

Ειδικό άρθρο Special article

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (II): Υπηρεσίες στην κοινότητα και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

M. Μαργαρίτη,¹ M. Χατζούλης,² M. Λαζαρίδου,³ Γ.Φ. Αγγελίδης,⁴
B. Φωτόπουλος,⁵ Λ. Μαρκάκη,⁶ Φ. Κουλούρη⁷

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ, Αθήνα,

³Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Αθήνα,

⁴Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, Κατερίνη,

⁵Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτειο, ⁶Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,

⁷Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:118–129

Η σχιζοφρένεια ανήκει στις διαταραχές που προκαλούν τη μεγαλύτερη αναπηρία σε παγκόσμιο επίπεδο με σημαντική επίπτωση στην επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική λειτουργικότητα των ασθενών. Η θνησιμότητα υπολογίζεται 2–2,5 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό και συχνά εκτός από τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, αποδίδεται σε σωματικά νοσήματα όπως καρδιαγγειακά, μεταβολικά ή φλεγμονώδη. Οι ανάγκες επίσης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας είναι αυξημένες και ποικίλλουν ανάλογα με τη φάση της ασθένειας και τον τρόπο που η διαταραχή επηρεάζει τον ασθενή και τη ζωή του. Σημαντικό μέρος του κόστους της διαταραχής αποδίδεται στις αυξημένες απαιτήσεις που προκύπτουν για τα συστήματα υγείας τόσο για την αντιμετώπιση της ίδιας της διαταραχής όσο και των επιπτώσεών της. Σε αυτό το άρθρο παρουσιάζεται το τμήμα των προσαρμοσμένων κλινικών οδηγιών για τη σχιζοφρένεια που εκπόνησε η ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας το 2015, με τις συνοπτικές προτάσεις για τον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη διαχείριση της σχιζοφρένειας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα καθώς έχει προηγηθεί το άρθρο που αφορά στο γενικό μέρος των κλινικών οδηγιών με την περιγραφή των στόχων και των περιορισμών των. Για τη διαμόρφωση των κλινικών οδηγιών, χρησιμοποιήθηκε ως κύριος οδηγός, ο οδηγός για τις βασικές παρεμβάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας στους ενη-

λίκοις, του National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2010, 2014), όπως επίσης οι κλινικές οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) (American Psychiatric Association, 2004), οι κλινικές οδηγίες του Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005), καθώς και άλλες εμπειριστατωμένες πηγές όπως επίσης Ελληνικές βιβλιογραφικές πηγές καθώς και εξωτερικές αξιολογήσεις των Ελληνικών προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η ομάδα εργασίας κατέβαλε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να προσαρμοσθεί η διεθνής εμπειρία στο σημερινό Ελληνικό τοπίο, με τους περιορισμούς που προκύπτουν από την άνιση διασπορά των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στις υπηρεσίες, την ανολοκλήρωτη τομεοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το υπό διαμόρφωση Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και τη δύσκολη οικονομική συγκυρία στην οποία βρίσκεται σήμερα η χώρα. Οι προτάσεις φιλοδοξούν να ενισχύσουν και να συμβάλουν στην αποδοτικότερη εφαρμογή της παροχής κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές εστιάζοντας κυρίως: (α) στον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, (β) σε προτάσεις που στοχεύουν στη συνεργασία και στον συντονισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχεια στη φροντίδα και η αποτελεσματικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων, καθώς και (γ) σε προτάσεις που συνιστούν τον σχεδιασμό υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, προκειμένου μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να δέχεται τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον. Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί σε υπηρεσίες που αναμένεται να περιορίσουν τις αυξημένες ανάγκες για νοσηλεία, όπως οι υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση, οι κοινοτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη διατήρηση και τη συνέχεια της θεραπείας των δύσκολων ασθενών που τείνουν να χάνονται από τις υπηρεσίες και στις υπηρεσίες έγκαιρων παρεμβάσεων στην ψύχωση.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικές οδηγίες, σχιζοφρένεια, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινοτική ψυχιατρική.

Εισαγωγή

Η δημοσίευση που ακολουθεί, αποτελεί το δεύτερο τμήμα των προσαρμοσμένων κλινικών οδηγιών για τη σχιζοφρένεια που εκπόνησε η ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας το 2015,¹ με τις άλλες δύο να αφορούν στο γενικό μέρος² και τις φαρμακευτικές και ψυχολογικές θεραπείες.³

Οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πολλές και διαφορετικές. Ποικίλλουν ανάλογα με τον τρόπο που η διαταραχή επηρεάζει τον ασθενή και τη ζωή του και ανάλογα με τη φάση της ασθένειας.^{4,5} Σήμερα είναι πλέον γενικώς αποδεκτό ότι η φροντίδα αυτών των ασθενών πρέπει να δίδεται κυρίως στην κοινότητα που ζει ο ασθενής και όχι στο νοσοκομείο.⁶ Στις ανεπτυγμένες χώρες, έχουν δημιουργηθεί διαφορετικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, προκειμένου να καλύπτουν το σύνολο των αναγκών που συνήθως παρουσιάζουν οι ασθενείς. Οι υπηρεσίες αυτές είναι συνηθισμένο να προσφέρονται από ομάδα επαγ-

γελματιών ψυχικής υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων προκειμένου να υπηρετούνται πληρέστερα οι πολλές και διαφορετικές ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στην κοινότητα μπορεί να είναι γενικές και να αφορούν στην παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών ή πιο εξειδικευμένες και να απευθύνονται σε ασθενείς σε συγκεκριμένη φάση της διαταραχής και με ειδικότερες ανάγκες, όπως είναι οι ομάδες Παρέμβασης στην Κρίση και κατ' οίκον θεραπείας,^{7,8} οι ομάδες Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας (Assertive Community Teams),^{9,10} ομάδες που προσφέρουν Υπηρεσίες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση,¹¹ τα Κέντρα Ημέρας, τα Νοσοκομεία Ημέρας¹² κ.λπ.

