

Journal Pre-proof

The blind spots of psychiatric reform in Greece

DOI: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.009>

To appear in: Psychiatriki Journal

Received date: 19 May 2024

Accepted date: 21 May 2024

Please cite this article as: Stelios Stylianidis, The blind spots of psychiatric reform in Greece, Psychiatriki (2024), doi: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.009>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published during the production process, errors, may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

EDITORIAL

The blind spots of psychiatric reform in Greece

According to international experience, the conditions for the successful outcome of a psychiatric reform are the following: (a) Existence of political will (supporting a national plan with assessment, monitoring, and corrective intervention procedures for structural dysfunctions, etc.). (b) Strong mental health leadership (executive expertise and skills that advance the public health agenda). (c) Challenging the dominance of the biomedical model in therapeutic practice through the promotion of holistic care practices, evidence-based innovative actions, collaborative care, the promotion of recovery culture, and the use of innovative digital tools. (d) Ensuring necessary resources over time, so that resources from the transition of the asylum model to a model of sectorial community mental health services "follow" the patient. (e) Strengthening the participation of service recipients and their families in decision-making processes and evaluation of care quality. (f) Practices based on ethical principles (value-based practice) and not only on the always necessary documentation (evidence-based practice).¹⁻⁴

Convergent evidence from the "ex post" evaluation of the implementation of the national plan Psychargos 2000-2009⁵ and from the recent rapid assessment of the psychiatric reform by the Ministry of Health and the WHO Athens office (SWOT analysis)⁶ indicates "serious fragmentation of services, an uncoordinated system that often results in inappropriate service provision, a lack of epidemiological studies and studies concerning the local needs of specific populations, uneven development of services between different regions of the country, a large number of specialized professionals with significant deficits in community psychiatry expertise, a lack of personnel in supportive roles, significant gaps in specialized services (for individuals with autism spectrum disorders, intellectual disabilities, eating disorders, old and new addictions, and community forensic psychiatry services)".

We would also like to highlight lack of coordination and collaboration among different mental health service systems (public primary and secondary service providers, NGOs, municipal services, mental health services of the armed forces, private sector), complete absence of systematic evaluation and monitoring (lack of quality of care indicators, clinical outcomes, epidemiological profile of each service), lack of quality assurance mechanisms and clinical management systems, insufficient number of beds mainly for acute cases, unclear protocols for discharge issuance and ensuring continuity of care, deficient budget for Mental Health in relation to the overall healthcare expenditure (currently 3.3%), and finally, one of the highest rates of involuntary hospitalizations in Europe, which is linked to serious issues concerning the protection of the rights of service users.

After the pandemic and the emergence of the silent but expected mental health pandemic, WHO, EU, and the Greek Ministry of Health emphasized the need to adopt a public mental health agenda with an emphasis on community psychiatry in order to address both the old structural dysfunctions and inadequacies of psychiatric reform (regulation 815/1984, Leros I-Leros II plan, Psychargos A & B, incomplete implementation of laws 2071/1992 & 2716/1999, incomplete deinstitutionalization of the remaining psychiatric hospitals).

However, it is time to reflect that it is not possible to talk today about the need to update and implement a new national plan to upgrade mental health in the country without answering basic questions, both old and new, about the wider context of its implementation.

The transformation of the deficient psychiatric care in the country cannot be completed without the urgent restructuring of the National Health System⁷ and the reform of the Greek

welfare state itself, which is also characterized by irrationality, inequalities, bureaucratic inefficiency, and fragmentation.⁸

As we should have learned from the bankruptcy and the prolonged economic, social, and cultural crisis in our country, reforms usually pay off in the long term, while the time horizon of the applied policies is narrow and usually reaching the next election. The fact is that in any reform effort, including psychiatry, the political system does not demonstrate the ability to promote transparency, evaluation, stable rules of regulation, reference to a universally applicable legal and institutional framework, the limitation of clientelism and guild resistances.

From this point of view, it is necessary to give meaning in the context of Greek psychiatric reform to the professional burnout of the National Health System workers, the lack of motivation and vision, the intrusion into the NGO space by new entities without any connection to the culture of psychiatry reform, the guild resistances of all relevant specialties, the selective use of psychotherapeutic techniques, as trends of discrediting the relief of social and psychological suffering in the field of public mental health.

