

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΥΕΛΙΚΤΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ»**

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΧΡΥΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ

ΛΑΡΙΣΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2024

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του ΠΜΣ Πλήρους Φοίτησης στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, «Ευέλκεις Μέθοδοι Διοίκησης» έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγγραφεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Η εργασία αυτή έχοντας συνηθεί από εμένα, αναγνωρίζω τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος και τα κείμενα είναι γραμμένα με τα δικά μου λόγια και δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής από τρίτες πηγές. Οι πηγές στις οποίες ανέφερα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο κείμενό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμεύτηκαν από το διαδίκτυο.

Ελένη Χρυσοπεύκη

Περίληψη:

Η ψυχική υγεία αποτελεί θεμελιώδη άξονα για την ευημερία των ατόμων και των κοινωνιών. Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών είναι πολυδιάστατες, επηρεάζοντας άμεσα την παραγωγικότητα, την κοινωνική συνοχή και τη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 14% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής, ενώ το 7% εμφανίζει σοβαρές διαταραχές που απαιτούν θεραπευτική παρέμβαση.

Η οικονομική διάσταση του προβλήματος είναι εξίσου σημαντική. Η ψυχική ασθένεια συχνά συνδέεται με απώλεια παραγωγικότητας, υψηλά ποσοστά αναπηρίας και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας. Οι άμεσες δαπάνες (φάρμακα, νοσηλεία) και οι έμμεσες δαπάνες (απώλεια εισοδήματος, κοινωνικά επιδόματα) συνεπάγονται σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τα συστήματα υγείας και πρόνοιας. Οι δείκτες DALYs (Disability Adjusted Life Years) καταδεικνύουν ότι διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν βασικές αιτίες αναπηρίας και πρόωμης θνησιμότητας, επιβαρύνοντας τα συστήματα υγείας και μειώνοντας την ποιότητα ζωής.

Η κοινωνική ανισότητα επιδεινώνει την κατάσταση. Οικονομικά ευάλωτες ομάδες, όπως οι άνεργοι και οι μετανάστες, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών, ενώ η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παραμένει άνιση. Η ανάγκη για ολοκληρωμένες πολιτικές που θα μειώσουν το θεραπευτικό χάσμα και θα ενισχύσουν την κοινωνική ένταξη είναι πιο επίκαιρη από ποτέ.

Η εργασία αυτή εξετάζει τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της ψυχικής υγείας, την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα της Ταχείας Αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και ανέδειξε τα κύρια προβλήματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και τη συμβολή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία (2021-2030), στοχεύοντας να αποτιμήσει την πορεία και την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Abstract:

Mental health constitutes a fundamental pillar for the well-being of individuals and societies. The social and economic impact of mental disorders is multifaceted, directly affecting productivity, social cohesion, and public health. According to data, 14% of the general population in Greece suffers from some form of mental disorder, while 7% experience severe conditions requiring therapeutic intervention.

The economic dimension of the problem is equally significant. Mental illness is often associated with loss of productivity, high disability rates, and increased use of healthcare services. Direct expenses (medications, hospitalization) and indirect costs (income loss, social benefits) impose a considerable financial burden on healthcare and welfare systems. DALY (Disability Adjusted Life Years) indicators highlight that disorders such as schizophrenia, depression, and anxiety are major causes of disability and premature mortality, straining healthcare systems and reducing quality of life.

Social inequality exacerbates the situation. Economically vulnerable groups, such as the unemployed and migrants, face a higher likelihood of developing mental disorders, while access to mental health services remains unequal. The need for comprehensive policies to close the treatment gap and enhance social inclusion is more urgent than ever.

This study examines the socio-economic impact of mental health, the trajectory of psychiatric reform in Greece, the outcomes of the Rapid Assessment conducted in collaboration with the World Health Organization (WHO) which highlighted the main issues in mental health services, as well as the contribution of the National Action Plan for Mental Health (2021-2030). It aims to evaluate the progress and completion of psychiatric reform.