Στη χώρα μας, τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα η ψυχιατρική φροντίδα σχετίζονται με τις ελλείψεις σε ψυχιατρικές υπηρεσίες^{13,14} και τον ανεπαρκή συντονισμό ανάμεσα στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες, που δυσχεραίνουν τόσο την πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες για έναν σημαντικό πληθυσμό ασθενών όσο και τη

συνέχεια στη θεραπεία. Ως αποτέλεσμα αυτών των δύο κυρίως παραγόντων, το κόστος της αναπηρίας που προκαλεί η διαταραχή αυξάνεται δυσανάλογα και οδηγεί σε διαδοχικές νοσηλείες πολύ συχνά ακούσιες.^{15,16} Επιπρόσθετα, απουσιάζουν συστήματα ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας καθώς και βασικά στατιστικά στοιχεία, που θα επέτρεπαν την αποτελεσματικότερη οργάνωση του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.^{17,18}

Η ομάδα εργασίας, προκειμένου να υποβάλει προτάσεις για τις υπηρεσίες, έλαβε υπόψη της όλα τα προαναφερθέντα, σε άμεση συνάρτηση με τις τελευταίες διεθνώς τεκμηριωμένες απόψεις για την αποτελεσματικότητα των αναφερόμενων υπηρεσιών στη διεθνή βιβλιογραφία.¹⁹⁻²⁴ Αναγνωρίζει τις δυσκολίες που προκύπτουν από τις ελλείψεις σε μελέτες αξιολόγησης και επαρκούς τεκμηρίωσης των υπηρεσιών στη χώρα μας και ευελπιστεί ότι σε ένα επόμενο στάδιο, αυτό θα μπορεί να αντιμετωπισθεί. Καθώς όμως διεθνώς οι υπηρεσίες που προσφέρονται για την ψυχική υγεία σε κοινοτικό πλαίσιο διανύουν ήδη μια πορεία αξιολόγησης,^{25,26} η ομάδα εργασίας πιστεύει ότι η χώρα μας μπορεί να επωφεληθεί σε αυτό το στάδιο, θέτοντας ως προτεραιότητα στον σχεδιασμό, τη δημιουργία υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας με θετικό ισοζύγιο κόστους/οφέλους.^{18,27,28} Επιπλέον, καθώς σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς δικαιούνται να έχουν πρόσβαση σε τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και επειδή συνήθως οι πόροι που διατίθενται για την ψυχική υγεία είναι ανεπαρκείς, είναι πολύ σημαντικό αυτές οι παρεμβάσεις να αποτελούν το βασικό υπόστρωμα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Περισσότερες λεπτομέρειες για την περιγραφή και τον τρόπο λειτουργίας αυτών των υπηρεσιών, μπορεί να βρει ο αναγνώστης στη βασική έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών.¹

Είναι γεγονός ότι οι προκλήσεις και το στάδιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο οποίο βρίσκεται η χώρα μας, είναι προγενέστερα του σταδίου και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν χώρες που λειτουργούν ως πρότυπα και θέματα που σε αυτές τις χώρες έχουν ήδη λυθεί, στη χώρα μας μόλις αρχίζουν να τοποθετούνται. Ένα σημαντικό μέρος της

δυσκολίας που αντιμετώπισε η Ομάδα Εργασίας οφειλόταν ακριβώς σε αυτήν την απόσταση που υπάρχει και που δεν μπορεί να καλυφθεί από τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν σε άλλες χώρες. Θέματα π.χ. συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε άλλες χώρες καλύπτονται από λεπτομερή πρωτόκολλα και αποτελούν τμήμα ενός γενικότερου σχεδιασμού που δεν σταματά να ανασχεδιάζεται ακολουθώντας τα αποτελέσματα συνεχών αξιολογήσεων και δεν αποτελούν βασικό αντικείμενο σε νεότερες οδηγίες. Η ομάδα εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας, το υπό διαμόρφωση δίκτυο Πρωτοβάθμιας Υγείας και τις ειδικές οικονομικές συνθήκες που αντιμετωπίζουμε σήμερα, διαμόρφωσε τις προτάσεις με τρόπο ώστε, στην παρούσα συγκυρία, να ενισχύσουν και να συμβάλουν στην αποδοτικότερη εφαρμογή της παροχής κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές στη χώρα μας και επέλεξε προς τούτο να εστιάσει κυρίως στα ακόλουθα:

1. Στον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία της σχιζοφρένειας.
2. Σε προτάσεις που στοχεύουν στη συνεργασία και στον συντονισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχεια στη φροντίδα και η αποτελεσματικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων.
3. Σε προτάσεις που συνιστούν τον σχεδιασμό υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, προκειμένου μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να δέχεται τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον.

1. Η διαχείριση της σχιζοφρένειας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

1.1. Προτάσεις για τους οικογενειακούς ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα για το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο.

1.1.1. Παραπέμψτε τα άτομα που παρουσιάζουν πρόδρομη ψυχωσική συμπτωματολογία για πα-

ρακολούθηση στις ειδικές υπηρεσίες (Υπηρεσίες Έγκαιρων Παρεμβάσεων ή μονάδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα ή ειδικοί ιατροί).

