλλος ένας λόγος για τον αποκλεισμό τους). Τα στιγματισμένα από το νόμο άτομα (όπως είναι οι πρώην ψυχικά ασθενείς) συνεχώς βιώνουν μία ματαιώση κάτι που οδηγεί στην περιθωριοποίηση αυτών. Η απόκλιση δεν αναφέρεται μόνο σε αντικανονικές συμπεριφορές αλλά και σε άτομα τα οποία διαθέτουν κάποια χαρακτηριστικά διαφορετικά από αυτά που έχουμε συνηθίσει. Τα στίγματα αυτά επηρεάζουν αρνητικά τους κοινωνούς σχετικά με τα άτομα που τα φέρουν. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (αρνητικά) αποτελούν σωματικές μειονεξίες, χαρακτηρισολογικές ιδιομορφίες, καθώς και διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως εξαρτήσεις και αυτοκαταστροφικότητα.

Οι παραπάνω στερεοτυπικές στάσεις δημιουργούν τις συνθήκες για την ανάπτυξη φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού-ρατσισμού, ο οποίος εμφανίζεται με τις ακόλουθες μορφές: Απορριπτικός, στην περίπτωση κατά την οποία υποδεικνύεται η απομάκρυνση μιας ομάδας και η επιτήρηση της, εφόσον αποκλίνει από τα «κοινώς αποδεκτά» κοινωνικά μέτρα με τρόπο που προκαλεί φόβο ή είναι ανεπιθύμητη και «Καλοπροαίρετος», στην περίπτωση κατά την οποία η απομάκρυνση μιας ομάδας υποδεικνύεται ως αναγκαία «για το δικό της όφελος».

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών

Επισημαίνεται ότι σημαντικό νομικό βήμα προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων απετέλεσε η Απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών σε σχέση με την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για την ΨΥ, που υιοθετήθηκε στις 17 Δεκεμβρίου 1991. Στην ως άνω απόφαση ορίζεται ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων που θεωρούνται διεθνώς απαραβίαστα και συσχετίζονται με προηγούμενα συναφή γενικότερου ενδιαφέροντος διακηρύξεις και σύμφωνα για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως είναι η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τα οποία συνιστούν ως σύνολο το Διεθνή Χάρτη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Οι ψυχικά πάσχοντες πρέπει να απολαμβάνουν το σύνολο των ατομικών ελευθεριών και δικαιωμάτων, ο δε περιορισμός αυτών θα πρέπει να υπόκειται σε σαφείς νομικές προϋποθέσεις (προστασία της υγείας ή της ασφάλειας του ίδιου του ψυχικά ασθενή ή τρίτων ή για την προστασία της δημόσιας υγείας, τάξης και ασφάλειας ή ηθικής και των βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων).

Τα ειδικότερα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών

Προβλέπεται πληθώρα δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, τα οποία ακολουθούν παρακάτω. Δικαιώματα όμως που έως και σήμερα δεν εφαρμόζονται εξ ολοκλήρου.

Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκών ή άκων). Αποτελεί δικαίωμα κάθε προσώπου για το οποίο γίνεται διάγνωση ψυχικής νόσου, να αποταθεί τους φορείς παροχής ΥΨΥ λαμβάνοντας υπηρεσίες επιστημονικά και ιατρικά είναι πλέον κατάλληλες για την ασθένεια του.

Η προαναφερθείσα υιοθέτηση του στίγματος, το οποίο συνοδεύει την ψυχική ασθένεια ισοδυναμεί με στέρηση του βασικού δικαιώματος πρόσβασης στην περίθαλψη και στις κατάλληλες υπηρεσίες. Το δικαίωμα της περιθάλψεως ενός ασθενούς σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να λάβει χώρα σε ΜΨΥ συγκεντρωτικές, γραφειοκρατικές, απρόσωπες και αποστασιοποιημένες από τον ασθενή, αλλά από αποκεντρωμένες μονάδες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες κατάλληλα που αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα ως μοναδική προσωπικότητα και φορέα αξιοπρέπειας και όχι ως απρόσωπη μονάδα μεταξύ πολλών ομοίων. Κατά συνέπεια αποτελεί καθήκον των ΥΨΥ να είναι προσιτές στους πολίτες που τις έχουν ανάγκη (εγγύτητα στον τόπο διαμονής, ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών και το βασικότερο όλων καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στίγματος που χαρακτηρίζουν τις ΥΨΥ).

Η περίθαλψη διακρίνεται σε εκούσια (από τον ίδιο τον πάσχοντα) και σε ακούσια (άνευ συναίνεσως του πάσχοντα). Ειδική κατηγορία ακούσιας περίθαλψης αποτελεί και ο εγκλεισμός σε θεραπευτικό κατάστημα ποινικών παραβατών σύμφωνα με τα άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα, η οποία θα μπορούσαμε να πούμε λειτουργεί συγκαλυμμένα σαν στερητική της ελευθερίας ποινή του ποινικού παραβάτη. Στην περίπτωση τόσο της εκούσιας όσο και της ακούσιας νοσηλείας ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε συνθήκες καλής διαμονής. Επιπροσθέτως, ο πάσχων δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων και φαρμακευτικών αγωγών. Για αυτό και κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εμπεριέχουν τον πλέον ελάχιστο κίνδυνο για τη γενική κατάσταση της υγείας του. Επιπλέον, ο ψυχικά πάσχοντας έχει δικαίωμα στην επιλογή της θεραπείας του και την έκφραση της συναίνεσής του σε αυτή.

Άλλο δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα, και συγχρόνως υποχρέωση των ΕΨΥ, αποτελεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του ψυχικά πάσχοντα. Ανεξάρτητα από την σοβαρότητα της νόσου, απαιτείται η αποφυγή θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή από τους υπολοίπους κοινωνούς και τον τόπο διαμονής του και η εφαρμογή μεθόδων βίαιων μηχανικών περιορισμών που διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα και επιφέρουν κακώσεις και βλάβες της σωματικής του υγείας, η νοσηλεία σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατροφής, ένδυσης και υπόδησης. Οι ΕΨΥ (όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές), οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν να εντάξουν στις όποιες δικές του διεκδικήσεις και τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, των δικών τους ανθρώπων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας αυτών.

Όλα τα προαναφερθέντα ισχύουν καταρχήν και για την ακούσια νοσηλεία. Επιπλέον, να επισημανθεί ότι η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία αποτελεί εξαίρεση στην αρχή ότι ουδείς υποβάλλεται σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του και εκ του λόγου αυτού διακυβεύονται τα σημαντικά αγαθά της προσωπικής ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας γενικότερα.

Το δικαίωμα στην ισότητα

Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Απόρροια της αρχής της ισότητας αποτελεί η υποχρέωση των ΕΨΥ να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς που προστρέχουν εκούσια ή ακούσια στην υποστήριξή τους ισότιμα και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η κοινωνική θέση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκευτική πίστη και το μορφωτικό επίπεδο. Οι ΕΨΥ υποχρεούνται να προασπίζουν το δικαίωμα των ψυχικά ασθενών στην ισότητα, υιοθετώντας την αρχή της ίσης μεταχείρισης. Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού σύμφωνα με την Νομολογία των δικαστηρίων μας, συνιστά αδικοπραξία.

Το δικαίωμα στην ενημέρωση

Η ενημέρωση του ψυχικά ασθενούς καθώς και συγγενικού του περιβάλλοντος αυτού για την κατάσταση της υγείας του και την ψυχοφαρμακευτική αγωγή που πρέπει να λάβει, αποτελεί βασικό δικαίωμα του ιδίου και μία εκ των βασικών υποχρεώσεων των ΕΨΥ.

Σε κάθε περίπτωση εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) ο ψυχικά πάσχοντας έχει δικαίωμα στην ενημέρωσή για την κατάσταση της υγείας του, η οποία πρέπει να γίνεται κατά τρόπο σαφή και κατανοητό από αυτόν. Επιπλέον, η χορήγηση γραπτών γνωματεύσεων και συμβουλών απορρέει άμεσα εκ του δικαιώματος του αυτού. Το δικαίωμα στην ενημέρωση συμπεριλαμβάνει, επίσης, την ενημέρωση του ασθενούς, καθώς και των συγγενών αυτού για τα δικαιώματα του.

Στις περιπτώσεις που οι οδηγίες του θεράποντος ιατρού προτείνουν τη λήψη φαρμάκων αυτή θα πρέπει να γνωστοποιείται, όχι με τη μορφή απειλής, αλλά με τρόπο που να συμπεριλαμβάνει την ενεργή συνεργασία του πάσχοντα στη θεραπεία του. Τέλος, η ενημέρωση του ασθενούς, καθώς και της οικογένειας αυτού, είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της συγκατάθεσης αμφοτέρων στη θεραπεία.

Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων του ψυχικά ασθενούς αποτελεί βασική νομική υποχρέωση των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (ΕΨΥ). Η εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή και οι δυνατότητες επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, έχουν καταστήσει πλέον τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων που αφορούν την ΨΥ κάθε προσώπου, τα οποία υπάγονται στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, ως ιδιαίτερη νομική υποχρέωση των ΕΨΥ, όπως είναι οι ψυχίατροι, οι νομικοί, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, κλπ..

Κατ' εξαίρεση, σε κάποιες περιπτώσεις, μεμονωμένα επιτρέπεται η άρση του ιατρικού απορρήτου. Στις προαναφερθείσες περιπτώσεις αυτές απαιτείται να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που δύναται να κρίνει μόνο ο επαγγελματίας ψυχίατρος. Ακόμη, όμως, και στις περιπτώσεις αυτές ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να πράξει.

Εκ των παραπάνω, προκύπτει ένα πλέγμα υποχρεώσεων των ΕΨΥ που συνδέεται μεν με την τήρηση του απορρήτου εκ μέρους τους, αλλά και με την υποχρέωσή αυτών να γνωστοποιούν στους ψυχικά ασθενείς νομική (αλλά και ηθική) τους αυτή υποχρέωση.

Το δικαίωμα στην αποκατάσταση

Είναι έκδηλο ότι στη δύσκολη περίοδο που διανύει η οικονομία μας, τα άτομα με ψυχικά προβλήματα, έχουν πολλές δυσκολίες στην κοινωνικοοικονομική τους επανένταξη.

Η παρούσα οικονομική κατάσταση σε συνδυασμό με το στίγμα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δημιουργούν αναγκαιότητα για την άμεση λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων που θα υποβοηθούν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά απορρέουν από τα διεθνή κείμενα και την εθνική νομοθεσία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί μια διαδικασία η οποία ενισχύει τις ευκαιρίες στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ΨΥ να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο περιβάλλον, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια ποιοτική ζωή για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχική διαταραχή. Στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελεί η ανάπτυξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά και η μείωση των

προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο. Βασικό, λοιπόν, στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελεί η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά πασχόντων καθώς και η προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών αυτών.

Έμπρακτη εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην χώρα μας και βασικό μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, ρητά προβλεπόμενο και ρυθμιζόμενο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 12 του ν. 2716/1999 για την ΨΥ), αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ), οι οποίοι έχουν διττό χαρακτήρα καθώς λειτουργούν ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα.

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα

Για την εφαρμογή πολιτικών αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του στίγματος ενός ψυχικά ασθενούς ατόμου, το δικαίωμα στην ζωή στην κοινότητα αποτελεί ειδικότερη μορφή. Η κατάργηση των ιδρυμάτων, όπως τα γνωρίζουμε σήμερα, για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η προοδευτική εκκένωση των χώρων αυτών από τα άτομα που ήδη νοσηλεύονται εκεί, καθώς και η ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα με στόχο τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών και την αποφυγή της μακροχρόνιας νοσηλείας ατόμων που μπορεί να εκκολάψουν το φαινόμενο του ιδρυματισμού, ορίζεται ως αποϊδρυματισμός ή αποασυλοποίηση.

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής δύναται να ασκεί το τελεολογικό δικαίωμα του στην διατήρηση της κατοικίας και παραμονής σε αυτήν. Αν δεν υπάρχει η δυνατότητα αυτή, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση ΜΨΥ και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Ως ΜΨΥ θεωρούνται οι ξενώνες (βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής), τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα.

