

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΣΤΕΛΙΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΚΑΙ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΟΝΔΡΟΣ



Jean Arp, 1922.

Ο Στέλιος Στυλιανίδης είναι ψυχίατρος-ψυχαναλυτής, αν. καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, επιστημονικός διευθυντής της ΕΠΑΨΥ, Εθνικός Αντιπρόσωπος για την Ψυχική Υγεία στον Π.Ο.Υ., Αντιπρόεδρος Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.

Ο Παναγιώτης Χονδρός είναι ψυχολόγος, Πρόεδρος ΔΣ της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Γεν. Γραμματέας του Δικτύου Φορέων Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ΑΡΓΩΣ.

Ι. Εισαγωγή

Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης ακολουθούν σχέδια για την βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας με κύριο άξονα την μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, ώστε να αλλάξει ο ιδρυματικός ενδονοσοκομειακός τρόπος φροντίδας. Αρκετές μεταρρυθμιστικές εμπειρίες έχουν ιστορία που υπερβαίνει τα 20 έτη, όπως της Ιταλίας και της Αγγλίας και προσφέρουν σημαντικά παραδείγματα καλής πρακτικής (Jacob κ.ά., 2007, de Girolamo κ.ά., 2007). Αντίστοιχα όμως έχουν καταγραφεί και σημαντικά εμπόδια και λάθη στις προσπάθειες αυτές (Saraceno κ.ά., 2007, Thornicroft κ.ά., 2010), στα οποία θα αναφερθούμε εκτεταμένως. Από το 18ο αιώνα συναντάμε μεμονωμένα παραδείγματα εναλλακτικά του αποκλεισμού στο άσυλο, με «μικρά» άσυλα στις πόλεις, κατ' οίκον φροντίδα και δράσεις κοινοτικών οργανώσεων για την φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Το 19ο αιώνα συναντούμε σποραδικές συστηματικές δράσεις για την μετατροπή των ασύλων, αλλά μόνο στο δεύτερο μισό του 20ού ο αποϊδρυματισμός γίνεται μέρος ευρύτερων εθνικών πολιτικών. Καταγράφονται τρεις τάσεις. Χώρες όπου το άσυλο ουδέποτε επικράτησε, όπως η Ουγγαρία και

άλλες ανατολικές χώρες. Χώρες με ταχεία συρρίκνωση των ασύλων, όπως η Ιταλία, η Φιλανδία και η Δανία (με μείωση 43% των ψυχιατρικών κλινών την περίοδο 1980-1991). Τέλος, οι υπόλοιπες χώρες με αργή αλλά σταθερή εξέλιξη (Shorter, 2007). Οι πολιτικές αυτές πλέον στηρίζονται σε μέγιστο βαθμό από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και άλλους διεθνείς φορείς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Εταιρεία για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Στο πρόσφατο Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την ψυχική υγεία και ευημερία (2008) τονίζεται ότι απαιτείται σαφής και μακροχρόνιος σχεδιασμός για την παροχή υψηλής ποιότητας, αποτελεσματικών, προσιτών και καθολικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και θέσπιση κριτηρίων ελέγχου από ανεξάρτητους φορείς. Ζητείται καλύτερη συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και ψυχικής υγείας για την αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας. Πού βρισκόμαστε σε σχέση με τις διακηρυγμένες αυτές αρχές και τις επικρατούσες τάσεις;

Η πρόθεσή μας είναι να δείξουμε τις συνδέσεις μεταξύ της έκβασης του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος στον χώρο της ψυχικής υγείας στη χώρα μας και της ελληνικής ιδιαιτερότητας του Ελληνικού πολιτικού μεταπολιτευτικού συστήματος. Πολύ σχηματικά, η ελληνική «ιδιαιτερότητα» χαρακτηρίζεται από μια βαθιά και εκτεταμένη –τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά– πολιτική και πολιτιστική καθυστέρηση της χώρας σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη, στον ανεπτυγμένο κόσμο. Η ελληνική κοινωνία, μετά την σύντομη διάψευση των οραμάτων για αλλαγή της αρχής της μεταπολίτευσης, κινήθηκε και κινείται, ακόμα και μετά τις τελευταίες δραματικές νέο-φιλελεύθερες απαντήσεις απέναντι στην απειλή της πτώχευσης, μεταξύ μιας ουτοπίας της λογικής και του ορθού λόγου και κυρίαρχης κουλτούρας κυνισμού, διαπλοκής και διαφθοράς.

Ο βασικός κίνδυνος σε μια εισαγωγική παρουσίαση του πολιτικού και κοινωνικού πλαισίου της αποκαλούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι να ολισθήσει σε κοινότοπες γενικόλογες διαπιστώσεις ή αντίθετα να κωδικοποιήσει τεχνοκρατικά τα θετικά και τα αρνητικά σημεία της διαδικασίας αλλαγής στην βάση των διεθνών κριτηρίων και καλών πρακτικών, εκτός του υφισταμένου ευρύτερου πλαισίου.

