

## Άρθρο Σύνταξης Editorial

# Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;

Ψυχιατρική 2013, 24:15–16

Από το 1984, με την έναρξη του Προγράμματος 815/84 της τότε ΕΟΚ, ο όρος «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» έγινε συνώνυμος της επιθυμητής αλλά και επιτακτικής αλλαγής της τότε παραδοσιακής, ασυλιακού σε μεγάλο βαθμό τύπου περίθαλψης προς μία αποκεντρωμένη παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας με βάση την κοινότητα. Το πρόγραμμα πέρασε από διάφορες φάσεις στασιμότητας και μη απορροφητικότητας κονδυλίων, μέχρις ότου αναπτυχθεί και ολοκληρωθεί τελικά τον Ιούνιο του 1995. Δημιουργήθηκαν περίπου 250 νέες υπηρεσίες αποκαλούμενες «νέες δομές». Το 1999 ψηφίστηκε ο πιο προοδευτικός Νόμος για την ψυχική υγεία (2716/17.5.99), αποτέλεσμα του οποίου υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στην ψυχική υγεία. Το «Ψυχαργός» αποτέλεσε τη συνέχιση του εγχειρήματος της «μεταρρύθμισης». Πρόκειται για ένα φιλόδοξο πρόγραμμα που ξεκίνησε το 2000, είχε κόστος 700 εκατομμύρια ευρώ και βασικούς στόχους: (α) τον αποϊδρυματισμό των απομεινάντων χρόνιων ψυχικά ασθενών στα οκτώ δημόσια ψυχιατρεία που λειτουργούσαν ως τότε και με κατάληξη το κλείσιμο των τελευταίων, (β) την περαιτέρω ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών σε όλη τη χώρα ως υποστηρικτικών της προηγούμενης διαδικασίας αποϊδρυματισμού και (γ) την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Μέχρι σήμερα έχουν κλείσει τα ψυχιατρεία Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Κέρκυρας, Νταού Πεντέλης, ενώ εκείνο της Τρίπολης υπολειτουργεί. Λειτουργούν επίσης 43 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αντί των 94 που είναι αναγκαία για τη χώρα ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Για τη λειτουργία, την αποτελεσματικότητα και την και αποδοτικότητά τους δεν υπάρχουν σχετικά στοιχεία. Από τις λοιπές υπηρεσίες αναπτύχθηκαν 57 Κέντρα Ημέρας με 855–900 θέσεις έναντι των 1500 θέσεων που απαιτούνται, 25 Κινητές Μονάδες, 37 Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία, 28 Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία με 650 κρεβάτια, ενώ χρειάζονται 2900 κρεβάτια ταχύρρυθμης νοσηλείας που να καλύπτουν 40.000 νοσηλείες τον χρόνο. Τέλος, για το Πρόγραμμα Αποϊδρυματισμού δημιουργήθηκαν 343 ξενώνες και άλλες στεγαστικές δομές με 3100 κρεβάτια, καθώς επίσης και 2000 θέσεις σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ΚΟΙΣΠΕ. Για να υπερκεραστεί το άκαμπτο και γραφειοκρατικό δημόσιο λογιστικό υιοθετήθηκε η παρέμβαση των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, ΜΚΟ (Non Governmental Organizations, NGOs), οι οποίες το 2012 ανήρχοντο σε 65 που ανέπτυξαν 220 μονάδες (το 30% του συνόλου των μονάδων ψυχικής υγείας) που διαθέτουν το 50% των κρεβατιών του Προγράμματος Αποϊδρυματισμού. Οι ΜΚΟ απορρόφησαν 45 εκατομμύρια ευρώ το 2010. Από πλευράς ΥΥΚΑ δεν υπήρξε πρόβλεψη αξιολόγησης του έργου τους, ούτε και υποχρέωσή τους να δημοσιεύσουν τα οικονομικά τους πεπραγμένα. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πρώτες ΜΚΟ ιδρύθηκαν από καταξιωμένους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας στις δεκαετίες του 1980 και 1990 για την ολοκλήρωση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84. Αργότερα και συχνά με αδιαφανή κριτήρια, αναπτύχθηκαν δεκάδες ΜΚΟ από μη ειδικούς που ανέλαβαν έργα του «Ψυχαργός». Όσον αφορά στον ιδιωτικό τομέα, το 2007 αυτός κάλυπτε 4207 ψυχιατρικά κρεβάτια.