Το ως παραπάνω δικαίωμα, το οποίο σαφώς αναγνωρίζεται επιστημονικά και νομοθετικά, κατά την άσκηση του συνδέεται με την ταυτόχρονη διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους που έχει την ευθύνη για την παροχή ΥΨΥ με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, καθώς και τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Με αυτό νοείται ότι το κράτος - διατηρώντας τη γενική ευθύνη για την οργάνωση και υποστήριξη της εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα οποία εσωκλείεται και η λειτουργία ΜΨΥ στο ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον της κοινότητας, όπου οι ένοικοι διαμορφώνουν τον κύκλο των καθημερινών δραστηριοτήτων τους με επίκεντρο το οίκημα που στεγάζει τη δομή και την ευρύτερη περιοχή στην οποία εντάσσεται - έχει επιτακτική υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και της ανασχεσης των αντιστάσεων που προβάλλονται στις δομές αυτές από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Δεδομένο αποτελεί ότι οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στηρίζονται σε αντιεπιστημονικές θεωρήσεις περί «ανιάτου» των ψυχικά ασθενών και επικινδυνότητας, βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας των προσώπων που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Η κρατική μέριμνα απαιτείται να είναι διαρκής για την καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων για την ΨΥ, καθώς και καθημερινή υποχρέωση των ΕΨΥ, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.

Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από το Συντάγματος και συγκεκριμένα από το άρθρο 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.

Τα δικαιώματα αυτά αλλά και η προστασία τους σχετίζεται με την, εκ μέρους του κράτους και των λοιπών φορέων άσκησης δημόσιας εξουσίας, εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους να παρέχουν με συγκεκριμένα μέτρα, μέσα και πολιτικές κάθε αναγκαία εγγύηση ανεμπόδιστης άσκησής τους και σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφωνίας, αυτή να επιλύεται υπέρ του δικαιώματος. Δεδομένο, μάλιστα, ότι οι συνταγματικές διατάξεις για τα δικαιώματα αποτελούν κατευθυντήρια διάταξη με την οποία απευθύνεται συνταγματική εντολή προς τον κοινό νομοθέτη για τη λήψη μέτρων, είναι επιβεβλημένο οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους), όπως και αυτοί που τους επικουρούν στη μεγάλη προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών που παγιώνουν καταστάσεις αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους.

Η υφιστάμενη νομοθεσία, προβλέπει την λειτουργία επιτροπών για τον έλεγχο προστασίας των δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ.

Σύμφωνα με το άρθρο 59 του ν .4368/2016 (Α΄ 21), η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ στους φορείς ή μονάδες της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Ειδικότερα η Επιτροπή:

- α) δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε λήπτη υπηρεσίας υγείας, χωρίς διακρίσεις, από κάθε οργάνωση, φορέα, επιτροπή ή αρχή
- β) δύναται να επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες υγείας
- γ) πραγματοποιεί, αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία, έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες υγείας
- δ) συνεργάζεται και δέχεται εξαμηνιαίες εκθέσεις των Γραφείων Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ των Νοσοκομείων

- ε) συνεργάζεται με το Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του ΥΥ
- στ) ενημερώνει τον πληθυσμό για τα δικαιώματα των ΛΥΨΥ μέσα από εκδηλώσεις, ενημερωτικά φυλλάδια, τηλεοπτικά ή άλλα μηνύματα, ανάρτηση στην ιστοσελίδα του ΥΥ των πορισμάτων και εκθέσεων της και
- ζ) ενημερώνει τον ΥΥ για τυχόν παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ, για τις δικές του ενέργειες, και, σε περίπτωση που διαπιστώνει σοβαρές παραβιάσεις δικαιωμάτων, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για πειθαρχική ή ποινική δίωξη

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ν. 2716/1999 (Α'96), η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις ΜΨΥ, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα, η Ειδική Επιτροπή:

- α) δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή
- β) επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις ΥΨΥ
- γ) πραγματοποιεί, αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία, έκτακτες επισκέψεις σε ΥΨΥ
- δ) ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρίσεις στον τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα
- ε) δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των ΥΨΥ ή των νόμιμων αναπληρωτών τους
- στ) υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ
- ζ) υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο
- η) παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη
- θ) οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει, σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

Παράλληλα, σύμφωνα με το άρθρο 60 του ν. 4368/2016, σε κάθε νοσοκομείο συστήθηκαν τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριων Υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 3 της υπό στοιχεία Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/2017 (Β'662) απόφασης του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, τα Γραφεία μεριμνούν για:

- α) την ενημέρωση σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες και τα δικαιώματα των ΛΥΨΥ
- β) την έγκαιρη ενημέρωση των ανασφάλιστων ασθενών και των οικείων τους, για τις διαδικασίες υγειονομικής και φαρμακευτικής κάλυψής τους όπως και για την επιτυχή διεκπεραίωση των σχετικών διαδικασιών σε συνεργασία με τα Γραφεία Κίνησης των Νοσοκομείων
- γ) την παρακολούθηση εξυπηρέτησης των ληπτών/ριών εντός του Νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του
- δ) τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων καθώς και τη συλλογή θετικών εντυπώσεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- ε) τη διευκόλυνση υποβολής αναφορών στον Συνήγορο του Πολίτη, στην Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στις Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας και σε κάθε σχετική ελεγκτική αρχή
- στ) την παρέμβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες του Νοσοκομείου για την ομαλή διευθέτηση των διαφορών που προκύπτουν και την ποιοτική εξυπηρέτηση των ΛΥΨΥ
- ζ) την ενημέρωση του προσωπικού του Νοσοκομείου σχετικά με τις ορθές κάθε φορά πρακτικές, με βάση τη νομοθεσία και την ιατρική δεοντολογία.
- η) τη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών υποδοχής και εξυπηρέτησης των ΛΥΨΥ και για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.

Οι καταγγελίες, τα παράπονα και οι θετικές εντυπώσεις των ΛΥΨΥ υποβάλλονται τόσο με τη φυσική παρουσία τους στα γραφεία, όσο και μέσω συστημένης επιστολής, τηλεομοιοτυπίας, μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, καθώς και με οποιοδήποτε άλλο πρόσφορο μέσο.

Ο σεβασμός για τα ανθρώπινα δικαιώματα τέθηκε ευθύς εξαρχής στο επίκεντρο της μεταρρύθμισης της ΨΥ στην Ελλάδα. Ενώ εκθέσεις προόδου των τελευταίων δεκαετιών δείχνουν αισθητή βελτίωση. Τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκε δείχνουν ότι είναι απαραίτητες περαιτέρω προσπάθειες, ώστε να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με προβλήματα ΨΥ προστατεύονται από παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους.

Η **χρήση σωματικής καθήλωσης** δεν ρυθμίζεται αυστηρά από το νόμο δηλαδή δεν υπάρχουν νομικές προϋποθέσεις όσον αφορά τη μέγιστη διάρκεια, ούτε ένα σαφές σύνολο προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούνται για να επιβληθεί σωματική καθήλωση. Επιπλέον, δεν υπάρχουν νομικές απαιτήσεις για την καταγραφή όλων των περιστατικών καθήλωσης και την αναφορά τους στις εθνικές αρχές. Στην πράξη, τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης δείχνουν ότι η σωματική

καθήλωση χρησιμοποιείται ευρέως σε όλες τις μονάδες νοσηλείας στην Ελλάδα. Χρησιμοποιείται μέχρι και στις υπηρεσίες παιδιών και εφήβων, παρά το ότι σε αυτές τις μονάδες πρόκειται για κάτι που γίνεται κατ' εξαίρεση. Στις υπηρεσίες ενηλίκων, αναφερόταν σταθερά από όλους τους παρόχους υπηρεσιών νοσηλείας οξέων περιστατικών στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα ότι η καθήλωση αποτελεί συνήθη προσέγγιση. Πολλοί παραδέχθηκαν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να παραμείνουν καθηλωμένα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Αυτό εξηγήθηκε με βάση την βίαιη συμπεριφορά των ληπτών των υπηρεσιών ή την υποστελέχωση και την ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού στην αντιμετώπιση της επίθεσης και σε τεχνικές αποκλιμάκωσης.

Όσον αφορά τη συνδημιουργία της φροντίδας σε ατομικό επίπεδο οι ερωτώμενοι, της Ταχείας Αξιολόγησης, επεσήμαναν ότι υπάρχουν περιορισμένες ευκαιρίες αναφορικά με τη συμμετοχή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στη διαμόρφωση του θεραπευτικού τους πλάνου για την ανάρρωση. Ορισμένοι ερωτώμενοι επεσήμαναν ότι οι γιατροί παρέχουν περιορισμένες πληροφορίες, χωρίς να εξηγούν την ασθένεια, τις επιπτώσεις για το άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας ή για την οικογένειά του. Οι ερωτώμενοι επεσήμαναν ότι ακόμη κι η ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες δεν είναι εύκολα προσβάσιμη. Επεσήμαναν πόσο σημαντική είναι αυτή η ενημέρωση πριν από την κρίση, όταν η οικογένεια παρατηρήσει τα πρώτα σημεία της κρίσης. Σε αυτή την κατάσταση, είναι ζωτικής σημασίας να διατίθενται τέτοιες υπηρεσίες ώστε να προληφθεί η κρίση.

Ο ΛΥΨΥ είναι σημαντικό να συμμετέχει ενεργά τόσο σε συστημικό επίπεδο (συμμετοχή σε ομάδες ψυχικής υγείας/ομότιμοι εργαζόμενοι) όσο και σε επίπεδο πολιτικής (σχεδιασμός υπηρεσιών, συμμετοχή στη διαδικασία λήψης απόφασης στο επίπεδο του συστήματος ψυχικής υγείας). Τα ευρήματα της Ταχείας Αξιολόγησης ανέδειξαν τις ανάγκες των ληπτών των υπηρεσιών για εκπαίδευση στοχευμένη στην βελτίωση των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων που θα διευκόλυναν την πρόσβαση στη φροντίδα, την ανάρρωση και την κοινωνική επανένταξη, αλλά και στην ενεργό συμμετοχή τους στο επίπεδο χάραξης πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης και της αξιολόγησης των υπηρεσιών. Στον πίνακα 40 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με την ταυτόχρονη ενδυνάμωση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου.

Πίνακας 40: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις του Άξονα 9 στο πλαίσιο του παρόντος Σχεδίου

Διαπιστώσεις
Προσέγγιση της προαγωγής της ψυχικής υγείας βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα
Επανελημμένη καταγραφή παραβιάσεων των δικαιωμάτων των ασθενών σε εκθέσεις της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, του Συνηγόρου του Πολίτη κ.α.
Έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών, διάσπαση ανάμεσα στους παρόχους υπηρεσιών, απουσία συστήματος αξιολόγησης με την συμμετοχή των ίδιων των ληπτών υπηρεσιών και των οικογενειών τους

Λαμβάνοντας υπόψη τις προκλήσεις που αναγνωρίστηκαν στην Ταχεία Αξιολόγηση αναφορικά με το σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων, συνιστάται να αναπροσαρμοστεί ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τα ανθρώπινα δικαιώματα (π.χ. ηλεκτρονική πλατφόρμα Quality Rights του ΠΟΥ και σχετικά υλικά) και να παρασχεθεί εκπαίδευση σε όλους τους ΕΨΥ, στο πλαίσιο της συνεχούς εκπαίδευσης
Προκλήσεις
Περιορισμένη μετάβαση και χρήση των δημόσιων υπηρεσιών ΠΦΥ από άτομα με ήπια προβλήματα ΨΥ λόγω του στίγματος
Συντονισμός των παρόχων ΥΨΥ
Ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την καταπολέμηση του στίγματος
Ανάπτυξη συστήματος αξιολόγησης των παρεχόμενων ΥΨΥ, με συμμετοχή των ίδιων των ληπτών υπηρεσιών και των οικογενειών τους
Λήψη μέτρων σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, για την εξάλειψη των εμποδίων στην πρόσβαση σε ποιοτικές ΥΨΥ και στην άρση των ανισοτήτων στην υγεία
Κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών στις ΥΨΥ, χωρίς εξαιρέσεις και αποκλεισμούς
Αντικειμενικότητα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, με στόχο την ανεπηρέαστη, δίκαιη μεταχείριση και εξυπηρέτηση των πολιτών
Έναρξη και διεξαγωγή εμπειριστατωμένης επανεξέτασης του σεβασμού για τα ανθρώπινα δικαιώματα σε όλες τις ελληνικές ΥΨΥ χρησιμοποιώντας το εργαλείο αξιολόγησης «Quality Rights» του ΠΟΥ

Κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αναλήφθηκαν σημαντικές πρωτοβουλίες με σκοπό την βελτίωση θεμάτων που σχετίζονται με την προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Αναλυτικότερα υπογράφηκε Μνημόνιο Συνεργασίας με το Υπουργείο Δικαιοσύνης και το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη, για τη βελτίωση του πλαισίου ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών. Επίσης, ολοκληρώθηκε η θεσμοθέτηση του υπό διαμόρφωση κατάλληλου νομικού πλαισίου σχετικά με την διασφάλιση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ψυχικά ασθενών κατά τη μεταφορά τους, κατόπι εισαγγελικής παραγγελίας, σε ΜΨΥ, στο πλαίσιο της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Η μεταφορά θα πραγματοποιείται από εξειδικευμένο προσωπικό κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας, το οποίο διαθέτει κατάλληλες γνώσεις ψυχιατρικής και νοσηλευτικής, προκειμένου για την αντιμετώπιση της ευαίσθητης κατάστασης της υγείας των ψυχικά ασθενών κατά τη μεταφορά τους.