There is an urgent need to understand new pathologies (narcissistic disorders, new forms of addiction, eating disorders, "pathology of emptiness", adolescent delinquency and suicide, psychosomatic manifestations due to high stress, pathology of fluid social ties, deficient socialization of young people "outside of their algorithms") through a solid and coherent analysis of the toxic postmodernity culture. In addition to the social determinants of mental health,⁹ it is necessary in clinical work to also assess the psychological factors, such as uncertainty, conflict, loss of control, and incomplete information, that burden human health.¹⁰ In order to reduce the gap between declarations and real life, there is an urgent need to overcome the blind spots of psychiatric reform in the country by establishing internal and external evaluation processes, training young professionals in holistic care and community networking and communication skills, retraining leaders for organizational change, and strengthening the participation of service users in the context of deepening democracy in mental health.

As mental health professionals, the object of our work in the community should be the reconstruction of meaning and the fragile or non-existent social bond in subjects who have been cut off from any possible production of meaning and participation in their history. Why should our therapeutic responses be stereotypically repetitive in the face of these complex, radical changes in the meta-context and the new demands of our patients?

After all, as the philosopher Ernst Bloch puts it, utopia is "that which does not exist yet."

Stelios Stylianidis

Emeritus Professor of Social Psychiatry, Panteion University, Athens, Greece

Founder and Honorary President of the Association for Regional Development and Mental Health (EPAPSY), Athens, Greece

<https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.009>

Received 19 May 2024 / Published Online 29 May 2024

References

1. Barbui C, Papola D, Saraceno B. The Italian mental health-care reform: public health lessons. *Bull World Health Organ* 2018, 96:731-731A, doi: 10.2471/BLT.18.216002.
2. Funk M, Bold ND. WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health. *Health Hum Rights* 2020, 22:69-75, PMID: 32669790
3. Bhugra D, Tasman A, Pathare S, Priebe S, Smith S, Torous J, et al. The WPA- lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2017, 4:775-818, doi: 10.1016/s2215-0366(17)30333-4
4. Stylianidis S. *Social and community psychiatry: Towards a Critical, Patient-Oriented Approach*. Springer, 2016
5. Loukidou E, Mastroiannakis A, Power T, Craig T, Thornicroft G, Bouras N. Greek mental health reform: views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki* 2013, 24:37-44, PMID: 23603267
6. *National Action Plan for Mental Health 2021-2030*. Hellenic Republic, Ministry of Health 2023. Available from: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/c685-draseis/11499-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-psyxikh-ygeia>
7. Nikolaidis E. A reform for the governance of the National Health System. *Dianeosis* 2023. Available from: <https://www.dianeosis.org/2023/11/mia-metarrythmisi-gia-ti-diakyvernisi-toy-esy/>
8. Matsaganis M. The welfare state as accelerator of sustainable development. *Dianeosis* 2022. Available from: <https://www.dianeosis.org/2021/06/to-koinoniko-kratos-epitaxyntis-tis-viosimis-anptyksis/>
9. Champion J, Javed A, Lund C, Sartorius N, Saxena S, Marmot M, et al. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *Lancet Psychiatry* 2022, 9:169-182, doi: 10.1016/s2215-0366(21)00199-1
10. Maté G, Maté D. *The myth of normal: Trauma, Illness & Healing in a Toxic Culture*. Vermilion, London, 2022

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Τα τυφλά σημεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Από τη διεθνή εμπειρία μαθαίνουμε ότι οι προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση μιας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι εξής: (α) Ύπαρξη πολιτικής βούλησης (στήριξη εθνικού σχεδίου με διαδικασίες αξιολόγησης, παρακολούθησης και διορθωτικών παρεμβάσεων για τις δομικές δυσλειτουργίες κ.α.). (β) Ισχυρή ηγεσία στο χώρο της ψυχικής υγείας (τεχνογνωσία και δεξιότητες των στελεχών τα οποία προωθούν την ατζέντα της δημόσιας υγείας). (γ) Αμφισβήτηση στη θεραπευτική πρακτική της κυριαρχίας του βιοϊατρικού μοντέλου μέσα από την προαγωγή πρακτικών ολιστικής φροντίδας, τεκμηριωμένα καινοτόμων δράσεων, συνεργατικής φροντίδας και προαγωγή της κουλτούρας της ανάκαμψης (recovery), χρήση καινοτόμων ψηφιακών εργαλείων. (δ) Διασφάλιση αναγκαίων πόρων σε βάθος χρόνου, προκειμένου οι πόροι από τη μετάβαση του ασυλικού μοντέλου προς ένα μοντέλο τομεοποιημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας να «ακολουθούν» τον ασθενή. (ε) Ενδυνάμωση της συμμετοχής των ληπτών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους στις διαδικασίες διαμόρφωσης αποφάσεων και αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας. (στ) Πρακτικές βασισμένες σε ηθικές αρχές (value-based practice) και όχι μόνο στην – πάντα απαραίτητη – τεκμηρίωση (evidence-based practice).¹⁻⁴