Η διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έλαβε επιχειρησιακή μορφή μέσω της εκπόνησης του προγράμματος «Ψυχαργώς» Α και Β φάση, σε συνέχεια των δράσεων στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/1984 της τότε ΕΟΚ. Αυτό ξεκίνησε το 2000 και αναμένεται να ολοκληρωθεί το 2015. Η ίδρυση και η έναρξη λειτουργίας των μονάδων που προβλέπει το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» χρηματοδοτήθηκαν σ' ένα ποσοστό από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Κεντρικός άξονας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι «η ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα,

ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα». Οι δύο βασικοί νόμοι που ορίζουν την ψυχική υγεία είναι ο νόμος 2716/99 για την ανάπτυξη και την βελτίωση των υπηρεσιών και ο 2071/92 που περιγράφει τη διαδικασία της νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Σύγχρονα δεδομένα

Πρωταρχικό στοιχείο για την περιγραφή της κατάστασης στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών. Αυτό γίνεται μέσω διαφόρων δεικτών από επιδημιολογικές έρευνες που δείχνουν το βαθμό στον οποίο επικρατεί ένα ψυχιατρικό νόσημα ή ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό. Στη χώρα μας, η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων παραμένει ένα βασικό πρόβλημα. Οι μελέτες του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι πολύ περιορισμένες, κι αφορούν κυρίως αστικά περιβάλλοντα και περιορισμένες γεωγραφικές περιοχές. Την περίοδο αυτή (2010) βρίσκεται στη φάση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Καθ. Β. Μαυρέας). Παλαιότερες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 16% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή (Mavreas et al, 1986), ενώ οι γυναίκες, οι χήροι κι άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας. Σε μια επιδημιολογική έρευνα στο γενικό πληθυσμό που πραγματοποιήθηκε στην Εύβοια βρέθηκε ότι ποσοστό 29% πάσχει από τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή (Στυλιανίδης, Παντελίδου, Χονδρός, 2005). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο γενικό πληθυσμό της Πάρου-Αντιπάρου το 2008 σε δείγμα 506 ατόμων έδειξε ότι το 22% του δείγματος εμφάνιζε κλινικά σημαντική νοσηρότητα (Στυλιανίδης και συν., 2010). Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη νοσηρότητα σε σχέση με τους άνδρες, 30% έναντι 13%. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στις γυναίκες ήταν 7.88 και στους άνδρες 1.14 %. Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ βρέθηκε σε ποσοστό 13.06%, 23.86% στους άντρες και 3% στις γυναίκες. Άλλη μία επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό αγροτικών κοινοτήτων του Βορείου Αιγαίου, με τη συμμετοχή 428 ατόμων έδειξε ότι το 14% του πληθυσμού εμφανίζει κάποια ψυχιατρική συμπτωματολογία, ενώ οι γυναίκες έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με τους άνδρες να εμφανίσουν κάποιο ψυχιατρικό σύμπτωμα (Σκαπινάκης και συν., 2007).

Επόμενοι βασικοί δείκτες για την υφιστάμενη κατάσταση είναι ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών που λειτουργούν, αλλά και ο τρόπος που αυτές κατανέμονται μεταξύ νοσοκομειακού και κοινοτικού πλαισίου και γενικό-

τερα οι υπάρχουσες ψυχιατρικές δομές. Το 2001 το 49% των ψυχιατρικών κλινών ήταν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από 99% που ήταν το 1982. Πιο συγκεκριμένα, 3% βρίσκεται σε Γενικά Νοσοκομεία, 50% παραμένει σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και 47% βρίσκεται σε κοινοτικές δομές (οικοτροφεία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης) (Amadeo κ.ά., 2007: 237). Στο συνολικό αριθμό ψυχιατρικών κλινών, ανεξαρτήτως πλαισίου, ανά 10000 πληθυσμού, η Ελλάδα βρίσκεται κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο (10,2) με 8,7. Συγκεκριμένα, οι ψυχιατρικές κλίνες στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν 8486 το 1981-3, 5007 το 1996 και 3500 το 2000.