11.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις αποτυπώνονται στον πίνακα 41.

Πίνακας 41: Κύριες προτεινόμενες δράσεις που αποτυπώνονται για τον Άξονα 9

α/α	Άξονας 9 Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενδυνάμωση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους
1	Επαναξιολόγηση όλων των νομικών ζητημάτων για την ακούσια νοσηλεία, συμπεριλαμβανομένων των ορίων στις ακούσιες νοσηλείες και της επαναξιολόγησης αυτής

2	Θέσπιση, υλοποίηση και αξιολόγηση πρωτοκόλλων για σωματική καθήλωση & πρωτοκόλλων αξιολόγησης προστασίας δικαιωμάτων ΛΥΨΥ
3	Εκπόνηση πρωτοκόλλων για την αξιολόγηση της προστασίας των δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ από την Ειδική Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές
4	Ανάπτυξη 2 Γραφείων Συνηγορίας & Αυτοεκπροσώπησης αλλά και ψηφιακών υπηρεσιών για την προάσπιση των δικαιωμάτων ΛΥΨΥ με παροχή εξ αποστάσεως συνηγορίας και παράλληλη ανάπτυξη εκπαιδευτικών δράσεων
5	Υλοποίηση προγράμματος ευαισθητοποίησης για πρόληψη ψυχικών διαταραχών, ενδυνάμωση ψυχικής ανθεκτικότητας και αποστιγματισμό στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση
6	Υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης επαγγελματιών ΨΥ & ΛΥΨΥ στην συνηγορία & αυτοεκπροσώπηση
7	Δημιουργία επικοινωνιακής καμπάνιας με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη των αυτοκτονιών & την κατάθλιψη

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α. Δομές

- Ίδρυση και λειτουργία δύο (2) Γραφείων ενίσχυσης της Συνηγορίας και της Αυτοεκπροσώπησης σε δύο μεγάλα αστικά κέντρα

β. Δράσεις

- Προαγωγή της προστασίας των ακούσια νοσηλευόμενων μέσω της λειτουργίας των Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ.
- Επαναξιολόγησή όλων των νομικών ζητημάτων για την ακούσια νοσηλεία, συμπεριλαμβανομένων των ορίων στις ακούσιες νοσηλείες και της επαναξιολόγησης αυτής.
- Εκπόνηση πρωτοκόλλων αξιολόγησης προστασίας δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ από Ειδική Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (πχ. Σωματική καθήλωση).
- Δημιουργία επικοινωνιακής καμπάνιας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης πληθυσμού σχετικά με πρόληψη ψυχολογικών προβλημάτων και διαταραχών.
- Δημιουργία επικοινωνιακής καμπάνιας (τηλεόραση, μέσα μαζικής δικτύωσης κλπ.) με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού σχετικά με το ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων χρειάζονται ψυχική και σωματική φροντίδα μέσα από την οποία θα κινητοποιηθούν να αναζητήσουν θεραπεία. Σε αυτή τη δράση σημαντική θα είναι η υποστήριξη του OKANA.

- Αναθεώρηση του ν. 2071/1992 περί ψυχικής υγείας ώστε να επικαιροποιηθεί με τα σύμφωνα για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις λοιπές εξελίξεις των τελευταίων 30 ετών.
- Ορισμός της μέγιστης διάρκειας και των κριτηρίων νοσηλείας για διάφορους τύπους εισαγωγής.
- Έναρξη και διεξαγωγή εμπειριστατωμένης επανεξέτασης του σεβασμού για τα ανθρώπινα δικαιώματα σε όλες τις ελληνικές ΥΨΥ χρησιμοποιώντας το εργαλείο αξιολόγησης «Quality Rights» του ΠΟΥ.
- Τροποποίηση του άρθρου 7 του ν. 4461/17 και του άρθρου 2 του ν. 2716/99. Οι τροποποιήσεις θα αφορούν την πρόβλεψη αποζημίωσης για τα μέλη των Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ και της Ειδικής Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές ανά συνεδρίαση και έκθεση ελέγχου ώστε να διασφαλιστεί η αξιολόγηση του συνόλου των Μονάδων σε τακτική βάση καθώς και την εξειδίκευση των πεδίων ελέγχου των ανωτέρω επιτροπών.
- Μέριμνα του ΥΥ για την απαγόρευση αναφοράς σε πιστοποιητικά και γνωματεύσεις φράσεων όπως «ανίκανος /ανικανότητα για (κάθε βιοποριστική) εργασία».
- Κατάργηση των διακρίσεων σε επίπεδο ΑΣΕΠ. Αναφορές όπως «Η αναπηρία του υποψηφίου μοριοδοτείται, εφόσον δεν οφείλεται, κατά κανένα ποσοστό, σε ψυχικές παθήσεις» (12/τ. Προκ. 3ΕΑ/2019 Α.Σ.Ε.Π. 12/2019) αποτελούν κατάφορη καταπάτηση των δικαιωμάτων πολιτών.

γ. Προγράμματα

- Σχεδιασμός εθνικών μηχανισμών συντονισμού ώστε να διασφαλιστεί ο συντονισμός και να διευκολυνθεί η διάδοση των καλών πρακτικών.
- Υλοποίηση έργου προαγωγής της προστασίας των ακούσια νοσηλευόμενων - Λειτουργία Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ ν. 4461/2017 (Α' 38). Το έργο αυτό θα αφορά στην ανάπτυξη και λειτουργία των Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ΛΥΨΥ που προβλέπονται στο άρθρο 7 του ν. 4461/2017. Οι Επιτροπές αυτές θα έχουν την αρμοδιότητα –μεταξύ άλλων- ελέγχου των Μονάδων – του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα- στις οποίες λαμβάνει χώρα η ακούσια νοσηλεία των ατόμων με ψυχική αναπηρία και θα εναρμονίζονται με τα πρωτόκολλα που εφαρμόζει η Επιτροπή Πρόληψης των Βασανιστηρίων του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην διενέργεια επιθεωρήσεων σε ΜΨΥ δημόσιες και ιδιωτικές σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Υλοποίηση προγράμματος Ευαισθητοποίησης για Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών, Ενδυνάμωση Ψυχικής Ανθεκτικότητας και Αποστιγματισμό στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.
- Υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης ΕΨΥ και ΛΥΨΥ στην συνηγορία.
- Ανάπτυξη ψηφιακών υπηρεσιών για προάσπιση δικαιωμάτων ΛΥΨΥ με παροχή εξ αποστάσεως συνηγορίας.

- Ανάπτυξη ιστοσελίδας για τα δικαιώματα των ΛΥΨΥ και η παροχή εξ αποστάσεως συνηγορίας από μια ομάδα εξειδικευμένων στελεχών με την παράλληλη ανάπτυξη εξ αποστάσεως εκπαιδευτικών δράσεων σύγχρονων δια ζώσης και ασύγχρονων με σχετικά εκπαιδευτικά πακέτα.
- Υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης για ΛΥΨΥ καθώς και για επαγγελματίες στην μεθοδολογία του Recovery (Ανάκαμψη) ως την κατεξοχήν μεθοδολογία προώθησης της ισότητας και της ισότιμης συμμετοχής τόσο μέσα στις ΜΨΥ όσο και στην κοινότητα εν γένει.
- Εκπαιδευτικά προγράμματα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αναφορικά με την καταπολέμηση των διακρίσεων (π.χ. Ρομά, ΛΟΑΤΚΙ, πρόσφυγες, κλπ.).

11.3 Πίνακες προτάσεων, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση

Στον πίνακα 42 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 9. Προβλέπεται η λειτουργία 2 νέων δομών & 29 νέων δράσεων & προγραμμάτων.

Πίνακας 42 : Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 9

Ίδρυση & λειτουργία νέων δομών (18μηνο)	0,30 εκ.€
Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	18,20 εκ.€
Ετήσια εκ των υστέρων λειτουργία δομών	0,06 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	4,74 εκ. €

12° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

10^{ος} ΑΞΟΝΑΣ: Ενδυνάμωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στον σχεδιασμό της αντιμετώπισης εκτάκτων γεγονότων όπως η πανδημία ή φυσικές καταστροφές

12.1 Υφιστάμενη κατάσταση

12.2 Προτάσεις ανάπτυξης α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

12.3 Κοστολόγηση

12.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Τις τελευταίες δεκαετίες πληθώρα φυσικών και ανθρωπογενών καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης έχει πλήξει την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ. Οι φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές, οι συγκρούσεις και οι αυξανόμενες επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής έχουν προκαλέσει οικονομικές ζημιές, τραυματισμούς και θανάτους. Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι που πλήττονται από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αντιμετωπίζουν ψυχολογική δυσφορία, η οποία για τους περισσότερους βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Υπάρχουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε οποιαδήποτε κατάσταση έκτακτης ανάγκης.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που επηρεάζονται από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αναμένεται να αντιμετωπίσουν δυσφορία, συναισθήματα άγχους, απελπισίας, δυσκολία στον ύπνο, κόπωση, ευερεθιστότητα ή θυμό και πόνους. Αναφορικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας, μπορεί να προκληθούν ή να μεγεθυνθούν προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και επιβλαβής χρήση αλκοόλ. Ακόμη, οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση θλίψης, οξέων αντιδράσεων άγχους, καθώς και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Σύνηθες είναι να υπάρχει άγχος λόγω έλλειψης πληροφοριών σχετικά με τη διανομή τροφίμων ή σχετικά με τον τρόπο πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες.

Το βάρος των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των πληθυσμών που πλήττονται από συγκρούσεις είναι εξαιρετικά υψηλό: η ανασκόπηση 129 μελετών του ΠΟΥ σε 39 χώρες έδειξε ότι μεταξύ των ανθρώπων που έχουν βιώσει πόλεμο ή άλλες συγκρούσεις τα προηγούμενα 10 χρόνια, ένας στους

πέντε (22%) θα εμφανίσει κατάθλιψη, άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες, διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με την ανασκόπηση του ΠΟΥ, ο εκτιμώμενος επιπολασμός ψυχικών διαταραχών μεταξύ των πληθυσμών που πλήττονται από συγκρούσεις σε οποιαδήποτε συγκεκριμένη χρονική στιγμή (επιπολασμός σημείου) είναι 13% για ήπιες μορφές κατάθλιψης, άγχους και διαταραχής μετατραυματικού στρες και 4% για μέτριες μορφές αυτών των διαταραχών. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός σημείου για σοβαρές διαταραχές (δηλ. σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, σοβαρή κατάθλιψη, σοβαρό άγχος και σοβαρή διαταραχή μετατραυματικού στρες) είναι 5%. Ακόμη, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και χρειάζονται πρόσβαση σε φροντίδα ΨΥ και άλλες βασικές ανάγκες.