1.1.2. Παραπέμπτε τα άτομα που παρουσιάζουν οξεία ψυχωσική συμπτωματολογία σε υπηρεσίες επείγουσας διαχείρισης ή σε μονάδες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Κινητές Μονάδες, ή Επείγοντα Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία Νοσοκομείων.

1.1.3. Αν η κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει τη συνεργασία, χρησιμοποιήστε το υπάρχον νομικό πλαίσιο σε συνεργασία με τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες.

1.1.4. Αν θεωρείτε απαραίτητο να αντιμετωπιστεί φαρμακευτικά το επείγον περιστατικό/κρίση πριν την παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα, σε αυτή την περίπτωση, αυτό θα πρέπει να γίνει από κάποιον γενικό/οικογενειακό ιατρό με εμπειρία στη φαρμακολογική θεραπεία της σχιζοφρένειας και θα πρέπει να ακολουθηθούν οι οδηγίες του κεφαλαίου της φαρμακολογικής θεραπείας³ ή/και σε συνεργασία με ψυχίατρο, όπως για παράδειγμα μέσω των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Η επείγουσα παραπομπή για άτομα σε αυτό το στάδιο νόσου μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση του ισχύοντος νομικού πλαισίου, σε συνεννόηση με δευτεροβάθμιες υπηρεσίες.

1.1.5. Υπενθυμίζεται η αναγκαιότητα όχι μόνο της έγκυρης, αλλά και της έγκαιρης εφαρμογής των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

1.2. Προτάσεις για τους οικογενειακούς ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη ψύχωση και σχιζοφρένεια.

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη ψύχωση ή σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

1.2.1. Παρακολουθείτε τακτικά τη σωματική κατάσταση του ασθενούς.

- Αναπτύξτε και χρησιμοποιήστε αρχεία καταγραφής περιστατικών ιατρείου για να παρακολουθείτε τη φυσική και ψυχική υγεία ατόμων με σχιζοφρένεια στην πρωτοβάθμια φροντίδα

- Οι οικογενειακοί ιατροί και άλλοι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο, να παρακολουθούν τη φυσική υγεία των ατόμων με σχιζοφρένεια σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Θα πρέπει να εστιάζουν στην εκτίμηση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και να έχουν κατά νου ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου από τον γενικό πληθυσμό. Ένα αντίγραφο των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αποστέλλεται στον συντονιστή φροντίδας ή/και στον ψυχίατρο και να τοποθετείται στον φάκελο της δευτεροβάθμιας φροντίδας

- Τα άτομα με σχιζοφρένεια με αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιαγγειακή νόσο ή/και διαβήτη (για παράδειγμα, με αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένα επίπεδα λιπιδίων, καπνιστές με αυξημένη μέτρηση περιμέτρου μέσης) θα πρέπει να αναγνωριστούν με την πρώτη ευκαιρία. Η φροντίδα τους θα πρέπει να οργανωθεί χρησιμοποιώντας την κατάλληλη κλινική κατευθυντήρια οδηγία για την πρόληψη τέτοιων νόσων

- Θεραπεύστε τα άτομα με σχιζοφρένεια που έχουν διαβήτη ή/και καρδιαγγειακή νόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα σύμφωνα με τις κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες.

1.2.2. Μπορείτε να συνταγογραφείτε στη βάση της γνωμάτευσης του ειδικού ιατρού και να παρακολουθείτε τον ασθενή για εκσεσημασμένες μεταβολές στην ψυχική του κατάσταση.

1.2.3. Φροντίστε να υπάρχει πρωτόκολλο διασύνδεσης και πολιτική επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών που υπάρχουν σε κάθε περιοχή.

1.2.4. Να μην παρακάμψετε την τομεοποίηση ως προς το ποιος θα είναι ο ειδικός ιατρός που γνωματεύει σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

1.2.5. Ο γενικός ή οικογενειακός ιατρός οφείλει να μεριμνήσει ώστε να λάβει ένα Ενημερωτικό Σημείωμα από τον θεράποντα ειδικό ιατρό, το οποίο θα τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς. Αν δεν εμπλέκεται κάποια δευτεροβάθμια υπηρεσία στη φροντίδα του χρήστη των υπηρεσιών (για παράδειγμα, επειδή μετακόμισε πρόσφατα στην περιοχή), ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να εξασφαλίσει ότι οποιαδήποτε υπάρχουσα γνωμάτευση ή ενημε-

ρωτικό σημείωμα αποστέλλεται σε αντίγραφο στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες στις οποίες γίνεται η παρομπή.

1.2.6. Άτομα που παρουσιάζονται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και που είναι καινούργια στην περιοχή (άγνωστα στις τοπικές υπηρεσίες) με προηγούμενη διάγνωση ψύχωσης, θα πρέπει να παραπέμπονται στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας για εκτίμηση, γεγονός που υπόκειται στη σύμφωνη γνώμη τους. Ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να επαληθεύσει τις λεπτομέρειες οποιασδήποτε προηγούμενης θεραπείας και να μεταβιβάσει οποιαδήποτε σχετική πληροφορία σχετικά με αυτό στη δευτεροβάθμια υπηρεσία, π.χ. στην Κοινοτική Ομάδα Ψυχικής Υγείας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

1.2.7. Για οποιοδήποτε ζήτημα σωματικής υγείας προκύπτει, θα πρέπει με τον ίδιο τρόπο ο γενικός ιατρός να ενημερώνει τον ειδικό ιατρό.

1.2.8. Όταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια δεν παρακολουθείται πλέον στη δευτεροβάθμια φροντίδα, ο κλινικός της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να παραπέμψει εκ νέου τον χρήστη υπηρεσιών στη δευτεροβάθμια φροντίδα.