Το 2008 λειτουργούσαν, ανεξαρτήτως προγράμματος, 410 στεγαστικές δομές αποασυλοποίησης, περισσότερες από 180 Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας (υπολογίζεται ότι στο τέλος του 2008 θα προσέγγιζαν περίπου τις 250) και 14 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί (Κοι.Σ.Π.Ε.) (Στυλιανίδης, Γκιωνάκης, Χονδρός, 2009). Ο αριθμός των χρόνιων ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία τη διετία 1981-1983 ανέρχεται στους 5677 ενώ το 2000 έχει μειωθεί σε 2922 (Μαδιανός, 2005, Τούντας, 2008). Σε σχέση με τους στόχους που έθετε το Εθνικό Σχέδιο για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση «Ψυχαργώς», δημιουργήθηκε το 78% των απαιτούμενων στεγαστικών δομών, αλλά μόνο 28% (έλλειψη 138 δομών) κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων ενηλίκων και παιδιών, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Ξενώνες βραχείας παραμονής) και 20% από τις 55 προβλεπόμενες, εξειδικευμένες δομές για αλκοόλ, ουσιοεξαρτήσεις, αυτισμό, Alzheimer. Τέλος, σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί είναι η μεγάλη αύξηση των εισαγωγών με εισαγγελική εντολή. Η Επιτροπή Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2008) μετά από έρευνα δύο ετών καταλήγει σε έκθεσή της ότι στη χώρα μας παρουσιάζεται υψηλό ποσοστό εισαγωγών με εισαγγελική εντολή. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής δέχτηκε το 2007 περί 2900 εισαγωγές από τις οποίες 52% ακούσιες, το Δρομοκαϊτείο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής 1554 εισαγωγές (50,2% ακούσιες), το Ψυχ. Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης 3770 εισαγωγές (28,9 % ακούσιες). Τα υψηλά αυτά ποσοστά, όπως επισημαίνει και η Επιτροπή, είναι εν πολλοίς πλασματικά, καθώς η προσφυγή στο μέτρο της εισαγγελικής εντολής είναι καταχρηστική προκειμένου να εξασφαλιστεί με βεβαιότητα μια κλίνη που είναι πάντα δυσεύρετη στο δημόσιο ψυχιατρικό σύστημα. Εν τούτοις αποτελεί μία ισχυρή ένδειξη δυσλειτουργίας τόσο του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και του προνοιακού δικτύου υποστήριξης της χώρας μας (Στυλιανίδης, Γκιωνάκης, Χονδρός, 2009).

Σε σχέση με τους ανθρώπινους πόρους καταγράφονται 15 ψυχίατροι ανά 10000 πληθυσμού, αλλά μόνο τρεις εξειδικευμένες ψυχιατρικές νοσηλεύτριες (W.H.O., 2005).

Εντύπωση προκαλεί ο αριθμός των 56 κοινωνικών λειτουργών ανά 10000 πληθυσμού, καθώς δεν υπάρχει καμία εικόνα για τις θέσεις που καλύπτουν και τις ανάγκες που εξυπηρετούν οι επαγγελματίες αυτοί.

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχουν γίνει κάποια βήματα για την βελτίωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης, Γκιωνάκης, Χονδρός, 2009):

1. Η ψήφιση του νόμου 2716/99, ενός νόμου αρκετά ολοκληρωμένου ως πλαισίου, που έφερνε την ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών στην ατζέντα της ελληνικής πολιτείας.

2. Η μείωση, κατά το ήμισυ σχεδόν, του ποσοστού των κλινών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία επί του συνολικού ποσοστού των ψυχιατρικών κλινών.

3. Η αρχική κατάρτιση και απόκτηση πρακτικής εμπειρίας εργασίας σε κοινοτικό πλαίσιο ενός μεγάλου αριθμού νέων επαγγελματιών, ως απαρχή της αλλαγής του μοντέλου παροχής της ψυχιατρικής φροντίδας.

4. Η δημιουργία νησίδων καλής πρακτικής σε κοινοτικό επίπεδο με προσπάθειες εφαρμογής των αρχών της κοινωνικής ψυχιατρικής και ολοκληρωμένης κάλυψης του τοπικού πληθυσμού.

Σε καμία περίπτωση όμως δεν μπορούμε να ομιλούμε για επιτυχή διαδικασία μεταρρύθμισης καθώς τα προβλήματα, και σε δομικό επίπεδο και σε επίπεδο λειτουργικής καθημερινότητας περιμένουν πολυάριθμα και κρίσιμα. Παρά το σωστό προσανατολισμό, δεν μπορούμε παρά να μιλούμε για μία ημιτελή μεταρρύθμιση.

3. Προβλήματα σχετικά με την μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας

Οι εμπλεκόμενοι στο χώρο, επαγγελματίες, διαχειριστές, φροντιστές και προπαντός οι ασθενείς βιώνουν καθημερινά και με τον χειρότερο τρόπο τις ελλείψεις, τις αντιφάσεις και τις συνειδητές παλινωδίες του όλου ψυχιατρικού συστήματος απέναντι στην συνολική ανάγκη θέσπισης ορθολογικών κανόνων και διαδικασιών για την θετική έκβαση του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος. Ένα αρχικό βασικό λάθος είναι η πολυδιάσπαση του συστήματος και η ανισόρροπη κατανομή των υπηρεσιών. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται: από το Ε.Σ.Υ. (ψυχιατρικά νοσοκομεία, γενικά νοσοκομεία, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου), τον ιδιωτικό τομέα, από τους ασφαλιστικούς φορείς, π.χ. Ι.Κ.Α., από υπηρεσίες που υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση, από στρατιωτικές υπηρεσίες, από το Υπουργείο Παιδείας, από την Εκκλησία. Είναι εύλογο ότι η έλλειψη κεντρικού συντονισμού και η μη δυνατότητα απόδοσης ευθύνης δημιουργούν ένα σύστημα αναποτελεσματικό, μη προσβάσιμο και κοστοβόρο (Thornicroft & Tansella, 2010).