Οι διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν υπηρεσίες σε διάφορα επίπεδα – από βασικές υπηρεσίες έως – κλινικής περίθαλψης και υποδεικνύουν ότι η φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να διατίθεται αμέσως για συγκεκριμένα, επείγοντα προβλήματα ΨΥ στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της υγείας. Η κοινοτική αυτοβοήθεια και η κοινωνική υποστήριξη θα πρέπει να ενισχυθούν, για παράδειγμα με τη δημιουργία ή την αποκατάσταση κοινοτικών ομάδων στις οποίες τα μέλη επιλύουν προβλήματα συνεργατικά και συμμετέχουν σε δραστηριότητες όπως η επείγουσα ανακούφιση ή η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, διασφαλίζοντας παράλληλα τη συμμετοχή ατόμων που είναι ευάλωτα και περιθωριοποιημένα, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Τον Μάρτιο του 2020 ξέσπασε στη χώρα μας η πανδημία του κορωνοϊού COVID-19. Κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας, ο κύριος αντίκτυπος στην ΨΥ ήταν τα αυξημένα ποσοστά στρες ή άγχους. Με την εισαγωγή νέων μέτρων και περιορισμών και ειδικά με την επιβολή lockdowns και την πάροδο ενός και πλέον έτους με τα ανωτέρω μέτρα, διαπιστώνονται πλέον επιπτώσεις στις συνήθειες δραστηριότητες, τις συνήθειες ή την ίδια την διαβίωση πολλών ανθρώπων. Επίσης φαίνεται να αυξήθηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης, η επιβλαβής χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, οι αυτοτραυματισμοί ή ακόμη και η αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα ψυχολογικά αυτά συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν από αρκετούς μήνες έως και τρία χρόνια μετά την περίοδο καραντίνας.

Η πανδημία αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής νόσου ενώ ταυτόχρονα οι ασθενείς με προϋπάρχουσα ψυχική διαταραχή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης και θνησιμότητας [71]. Η έλλειψη ετοιμότητας για την αντιμετώπιση των συνεπειών της COVID-19 στην ΨΥ οδήγησε σε μαζική διακοπή των ΥΨΥ, συμπεριλαμβανομένου του κλεισίματος των υπηρεσιών, και σε μειωμένο ποσοστό ασθενών που λάμβανε την θεραπεία του. (5) Οι εργαζόμενοι, κυρίως της πρώτης γραμμής στον τομέα της υγείας, κατά την διάρκεια της COVID-19 ανέπτυξαν προβλήματα ΨΥ και χρειάστηκαν φροντίδα. Οι επιδημίες έχουν ατομικές και συλλογικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που θα μπορούσαν να έχουν μεγαλύτερη επίδραση από την ίδια την πανδημία [72].

Οι επιλογές περίθαλψης ΨΥ είναι επί του παρόντος πολύ κατακερματισμένες για να διευκολυνθεί η εύκολη πρόσβαση των ασθενών στην περίθαλψη και είναι ζωτικής σημασίας να δημιουργηθούν αποτελεσματικές και αποδοτικές οδοί για τις ΥΨΥ. Χρειαζόμαστε ένα ευρύτερο φάσμα εξειδικευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγείας, διαθεσιμότητα ΥΨΥ στο σύστημα ΠΦΥ, πρόσβαση για ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και δυνατότητα ενσωμάτωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Οι συνέπειες της πανδημίας στην ΨΥ επηρεάζουν τελικά όλες τις ηλικιακές κατηγορίες: α) Παιδιά και εφήβους λόγω απομάκρυνσης από τις συνήθειες δραστηριότητες όπως η διακοπή της δια ζώσης εκπαίδευσης σε όλα τα επίπεδα. Ο κίνδυνος των νέων να αρρωστήσουν από COVID-19 είναι μικρός - αλλά ο μακροπρόθεσμος αντίκτυπος των περιορισμών που θέτει ο νέος κορωνοϊός στην ΨΥ θα μπορούσε να είναι πολύ πιο επιζήμιος. β) Ενήλικες, λόγω μέσω της αντιμετώπισης της απειλής της ανεργίας, της φτώχειας της δημιουργίας χρεών και της εισοδηματικής ανασφάλειας για το μέλλον γ) Ηλικιωμένους με την επιβολή της απομόνωσης λόγω αυξημένου κινδύνου νόσησης.

Η Ελληνική Κυβέρνηση, αναγνωρίζοντας ότι η υγειονομική κρίση που προκάλεσε η λοίμωξη COVID-19 σε παγκόσμιο επίπεδο, ανέδειξε την επιτακτική ανάγκη για κινητοποίηση διεθνώς και για την ανάπτυξη συνεργασιών και συνεργειών μεταξύ εθνικών, διεθνών, ιδιωτικών και δημόσιων φορέων, με στόχο την βέλτιστη αντιμετώπιση των συνεπειών της, ανέλαβε την πρωτοβουλία σε συνεργασία με τον ΠΟΥ Περιφέρεια Ευρώπης, να διοργανώσει Σύνοδο Κορυφής στην Αθήνα τον Ιούλιο του 2021. Σε αυτήν συμμετείχαν Υπουργοί Υγείας, εκπρόσωποι κρατών μελών του ΠΟΥ, εμπειρογνώμονες στον ΤοΨΥ και εκπρόσωποι της κοινωνίας των πολιτών. Η Σύνοδος Κορυφής αποτέλεσε την πρώτη Σύνοδο που διεξήχθη με υβριδικό τρόπο εν μέσω πανδημίας με θέμα την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας COVID-19 στην ΨΥ και στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ως επισφράγισμα αυτής της πρωτοβουλίας, τα 53 κράτη μέλη του ΠΟΥ Ευρώπης υιοθέτησαν ομόφωνα την Διακήρυξη των Αθηνών που έλαβε χώρα στις 22 και 23 Ιουλίου 2022, η οποία περιλαμβάνει βασικές αρχές και άξονες αναφορικά με την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας στην ΨΥ. Βασικό πυλώνα της Διακήρυξης των Αθηνών αποτελεί η προστασία απέναντι σε επείγουσες καταστάσεις. Συγκεκριμένα, αναγνωρίζοντας τα δομικά και περιβαλλοντικά στοιχεία που συμβάλλουν στην κακή ΨΥ, στόχος είναι η ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών για την οικοδόμηση ανθεκτικών ατόμων και κοινωνιών και τη βελτίωση της ικανότητάς μας να προστατεύουμε την ΨΥ και την ευημερία των πληθυσμών μας σε μελλοντικές κρίσεις και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας.

Περαιτέρω η διακήρυξη αναφέρει ότι η πανδημία και οι φυσικές καταστροφές έχουν προκαλέσει αναστάτωση σε όλο τον κόσμο, αλλά αυτό θα μπορούσε επίσης να είναι μια ευκαιρία να γίνουν κάποιες απαραίτητες κοινωνικές και περιβαλλοντικές αλλαγές καθώς οι χώρες προσπαθούν να

προσαρμοστούν και να ανακάμψουν από την κρίση. Η συνεργασία και η αλληλεγγύη προσφέρουν την ασφαλέστερη πορεία προς αυτήν την κρίση και προς υγιέστερες και πιο ίσες κοινωνίες. Η τρέχουσα κρίση πρέπει να θεωρηθεί ως μια σημαντική ευκαιρία για την αντιμετώπιση των μακροχρόνιων συστημικών προβλημάτων και ελλείψεων στη δημόσια ΨΥ. Με αυτόν τον τρόπο, οι συμμετέχοντες δεσμεύτηκαν σαφώς για τη βελτίωση της υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων, την αύξηση της προστασίας από τις παγκόσμιες απειλές για την υγεία και την οικοδόμηση ενός δικαιότερου και υγιέστερου κόσμου για όλους.

Κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το ΥΥ υλοποίησε προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης με τηλεσυμβουλευτική, μέσω διαδικτυακών εφαρμογών επικοινωνίας (skype, messenger κ.λ.π) για τους ασθενείς με λοίμωξη COVID-19 που νοσηλεύονται ή βρίσκονται σε καραντίνα κατ' οίκον, για τα μέλη των οικογενειών τους και για το υγειονομικό προσωπικό των Νοσοκομείων μας, με παραχώρηση tablet στις σχετικές κλινικές που θα παρέχει τη δυνατότητα σύνδεσης με τους εξειδικευμένους συνεργάτες των ΚΗ και των Κινητών μονάδων. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε από 24 ΜΨΥ (ΑμΚΕ) σε συνεργασία με τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων σε όλη την Επικράτεια.

Προκειμένου να υποστηριχθούν οι πληγέντες από τις πυρκαγιές σε όλη την ελληνική επικράτεια, επεκτάθηκε η τηλεφωνική γραμμή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης 10306. Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν με τη γραμμή 10306, δωρεάν, καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου, όπου ειδικευμένοι ΕΨΥ βρίσκονται στη διάθεσή τους για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και περαιτέρω οδηγιών. Με απόφαση της Υφυπουργού Υγείας κας Ράπτη, συγκροτήθηκαν κλιμάκια ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών από το ΨΝΑ και από ΝΠΙΔ, μέλη της Ομοσπονδίας «ΑΡΓΩ», που εποπτεύονται από το ΥΥ, προκειμένου να παρέχουν επιτόπια ψυχοκοινωνική υποστήριξη στους πληγέντες των πυρκαγιών, οι οποίοι έχουν μεταφερθεί και διαμένουν στα ξενοδοχεία, που με δαπάνη της Πολιτείας έχουν μισθωθεί για το σκοπό αυτό.

Επιπροσθέτως, η ΚΜ Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου μετέβη στο Αρκαλοχώρι Ηρακλείου, για την παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους σεισμόπληκτους πολίτες, σε καθημερινή βάση, κατόπιν πραγματοποίησης επιτόπιων επισκέψεων για την αξιολόγηση των αναγκών τους.

Τέλος, το ΥΥ σε συνεργασία με το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη και Κλιματικής Αλλαγής, διενήργησαν κυλιόμενες μελέτες αποτύπωσης των συμπεριφορικών παραγόντων (behavioral insights) του πληθυσμού, που αποσκοπούσαν στην παροχή πρόσθετων τεκμηρίων για την λήψη αποφάσεων και για την απόκριση στις διάφορες φάσεις της πανδημίας, βάσει εργαλείου που δημιούργησε ο ΠΟΥ και αξιοποίησαν αρκετές χώρες.

Παράλληλα με την πανδημία COVID-19, ο πλανήτης υπέφερε από πυρκαγιές και σεισμούς. Το καλοκαίρι 2021, στην Ευρώπη καταγράφηκε η υψηλότερη θερμοκρασία που έχει υπάρξει ποτέ, φθάνοντας σχεδόν τους 49 °C. Η περαιτέρω ανάπτυξη συνεργειών και συνεργασιών με τις τοπικές

αρχές, εθνικούς και διεθνείς φορείς είναι μονόδρομος, με σκοπό την δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών σχεδίων προκειμένου η ανάληψη δράσεων να είναι άμεση και να παράσχεται ad hoc στήριξη σε κρίσεις και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας (μέσω ειδικά σχεδιασμένων παρεμβάσεων, ψηφιακών μέσων, γραμμών επικοινωνίας). Στην Ελλάδα, το καλοκαίρι του 2021, ένας πρωτοφανής καύσωνας δυστυχώς συνέβαλε στο ξέσπασμα εκατοντάδων πυρκαγιών. Το ΥΥ οργάνωσε παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των θεμάτων ψυχικής υγείας που προκάλεσαν οι φωτιές, με εξάλειψη της πλειονότητας των άμεσων συνεπειών. Ο σημαντικός αντίκτυπος στην ΨΥ των πολιτών με μακροπρόθεσμες προεκτάσεις είναι ακόμα υπό αξιολόγηση.

Το άμεσα μέτρα για την αντιμετώπιση αυτής της έκτακτης ανάγκης περιείχαν:

α) Την επέκταση της τηλεφωνικής γραμμής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης 10306 για να παρέχει υποστήριξη και οδηγίες σε όσους επλήγησαν από πυρκαγιές σε όλη τη χώρα, δωρεάν, 24 ώρες το 24ωρο.

β) Την διενέργεια επιτόπιων παρεμβάσεων για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη στα θύματα των πυρκαγιών στις περιοχές της Εύβοιας και της Αττικής, από κλιμάκια ΕΨΥ που συστήθηκαν.

