

Άρθρο σύνταξης

Τα τυφλά σημεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 19 Μαΐου 2024/Δημοσιεύτηκε Διαδικτυακά 29 Μαΐου 2024

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.ά.). (β) Ισχυρή ηγεσία στον 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 στις κατά τόπους ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών, την άνιση 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 τη συνολική υγειονομική δαπάνη (σήμερα 3,3%) και, τέλος, ένα από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη ποσοστά ακούσιων νοσηλείων 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 ένα αποδεκτό από όλους εφαρμοζόμενο νομικό και θεσμικό πλαίσιο, τον περιορισμό των πελατειακών σχέσεων και των συντεχνιακών αντιστάσεων.

Μέσα από αυτήν 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 ωφελουμένων στο πλαίσιο της εμβάθυνσης της δημοκρατίας στην ψυχική υγεία.

Ως επαγγελματίες 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)

Βιβλιογραφία

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, Mastroyiannakis 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-anaptyksis/>
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