Η προϋπόθεση της πολιτικής στήριξης προέβλεπε στην ουσία της «απ' έξω», από τα όργανα και τους μηχανισμούς

ελέγχου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μετά τον διεθνή στιγματισμό της χώρας με την «αποκάλυψη» στη διεθνή σκηνή του σκανδάλου της Λέρου (1988). Παρά τη φαινομενική στήριξη του όλου εγχειρήματος από το σύνολο σχεδόν των πολιτικών κομμάτων, στην πράξη ελάχιστα πολιτικά στελέχη, ενσωμάτωσαν στον πολιτικό λόγο και δράση τους τα βασικά προτάγματα και το όραμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της κοινωνικής ένταξης της διαφορετικότητας. Στο βαθμό που το αίτημα για μεταρρύθμιση δεν προήλθε ως κοινωνική εντολή ενός μαζικού κινήματος, αλλά ως επιβαλλόμενη αλλαγή, η όλη προσπάθεια στηρίχθηκε από μια μικρή μειοψηφία επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με ισχνή και συχνά αδιάφορη, αμφιθυμική ή και απροκάλυπτα εχθρική στάση των συντεχνιών του χώρου (Ψυχιατρική Εταιρία, Σωματεία ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, Σωματεία εργαζομένων νοσηλευτών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και ευρύτερα στο χώρο της υγείας). Στο βασικό αυτό επιχείρημα σχετικά με τους λόγους αποτυχίας της μεταρρύθμισης, της έλλειψης δηλαδή κοινωνικού κινήματος που να υποστηρίζει τη φιλοσοφία του όλου εγχειρήματος, καταλήγουν ειδικοί με διαφορετικούς επαγγελματικούς και θεσμικούς ρόλους σε σχέση με τον ψυχιατρικό χώρο (Μαδιανός, 2009, Στυλιανίδης, 2009, Μεγαλοικονόμου, 2005, Σακέλης, 2009, Χονδρός 2009).

Δεν υπάρχουν βασικές ενέργειες που θα στοιχειοθετούσαν ένα κίνημα για την ψυχική υγεία. Δεν καταγράφονται συλλογικές διεκδικήσεις με συγκεκριμένους στόχους. Μόνο την τελευταία πενταετία οργανώνονται διαφορετικές και ποικίλες δράσεις για να στηρίξουν την μεταρρύθμιση, όπως διαδηλώσεις, συγκεντρώσεις, θεσμική αλληλογραφία, παραγωγή εντύπων. Τέλος λείπουν βασικά στοιχεία που να ορίζουν ένα κίνημα (Tilly, 2007) όπως ενότητα, συμμετοχή ικανού αριθμού ατόμων, μακροχρόνια και συστηματική δέσμευση, που οφείλουν να επιδεικνύουν οι συμμετέχοντες σ' ένα κίνημα.

Άλλο βασικό λάθος του σχεδιασμού της μεταρρύθμισης, και το οποίο συναντάται συχνά και σε άλλες αντίστοιχες εμπειρίες (Maj, 2010), είναι η σύνδεση της παροχής φροντίδας και της οργάνωσης των υπηρεσιών με στενά ιδεολογικά και πολιτικά πλαίσια. Η κομματική και πελατειακή λογική και η επικρατούσα κουλτούρα άτυπων δικτύων διαφθοράς και διαπλοκής και των δυο κομμάτων εξουσίας προώθησαν λογικές ανορθολογικής διάθεσης πόρων χωρίς στόχευση. Αυτό είχε ως επακόλουθο μία σειρά αρνητικών επιδράσεων: ακύρωση στην πράξη της εξειδίκευσης και της συνεχούς εκπαίδευσης του αναγκαίου για τη μεταρρύθμιση ανθρώπινου δυναμικού, αντίσταση στη διάθεση επαρκών εθνικών πόρων (εκτός των χρηματοδοτήσεων από την Ε.Ε.), σχεδόν καθολική αντίσταση σε επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό και μελέτες λειτουργίας και προσαρμογής των υπηρεσιών στις μεταβαλλόμενες ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού, μη θέσπιση