1.2.9. Εάν στο πλαίσιο της παρακολούθησης του ασθενούς από την πρωτοβάθμια φροντίδα, ο οικογενειακός ιατρός παρατηρήσει ότι υπάρχει κάποια μεταβολή στην ψυχική κατάσταση του ασθενούς με διάγνωση σχιζοφρένειας, όπως για παράδειγμα:

- Επιδείνωση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας ή πτωχή απόκριση στη θεραπεία
- Μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή
- Μη ανεκτές παρενέργειες από τα φάρμακα
- Συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών
- Κίνδυνος για τον ίδιο ή για άλλους.

Σε αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να προταθεί επίσπευση της προγραμματισμένης εξέτασης από τον ειδικό ψυχίατρο ή/και να γραφεί κάποιο σημείωμα στον ψυχίατρο ή/και να υπάρξει επικοινωνία.

1.3. *Προτάσεις προς τις υπηρεσίες για τη διαχείριση ατόμων με ψυχωσική διαταραχή ή σχιζοφρένεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Διασύνδεση Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας.*

Προτάσεις προς όλες τις υπηρεσίες

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια φροντίδα και τη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

Ορθή χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών

1.3.1. Θα πρέπει να υπάρχει εκ των προτέρων η γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών, για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών και τη διαχείριση του επειγόντος ψυχιατρικού περιστατικού. Η πληροφόρηση αυτή πρέπει να είναι διαθέσιμη τόσο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και να μπορεί να δίνεται και στους ίδιους τους χρήστες και τους φροντιστές, όπως κρίνεται κάθε φορά.

1.3.2. Κάθε υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζει όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπάρχουν στην περιοχή ευθύνης της (δημόσιες, ΜΚΟ, ιδιωτικές, συμβεβλημένοι και μη ψυχίατροι), καθώς και τη διαθεσιμότητα άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, και θα πρέπει να παρέχει την πληροφόρηση αυτή, λαμβάνοντας υπόψη τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές εκάστου ασθενούς.

1.3.3. Όλες οι υπηρεσίες που παρέχουν παρεμβάσεις σε άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να φροντίσουν να προσφέρουν παρεμβάσεις που να είναι σε συμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

1.3.4. Κάθε υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να προετοιμάσει ένα ενημερωτικό φυλλάδιο με τις υπηρεσίες που προσφέρει, σε ποιους απευθύνεται και στοιχεία επικοινωνίας, το οποίο να είναι στη διάθεση ασθενών και κοινού ή/και να αναρτήσει τις πληροφορίες αυτές στον διαδικτυακό της τόπο.

1.3.5. Κάθε υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να φροντίσει να αναπτύξει ένα δίκτυο επικοινωνίας με καθεμία από τις υπόλοιπες υπηρεσίες, να φροντίσει να έχει στη διάθεσή της πληροφορίες για τις παρεμβάσεις που γίνονται στις όμορες υπηρεσίες και να έχει έναν δίαυλο επικοινωνίας με ένα συγκεκριμένο άτομο από κάθε υπηρεσία.

1.3.6. Σε κάθε Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, θα πρέπει να ορισθεί ένα άτομο (π.χ. νοσηλευτής ή κοινωνικός λειτουργός) που θα έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Πρόσωπο αναφοράς για τις υπηρεσίες ΠΦΥ (οικογενειακοί ιατροί και επαγγελματίες ΠΦΥ)
- Διαχείριση της λίστας αναμονής και των παραπομπών από την ΠΦΥ και επιμερισμός τους στους ψυχιάτρους του κέντρου ή/και τους συμβεβλημένους ψυχιάτρους και σε συνεργασία μαζί τους, ανάλογα με τη διαδικασία που θα προτιμηθεί από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του ΠΕΔΥ.

1.3.7. Θα πρέπει να ληφθεί πρόνοια ώστε, στις περιοχές που δεν καλύπτονται από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, να αναπτυχθούν γενικές Κοινοτικές Ομάδες Ψυχικής Υγείας, δυνάμενες να προσφέρουν τις αναφερόμενες στη συνέχεια ειδικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορεί να εδράζονται είτε αυτόνομα είτε στις εγκαταστάσεις ενός μητροπολιτικού Κέντρου Υγείας.

1.3.8. Επί υπάρξεως γενικής Κοινοτικής Ομάδας Ψυχικής Υγείας (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας), οι συμβεβλημένοι με το ΠΕΔΥ ειδικοί ψυχίατροι θα πρέπει να συνεργάζονται και να είναι διασυνδεδεμένοι με την Κοινοτική Ομάδα Ψυχικής Υγείας, ειδικά για την περίπτωση των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

1.3.9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας, σε συνεργασία με τις Τομεακές Επιτροπές Υγείας, πρέπει:

- i. Να καθορίσουν επακριβώς τη διαδρομή των ασθενών στο ΠΕΔΥ, λαμβάνοντας πρόνοια ώστε η διαδικασία να εξυπηρετεί την πρόσβαση και τη συνέχεια στη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές
- ii. Να εξασφαλίσουν και να προάγουν τη συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες.
- iii. Να επιβλέψουν τη δημιουργία πρωτοκόλλων συνεργασίας ανάμεσα στις υπηρεσίες και να ενισχύσουν δράσεις συνεργασίας
- iv. Να διαθέτουν το κατάλληλο πληροφοριακό υλικό σε όλες τις υπηρεσίες

1.3.10. Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε, σε κάθε Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής

Υγείας, να υπάρχει τουλάχιστον ένας επαγγελματίας υγείας εξειδικευμένος σε θέματα συνεργασίας και διασύνδεσης (π.χ. κοινωνικός λειτουργός), έμμισθης και πλήρους απασχόλησης, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη διασύνδεση των υπηρεσιών μέσω των ατόμων αναφοράς της κάθε υπηρεσίας, στον κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, με τη διενέργεια προσωπικών επαφών και επιτόπιων συναντήσεων.