Περιεχόμενα

Περίληψη:.....	ii
Abstract:.....	iv
Κατάλογος πινάκων:.....	2
Συντομογραφίες.....	3
Εισαγωγή - μεθοδολογικό πλαίσιο έρευνας :.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	9
1.1 Ιστορική διαδρομή της ψυχικής υγείας:.....	9
1.2: Περνώντας από το ασυλικό πρότυπο στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.....	10
1.3 Η κατάσταση στο χώρο της ψυχικής υγείας σήμερα.....	11
1.4 Ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η διάσταση του προβλήματος της ψυχικής υγείας.....	14
2.2 Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η πορεία της Εθνικής Στρατηγικής για την ΨΥ, το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ.....	22
3.2 Αποτίμηση του προγράμματος ΨΥΧΑΡΧΩΣ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19, επιτεύγματα και προκλήσεις...29	
4.1 Βασικά επιτεύγματα της μέχρι τώρα πορείας της ΨΜ.....	29
4.2 Κύριες μελλοντικές προκλήσεις.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η Διακήρυξη των Αθηνών για την Ψυχική Υγεία και η Ταχεία Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	33
5.1 Τα κυριότερα σημεία και ο στόχος της Διακήρυξης.....	33
5.2 Η σύσταση της Ταχείας Αξιολόγησης.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η σύσταση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021- 2030, αναλυτικά οι άξονες δράσεις.....	36
6.1 Δέκα άξονες παρεμβάσεων.....	36
6.2: Η κοστολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σχέδιο νόμου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, δημόσια διαβούλευση, απόψεις και τοποθετήσεις.....	40

7.1 Κύριοι στόχοι του νομοσχεδίου.....	40
7.2 Η Δημόσια Διαβούλευση.....	41
7.2.1 Αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας.....	41
7.2.2 Η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (Ε.Ο.Π.Α.Ε.).....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Ο νέος νόμος 5129/2024 «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», κριτική-συζήτηση.....	54
8.1 Ψήφιση του ν.5129/2024.....	54
Συμπεράσματα:.....	68
Βιβλιογραφία.....	73

Κατάλογος πινάκων:

Πίνακας 2.1: Επεξεργασμένοι δείκτες θνησιμότητας (συνολικός, λόγω αυτοκτονίας και λόγω ψυχικής νόσου γενικά, όπως αυτά δίδονται από την ΕΛΣΤΑΤ).....	15
Πίνακας 2.2: Ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός σημείου και εκτιμώμενες ανάγκες των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών. Η εκτίμηση του αριθμού έγινε στη βάση γενικού πληθυσμού 10 εκατ. με 6,5 εκατομμύρια ενήλικες (18-65 ετών) (Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας, χ.χ.).....	16
Πίνακας 2.3: αποτύπωση των ποσοστών εμφάνισης των συγκεκριμένων διαταραχών και συνηθειών στον πληθυσμό (ίδια επεξεργασία).....	18
Πίνακας 3.4: SWOT analysis του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός», πηγή “Εθνικό σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία 2021-2030”.....	27
Πίνακας 6 5: εμπλεκόμενοι φορείς για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου, πηγή: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ΨΥ 2021-2030.....	39

Κατάλογος εικόνων:

Εικόνα 2.1: Prevalence of general psychopathology, N=4894, πηγή (Skapinakis, και συν., 2013).....	19
Εικόνα 2.2: Συνολικό Εκτιμώμενο Κόστος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτους 2020, Πηγή: Ταχεία Αξιολόγηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, ΥΥ & ΠΟΥ,2021.....	21