κατευθυντήριων οδηγιών για την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών και συνεπώς τη συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγησή τους, αντίσταση στην προαγωγή σε κοινωνικό επίπεδο μιας κουλτούρας συνέργειας, δικτύωσης και συμπληρωματικότητας μεταξύ των φορέων. Η πενταετία 2004-2009 κυριολεκτικά υπερέβη κάθε προσδοκία ανομίας, προχειρότητας και καταστροφικότητας των «μη υμέτερων» ομάδων και υπηρεσιών, σε βαθμό που προκάλεσε την παρέμβαση θεσμικών οργάνων όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και βέβαια η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Η ηθική και δεοντολογική βάση της επιχειρούμενης αλλαγής παρέμεινε για χρόνια σαθρή, στο βαθμό που οι όποιες επίσημες ετήσιες αναφορές των ανεξάρτητων αρχών προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων παρέμειναν ανενεργές στα γραφειοκρατικά γρανάζια του Υπουργείου Υγείας. Εμπόδιο στην κατ' ουσίαν αλλαγή είναι επίσης η μη εφαρμογή της υφιστάμενης νομοθεσίας για την ψυχική υγεία (Ν. 2071/92, Ν. 2716/99) και η μη πραγμάτωση της αρχής της τομεοποίησης που μοιάζει να απασχολεί την Ελληνική Πολιτεία μόνο όταν της επιβάλλεται να διαχειρισθεί καταγγελίες διεθνών οργανισμών για παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σημειωτέον ακόμα, ότι η συνηγορία και η ενδυνάμωση των οικογενειών και των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί μάλλον μια περιθωριακή δράση για το σύνολο σχεδόν της επιστημονικής κοινότητας (χρησιμοποιείται μάλλον σαν «δημοκρατικό άλλοθι» παρά ως μια απαραίτητη ηθική και επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχιατρικής πρακτικής). Σκανδαλώδης τέλος είναι αύξηση των ψυχιατρικών νοσηλείων με εισαγωγική εντολή, που ξεπερνά το 53% του συνόλου των εισαγωγών σε ψυχιατρικά τμήματα ή νοσοκομεία. Όλα αυτά τα δεδομένα συνθέτουν μια μάλλον γκρίζα εικόνα της εικοσάχρονης μετέωρης μεταρρύθμισης (1989-2010).

Συζήτηση

Εξετάζοντας τα παραπάνω δεδομένα καταλαβαίνουμε ότι ζούμε την τραγωδία του αυτονόητου ανεστραμμένη: είναι άλλο πράγμα να επιβάλλονται, ακόμα και με σκληρό τρόπο, αναγκαίες μεταρρυθμίσεις για την ορθολογική λειτουργία της χώρας και των θεσμών της και εντελώς διαφορετικό πράγμα να επιβάλλεται η αποδόμηση του ήδη ευάλωτου κοινωνικού ιστού. Εν τούτοις, οφείλουμε να είμαστε προσεκτικοί σχετικά με μια προσδοκία αμιγώς τεχνοκρατικής επίλυσης των ιδιαίτερα πολύπλοκων προβλημάτων που αντιμετωπίζει η προσπάθεια αλλαγής της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, αν δε σκεφτούμε σοβαρά το πλαίσιο των προϋποθέσεων για μια ευρύτερη αναδιάρθρωση που απαιτείται, προκειμένου να είναι εφικτή κάθε μεταρρυθμιστική απόπειρα.

Το βασικό ερώτημα που τίθεται είναι το εξής: Πώς μπορεί ένα σύγχρονο κράτος να ανταποκριθεί, σε συνθήκες παγκοσμιοποίησης των αγορών, στις τεράστιες ανά-

γκες και στα νέα αιτήματα υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας από νέες, κοινωνικά αποκλεισμένες κοινωνικές ομάδες, όταν η πολιτική του καθορίζεται από ένα εχθρικό νεοφιλελεύθερο πλαίσιο επιθετικής και άνομης επιχειρηματικότητας; Πώς μπορεί να στηριχθεί η συνέχιση και ενδυνάμωση της καταρρέουσας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές; Ιδίως όταν δεν ενισχύονται πολιτικά και οικονομικά καινοτόμες εμπειρίες κοινωνικής επιχειρηματικότητας, πιλοτικές καλές πρακτικές με θετικό πρόσημο κόστους/αποτελεσματικότητας σε σχέση με την κοινωνική επανένταξη ευπαθών ομάδων πληθυσμού; Πώς μπορεί να κινητοποιηθεί ένα νέο πολύτιμο κοινωνικό και πολιτιστικό κεφάλαιο της χώρας μέσα από ένα διογκούμενο κενό καταναλωτισμό, κυριαρχίας του κέρδους μέσα από άκρατο ανταγωνισμό, εγωισμό, ατομικισμό, ανομία, αλλοτρίωση συνειδήσεων για διασφάλιση μιας ρευστής και ανασφαλούς θέσης εργασίας, μπροστά στον παραλυτικό φόβο μιας απειλητικής μακροχρόνιας ανεργίας;

Είναι προφανές ότι κάθε μεταρρυθμιστική απόπειρα στην χώρα μας, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής υγείας, περνά μέσα από μια βασανιστική διαδικασία κριτικού προσανατολισμού, αναστοχασμού της πραγματικότητας τόσο σε ατομικό όσο σε συλλογικό επίπεδο, μέσα από την ανάδυση ενός οράματος, μιας «συγκεκριμένης ουτοπίας», ικανής να δημιουργήσει μια νέα αφήγηση, να δίνει την αίσθηση ότι μπορούμε να ορίσουμε ξανά τις τύχες μας, να αναδύσει νέα νοήματα, να προσφέρει ένα συνεκτικό πλαίσιο σκέψης και επένδυσης στην ελπίδα.

Ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι σημαντικό να υπερβούμε την παραλυτική εσωστρέφειά μας, αποτέλεσμα πολλαπλών ματαιώσεων και συσσωρευμένης απογοήτευσης για το μετέωρο βήμα της αποκαλούμενης «μεταρρύθμισης». Ακόμα, πρέπει να δούμε την ευρωπαϊκή πραγματικότητα και τους θεσμούς της όχι μόνο ως πηγή χρηματοδότησης και υποκατάστασης του φθαρμένου ελληνικού κράτους, αλλά ως πεδίο προκλήσεων, ανταλλαγών, τεχνογνωσίας. Οφείλουμε να δημιουργήσουμε ένα κοινό όραμα αλλαγής σε μια Ευρώπη κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής. Είναι σημαντικό επίσης, να μη σκεφτόμαστε μονοδιάστατα το πρόβλημα της δημόσιας ψυχικής υγείας με όρους διεκδίκησης και καταγγελίας του αναξιόπιστου κράτους, αλλά ΚΑΙ να προωθούμε νέου τύπου συνέργειες, καινοτομίες, δικτύωση με φορείς και άτομα που δεν ανήκουν μόνο στον κλειστό χώρο της ψυχικής υγείας. Πρέπει να αξιοποιήσουμε αυτό που αποκαλούμε ρουτίνα της κλινικής πρακτικής, επανάληψη, επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού των μονάδων ψυχικής υγείας, μέσα από νέες ιδέες και γνώσεις σε αυτό που ορίζει ο μεγάλος κριτικός της τέχνης Arthur Danto ως «μεταμόρφωση του κοινότοπου». Μπορούμε να περάσουμε στη συλλογική διεκδί-

κτηση, με άλλες κοινωνικές και πολιτικές δυνάμεις, στην πραγμάτωση ενός νέου κοινωνικού κράτους που να δημιουργεί ένα πλαίσιο για ανάπτυξη ίσων δυνατοτήτων και ευκαιριών σε όλους τους πολίτες, στον εξορθολογισμό, την εξυγίανση και την ποιοτική αναβάθμιση των υφισταμένων υπηρεσιών, τη σύνδεση ανάπτυξης μιας νέας δομής κοινωνικού κράτους με την εκπαίδευση, την αξιολόγηση, την στοχευμένη λειτουργία, την οικονομική ανάπτυξη, την αναγκαία αλλαγή της πολιτικής και θεσμικής διαδικασίας.

Προϋπόθεση για οποιοδήποτε νέο σχεδιασμό και αλλαγή στο χώρο της ψυχικής υγείας παραμένει το αυθεντικό ενδιαφέρον των λειτουργών του χώρου για τη συνάντηση με το ίδιο το πάσχων υποκείμενο. Μια συνάντηση που θα πραγματοποιείται στις καλύτερες δυνατές υλικές, θεσμικές, οργανωτικές συνθήκες των υπηρεσιών με κέντρο της την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας του Άλλου, την προσπάθεια συν-κατασκευής μιας νέας αφήγησης για την ψυχική διαταραχή μεταξύ των εμπλεκόμενων συνομιλητών, δηλαδή του πάσχοντος ατόμου και της οικογένειάς του και του επαγγελματία ψυχικής υγείας και της διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας που ανήκει.

Οι Thornicroft και Tansella (2010) μας παρέχουν συμπυκνωμένο υλικό για το πώς μπορούμε να βελτιώσουμε την φροντίδα ψυχικής υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ιστορικές κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες, τις μείζονες αντιστάσεις για τη πραγμάτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, προτείνουμε τις εξής κατευθύνσεις και άξονες δράσης για μια καλύτερη ψυχική υγεία στη χώρα μας:

1. Υιοθέτηση μιας οπτικής **δημόσιας υγείας** και μιας στρατηγικής για το σύνολο του πληθυσμού. Μιας στρατηγικής που θα συνδέει τη θεραπεία, της ολιστικής φροντίδας και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και θα ενσωματώνει την κάθε ψυχοθεραπευτική τεχνική και μοντέλο στο εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας του κάθε πάσχοντος υποκειμένου.

2. Η σταδιακή **μεταφορά των πόρων** (υλικών, ανθρώπινων) από την ιδρυματική περίθαλψη στη κοινότητα προϋποθέτει να αντικατασταθούν πλήρως οι ιδρυματικές δομές μ' ένα πλήρες εναλλακτικό δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η διαιώνιση του σημερινού παράλληλου ιδρυματικού και κοινοτικού συστήματος ταυτόχρονα και για διάστημα δύο δεκαετιών, δεν είναι μόνο οικονομικά καταστροφική για τον εθνικό προϋπολογισμό, αλλά δημιουργεί συγχυτικά και αντιφατικά μηνύματα για το σύνολο της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Η χρηματοδότηση νέων υπηρεσιών καθώς και η υποστήριξη των υφιστάμενων πρέπει να συνδέεται με την επίτευξη των στόχων κάθε υπηρεσίας κατόπιν αξιολόγησης της. Ο σχεδιασμός αποτελεσματικών υπηρεσιών μέσα σ' ένα πλαίσιο κρίσης που απαιτεί συνεχώς περικοπές είναι εφικτό, εφόσον να συνο-

δευτερί με ριζοσπαστικές και καινοτόμες πρακτικές (McAid & Knapp, 2010).