1.4. Προτάσεις προς τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και τη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας – Δευτεροβάθμιας Φροντίδας για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

1.4.1. Παραπέμψτε επειγόντως όλα τα άτομα με πρώτη εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Η επιλογή της υπηρεσίας θα πρέπει να προσδιοριστεί από το στάδιο και από τη σοβαρότητα της νόσου, καθώς και από το τοπικό πλαίσιο (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κοινοτική Ομάδα Ψυχικής Υγείας, ειδικός ψυχίατρος, Εξωτερικά Ιατρεία Περιφερειακού Νοσοκομείου).

1.4.2. Για τακτικές παραπομπές, επιλέξτε κατά προτεραιότητα υπηρεσίες που υπάρχουν στην κοινότητα (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας), ειδικά για άτομα που παρουσιάζουν ανάγκες για πολλαπλές παρεμβάσεις.

1.4.3. Αναπτύξτε και χρησιμοποιήστε αρχεία καταγραφής περιστατικών ιατρείου, για να παρακολουθείτε τη φυσική και ψυχική υγεία ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

1.4.4. Οι οικογενειακοί ιατροί και άλλοι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να παρακολουθούν τη φυσική υγεία των ατόμων με σχιζοφρένεια τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο. Θα πρέπει να εστιάζουν στην εκτίμηση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και να γνωρίζουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου από τον γενικό πληθυσμό. Θα πρέπει να αποστέλλεται ένα αντίγραφο των αποτελεσμάτων στον συντονιστή φροντίδας ή/και στον ψυχίατρο, για να μπει στον φάκελο της δευτεροβάθμιας φροντίδας.

1.5. Προτάσεις προς τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και τη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας-Δευτεροβάθμιας Φροντίδας για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

1.5.1. Πραγματοποιήστε πλήρη εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα στη δευτεροβάθμια φροντίδα, περιλαμβανόμενης κάποιας εκτίμησης από έναν ψυχίατρο. Φτιάξτε ένα πλάνο φροντίδας σε συνεργασία με τον χρήστη υπηρεσιών το συντομότερο δυνατό. Στείλτε ένα αντίγραφο στον επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας που έκανε την παραπομπή και δώστε ένα και στον χρήστη των υπηρεσιών.

1.5.2. Περιλάβετε ένα πλάνο για αντιμετώπιση κρίσεων στο πλάνο φροντίδας, με βάση την πλήρη εκτίμηση κινδύνου. Το πλάνο αντιμετώπισης κρίσεων θα πρέπει να καθορίζει τον ρόλο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και να αναγνωρίζει τα κύρια κλινικά σημεία επαφής σε περίπτωση ενός επείγοντος ή κάποιας επικείμενης κρίσης.

1.5.3. Όταν γίνεται καινούργια παραπομπή ατόμων με ψυχωσική διαταραχή ή σχιζοφρένεια σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να λαμβάνετε υπόψη σας τις απαιτήσεις του χρήστη των υπηρεσιών και του φροντιστή ιδιαίτερα για:

1. Επανεξέταση των παρενεργειών της υπάρχουσας θεραπείας.
2. Ψυχολογικές θεραπείες ή άλλες παρεμβάσεις.

1.5.4. Όταν γίνεται κάποια τακτική παραπομπή από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, φροντίστε το πρώτο ραντεβού να μην υπερβαίνει τις 4 εβδομάδες.

2. Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα.

2.1. Προτάσεις για Κοινοτικές Ομάδες Ψυχικής Υγείας πολλαπλών ειδικοτήτων

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των Κοινοτικών Ομάδων Ψυχικής Υγείας, προτείνει τα ακόλουθα:

2.1.1. Η οργάνωση της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας θα μπορούσε να ωφεληθεί από την προσαρμογή στα Ελληνικά δεδομένα ενός προτύπου φροντίδας μέσω κοινοτικών ή άλλων ομάδων πολλαπλών ειδικοτήτων ψυχικής υγείας ικανών να παρέχουν φροντίδα βασισμένη στη διεθνή «καλή πρακτική».

2.1.2. Υπογραμμίζεται ο ρόλος των Κοινοτικών Ομάδων Ψυχικής Υγείας στη διάρθρωση της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, στις Κινητές Μονάδες και στην Ενισχυτική Κοινοτική Θεραπεία. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες ιδιαίτερα των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δομούνται συνήθως στη βάση των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας.

2.1.3. Ανεξάρτητα από το πλαίσιο της παρακολούθησης που έχει ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια, ειδικά όταν έχει την ανάγκη για πολλαπλές παρεμβάσεις, θα πρέπει να υπάγεται (χρεώνεται) σε ένα άτομο αναφοράς με ρόλο διαχειριστή/συντονιστή, τα στοιχεία επικοινωνίας του οποίου θα έχει ο ασθενής ή/και οι φροντιστές του. Ο ρόλος αυτού του προσώπου θα είναι:

- α. Να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς ανάμεσα στις διαφορετικές υπηρεσίες, περιλαμβανομένης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- β. Να συντονίζει τις υπηρεσίες που προσφέρονται για κάθε ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.
- γ. Να παρακολουθεί την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- δ. Να φροντίζει για την τήρηση των ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία, υπενθυμίζοντας τα ραντεβού στον ασθενή, ειδικά στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν δέχεται παρεμβάσεις από άλλες υπηρεσίες.