Τέλος στην περίπτωση των δύο ισχυρών σεισμών στη Λάρισα και την Κρήτη το έτος 2021, επίσης ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης παρέιχαν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες που επλήγησαν από τους ισχυρούς σεισμούς. Στον πίνακα 43 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για τον Άξονα 10.

Διαπιστώσεις
Η ανθρώπινη συμπεριφορά στο περιβάλλον, το έντονα αστικοποιημένο περιβάλλον, οι συνθήκες διαβίωσης, η κλιματική αλλαγή και άλλοι προσδιοριστές της υγείας συνθέτουν μία αναδυόμενη πρόκληση στην ΨΥ πληθυσμών και ατόμων
Τα έτη 2021 και 2022 σχεδιάστηκαν προγράμματα για την αντιμετώπιση έκτακτων γεγονότων (πανδημία COVID-19, φυσικές καταστροφές) στην παροχή ΥΨΥ (Κλιμάκια ΕΨΥ σε Λάρισα, Β. Εύβοια και Αρκαλοχώρι, Κλιμάκια ΕΨΥ σε κλινικές COVID-19)
Η επιτυχής παροχή ΥΨΥ στο σημερινό ηλεκτρονικό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από δικτύωση απαιτεί τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας συχνά σε πρώτο και όχι απλά σε υποστηρικτικό ρόλο (ηλεκτρονική επικοινωνία και επίβλεψη-συμβουλευτική, τήρηση αρχείων, αποστολή εξετάσεων, διοικητική υποστήριξη κτλ.) και την παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων σε πιο προχωρημένους τομείς (π.χ. τηλεψυχιατρική)
Προτεραιότητα στη φροντίδα ψυχικής υγείας για ευάλωτες ομάδες: α) εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας πρώτης γραμμής, β) άτομα με μακροχρόνιες παθήσεις, γ) άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας, δ) άτομα που αντιμετωπίζουν κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες/φτώχεια, ε) ευάλωτοι ασθενείς, στ) παιδιά, έφηβοι και νέοι, ζ) άτομα με σύνδρομο long-COVID
Η κρίση της COVID-19 ενίσχυσε πολλές προϋπάρχουσες προκλήσεις, όπως: α) στίγμα, β) κοινωνική απομόνωση, γ) έλλειψη γνώσης, έλλειψη ΕΨΥ, δ) οικονομικές δυσκολίες, ε) συνέχιση της υπερβολικής εξάρτησης από την ιδρυματική περίθαλψη

Η πανδημία COVID-19 επηρέασε βαθιά τις βασικές υπηρεσίες υγείας και διατάραξε σοβαρά τις ΥΨΥ
Προκλήσεις
Ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης υπηρεσιών παρέμβασης στην κρίση, εξ αποστάσεως και διαδικτυακών ΥΨΥ με πλήρη προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (General Data Protection Regulation -GDPR)
Άμεση αναγκαιότητα συμπερίληψης των ΥΨΥ στα σχέδια ετοιμότητας για την ανταπόκριση τους σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών

Πίνακας 43: Βασικές διαπιστώσεις και προκλήσεις για τον Άξονα 10

12.2 Προτάσεις με ανάπτυξη α) δομών, β) δράσεων, γ) προγραμμάτων

Οι κύριες προτεινόμενες δράσεις αποτυπώνονται στον πίνακα 44.

Πίνακας 44: Κύριες προτεινόμενες δράσεις για τον Άξονα 10

α/α	Άξονα 10 Ενδυνάμωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στον σχεδιασμό της αντιμετώπισης εκτάκτων γεγονότων όπως η πανδημία ή φυσικές καταστροφές
1	Εκπόνηση οδηγών παρέμβασης σε κρίσεις με δράσεις αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων υγειονομικών κρίσεων, μεγάλων ατυχημάτων και φυσικών καταστροφών με την αντίστοιχη διαμόρφωση υλικού εξ αποστάσεως εκπαίδευσης
2	Εκπόνηση και υλοποίηση πανελλαδικού προγράμματος εκπαίδευσης 400 ΕΨΥ (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα) στη διαχείριση κρίσεων, διαχείριση πένθους, αντιμετώπιση του μετατραυματικού stress
3	Δημιουργία δικτύου παρέμβασης σε κρίσεις με συμμετοχή δημόσιων φορέων και ΝΠΙΔ για τον καλύτερο συντονισμό μεταξύ τους, με την ΓΓ Δημόσιας Υγείας και την ΓΓ Πολιτικής Προστασίας
4	Διενέργεια μελετών αποτύπωσης των συμπεριφορικών παραγόντων (behavioral insights) του πληθυσμού με σκοπό την καλύτερη απόκριση σε μελλοντικές πανδημίες & υγειονομικές κρίσεις (και με την χρήση εργαλείων του ΠΟΥ)
5	Περαιτέρω ανάπτυξη ψηφιακών ΥΨΥ με σκοπό την μεγαλύτερη κάλυψη αναγκών ΨΥ του πληθυσμού

Αναλυτικότερα σε επίπεδο δομών, δράσεων και προγραμμάτων προτείνονται τα εξής:

α. Δράσεις

- Εκπόνηση οδηγών παρέμβασης σε κρίσεις με δράσεις αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων υγειονομικών κρίσεων, μεγάλων ατυχημάτων και φυσικών καταστροφών, με αντίστοιχη διαμόρφωση υλικού εξ αποστάσεως εκπαίδευσης.

- Διενέργεια μελετών αποτύπωσης συμπεριφορικών παραγόντων (behavioral insights) πληθυσμού με σκοπό την καλύτερη απόκριση σε μελλοντικές πανδημίες και με χρήση εργαλείων ΠΟΥ.
- Περαιτέρω ανάπτυξη ψηφιακών ΥΨΥ με σκοπό την μεγαλύτερη κάλυψη αναγκών ΨΥ πληθυσμού:
 - α) Εκμετάλλευση της τηλεψυχιατρικής (ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που είναι δύσκολη ως αδύνατη η πρόσβαση)
 - β) Ανάπτυξη διαδικτυακών ΥΨΥ από τις ΥΠε
- Δημιουργία κινητών Μονάδων για την κατ'οίκον φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές που πάσχουν από τη λοίμωξη COVID-19 και ανάπτυξη δράσεων τηλεϊατρικής παρακολούθησης. Υπηρεσίες στήριξης οικογενειών που έχουν πληγεί (πχ. υποστηρικτικά προγράμματα γονεϊκής μέριμνας, ενεργοποίηση κοινωνικών δικτύων).
- Εκπόνηση στρατηγικής ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και δράσεων για τους πάσχοντες από COVID-19, τους επιβίωσαντες, τους εργαζόμενους στην πρώτη γραμμή των ΥΥ, τις οικογένειες των ασθενών.
- Ψυχολογική ή Ψυχιατρική στήριξη ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- Δημιουργία ομάδας ειδικών ΨΥ στις κρατικές δομές αντιμετώπισης κρίσεων και μαζικών καταστροφών.
- Easy read , VR , εγχειρίδιο, κάρτες οδηγιών στα Μέσα μαζικής κυκλοφορίας, στα σχολεία σε κάθε δημόσιο και ιδιωτικό χώρο για τα άτομα με αυτισμό - Εκπαίδευση των εμπλεκόμενων στην αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης.

β. Προγράμματα

- Εκπόνηση και υλοποίηση πανελλαδικού προγράμματος εκπαίδευσης 400 ΕΨΥ (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα) στη διαχείριση κρίσεων, διαχείριση πένθους, αντιμετώπιση burn-out, αντιμετώπιση μετατραυματικού stress κ.α. που μπορεί να διενεργείται δια ζώσης και εξ αποστάσεως.
- Α) Δημιουργία δικτύου παρέμβασης σε κρίσεις με σκοπό τον καλύτερο συντονισμό εμπλεκόμενων φορέων και πολιτών υπό το συντονισμό των ΓΓ Δημόσιας Υγείας και Πολιτικής Προστασίας.
 Β) Ένταξη του παραπάνω Δικτύου στους φορείς που συνεργάζεται και ενεργοποιεί η ΓΓ Πολιτικής Προστασίας με αντίστοιχη αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου μετά από συνεργασία των συναρμόδιων υπουργείων.
- Συνέχιση της λειτουργίας της Τηλεφωνικής Γραμμής 10306 για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του γενικού πληθυσμού που υλοποιούν η Α Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ και η Ομοσπονδία ΑΡΓΩ με παράλληλη εξειδίκευση των στελεχών της στις παραπάνω μεθοδολογίες. Προς αυτό το σκοπό, απαιτείται η καταγραφή όλων των μονάδων ΨΥ ανά την επικράτεια και η αξιοποίησή τους από όσους υποστηρίζουν την τηλεφωνική γραμμή, με στόχο την παραπομπή όσων απευθύνονται στην τηλεφωνική γραμμή σε δομές κοντά στον τόπο κατοικίας τους.

- Προγράμματα εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών σε άτομα που διαμένουν σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

12.3 Πίνακες προτάσεων, χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση

Στον πίνακα 45 απεικονίζεται η κοστολόγηση των προτάσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω, για τον άξονα 10. Προβλέπεται η λειτουργία 21 νέων δράσεων & προγραμμάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλες οι δράσεις του άξονα 10 είναι δράσης πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας.

Πίνακας 45: Κοστολόγηση υλοποίησης Άξονα 10

Ανάπτυξη & υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ (18μηνο)	30,50 εκ. €
Ετήσια εκ των υστέρων υλοποίηση δράσεων & προγραμμάτων πρόληψης & προαγωγής ΨΥ	0,54 εκ. €

13^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Εμπλεκόμενοι φορείς στην υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου

Στον Πίνακα 46 παρουσιάζονται οι εμπλεκόμενοι φορείς για την υλοποίηση του Σχεδίου.

Πίνακας 46: Εμπλεκόμενοι Φορείς για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου

α/α	Υπουργείο Υγείας
1	Κεντρική Υπηρεσία
2	Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε)
3	Νοσοκομεία
4	Κέντρα Υγείας
5	Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ)
6	Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας
7	Ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας
8	Λοιποί εποπτευόμενοι φορείς: ΟΚΑΝΑ/ΚΕΘΕΑ/ΕΚΕΨΥΕ/ΕΟΔΥ/ΕΚΑΒ κ.α.
9	ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας
10	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
11	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών
α/α	Πέραν Υπουργείου Υγείας
1	Υπουργεία Εργασίας, Δικαιοσύνης, Μετανάστευσης, Διοικητικής Μεταρρύθμισης, Ψηφιακής Πολιτικής
2	Φορείς και Επιστημονικές και Επαγγελματικές Ενώσεις Υγείας
3	Πανεπιστήμια και Ακαδημαϊκοί φορείς
4	Ανεξάρτητες Αρχές
5	Εκκλησία
6	Εργοδότες (ιδιωτικός και δημόσιος τομέας)
7	Επιμελητήρια
8	Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης (ΔΥπΑ)
9	Φορείς εκπροσώπησης ΛΥΨΥ και Οικογενειών
10	Ομοσπονδίες ΚοιΣΠΕ, ΑΜΚΕ Αργώ, Οικογενειών, ΛΥΨΥ
11	Λοιποί φορείς Κοινωνίας των Πολιτών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Έγγραφα αναφοράς για την υλοποίηση της Ταχείας Αξιολόγησης και της συγγραφής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία

a/a	A) Νομοθεσία και Εθνικές Συμφωνίες για την ΨΥ	Χρονολογία
A.1	ν. 2071/1992 (Α' 23) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας»	1992
A.2	ν. 2716/1999 (Α' 96) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις»	1999
A.3	ν. 4316/2014 (Α' 270) «Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»	2014
A.4	ν. 4272/2014 (Α' 145) «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 ΨΥ και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις»	2014
A.5	ν. 4461/2017 (Α' 38) «Μεταρρύθμισης της διοικητικής οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, κέντρα εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις»	2017
A.6	Συμφωνία μεταξύ Επίτροπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών και του Vladimir Spidla και του ΥΥ και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Δ. Αβραμόπουλου	2009
A.7	Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ Επίτροπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης και του Laszlo Andor και του ΥΥ και Ανδρέα Λυκουρέντζου	2011
A.8	ν. 4764/2020 (Α' 256) «Ρυθμίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις συνέπειες της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, την ενίσχυση των μέσων μαζικής μεταφοράς, την επιτάχυνση της απονομής των συντάξεων, τη ρύθμιση οφειλών προς τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» Άρθρο 48 ν. 4764/2020 «Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση»	2020
A.9	Άρθρο 49 ν. 4764/2020 «Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης - Τροποποίηση του άρθρου 8 του ν. 2716/1999»	2020
A.10	Άρθρο 50 ν. 4764/2020 «Ζητήματα Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας - Τροποποίηση της παρ. 7 του άρθρου 3 του ν. 2716/1999»	2020
A.11	Άρθρο 58 ν. 4764/2020 «Διενέργεια εμβολιασμών κατά του κορωνοϊού COVID-19 από τον ΕΟΔΥ»	2020
A.12	ν. 4771/2021 (Α'16) «Κύρωση: α) της από 11.12.2020 Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου, του Κοινοφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «Κοινοφελές Ίδρυμα Ιωάννη Σ. Λάτση (John S. Latsis Public Benefit Foundation)» και του ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"» και β) της από 9.12.2020 Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου, της 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης, του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», της Άννας Μαρίας Λουίζας Ιωάννη Λάτση και της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και λοιπές διατάξεις του Υπουργείου Υγείας» Άρθρο 40 «Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης -Αύξηση φιλοξενούμενων στα Οικοτροφεία ατόμων που πάσχουν από άνοια τελικού σταδίου - Τροποποίηση της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 2716/1999»	2021
A.13	ν. 4790/2021 (Α' 48) «Κατεπείγουσες ρυθμίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις συνεχιζόμενες συνέπειες της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, την ανάπτυξη, την κοινωνική προστασία και την επαναλειτουργία των δικαστηρίων και άλλα ζητήματα» Άρθρο 63 «Ταμειακά διαθέσιμα των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας - Τροποποίηση του άρθρου 61 του ν. 3459/2006»	2021
A.14	ν. 4812/2021 (Α'110) «Κύρωση της από 24.3.2021 τροποποίησης της από 3.2.2020 επιμέρους Σύμβασης Δωρεάς για το Έργο Ι [Παράρτημα 5 του ν. 4564/2018] και της από 13.5.2021 τροποποίησης της από 6.9.2018 σύμβασης δωρεάς μεταξύ του Ιδρύματος «Κοινοφελές Ίδρυμα Σταύρος Σ. Νιάρχος» και του Ελληνικού Δημοσίου για την ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών στον τομέα της υγείας και των Παραρτημάτων της, ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες διατάξεις» Άρθρο 6 «Σύσταση θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών Προϋποθέσεις απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας και εξειδίκευσης Τροποποίηση των παρ. 16, 19 και 20 του άρθρου 58 του ν. 4690/2020,	2021

	προσθήκη παρ. 21 στο άρθρο 58 του ν. 4690/2020 και παράταση ισχύος της παρ. 17 του άρθρου 58 του ν. 4690/2020»	
A.15	ν. 4865/2021 (Α' 238) «Σύσταση και οργάνωση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας», στρατηγική κεντρικών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πρόνοια» Άρθρο 36 «Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων μέσω ψηφιακών υποδομών»	2021
A.16	ν. 4931/2022 (Α' 94) «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην ΠΦΥ και άλλες επείγουσες διατάξεις»	2022
	Μνημόνια Συνεργασίας ΥΥ	
	Με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας - Υφυπουργό κ. Α. Στεφανή, για ζητήματα α) έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης των διαταραχών που εμφανίζονται σε νεοσύλλεκτους ή σε στρατευμένους και β) εκπαίδευσης βρεφονηπιοκόμων και νηπιαγωγών που εργάζονται σε παιδικούς σταθμούς, που εξυπηρετούν τους εργαζόμενους του ΥΠΕΘΑ για την πρόληψη διάγνωση αυτισμού	2021
	Με το Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού - Υφυπουργό κ. Ν. Γιατρομανωλάκη, για ανάπτυξη προγραμμάτων ενίσχυσης της ΨΥ και ανθεκτικότητας του γενικού πληθυσμού μέσω της τέχνης ως «θεραπευτικής»	2021
	Με το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη – Υφυπουργό Ε. Οικονόμου και το Υπουργείο Δικαιοσύνης - Υφυπουργό κ. Γ. Κώτσηρα, για τη βελτίωση του πλαισίου ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών	2021
	Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για τη διεξαγωγή του Athens Mental Health Summit, τον Ιούλιο 2021	
	Με την UNICEF για την πρόληψη και ψυχοκοινωνική υποστήριξη παιδιών και εφήβων, συμπεριλαμβανομένης υποστήριξης σε διατροφικές διαταραχές και παχυσαρκία	2021
	Με το Κέντρο Πολιτισμού Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και το «Child Mind Institute» της Νέας Υόρκης, για 5ετές επιστημονικό πρόγραμμα για δημιουργία Εθνικού Δικτύου Αναφοράς για το Παιδί, σε όλη την Επικράτεια (προϋπολογισμού 15.000.000 €)	2021

a/a	B) Βασικές Υπουργικές Αποφάσεις για την ΨΥ και αναφορές/εκθέσεις του ΥΥ	Χρονολογία
B.1	Υπό στοιχεία Γ3α/Γ.Π. οικ. 5679/23.1.2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Συστάσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων στην Επικράτεια (εκτός Αττικής) και ένταξη Μονάδων Ψυχικής Υγείας» (B' 244)	2019
B.2	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 19725/13.3.2019 κοινή απόφαση των Υπουργών Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας «Σύσταση Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Αττικής και ένταξη Μονάδων Ψυχικής Υγείας» (B' 1029)	2019
B.3	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 49291/1.7.2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Σύστημα διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, ελέγχου, επιχορήγησης και παρακολούθησης της ποιότητας σε μονάδες ψυχικής υγείας» (B' 2809)	2019
B.4	Υπό στοιχεία Γ3α/Γ.Π. οικ. 44338/10.6.2019 κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Εσωτερικών, Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Αναπληρωτή Υπουργού Οικονομικών «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας» (B'2289)	2019
B.5	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ.49291/2019 απόφασης του Υπουργού Υγείας «Σύστημα διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, ελέγχου, επιχορήγησης και παρακολούθησης της ποιότητας σε μονάδες ψυχικής υγείας» (B' 2809)	2021
B.6	Το από Νοεμβρίου 2011 Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2011-2020) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	2011
B.7	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 83874/29.12.2020 (ΦΕΚ Β'6004) κοινής υπουργικής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας με θέμα: «Όροι και προϋποθέσεις επιχορήγησης των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης του άρθρου 12 του ν. 2716/1999 από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας»	1999
B.8	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 68873/3.11.2021 απόφαση της Υφυπουργού Υγείας «Τροποποίηση της υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π.οικ. 65047/13.10.2020 υπουργικής απόφασης «Όροι και προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές» (B' 4704)» (B' 5228)	2021
B.9	Υπό στοιχεία Α4α,β/Γ.Π. οικ.15742/4.3.2015 απόφαση του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας «Συστάσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και ένταξη Μονάδων Ψυχικής Υγείας» (B'859)	2015

B.10	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 31460/23.04.2018 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Τροποποίηση της απόφασης Α4α,β/Γ.Π.οικ. 15742/4.3.2015 (Β' 859) του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας με θέμα «Συστάσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και ένταξη Μονάδων Ψυχικής Υγείας» (Β'1518)	2018
B.11	Υπό στοιχεία Α3α/οικ.876/16.5.2000 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των ΜΨΑ (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99» (Β'661)	2000
B.12	Υπό στοιχεία Γ3/οικ1677/21.5/2021 απόφαση Υφυπουργού Υγείας «Καθορισμός των προϋποθέσεων, του τρόπου και της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ΨΥ κατ'οίκον, του άρθρου 6 του Ν. 2716/99» (Β' 664)	2001
B.13	Υπό στοιχεία Υ5β/Γ.Π. οικ. 50557/29.05.2013 απόφαση της Υφυπουργού Υγείας «Τροποποίηση της υπουργικής απόφασης Υ5β/Γ.Π.οικ. 156618/25.11.2009 «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΗ του άρθρου 8 του Ν. 2716/1999» (Φ.Ε.Κ. Β' 2444/14.12.2009)» (Β'1299) Υπό στοιχεία Υ5β/Γ.Π. οικ 50552/29.05.2013 απόφαση της Υφυπουργού Υγείας Τροποποίηση της υπουργικής απόφασης με αριθμ. Υ5β/οικ 1662/21-5-2001 (ΦΕΚ 691/Β/2001) με θέμα «Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της στελέχωσης των ΚΜ Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε λεπτομέρειας εφαρμογής του ίδιου άρθρου» (Β' 1299)	2013
B.14	Υπό στοιχεία Α4β/Γ.Π.ΟΙΚ34511 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας πολιτικών ΨΥ που θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2014-2020»	2017
B.15	Η από Μάϊου 2018 έκθεση του Υπουργείου Υγείας με θέμα: «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης ΜΨΥ της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας	2018
B.16	Η από Ιουνίου 2019 έκθεση του Υπουργείου Υγείας με θέμα: Τομεοποιημένο Σχεδιασμό Ανάπτυξης ΜΨΥ της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας	2019
B.17	Η από 8.7.2021 και με αρ. πρωτ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.42952 Απόφαση της Υφυπουργού Υγείας με Θέμα: Απόφαση έγκρισης σκοπιμότητας πολιτικών ΨΥ για την περίοδο 2021-2023, με χρηματοδότηση από Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Επενδυτικά Ταμεία (ΕΣΠΑ) ή από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του ΥΥ	2021

B.19	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π. οικ. 37334/14.06.2021 κοινή απόφαση της Υφυπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Παιδείας και Θρησκευμάτων «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση του άρθρου 12Α του ν. 2716/1999» (Β'2639)	2021
B.20	Υπό στοιχεία Γ.Π.οικ.78049/15.12.2021 της Κοινής Απόφασης του Υπουργού και της Υφυπουργού Υγείας «Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων χορήγησης, συνταγογράφησης και διάθεσης της ναλοξόνης κατ' εφαρμογή της παρ. 6 του άρθρου 22 του ν. 4139/2013» (Β'5969)	2021
B.21	Χορήγηση άδειας λειτουργίας σταθερού Χώρου Εποπτευόμενης Χρήσης στον ΟΚΑΝΑ επί της οδού Καποδιστρίου Δυνάμει άρθρου 22 παρ. 7 Ν. 4139/2013	2021
B.22	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π.οικ.42751 /21.07.2022 (Ο.Ε.) απόφαση της Υφυπουργού Υγείας «2η Τροποποίηση Απόφασης της υπ' αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.42952/08-07-2021 (ΑΔΑ:6ΣΠ8465ΦΥΟ - ΜΧ2) Απόφασης έγκρισης σκοπιμότητας πολιτικών ψυχικής υγείας για την περίοδο 2021-2023, με χρηματοδότηση από Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Επενδυτικά Ταμεία (ΕΣΠΑ και Ταμείο Ανάκαμψης) ή από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας»	2022

α/α	С) Αναφορές και Εγκύκλιοι	Χρονολογία
C.1	Υπό στοιχεία Υ5α/Γ.Π./οικ.69556/07.08.2014 έγγραφο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Συστάσεις σχετικά με τα δικαιώματα ληπτών στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας»	2014
C.2	Υπό στοιχεία Υ5α/Γ.Π./οικ. 94028/27.10.2014 έγγραφο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Συστάσεις σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων ατόμων που σχετίζονται με ποινικά ζητήματα»	2014
C.3	Υπό στοιχεία Υ5β /Γ.Π./ΟΙΚ.90764/15.10.2014 έγγραφο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Παροχή διευκρινήσεων σχετικά με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι πληρούν τις προϋποθέσεις, προκειμένου να διενεργούν θεραπευτικές πράξεις σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Ν.Π.Ι.Δ), αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας»	2014
C.4	Υπό στοιχεία Γ3α,β/Γ.Π.οικ.131/4.1.2021 εγκύκλιος της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Διαδικασία μετάβασης ψυχικά ασθενών σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης»	2021