Συγκλίνουσα τεκμηρίωση από την “ex post” αξιολόγηση της εφαρμογής του εθνικού σχεδίου Ψυχαργώς 2000-2009⁵ και από την πρόσφατη ταχεία εκτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από το Υπουργείο Υγείας και το γραφείο του ΠΟΥ Αθήνας (SWOT analysis)⁶ δείχνουν «σοβαρό κατακερματισμό υπηρεσιών, μη συντονισμένο σύστημα που συχνά καταλήγει στην ακατάλληλη παροχή υπηρεσιών, στην έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και μελετών που αφορούν τις κατά τόπους ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών, την άنيση ανάπτυξη υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών περιοχών της χώρας, μεγάλο αριθμό ειδικευμένων επαγγελματιών με τεράστια ελλείμματα τεχνογνωσίας κοινοτικής ψυχιατρικής, έλλειψη προσωπικού σε υποστηρικτικούς ρόλους, σημαντικά κοινά σε εξειδικευμένες υπηρεσίες (άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, νοητική υστέρηση, διατροφικές διαταραχές, παλαιές και νέες εξαρτήσεις, καθώς και σε υπηρεσίες κοινοτικής δικαστικής ψυχιατρικής)».

Θα προσθέταμε ακόμα απουσία συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ΕΣΥ, ΜΚΟ, ΕΟΠΥΥ, δημοτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενόπλων δυνάμεων, ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας), παντελής έλλειψη συστηματικής αξιολόγησης και παρακολούθησης (έλλειψη δεικτών ποιότητας φροντίδας, κλινικών εκβάσεων, επιδημιολογικού προφίλ κάθε υπηρεσίας), έλλειψη μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και συστημάτων κλινικής διαχείρισης, ανεπάρκεια κλινών κυρίως οξέων περιστατικών, ασαφή πρωτόκολλα για έκδοση εξιτηρίων και διασφάλισης του συνεχούς της φροντίδας, ελλιπής προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία σε σχέση με την συνολική υγειονομική δαπάνη (σήμερα 3.3%) και, τέλος, ένα από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη ποσοστά ακούσιων νοσηλειών σε σύνδεση με τα σοβαρά ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών.

Μετά την πανδημία και την εμφάνιση της σιωπηλής αλλά αναμενόμενης πανδημίας ψυχικής υγείας, τέθηκε με έμφαση από τον ΠΟΥ, την ΕΕ και το Υπουργείο Υγείας η ανάγκη υιοθέτησης μιας δημόσιας ατζέντας ψυχικής υγείας με έμφαση στην κοινοτική ψυχιατρική προκειμένου να αντιμετωπιστούν τόσο οι παλιές δομικές δυσλειτουργίες και ανεπάρκειες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (κανονισμός 815/1984, σχέδιο Λέρος I-Λέρος II, Ψυχαργώς A & B, ελλιπής εφαρμογή των νόμων 2071/1992 & 2716/1999, ανολοκλήρωτος αποϊδρυματισμός των υπόλοιπων ψυχιατρικών νοσοκομείων).

Ωστόσο, είναι καιρός να αναστοχαστούμε πως δεν είναι δυνατόν να μιλάμε σήμερα για την ανάγκη επικαιροποίησης και εφαρμογής ενός νέου εθνικού σχεδίου για την αναβάθμιση της ψυχικής υγείας στη χώρα χωρίς να απαντηθούν βασικά ερωτήματα, τόσο παλαιά όσο και νέα, για το ευρύτερο πλαίσιο εφαρμογής του.