Τον ρόλο αυτόν μπορεί να τον αναλαμβάνει κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης/ρια ή άλλος επαγγελματίας υγείας.

2.2. Προτάσεις για τη φροντίδα μέσω της λειτουργίας Διαχείρισης Περιστατικού (για αναλυτική περιγραφή βλ. το πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών¹)

2.2.1. Η Ομάδα Εργασίας προτείνει, για ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία και έχουν πολλές και διαφορετικές ανάγκες που συνήθως καλύπτονται από διαφορετικές υπηρεσίες, να παρέχεται φροντίδα μέσω της λειτουργίας της Διαχείρισης Περιστατικού.

2.3. *Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας (για αναλυτική περιγραφή βλ. το πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών¹)*

2.3.1. Καθώς υπάρχουν πολλές τεκμηριωμένες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας, σε σύγκριση με τη συνηθισμένη θεραπεία, στη βελτίωση της επαφής και της ικανοποίησης του χρήστη από τις υπηρεσίες, στη μείωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, η Ομάδα Εργασίας υιοθετεί τις προτάσεις των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών για τη σχιζοφρένεια και προτείνει την ανάπτυξη υπηρεσιών βασισμένων στο μοντέλο της Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.

2.4. *Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Παρέμβασης στην Κρίση και κατ' οίκον θεραπείας (για αναλυτική περιγραφή βλ. το πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών¹)*

Καθώς η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών επίλυσης κρίσεων και κατ' οίκον θεραπείας έχει διεθνώς τεκμηριωθεί και δεδομένου ότι η Ελληνική εμπειρία από τις αντίστοιχες υπηρεσίες Κινητών Μονάδων που δραστηριοποιούνται ιδίως στην περιφέρεια της χώρας μας είναι θετική, η Ομάδα Εργασίας προτείνει τα ακόλουθα:

2.4.1. Προτείνεται η ανάπτυξη και η ενίσχυση των υπηρεσιών επίλυσης κρίσεων και κατ' οίκον θεραπείας, για την υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές στην κοινότητα και παρουσιάζουν μια οξεία κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Στο πλαίσιο αυτό, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση του κινδύνου, η οποία πρέπει να αποτελεί συνήθη δραστηριότητα υψηλής προτεραιότητας.

2.4.2. Οι υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση και θεραπείας στο σπίτι πρέπει επίσης να αξιοποιούνται για τις περιπτώσεις πρόωρης εξόδου από το νοσοκομείο.

2.4.3. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για την εξασφάλιση της καλής επικοινωνίας ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που δραστηριοποιούνται στην ίδια περιοχή μέσω κοινών συναντήσεων, καθώς και της ανάθεσης σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας της ευθύνης της επαφής με συγκεκριμένες υπηρεσίες.

2.4.4. Όταν παρέχονται τέτοιες κοινοτικές υπηρεσίες πρέπει αυτές να καθορίζονται επακριβώς (κριτήρια καταλληλότητας, σε ποιους απευθύνονται, παρεμβάσεις που γίνονται, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες) και να διατηρείται αρχείο για κάθε περιστατικό, προκειμένου να είναι εφικτή η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των εκβάσεων των παρεμβάσεων.

2.4.5. Η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων πρέπει να παρακολουθείται στο πλαίσιο της οργανωτικής δομής των Τομέων Ψυχικής Υγείας, με τη μείωση στον αριθμό των εισαγωγών και τη μείωση των ημερών νοσηλείας, συγκρίνοντας παράλληλα τις παραπομπές προς την υπηρεσία από τα νοσοκομεία για πρόωρη έξοδο.

2.5. *Προτάσεις για τα Νοσοκομεία Ημέρας Οξέων Περιστατικών*

2.5.1. Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων Ημέρας οξέων περιστατικών, προτείνει ότι τα Νοσοκομεία Ημέρας οξέων περιστατικών θα πρέπει να θεωρούνται ως μια εναλλακτική λύση στην επείγουσα εισαγωγή για νοσοκομειακή περίθαλψη, παράλληλα με τις ομάδες επίλυσης κρίσεων και θεραπείας στο σπίτι, όπως επίσης και ότι βοηθούν την έγκαιρη έξοδο από τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

2.6. *Προτάσεις για τα Νοσοκομεία Ημέρας μη οξέων περιστατικών*

2.6.1. Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων Ημέρας για μη οξέα περιστατικά, δεν παρέχει οδηγίες σχετικά με δραστηριότητες σε περιβάλλον Νοσοκομείου Ημέρας για μη οξέα περιστατικά.

2.7. Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Έγκαιρων Παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του NICE για τη σχιζοφρένεια (NICE, 2010, 2014), οι Καναδικές (Canadian Psychiatric Association, 2005), οι Αυστραλιανές (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005) και οι Αμερικανικές (American Psychiatric Association, 2004) κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρίζουν τη σημασία των υπηρεσιών έγκαιρων παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια.

Η Ομάδα Εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω και τη συνεχιζόμενη έρευνα στον τομέα των έγκαιρων παρεμβάσεων, προτείνει:

2.7.1. Παροχή υπηρεσιών έγκαιρων παρεμβάσεων σε όλα τα άτομα με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, ανεξαρτήτως της ηλικίας ή της διάρκειας της ψύχωσης άνευ θεραπείας. Η παραπομπή στις υπηρεσίες έγκαιρων παρεμβάσεων μπορεί να γίνεται από την πρωτοβάθμια ή τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

2.7.2. Οι υπηρεσίες έγκαιρων παρεμβάσεων θα πρέπει να στοχεύουν στην παροχή ενός ευρέος φάσματος σχετικών φαρμακολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, επαγγελματικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στα άτομα με ψυχωσική συνδρομή.