Συντομογραφίες

ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΑμΚΕ	Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία
ΑμΣΨΠ	Άτομα με Σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα
ΓΝ	Γενικό Νοσοκομείο
ΓΓ	Γενική Γραμματεία
ΔΥΠΑ	Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης
ΔΑΦ	Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος
ΔΠΤ	Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
ΔΑΔ	Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
ΔΥΠε	Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
ΕΓΥΑ	Εξειδικευμένα Γραφεία Υποστηριζόμενης Απασχόλησης
ΕΔΥΨΥ	Εθνικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΟ	Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΕΚΠΑ	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚεΨΥΕ	Ένωση Ιατρών του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΝΕ	Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠ	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΨΔΕ	Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία

ΕΨΥ	Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΑΛΟ	Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία
ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΔΑΠ ΑμεΑ	Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία
ΚΔΗΦ ΑμεΑ	Κέντρο Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίας
ΚΕΔΑΣΥ	Κέντρο Διεπιστημονικής Αξιολόγησης Συμβουλευτικής και Υποστήριξης
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΗ	Κέντρο Ημέρας
ΚΜ	Κινητή Μονάδα
ΚοΚεΨΥΠΕ	Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Εφήβων
ΚοινΣΕπ	Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση
ΚοιΣΠΕ	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
ΚΠΣ	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
ΚΨΥ	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
ΚΚΨΥ	Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΛΥΨΥ	Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
ΜΕΠαΨυ	Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στη Ψύχωση
ΜΚΟ	Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση
ΜΜΜ	Μέσα Μαζικής Μεταφοράς
ΜΨΑ	Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
ΜΨΥ	Μονάδα Ψυχικής Υγείας
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΗ	Νοσοκομείο Ημέρας
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

ΟΠΨΥ	Ολοκληρωμένη Παρέμβαση Ψυχογηριατρικής Υποστήριξης
ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠαΔΑ	Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
ΠεΔιΤοΨΥ	Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας
ΠεΔΥΨΥ	Περιφερειακά Δίκτυα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
ΠΟΚοιΣΠΕ	Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΗΨΥ	Προοδευτική Φροντίδα και Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΦΨΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας
ΣΚΛΕ	Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας
ΣΜΕΑ	Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής
ΣΥΔ	Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΕπΕΨΥΕ	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων
ΤΕπΕΨΥΠΕ	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΤΕΨΥ	Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας
ΤΕΨΥΠΕ	Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΤΟΜΥ	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΤοΨΥ	Τομέας Ψυχικής Υγείας
ΤοΨυΠΕ	Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
Υ&Α - Ε	Υγεία και Ασφάλειας στην Εργασία
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΠΕΘΑ	Υπουργείο Εθνικής Άμυνας
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΥΨΥ	Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
ΥΨΥΠΕ	Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
ΨΝ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
ΨΝΑ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

ΨΝΘ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
ΨΤΕ	Ψυχιατρικά Τμήματα Εισαγωγής
ΨΥ	Ψυχική Υγεία
ΨΥΠΕ	Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων
DALYs	Disability-adjusted life years
PICU	Psychiatric Intensive Care Units
RRF	Recovery and Resilience Fund
WONCA	World Organization of Family Doctors

Εισαγωγή - μεθοδολογικό πλαίσιο έρευνας :

Αντικείμενο της παρούσης μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της πολύχρονης πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (ΨΜ) στην Ελλάδα, που ξεκίνησε, στον απόηχο του διεθνούς σκανδάλου του Ψυχιατρείου της Λέρου, με την εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/1984 «Εκτακτη οικονομική ενίσχυση της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα», συνεχίστηκε με το Πρόγραμμα «Ψυχαργός» και ευελπιστεί να ολοκληρωθεί με το τελευταίο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 «10 Άξονες παρεμβάσεων για την προάσπιση της ψυχικής υγείας των πολιτών και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα».

Πιο συγκεκριμένα, θα επιχειρηθεί να μελετηθεί η τετρακονταετής πορεία της ΨΜ στην Ελλάδα (1984-2024), με επίκεντρο το όραμα, το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της. Θα διερευνηθούν οι συνθήκες και οι ανάγκες της κοινωνίας για ψυχιατρική περίθαλψη όλο αυτό το διάστημα, τα μέτρα που ελήφθησαν και οι επιπτώσεις αυτών.