Από την αποτίμηση της όλης διαδικασίας των αλλαγών στην ψυχιατρική περίθαλψη κατά τα τελευταία 28 χρόνια, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε τις αλλαγές αυτές ως πραγματική μεταρρύθμιση για τους ακόλουθους λόγους: Το αίτημα για τις αλλαγές αυτές δεν διατυπώθηκε από την πλειοψηφία του ψυχιατρικού κόσμου, ούτε από την κοινωνία, αλλά επήλθε «από τα πάνω». Δεν υπήρξε ένας αρχικός επιστημονικός σχεδιασμός, ξεκινώντας με την τομεοποίηση (αφού αυτή σχεδιάστηκε το 2004 και αφορούσε σε 58 τομείς αντί των αναγκαίων 94) και με βάση επιδημιολογικά προσδιορισμένες ανάγκες. Δεν φαίνεται να υπήρξε κυρίαρχη ψυχιατρική ιδεολογία, σε αντίθεση με την αντίστοιχη ιταλική ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Δεν δημιουργήθηκε ένα σύστημα συντονισμένων υπηρεσιών με στόχο τη διατήρηση της θεραπευτικής φροντίδας. Τα υπάρχοντα ΚΨΥ δεν εφημερεύουν και δεν διασυνδέονται με το σύστημα εφημεριών, με αποτέλεσμα να «χάνονται» τα επείγοντα περιστατικά, οι δε νοσηλείες να γίνονται εκτός τομέα. Επίσης, οι ΤΕΨΥ δεν συνδέονται με τις ΔΥΠΕ. Ο ρόλος της κοινότητας (τοπική αυτοδιοίκηση, λοιπές τοπικές αρχές, οικογένειες και συγγενείς ψυχικά αρρώστων, οργανωμένες ομά-

δες πολιτών για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών) απουσιάζουν εντελώς τόσο σε νομοθετικό όσο και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Απουσία συντονισμού των υπηρεσιών υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ (Ν. 3918/11) ίσως βοηθήσει στη βελτίωση του συντονισμού.