3. Εκπόνηση και επεξεργασία ενός επικαιροποιημένου **εθνικού στρατηγικού σχεδίου** για την ψυχική υγεία.

4. Θεσμική και ουσιαστική **συμμετοχή** συλλόγων, **οικογενειών και χρηστών** ψυχικής υγείας στο σχεδιασμό τη λειτουργία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Υποστήριξη οργανωμένων δράσεων ενδυνάμωσης αυτών των συλλόγων.

5. Εκπόνηση τακτικών **επιδημιολογικών μελετών** στο γενικό πληθυσμό και στις υπηρεσίες με στόχο την διερεύνηση των μεταβαλλόμενων αναγκών της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και του τρόπου λειτουργίας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Οι μελέτες αυτές δεν πρέπει να αποτελούν μόνο αντικείμενο επιστημονικών δημοσιεύσεων αλλά εργαλείο αλλαγής και αναβάθμισης της προσφερόμενης καθημερινής φροντίδας από τις υπηρεσίες.

6. Θέσπιση συστήματος **παρακολούθησης** ελέγχου και εξωτερικής **αξιολόγησης** όλων των υπηρεσιών. Ο επιδιωκόμενος στόχος είναι η λειτουργία ενός συστήματος υπηρεσιών με συνοχή, συντονισμό και εξειδικευμένους στόχους και όχι απλά ένα αναποτελεσματικό άθροισμα υπηρεσιών όπως είναι σήμερα.

7. Καθιέρωση **νέου τύπου εκπαίδευσης** του προσωπικού των υπηρεσιών με την εμπλοκή των πανεπιστημιακών και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ιατρικές σχολές, τμήματα ψυχολογίας, σχολές κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. κ.α.) προσανατολισμένη στη σύγχρονη θεματολογία της κοινοτικής ψυχιατρικής και της δημόσιας υγείας.

8. Θέσπιση στοχευμένων **δράσεων προαγωγής και αγωγής της ψυχικής υγείας** (ενάντια στο στίγμα της ψυχικής νόσου, στην προκατάληψη, στον κοινωνικό αποκλεισμό), με αρχή, μέση και τέλος και με καθορισμένη μέθοδο αξιολόγησης.

9. Προαγωγή πολιτικής δικτύωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και της πρόνοιας στο πλαίσιο της τομεοποίησης.

10. Πολιτική αξιοποίησης τεκμηριωμένων **καλών πρακτικών** (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, κοινωνική επιχειρηματικότητα, παρέμβαση στην κρίση, συνεργασία με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) με στόχο τη μεταφορά και τα πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα της καινοτομίας σε όλο το σύστημα υπηρεσιών.

11. **Εφαρμογή της υφιστάμενης νομοθεσίας** για διατήρηση διαδικασιών νοσηλείας με εισαγγελική παραγγελία, ουσιαστική εφαρμογή της τομεοποίησης για όλο το ηλικιακό φάσμα του πληθυσμού.

12. **Ενίσχυση** λειτουργίας της **ανεξάρτητης αρχής προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών** με διευρυμένες αρμοδιότητες και στενή συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Δικαιοσύνης με τον Συνήγορο του πολίτη.

Η πραγμάτωση όλων αυτών των στόχων υπερβαίνει κατά πολύ μια επαρκή τεχνογνωσία του αντικειμένου. Προϋποθέτει μια πραγματική στράτευση όχι ως μιας απλής επιλογής αλλά ως στάσης που, όπως τόνιζε ο Σατρ, αποτελεί ουσιώδες μέρος της ανθρώπινης κατάστασης, προτρέπει στην υπεύθυνη στάση υπεράσπισης όχι μόνο των οικονομικών αξιών, αλλά και το γνήσιο ενδιαφέρον μας για την τύχη των συγκεκριμένων ατόμων, ψυχικά ευάλωτων συμπολιτών μας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amadeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L and Tansella M (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G (Eds) *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*. Open University Press: Berkshire, 235- 249
- De Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. (2007) The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lesson to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257:83-91
- European Pact for Mental Health and Well-being EU High-Level Conference "Together For Mental Health And Wellbeing"* Brussels, 12-13 JUNE 2008
- Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 370: 1061-77.
- Maj M (2010). Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World psychiatry* 9: 65-66
- Mavreas V, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC (1986). Prevalence of Psychiatric disorders in Athens: a community study. *Soc Psychiatry*, 21:172-181
- McDaid D. & Knapp M. (2010). Black-skies planning? Prioritizing mental health services in times of austerity. *British Journal of Psychiatry* 196: 423-424
- Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 370: 1164-74.
- Shorter E (2007). The historical development of mental health services in Europe. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G (Eds) *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*. Open University Press: Berkshire, 15 – 33
- Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake RE, Gregorio G, Hanlon C, Ito H, Latimer E, Law A, Mari J, McGeorge P, Padmavati R, Razzouk D, Semrau M, Setoya Y, Thara R, Wondimagegn D (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care *World Psychiatry* 9:67-77
- Thornicroft G & Tansella M (2010). Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Τόπος: Αθήνα
- Tilly C (2007). *Κοινωνικά Κινήματα 1768-2004*, Σαβάλλας: Αθήνα
- W.H.O. (2005) *Mental health atlas 2005*. Mental health: evidence and research. Department of mental health and substance abuse. WHO: Geneva
- Επιτροπή ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Ε.Ψ.Ε.). Έκθεση 2006-2008. Αθήνα, 2008