C.5	Υπό στοιχεία Α4β/Γ.Π./οικ.38991/2017 εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας «Προσδιορισμός αναλογίας εργαζομένων/ωφελουμένων ανά τύπο μονάδας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούν τα ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα» (ΑΔΑ:67ΘΝ465ΦΥΟ-ΥΙ5)	2017
C.6	Υπό στοιχεία Γ.Π. οικ. 146/29.12.2020 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Καθορισμός Στρατηγικών Στόχων του ΥΥ, έτους 2021 για το διάστημα εφαρμογής 2021-2023» (ΑΔΑ: Ψ7ΜΜ465ΦΥΟ-ΜΦΘ)	2021
C.7	Η από 29.12.2020 με Αρ. Γ.Π. οικ. 146Απόφαση του Υπουργού Υγείας με Θέμα: Καθορισμός Στρατηγικών Στόχων του ΥΥ, έτους 2021 (ΑΔΑ: Ψ7ΜΜ465ΦΥ)-ΜΦΘ)	2022

a/a	D) Αναφορές από διάφορες πηγές	Χρονολογία
D.1	Εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» από το 2000 μέχρι και το 2009	2011
D.2	Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» από το 2011 μέχρι και το 2015	2015
D.3	Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργός» από το 2011 μέχρι και το 2015	2012
D.4	Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012	2012
D.5	Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 19 April 2018	2018
D.6	Doctors of the World Greek Delegation, Open Minds, Promoting Mental Health and Well-being in the Community https://mdmgreece.gr/app/uploads/2018/11/Cover_1_Con_5_BB.pdf	2018
D.7	ΥΥ. Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης ΜΨΥ. Υφιστάμενη κατάσταση και ανάγκες σε δομές και προσωπικό των υπηρεσιών ΨΥ. https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/monades-psyxikhs-ygeias/5520-ekthesh-sxediasmos-anaptykshs-monadwn-psyxargws	2019
D.8	Economist Intelligence Unit – Mental Health EU 2014	2014
D.9	Economist Intelligence Unit - Mental Health Greece 2014	2014
D.10	Ex Post Evaluation of the implementation of the National Action Plan "PsychargosS" 2000 - 2009" Executive summary	2010
D.11	Έκθεση Αξιολόγησης Α' Φάσης «Ψυχαργός» και Κανονισμού 815-84	2001
D.12	European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Greece, EC Directorate-General for Employment, Social Affairs, and Inclusion https://socialpolicy.gr/2019/03/espn-thematic-report-on-inequalities-in-access-to-healthcare-greece-2018.html	2018

a/a	E) Άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά με κριτές	Χρονολογία
E.1	ental health profile of Greece, Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N., & Anagnostopoulos, D. International Psychiatry, 7(3), 64-67 (2010). https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734981/	2010
E.2	Greek mental health reform: Views and perceptions of professionals and service users, Loukidou E, Mastroyiannakis A, Power T, Craig T, Thornicroft G, Bouras N. Psychiatriki. Jan-Mar;24(1):37-44 (2013). PMID: 23603267. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23603267/	2013
E.3	Evaluation of Greek psychiatric reforms: methodological issues, Loukidou, E., Mastroyannakis, A., Power, T. et al. Int J Ment Health Syst 7, 11 (2013). https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-11	2013
E.4	Psychiatric reform in Greece: an overview, Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. BJPsych Bulletin, 40(6), 326-328 (2016). https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053652	2016
E.5	Psychiatrists' role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study, Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C. et al. Int J Ment Health Syst 11, 65 (2017). https://doi.org/10.1186/s13033-017-0172-0	2017
E.6	Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K, Pantazi A, Rizavas Y, Saraceno B., Int J Law Psychiatry. May-Jun; 52:28-34 (2017). doi: 10.1016/j.ijlp.2017.04.001. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28431745.	2017

E.7	Youth mental health context in Greece, Karagianni P. The European Health Psychologist Vol 18No3:108-110 (2016), https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/1436	2016
E.8	Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review Simou E, Koutsogeorgou E. Health Policy. 2014 Apr;115(2-3):111-9 (2014). doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002. Epub 2014 Feb 8. PMID: 24589039.	2014
E.9	Health system review Greece, Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A., (2017) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330204/HiT-19-5-2017-eng.pdf?sequence=13&isAllowed=y	2017
E.10	Reform of the mental healthcare system in Greece, 1984–2006 Madianos, M. G., & Christodoulou, G. N., International Psychiatry, 4(1), 16-19 (2007). https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734754/	2007
E.11	The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999–2019, Madianos MG., BJPsych Int. May;17(2):26-28 (2020). doi: 10.1192/bji.2019.30. Epub 2019 Dec 2. PMID: 32558819; PMCID: PMC7283110.	2020
E.12	Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V, BMC Psychiatry. 2013 Jun 4;13:163. doi: 10.1186/1471-244X-13-163. PMID: 23734578; PMCID: PMC3686601.	2013

a/a	F) Μη δημοσιευμένη (γκρίζα) βιβλιογραφία	Χρονολογία
F.1	Primary care mental health in Greece, Lionis C., 2014, ανακτήθηκε από http://euprimarycare.org/sites/default/files/presentation%20Christos%20Lionis.pdf	2014
F.2	Ongoing Evaluation of mental health reform, CMT	2015
F.3	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Δεπάστας Χαράλαμπος ανακτήθηκε από https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585857172728322661uzwV9ywwCVe140ZB6DIXFzt8585921492706393464.pdf	2018
F.4	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Πρόγραμμα «Ψυχαργός», Χονδρός Δημήτρης, ανακτήθηκε από http://ekath.army.gr/erevnes/2010/h.psihiatriki.metarithmisi.stin.Ellada.pdf	
F.5	Social Cooperatives impact in Greece: Evidence-based community interventions: myth or reality?, Koupidis Sotirios	2018
F.6	Buying for Social Impact -Good Practice from around the EU- Greece Social Cooperatives (KoiSPE)	2019
F.7	Making Socially Responsible Public 71 good practice cases - Greece KoiSPE New Horizons, ανακτήθηκε από file:///C:/Users/Sotirios/Downloads/Case21_WeBuySocialEU_Greece.pdf	2020
F.8	Social Cooperatives in Employment και Integration of mental health patients, Kanakaki Anna, ανακτήθηκε από https://www.slideshare.net/TobyJ/101118-be-esf-conf-koi-spe-anna-kanakaki	2015
F.9	Mental Health Reform in Greece and Structural Funds, Divanis Stavros	2013
F.10	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σε περίοδο κρίσης, Θεοδωράκης Παύλος	2014
F.11	Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα Διπλωματική ΕΚΔΔΑ, Λεβεντάκου Χριστίνα ανακτήθηκε από https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/22/034/1736.pdf	2014
F.12	Έκθεση πεπραγμένων Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί, Θεοδωράκης Παύλος, ανακτήθηκε από https://www.docmed.gr/wp-content/uploads/2015/06/%CE%95%CE%9A%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%97-%CE%A0%CE%95%CE%A0%CE%A1%CE%91%CE%93%CE%9C%CE%95%CE%9D%CE%A9%CE%9D-%CE%A8%CE%9D%CE%91_final.pdf	2014
F.13	Εθνική Στρατηγική Υγείας ΕΣΠΑ 2014-2020 ανακτήθηκε από https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-driseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-driseis-toy-tomea-ygeias-sto-espa-2014-2020	2016
F.14	Το ΕΚΤ και τα προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας 2015-2018, Δαλαβέρι Φωτεινή,	2019
F.15	2021 Η διαχρονική πρόκληση της μεταρρύθμισης, Κουπίδης Σωτήριος	2020

a/a	G) Δεδομένα και έγγραφα που συλλέχθηκαν κατά τις επιτόπιες επισκέψεις στην ταχεία αξιολόγηση	Χρονολογία
G.1	Data from Dafni Psychiatric Hospital, Tsagdi Despoina	2021
G.2	Dementia presentation, Sakka Voula	2021
G.3	Mental Health Policy - Fountoulakis et al proposal	2021

G.4	Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health car, René Keet et al., BMC Psychiatry volume 19, Article number: 174 (2019)	2018
------------	--	------

α/α	Η) Έγγραφα πολιτικών και τεχνικά έγγραφα	Χρονολογία
H.1	Mental Health Policies and programs in the workplace, World Health Organization, 2005, ανακτήθηκε από https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43337/9241546794_eng.pdf	2005
H.2	Mental Health Action Plan 2013-2020 World Health Organization ανακτήθηκε από https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029	2013
H.3	Social Determinants of Mental Health World Health Organization ανακτήθηκε από https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf	2014
H.4	EU Compass Consensus paper Providing Community-based Mental Health Services ανακτήθηκε από https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/2018_compass_positionpaper_en_0.pdf	2017
H.5	Astana Declaration on PHC World Health Organization ανακτήθηκε από https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf	2018
H.6	Mental health in primary care illusion or inclusion World Health Organization ανακτήθηκε από https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326298/WHO-HIS-SDS-2018.38-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	2018
H.7	Mental Health Atlas 2020 World Health Organization ανακτήθηκε από https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	2021
H.8	Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 World Health Organization ανακτήθηκε από https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029	2021
H.9	Rapid Assessment Report Final Draft αδημοσίευστο	2021
H.10	Declaration Athens Summit World Health Organization ανακτήθηκε από https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/507833/Declaration-IMHC-Athens-eng.pdf	2021

Παράρτημα 2: Διακήρυξη των Αθηνών για την Ψυχική Υγεία 2021



Athens Mental Health Summit Declaration
actions required to address the impact of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region
Athens, Hellenic Republic, 22–23 July 2021

We, ministers of health and representatives of the Member States of the World Health Organization in the European Region, have gathered in Athens, the Hellenic Republic, on 22 and 23 July 2021 to discuss implementation of actions aimed at addressing the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health in the WHO European Region. In so doing, we reaffirm our commitment to existing resolutions at all levels related to mental health and resolve to strengthen our contribution to the United Nations Sustainable Development Goal target of universal health coverage by 2030, Leaving No One Behind. Notwithstanding the damage COVID-19 has caused, we should recognize the opportunity to take meaningful action for mental health at individual and societal levels across the WHO European Region. Such action is in line with the WHO European Programme of Work 2020–2025, “United Action for Better Health”, and promotes delivery of its three core priorities: moving towards universal health coverage, protecting against health emergencies and promoting health and well-being.

1. We recognize that the COVID-19 pandemic has exposed our communities to considerable mental health challenges, including increased risk of developing a mental health condition and reduced mental well-being. These impacts are due to the effects of the disease itself (including post-COVID-19 conditions), the mitigation strategies used to combat its spread, such as home confinement, school closures and reduced social contacts, and individuals’ concerns about job security and income reduction.
2. We acknowledge that people with pre-existing mental health conditions are more susceptible not just to the mental health impacts of COVID-19, but also to increased risk of infection and associated mortality. We are concerned about the potential long-term mental health impacts on children and young people, on older people and those in society already deemed vulnerable. Population groups who have been identified as having higher risk of experiencing negative mental health impacts will require specific and targeted attention and support.
3. We see that the pandemic has exacerbated pre-existing gaps in mental health care provision due to significant disruption to mental health services, coinciding with an increase in mental health needs and an overstretched health workforce.
4. We acknowledge that the current crisis presents a unique opportunity to address longstanding systemic problems and deficiencies in mental health services. Grasping this opportunity will require increased investment in mental health, particularly to promote accessible, good-quality community-based mental health services, and to strengthen primary health care to ensure early recognition of mental health conditions and provide low-threshold support to renew our efforts to prevent institutionalization. The current context also presents the possibility to accelerate the implementation of innovative interventions at individual and societal levels, including appropriate use of digital technologies and interventions targeted to reach those who are most vulnerable.

5. We recognize that the COVID-19 pandemic has uniquely propelled mental health to the top of the policy agenda. We call for this to be a redefining moment in the history of mental health, with stigma and discrimination being tackled through integration of mental health into the mainstream health-care agenda.

6. We call for mental promotion and support to be at the heart of the post-COVID-19 recovery agenda to prevent the emergence of chronic mental health conditions as a result of the pandemic. We acknowledge the structural and environmental elements that contribute to poor mental health and well-being and seek to develop appropriate strategies to build resilient individuals and communities and improve our ability to protect the mental health and well-being of our populations in future crises and health emergencies.