Ο μετασχηματισμός της ελλειμματικής ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα δεν μπορεί να ολοκληρωθεί χωρίς την επείγουσα ανασυγκρότηση του ΕΣΥ⁷ και τη μεταρρύθμιση του ίδιου του ελληνικού κοινωνικού κράτους, το οποίο χαρακτηρίζεται επίσης από ανορθολογισμό, ανισότητες, γραφειοκρατική αναποτελεσματικότητα και κατακερματισμό.⁸

Όπως οφείλαμε να έχουμε διδαχθεί από τη χρεοκοπία και την παρατεταμένη οικονομικο-κοινωνική και πολιτισμική κρίση στη χώρα μας, οι μεταρρυθμίσεις αποδίδουν κατά κανόνα μακροπρόθεσμα, ενώ ο χρονικός ορίζοντας των εφαρμοζόμενων πολιτικών είναι στενός και συνήθως αγγίζει την προοπτική των επόμενων εκλογών. Γεγονός είναι ότι σε κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχιατρικής, το πολιτικό σύστημα δεν επιδεικνύει την ικανότητα να προάγει τη διαφάνεια, την αξιολόγηση, τους σταθερούς κανόνες ρύθμισης, την αναφορά σε έναν αποδεκτό από όλους εφαρμοζόμενο νομικό και θεσμικό πλαίσιο, τον περιορισμό των πελατειακών σχέσεων και των συντεχνιακών αντιστάσεων.

Μέσα από αυτή την οπτική, είναι αναγκαίο να νοηματοδοτήσουμε στο πεδίο της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης την επαγγελματική εξουθένωση (burn out) των εργαζόμενων στο ΕΣΥ, το έλλειμμα κινήτρου και οράματος, την παρείσφρηση στον χώρο των ΜΚΟ νέων φορέων χωρίς καμία σύνδεση με την κουλτούρα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τις συντεχνιακές αντιστάσεις όλων των συναφών ειδικοτήτων, την επιλεκτική χρήση ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, ως τάσεις απαξίωσης της ανακούφισης της κοινωνικής και ψυχολογικής οδύνης στο πεδίο της δημόσιας ψυχικής υγείας.

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη να κατανοήσουμε τις νέες παθολογίες (ναρκισσιστικές διαταραχές, νέες μορφές εξαρτήσεων, διατροφικές διαταραχές, “παθολογία του κενού”, εφηβική παραβατικότητα και αυτοκτονικότητα, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις που οφείλονται στο υψηλό στρες, παθολογία των ρευστών κοινωνικών δεσμών, την ελλειμματική κοινωνικοποίηση των νέων “εκτός των αλγορίθμων τους”) μέσα από μια στερεά και συνεκτική ανάλυση της τοξικής κουλτούρας της μετανεωτερικότητας. Εκτός από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της ψυχικής υγείας,⁹ είναι αναγκαίο στην κλινική εργασία να εκτιμηθούν και οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως η αβεβαιότητα, η σύγκρουση, η απώλεια ελέγχου και η ελλιπής πληροφόρηση, που επιβαρύνουν την ανθρώπινη υγεία.¹⁰

Προκειμένου να μειωθεί το χάσμα μεταξύ διακηρύξεων και πραγματικής ζωής, είναι επείγον να υπερβούμε τα τυφλά σημεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μέσα από θέσπιση διαδικασιών εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης, εκπαίδευση των νέων επαγγελματιών στην ολιστική φροντίδα και τις δεξιότητες κοινοτικής δικτύωσης και επικοινωνίας, επανεκπαίδευση των ηγετικών στελεχών για την οργανωσιακή αλλαγή και την ενδυνάμωση της συμμετοχής των ωφελούμενων στο πλαίσιο της εμβάθυνσης της δημοκρατίας στην ψυχική υγεία.

Ως επαγγελματίες της ψυχικής υγείας το αντικείμενο της δουλειάς μας στην κοινότητα θα πρέπει να είναι η ανακατασκευή του νοήματος και του εύθραυστου ή ανύπαρκτου κοινωνικού δεσμού σε υποκείμενα που έχουν αποκοπεί από την κάθε δυνατή παραγωγή νοήματος και συμμετοχής στην ιστορία τους.

Γιατί οι θεραπευτικές απαντήσεις μας να είναι στερεότυπα επαναλαμβανόμενες απέναντι σε αυτές τις πολύπλοκες ριζικές αλλαγές του μετα-πλαισίου και των νέων αιτημάτων των ασθενών μας;

Εξάλλου όπως διατυπώνει και ο φιλόσοφος Ερνστ Μπλοχ, η ουτοπία είναι «εκείνο που δεν υπάρχει ακόμα».

Στέλιος Στυλιανίδης

*Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο
Ιδρυτής & Επίτιμος Πρόεδρος της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής
Υγείας (ΕΠΑΨΥ)*

<https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.009>

Παραλήφθηκε 19 Μαΐου 2024 / Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 29 Μαΐου 2024

Journal Pre-proof