- Μαδιανός Μ (2009). Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης: από την περίπτωση της Λέρου στο «Ψυχαργώς». Στο: Σακέλης Γ. (Επιμ.) *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες – προτάσεις – λύσεις*. Σάκουλα: Αθήνα, 11-24
- Μαδιανός Μ. *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Καστανιώτη: Αθήνα, 2005
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2005). Η αποϊδρυματοποίηση ως θεραπευτική πράξη. Το πρόβλημα της εξουσίας, του κοινωνικού ελέγχου και της χειραφέτησης στη διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Στο: Επιστημονική Ένωση ΨΝΑ (Επιμ.) *Τετράδια ψυχιατρικής: 20 χρόνια αγώνων στο χώρο της ψυχιατρικής και της κοινωνίας*. Ειδική έκδοση Τετραδίων Ψυχιατρικής, 69-78
- Σακέλης Γ. (2009). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες – προτάσεις – λύσεις. Συμπεράσματα Ημερίδας. Στο: Σακέλης Γ. (Επιμ.) *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες – προτάσεις – λύσεις*. Σάκουλα: Αθήνα, 119-128
- Σκαπινάκης Π, Ζήση Α, Σαββίδου Μ, Τσελώνη Μ, & Χίου Μ (2007). Επιπολασμός και κοινωνιοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας Βορείου Αιγαίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (Συμπλ 1):30-36
- Στυλιανίδης Σ (2009). Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Στο: Σακέλης Γ. (Επιμ.) *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες – προτάσεις – λύσεις*. Σάκουλα: Αθήνα, 43-58
- Στυλιανίδης Σ, Σκαπινάκης Π, Παντελίδου Σ, Χονδρός Π, Αυγουστάκη Α, Ζιακούλης Μ (2010). Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 27: 675-683
- Στυλιανίδης Σ., Γκιωνάκης Ν., Χονδρός Π. (2009). Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της ιταλικής μεταρρυθμιστικής εμπειρίας, *Σύναψις*, 15, 28-44
- Τούντας Γ. *Υπηρεσίες Υγείας*. Οδυσσέας-Νέα Υγεία: Αθήνα, 2008
- Χονδρός Δ. (2009). Τα διαχρονικά προβλήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και προβλεπόμενες δράσεις στο ΕΣΠΑ 2007-2013. Στο: Σακέλης Γ. (Επιμ.) *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες – προτάσεις – λύσεις*. Σάκουλα: Αθήνα, 157-165

Θέσεις

ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ - ΚΡΙΤΙΚΗ
ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΛΗΣ
ΤΩΝ ΤΑΞΕΩΝ

*Παρελθόν και μέλλον:
Εμφύλια σύγκρουση*

Editorial: Το αδιέξοδο ως πολιτική ρύθμισης. Το φαντασιακό της συλλογικής ενοχής στην εποχή της παλινόρθωσης

Γ. Μηλιός και Δ. Τζανακόπουλος: Κοινωνικός μετασχηματισμός και έξοδος από την Ευρωπαϊκή Ένωση

Σ. Λαπατσιώρας και Δ. Σωτηρόπουλος: Ταξίδι μέσα στην ήττα

Α. Γαβριηλίδης: Οι καθηγητές του τίποτα II. Η αντι-αναθεώρηση ως ιστορική επιστήμη

Μπάμπης Νίκας: Ο άλλος εκπαιδευτικός

Ν. Τριμικλινιώτης: Σημείωση για τη μη αναγνωρισμένη «Τουρκική Δημοκρατία Βόρειας Κύπρου». Ταξικές παράμετροι

Μ. Ιωάννου: Οι βλαχόφωνοι πληθυσμοί της Ελλάδας και η διαμόρφωση της εθνικής τους συνείδησης

Μ. Μπαρτσιδής: Η άγρια ευρυθμία των κανόνων

Αλφαβητικό - Θεματικό Ευρετήριο 2010

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2011

114