7. We appreciate the ongoing efforts of the WHO Regional Office for Europe to raise the profile of mental health under the European Programme of Work even before the onset of the COVID-19 pandemic, and we welcome the proposal for a new European Framework for Action on Mental Health and support the setting up of a Pan-European Mental Health Coalition. Going forward, we commit to working with the WHO Regional Director for Europe and the WHO Secretariat in these initiatives to ensure that mental health gains the prominence and attention it requires in the WHO European Region.

Παράρτημα 3: Επιμέρους δεδομένα κοστολόγησης Εθνικού Σχεδίου

Αριθμός νέων & υφιστάμενων δομών & δράσεων - προγραμμάτων ανά άξονα προτεραιότητας											
	Άξονας 1	Άξονας 2	Άξονας 3	Άξονας 4	Άξονας 5	Άξονας 6	Άξονας 7	Άξονας 8	Άξονας 9	Άξονας 10	ΣΥΝΟΛΑ
Νέες δομές	70	84	95	18	18	0	10	14	2	0	311
Νέες δράσεις & προγράμματα	11	22	10	7	57	36	11	7	29	21	211
Κέντρα Υγείας που ενισχύονται	0	300	0	0	0	0	0	0	0	0	300
Υφιστάμενες δομές που ενισχύονται	80	80	20	0	99	0	0	0	0	0	279

Κόστος δράσεων πρόληψης & προαγωγής ψυχικής υγείας											
Κόστος (€) / Άξονας	Άξονας 1	Άξονας 2	Άξονας 3	Άξονας 4	Άξονας 5	Άξονας 6	Άξονας 7	Άξονας 8	Άξονας 9	Άξονας 10	ΣΥΝΟΛΑ (€)
Αρχικό (€)	3.000.000	9.000.000	3.000.000	1.250.000	780.000	5.700.000	3.000.000	4.150.000	1.820.0000	3.050.000	5.113.000
Ετήσιο εκ των υστέρων (€)	1.200.000	1.800.000	1.200.000	480.000	240.000	1.800.000	1.200.000	480.000	4.740.000	540.000	13.680.000

Κόστος νέων δομών, δράσεων & προγραμμάτων											
Κόστος (€) / Άξονας	Άξονας 1	Άξονας 2	Άξονας 3	Άξονας 4	Άξονας 5	Άξονας 6	Άξονας 7	Άξονας 8	Άξονας 9	Άξονας 10	ΣΥΝΟΛΑ (€)
Αρχικό κόστος ίδρυσης & λειτουργίας νέων δομών (€)	40.270.000	91.582.000	82.650.000	51.270.000	5.220.000	0	19.220.000	3.818.500	300.000	0	294.330.500
Ετήσιο εκ των υστέρων κόστος λειτουργίας νέων δομών (€)	34.970.204	82.932.857	70.842.857	50.022.857	2.220.000	0	19.769.143	4.859.086	60.000	0	265.677.804

Κόστος ενίσχυσης υφιστάμενων δομών											
	Άξονας 1	Άξονας 2	Άξονας 3	Άξονας 4	Άξονας 5	Άξονας 6	Άξονας 7	Άξονας 8	Άξονας 9	Άξονας 10	ΣΥΝΟΛΑ (€)
Ενίσχυση υφιστάμενων δομών (€)	14.400.000	13.800.000	400.000	0	318.000	0	0	0	0	0	28.918.000

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>
2. Φουντουλάκης Κ. Συνολική πρόταση για την πολιτική Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, 2019 Υποβολή στο πλαίσιο της Ταχείας Αξιολόγησης του ΥΥ και ΠΟΥ. 2021.
3. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011 Jul 6;475(7354):27–30.
4. Benyamina A, Blecha L, Reynaud M. Global burden of disease in young people aged 10-24 years. *Lancet*. 2012 Jan 7;379(9810):29.
5. Harhay MO, King CH. Global burden of disease in young people aged 10-24 years. *Lancet*. 2012 Jan 7;379(9810):27–8; author reply 28.
6. GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators. Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Oct 30;398(10311):1593–618.
7. O'Connor R, Sheehy N. Understanding suicidal behaviour. BPS Books Leicester; 2000.
8. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002 Oct;1(3):181–5.
9. NIMH. Integrated care [Internet]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/integrated-care/index.shtml>. 2017
10. World Health Organization, Doctors WO of F. Integrating mental health into primary care : a global perspective [Internet]. World Health Organization; 2008 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>
11. World Health Organization. Mental health in primary care: illusion or inclusion? [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2022 Jun 29]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.38. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298>
12. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of primary mental health care services. Joint Commissioning Panel for Mental Health;

13. Australian Ministry of Health. Fourth National Mental Health Plan: An agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Commonwealth of Australia; 2009.
14. Connor DF, McLaughlin TJ, Jeffers-Terry M, O'Brien WH, Stille CJ, Young LM, et al. Targeted child psychiatric services: a new model of pediatric primary clinician--child psychiatry collaborative care. *Clin Pediatr (Phila)*. 2006 Jun;45(5):423–34.
15. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):7–20.
16. HMG/DH. No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. L.D.o. Health.; 2011.
17. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013 Jun 4;13:163.
18. Petrea I, Τσίγγανος Π, Φουντουλάκης Κ, Καλπαξή Π, Κουπίδης Σ, Θεοδωράκης Π, et al. Η ΠΑΡΟΧΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Κοινή Τχεία Αξιολόγηση και Μεταρρυθμιστικές Συστάσεις από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. 2019.
19. Murray CJ, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, et al. Five insights from the global burden of disease study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1135–59.
20. World Health Organization. Mental health atlas 2017 [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2022 Jun 29]. 62 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>
21. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ'(2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2011.
22. World Health Organization. Mental health atlas 2020 [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jun 29]. vii, 126 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>
23. Ψυχαργός. Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011μέχρι και το 2015. In 2015. Available from: http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf

24. World Health Organization. Mental health atlas 2014 [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2022 Jun 29]. 67 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/178879>
25. Θεοδωράκης Π. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σε περίοδο κρίσης. Ημερίδα; 2013; Αίθουσα Συγκεντρώσεων Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.
26. Dardiotis E, Kosmidis MH, Yannakoulia M, Hadjigeorgiou GM, Scarmeas N. The Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAD): rationale, study design, and cohort description. *Neuroepidemiology*. 2014;43(1):9–14.
27. World Health Organization. Mental health policy, planning and service development. 2005;
28. World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization; 2019.
29. LIONIS C, FORTES S, NETO ADO, DANIELS-WILLIAMSON T, AL-KHATAMI A, GRISWOLD KS, et al. Realising the Astana Declaration and mental health in an unequal world - the role of family doctors. 2011;
30. WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. Mental Health in an Unequal World: Together we can make a difference [Internet]. 2021. Available from: 30) http://wmhd2021.com/wmhd2021_educationa-material.pdf
31. Copeland WE, Alaie I, Jonsson U, Shanahan L. Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 May;60(5):604–11.
32. ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Υγείας. Υγεία παιδιών ηλικίας 2 έως 14 ετών [Internet]. 2021. Available from: <https://www.statistics.gr/el/infographic-health-kids-4-12-2019>
33. ΕΛΣΤΑΤ, Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης. Έρευνα Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, 2017/2018 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.statistics.gr/el/infographic-sp-need-educ-2017>
34. on Community-Based APAC, of Care S, Larson J, Kazura A, Fortuna L, French WP, et al. Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care. *Journal of the American Academy of Child και Adolescent Psychiatry*. 2022;
35. Thomaidis L, Mavroeidi N, Richardson C, Choleva A, Damianos G, Boliias K, et al. Autism Spectrum Disorders in Greece: Nationwide Prevalence in 10–11 Year-Old Children and Regional Disparities. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2020 Jul [cited 2022 Jun 29];9(7):2163. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/7/2163>

36. ΕΛΣΤΑΤ. 2 Απριλίου - Παγκόσμια Ημέρα Ευαισθητοποίησης για τον Αυτισμό [Internet]. 2021. Available from: <https://www.statistics.gr/el/infographic-world-autism-awareness-day-2021>
37. Πλήθος και κατανομή ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής την 29/12/2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.psyhat.gr/sites/default/files/ΠΛΗΘΟΣ%20ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ%20ΚΛΙΝΩΝ%2029-12-2021.pdf>
38. Μαρτινάκη Σ, Παπαϊωάννου Α, Ασημόπουλος Χ. Ψυχιατροδικαστική κοινωνική εργασία. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes. 2018;35(1).
39. Μαρτινάκη Σ, Ασημόπουλος Χ, Παπαϊωάννου Α, Αντωνακάκη Π. Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes. 2018;35(5).
40. Gogas, Koupidis S, et al. Evidence based community interventions: Myth or reality? In Kavala; 2018.
41. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European health information at your fingertips. [Internet]. [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/>
42. World Health Organization. The WHO Mental health policy and service guidance package. 2004.
43. Martinaki S, Tsopeles C, Ploumpidis D, Douzenis A, Tzavara H, Skapinakis P, et al. Evaluation of dangerousness of Greek mental patients. Psychiatriki. 2013 Sep;24(3):185–96.
44. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. Br J Psychiatry. 2009 Jan;194(1):49–54.
45. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry. 2004 Feb;184:163–8.
46. Martinaki S, Kostaras P, Mihajlovic N, Papaioannou A, Asimopoulos C, Masdrakis V, et al. Psychiatric admission as a risk factor for posttraumatic stress disorder. Psychiatry research. 2021;305:114176.
47. Salize H, Dressing H. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill - Legislation and practice in European Union member states. The European Journal of Public Health. 2002 Dec 1;12:14–14.

48. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Jun;41(6):457–63.
49. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry.* 2007 Jul;191:30–7.
50. Viering S, Bärtsch B, Obermann C, Rüscher N, Rössler W, Kawohl W. The effectiveness of individual placement and support for people with mental illness new on social benefits: a study protocol. *BMC Psychiatry.* 2013 Jul 24;13:195.
51. Burchardt T. Social exclusion and the onset of disability. Joseph Roundtree Foundation, www.irf.org.uk. 2003;
52. Killaspy H. Enabling recovery for people with complex mental health needs. 2009;
53. Becker DR, Drake RE. Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J.* 1994 Apr;30(2):193–206; discussion 207-212.
54. World Health Organization. Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief. World Health Organization; 2017.
55. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>
56. Gold PB, Macias C, Rodican CF. Does Competitive Work Improve Quality of Life for Adults with Severe Mental Illness? Evidence from a Randomized Trial of Supported Employment. *J Behav Health Serv Res.* 2016 Apr;43(2):155–71.
57. Savio M, Righetti A. Cooperatives as a social enterprise in Italy: a place for social integration and rehabilitation. *Acta Psychiatr Scand.* 1993 Oct;88(4):238–42.
58. Villotti P, Zaniboni S, Fraccaroli F. [Social cooperatives in Italy]. *Encephale.* 2014 Jun;40 Suppl 2:S57-65.
59. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 12;9:CD011867.

60. Fioritti A, Burns T, Hilarion P, van Weeghel J, Cappa C, Suñol R, et al. Individual placement and support in Europe. *Psychiatr Rehabil J*. 2014 Jun;37(2):123–8.
61. Pelizza L, Ficarelli ML, Vignali E, Artoni S, Franzini MC, Montanaro S, et al. Implementation of Individual Placement and Support in Italy: The Reggio Emilia Experience. *Community Ment Health J*. 2020 Aug;56(6):1128–38.
62. Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):60–8.
63. World Health Organization. Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jun 29]. xxiii, 68 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341646>
64. Rotelli F, Mezzina R, De Leonardis O, Goergen R, Evaristo P. Is rehabilitation a social enterprise. Unpublished paper, Trieste, Italy. 1994;
65. Davidson L, Mezzina R, Rowe M, Thompson K. “A life in the community”: Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health*. 2010;19(5):436–43.
66. Warner R. Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy. Routledge; 2013.
67. Warner R, Mandiberg J. An update on affirmative businesses or social firms for people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006 Oct;57(10):1488–92.
68. Leff J, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge University Press; 2006.
69. Portacolone E, Segal SP, Mezzina R, Schepers-Hughes N, Okin RL. A tale of two cities: The exploration of the Trieste public psychiatry model in San Francisco. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2015;39(4):680–97.
70. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. ΕΙΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ (AD HOC ΕΝΟΤΗΤΑ 2020). 2021.
71. World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. 2020;
72. Bloom DE, Cadarette D. Infectious disease threats in the twenty-first century: strengthening the global response. *Frontiers in immunology*. 2019;10:549.