Μέσα σε αυτό το κλίμα και με τις διαδικασίες των αλλαγών να βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη, ενέσκηψε η μεγάλη οικονομική και κοινωνική κρίση στη χώρα με απώλεια του 25% του ΑΕΠ, συρρίκνωση αποδοχών και συντάξεων (40%) και ανεργία (26%), η οποία επιδείνωσε την όλη κατάσταση. Το μέγεθος του ΑΕΠ, ως γνωστόν, είναι συνώνυμο με τη συνολική ευημερία της κοινωνίας, των ατόμων και των οικογενειών τους, καθώς και των κοινωνικών κατακτήσεων μέσω του κοινωνικού κράτους. Ως αποτέλεσμα της κρίσης, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα, η πίστη στη δημοκρατία, τους θεσμούς και τις αξίες, ο σεβασμός στον «άλλον» το αίσθημα της κοινωνικής συνοχής και ασφάλειας έχουν υπονομευθεί. Οι ομάδες που πρώτες και κυρίως θίγονται είναι οι νέοι, οι φτωχοί και ανήμποροι, καθώς και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Η οικονομική κρίση έχει προκαλέσει ήδη και συνεχίζει να δημιουργεί αδιαμφισβήτητους δυσμενείς ψυχοκοινωνικούς δείκτες, όπως ότι μεταξύ 2006 και 2011 παρατηρείται μια αύξηση κατά 35% της κατανάλωσης των αντικαταθλιπτικών, μια αύξηση κατά 62% των νέων κρουσμάτων HIV, ενώ βρέθηκε μια ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση κατά 185% των ατόμων που έκαναν απόπειρες αυτοκτονίας (0,6% το 2008 και 1,5% το 2011). Επίσης, η μείζων κατάθλιψη το 2008 βρέθηκε να είναι 3,3% σε πανελλήνιο δείγμα γενικού πληθυσμού, ενώ το 2011 η επικράτηση ανήλθε στο 8,2%. Τα ευρήματα αυτά προέρχονται από συστηματικές επιδημιολογικές μελέτες της επίδρασης της κρίσης στην ψυχική υγεία, που οργανώθηκαν και υλοποιήθηκαν από το ΕΠΙΨΥ. Ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό εύρημα είναι η στατιστικά σημαντική συσχέτιση δημόσιου χρέους, ποσοστών ανεργίας και ποσοστών αυτοκτονιών ανά ηλικία (age specific rates) μεταξύ 2001 και 2011. Η κρίση έπληξε κάθε τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα ψυχικής υγείας με πρώτο «θύμα» το πρόγραμμα αποϊδρυματισμού που υλοποιείται μέσα από τις ΜΚΟ, αφού υπήρξε περικοπή κατά 50% της χρηματοδότησης έτσι ώστε να επέλθει στάση πληρωμών λειτουργικών δαπανών και μισθοδοσίας για έξι και πλέον μήνες. Επίσης, πολλές υπηρεσίες ψυχικής υγείας υποχρεώθηκαν να σταματήσουν ορισμένα ειδικά προγράμματά τους, ενώ την ίδια στιγμή εμφανίζονται να είναι υποστελεχωμένες. Η εικόνα συμπληρώνεται με την αυξητική τάση των αστέγων στα μεγάλα αστικά κέντρα, πολλοί από τους οποίους βρέθηκε να είναι ψυχικά άρρωστοι. Με την κρίση, επίσης, ελαχιστοποιείται το κοινωνικό κράτος με χιλιάδες ανασφάλιστα άτομα λόγω ανεργίας και κατάργησης των συλλογικών συμβάσεων, χωρίς προστασία από ενδεχόμενες απολύσεις. Η εισβολή και εδραίωση του νεοφιλελευθερισμού ως αντίδοτου της κρίσης, αφού η κεντρική κοινωνική πολιτική έχει καταρρεύσει, ενέχει τον κίνδυνο υπονόμησης της ψυχοκοινωνικής προστασίας, με την εισαγωγή της διαχειριστικής λογικής «κόστους-κέρδους» στην αντιμετώπιση της πρόληψης, της θεραπείας και αποκατάστασης της ψυχικής αρρώστιας και του ανθρώπινου πόνου. Το «κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο» είναι ένα από παράδειγμα τέτοιας πολιτικής.

Γίνεται λοιπόν σαφές ότι το μέλλον ακόμη και αυτής της ατελούς μεταρρύθμισης βρίσκεται σε κίνδυνο. Είναι επιτακτική η προάσπιση του κοινωνικού κράτους και της ψυχικής υγείας και η αποσύνδεσή τους από τις πολιτικές λιτότητας που έχουν υιοθετηθεί. Ίσως η αναγνώριση, η αναβάθμιση και η υποστήριξη των πολλαπλών ρόλων και πόρων της κοινότητας στην προάσπιση της ψυχικής υγείας των μελών της μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση του κρίσιμου αυτού φαινομένου.

**Μιχάλης Γ. Μαδιανός**

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

## Βιβλιογραφία

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011
- Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:943–952
- Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis C. *Suicidality and economic crisis in Greece. Lancet* 2012, 380:337–338
- Economou M, Madianos M, Peppou L, Patelakis A, Stefanis C. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/J.Jad.2012.08.008>
- World Health Organization-Regional Office for Europe. *Impact of Economic Crisis on Mental Health*. Copenhagen, WHO, 2011
- Sareen J, Affifi T, MacMillan K et al. Relationship between household income and mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:419–427