2.7.3. Σε κάθε νεαρό άτομο που παρουσιάζει κοινωνική απόσυρση, έκπτωση στην εργασιακή ή σχολική απόδοση, μεταβολές της συμπεριφοράς, άγχος και ανησυχία που δεν μπορεί να εξηγήσει, πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα ψυχωσικής διαταραχής.

2.7.4. Αν υπάρχουν υποουδικά ψυχωσικά συμπτώματα συνοδευόμενα από αναπηρία, ενδεικτικά υψηλής επικινδυνότητας, πρέπει να γίνει αξιολόγηση από ειδικό και το άτομο και οι συγγενείς του να παρακολουθούνται ανά 2-4 εβδομάδες, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης υποστήριξης, κατά προτίμηση σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας για την αποφυγή της στιγματοποίησης.

2.7.5. Συνυπάρχοντα καταθλιπτικά σύνδρομα ή σύνδρομα χρήσης ουσιών, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και εργασιακά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται.

2.7.6. Συνήθως, τα άτομα αυτά και οι συγγενείς τους έχουν επίγνωση και ανησυχία για την ανάπτυξη πιο σοβαρής ψυχοπαθολογίας. Πρέπει να πληροφορούνται για το επίπεδο επικινδυνότητας με

προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη το γενικότερο μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο. Αυτό πρέπει να γίνεται με την απαραίτητη θεραπευτική αισιοδοξία, τονίζοντας ότι τα τωρινά προβλήματα μπορεί να υπερπηδηθούν και η εμφάνιση ψύχωσης δεν μπορεί να προκαθορισθεί, αλλά ότι, ακόμη κι αν εμφανισθεί, υπάρχουν κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπισή της. Το άτομο πρέπει να καθησυχάζεται ότι, ακόμη κι αν εμφανιστεί μια τέτοια κατάσταση, η πρόγνωσή της θα είναι πολύ καλύτερη, καθώς έχει την πληροφόρηση που χρειάζεται και την έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάστασης.

2.7.7. Αντιψυχωσική θεραπεία καλό είναι να μη δίνεται πριν το πέρας μιας εβδομάδας από την εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων, εκτός κι αν υπάρχει κίνδυνος αυτο- ή ετερο- καταστροφής.

2.8. Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Επαγγελματικής Αποκατάστασης

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης, προτείνει τα ακόλουθα:

2.8.1. Στα άτομα με σχιζοφρένεια που επιθυμούν να επιστρέψουν στη δουλειά ή να αποκτήσουν απασχόληση, θα πρέπει να παρέχονται προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης. Παρόλ' αυτά, δεν θα πρέπει να είναι η μόνη προσανατολισμένη στην εργασία δραστηριότητα που προσφέρεται, όταν τα άτομα αδυνατούν να εργαστούν ή αποτυγχάνουν στις προσπάθειές τους να βρουν εργασία.

2.8.2. Για κάθε ασθενή με σχιζοφρένεια, θα πρέπει να συντάσσεται ένα εργασιακό πρόγραμμα, ανάλογα με τις δυνατότητες και τις επιθυμίες του, αλλά και ανάλογα με τις προσφερόμενες εναλλακτικές στην περιοχή διαμονής του.

2.8.3. Όσοι εργάζονται πριν την έναρξη της νόσου θα πρέπει να υποστηρίζονται να διατηρήσουν την εργασία τους, εφόσον ενδείκνυται και είναι εφικτό.

2.8.4. Όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια πρέπει να έχουν την ευκαιρία της συμμετοχής σε προεπαγγελματικά εργαστήρια, έστω και αν δεν θα μπορέσουν να εργαστούν σε ΚοιΣΠΕ ή στην ελεύθερη αγορά.

Clinical guidelines for the management of schizophrenia (II): Community service-level interventions and the role of Primary Care

**M. Margariti,¹ M. Hadjulis,² M. Lazaridou,³ G.F. Angelidis,⁴
V. Fotopoulos,⁵ L. Markaki,⁶ F. Koulouri⁷**

¹*1st Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens,*

²*Department of Psychiatry, "Agiou Anargyroi" Hospital, Faculty of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens,*

³*Society of Social Psychiatry and Mental Health, Athens,*

⁴*Department of Psychiatry, General Hospital of Katerini, Katerini*

⁵*Dromokaiteio Mental Hospital, Athens, ⁶Executive Council, Hellenic Psychiatric Association, Athens,*

⁷*Directorate of Mental Health, Ministry of Health, Athens, Greece*

Psychiatriki 2018, 29:118–129

Schizophrenia is one of the most disabling disorders globally, with a significant impact on the professional, social and personal functioning of those affected. Mortality rates are estimated to be 2–2.5 times greater than in the general population attributable to not only suicide but also physical illnesses, such as cardiovascular, metabolic and infectious diseases. Patients with schizophrenia have increased needs for health services which vary according to the stage of the illness and the way the disorder affects the patient. A significant part of the costs of treating patients with schizophrenia is attributed to the health service costs, both to address the disorder itself and its wider effects. In 2015 the National Clinical Guidelines for the management of schizophrenia were formulated by a Working Group that was set up by the Greek Ministry of Health. In this article, a summary of the recommendations (as included in the National Clinical Guidelines) is presented, describing the role of primary care and community mental health services in the management of schizophrenia. The NICE Guideline (National Institute of Clinical Excellence, 2010, 2014) for the management of Psychosis & Schizophrenia was utilized as the main guide to develop the Greek National Guidelines. In addition the American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (APA, 2004), the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005), as well as other relevant sources were also used. The Working Group also took into consideration the available Greek bibliography as well as the external evaluations of the Greek psychiatric reform programs. Special effort was made to adapt the international experience to the current Greek landscape with its constraints resulting from the uneven dispersion of mental health services, the lack of coordination between services, the incomplete sectorization of mental health services provided as part of the National Health System, the still underdeveloped Primary Care Health Service, and last but not least the difficult economic situation in Greece. The proposals aim to contribute to the efficient implementation of the provision of community mental health services for patients suffering from psychotic disorders, focusing in particular on: (a) the role of primary health care services and the role of family physician in the treatment of schizophrenia; (b) the cooperation and coordination between mental health services and primary care services in order to ensure continuity of care (c) designing services that deliver evidence-based

interventions, thus ensuring that a larger proportion of the population receives interventions with documented effectiveness in the treatment of schizophrenia, in the least restrictive environment. A particular emphasis is placed on services that are expected to reduce the need for hospitalization, such as crisis intervention services, community interventions aimed at maintaining and continuing the treatment of difficult patients who tend to be lost to follow up from services and early intervention services in psychosis.

Key words: Clinical guidelines, treatment guidelines, schizophrenia, primary health care, community psychiatry, mental health services.

Βιβλιογραφία

- Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια «Η σχιζοφρένεια στους ενήλικες: Θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση» Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα, 2015
- Margariti M, Hadjulis M, Lazaridou M, Angelidis GF, Fotopoulos V, Markaki L, Koulouri F. Clinical guidelines for the management of schizophrenia: Aims and limitations (I), *Psychiatriki* 2017, 28:301–305
- Χατζούλης Μ, Μαργαρίτη Μ, Λαζαρίδου Μ, Αγγελίδης Γ, Φωτόπουλος Β, Μαρκάκη Α, Κουλούρη Φ. Οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (III): Φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις. *Ψυχιατρική* (υπό δημοσίευση)
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992, 20:1-97, PMID:1565705
- Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry* 2005, 50:892–900, doi: 10.1177/070674370505001403
- Thornicroft G, Tansella M. *What are the Arguments for Community-Based Mental Health Care?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network report, 2003, <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf> (accessed 6 June 2011).
- Hoult J. Developing the South Islington Crisis Resolution Team. *Ment Health Rev J* 1999, 4:14–16, doi: 10.1108/13619322199900030
- McGlynn P, Flowers M. Working through a crisis: the process of crisis resolution. In: Glynn P (ed) *Crisis Resolution and Home Treatment: A Practical Guide*. London, Sainsbury Centre for Mental Health, 2006:65–76
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Oxford, Update Software, 2002
- McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *J Ment Health Adm* 1995, 22:113–125, PMID:10142125
- Linszen D, Dingemans P, Lenoir M. Early intervention and a five-year follow-up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001, 51:55–61, PMID:11479066
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001, 2:1–75, PMID: 11532238
- Christodoulou G. Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry* 2009, 8:121–122, PMID: 19516938
- Christodoulou G, Ploumpidis D, Christodoulou N, Anagnostopoulos D. The State of Psychiatry in Greece. *Int Rev Psychiatry* 2012, 24:301–306, doi: 10.3109/09540261.2012.691874
- Douzenis A, Michopoulos I, Economou M, Rizos E, Christodoulou C, Lykouras L. Involuntary admission in Greece: a prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *Int J Soc Psychiatry* 2010, 58:172-177, doi:10.1177/0020764010387477
- Economou, M, Richardson C, Gramandani C et al. Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009, 55:361–371, doi :10.1177/0020764008093957
- Loukidou E, Bouras N. Greek mental health reforms: views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki* 2013, 24:39–46, PMID: 23603267
- Loukidou E & Thornicroft G. Evaluation of Greek Psychiatric Reforms: Methodological Issues. *Intern J Ment Health System* 2013, 7:1–8, doi: 10.1186/1752-4458-7-11
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association 2004 http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf (accessed 6 June 2014)
- Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines treatment of schizophrenia. *Can J Psych* 2005, 50:(Suppl)1, PMID: 16529334
- NICE. *The NICE Guideline on Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. NICE Clinical Guideline no. 82.

- London, National Institute of Health and Clinical Excellence, 2009
22. NICE. *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE Clinical Guideline no. 178. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2014
23. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005, 39:1–30, doi: 10.1177/0004867416641195
24. DeHert M, Vancampfort D, Correll C, Mercken V, Peuskens J, Sweers K et al. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *Br J Psychiatry* 2011, 199:99–105, doi: 10.1192/bjp.bp.110.084665
25. Drake ER, Goldman HH, Leff HS, Dixon L, Mueser KT, Torrey WC. Implementing Evidence-Based practices in Routine mental Health Service Settings. *Psychiatr Serv* 2001, 52:179–182, doi: 10.1176/appi.ps.52.2.179
26. Lehman AF, Steinwachs DM & the co-investigators of the PORT Project. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998a, 24:1–10, PMID: 9502542
27. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos R, Barley A et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010, 9:67–77, PMID: PMC2911080
28. Lehman AF, Steinwachs DM & PORT Co-investigators. Patterns of usual care for schizophrenia: initial survey results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) survey. *Schizophr Bull* 1998b, 24:11–20, PMID: 9502543

Αλληλογραφία: Μ. Μαργαρίτη, Επικ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, 1η Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασιλίσσης Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα, Τηλ.:/Fax: 6945 294 300
e-mail: marimargariti@gmail.com, mmarg@med.uoa.gr