Η παρούσα εργασία θα επικεντρωθεί στην βιβλιογραφική ανασκόπηση τόσο αρθρογραφίας όσο και των ίδιων των νομοθετικών και κανονιστικών κειμένων, περιοδικών εκθέσεων αξιολόγησης και εθνικών σχεδίων δράσης καθώς και στην κριτική αξιολόγηση του νομικού πλαισίου που πρόκειται να εφαρμοστεί από 1-1-2025 για την ψυχική υγεία με στόχο να συνδράμει στον διάλογο που έχει ξεκινήσει για το θεσμικό πλαίσιο της πρόληψης και καταπολέμησης των εξαρτήσεων καθώς και την εννοιοποίηση του φορέα των εξαρτήσεων.

Πιο αναλυτικά στα 8 κεφάλαια που αποτελούν τη δομή της παρούσης εργασίας θα εξετάσουμε:

Στο **1^ο κεφάλαιο**, αρχικά γίνεται μια ιστορική διαδρομή για τον τρόπο που αντιμετωπιζόταν η ψυχική νόσος από την αρχαιότητα μέχρι τον 20^ο αιώνα. Αποσαφηνίζεται εννοιολογικά ο όρος της ΨΜ, εξηγούνται οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή και αναλύονται οι κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν τόσο στον Ελλαδικό χώρο, όσο και διεθνώς. Τέλος επισημαίνεται ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην ΨΜ.

Στο **2^ο κεφάλαιο** αναλύονται οι κοινωνικές επιπτώσεις της ψυχικής νόσου παρουσιάζοντας στοιχεία με βάση τον δείκτη DALYs (Disability Adjusted Life Years), ο οποίος μετρά την επιβάρυνση που δημιουργεί η ασθένεια (burden of disease) στη ζωή του ατόμου, στοιχεία για τον επιπολασμό (σημ.: η αναλογία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που διαπιστώνεται ότι επηρεάζεται από μια ιατρική κατάσταση) των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και δείκτες θνησιμότητας λόγω ψυχικών νόσων και αυτοκτονιών. Στη συνέχεια αναλύονται οικονομικές διαστάσεις του προβλήματος της ΨΥ και η οικονομική επιβάρυνση που αυτές επιφέρουν.

Στο **3^ο κεφάλαιο** παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη της εθνικής στρατηγικής για την ψυχική υγεία μέχρι σήμερα, αναλύοντας τα νομοθετικά και κανονιστικά κείμενα καθώς και τις περιοδικές εκθέσεις αξιολόγησης του προγράμματος «Ψυχαργός».

Στο **4^ο κεφάλαιο** επισημαίνονται οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19, και γίνεται μία αποτίμηση της μέχρι τώρα πορείας της ΨΜ συνολικά επισημαίνοντας τα επιτεύγματα και τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει.

Στο **5^ο κεφάλαιο** μελετάται η Διακήρυξη των Αθηνών για την Ψυχική Υγεία του 2021 καθώς και σύσταση και το πόρισμα της Ταχείας Αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με τον ΠΟΥ.

Στο **6^ο κεφάλαιο** παρουσιάζεται και αναλύεται το Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 και οι 10 άξονες δράσεις του.

Στο **7^ο κεφάλαιο** παρουσιάζεται το σχέδιο νόμου με τίτλο "ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» που τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση το καλοκαίρι του 2024 καθώς και οι σημαντικότερες προτάσεις και απόψεις που εκφράστηκαν κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης.

Τέλος στο **8^ο κεφάλαιο** αναλύονται και σχολιάζονται οι αλλαγές που επιφέρει ο νέος νόμος για την ψυχική υγεία **N.5129/2024**.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

1.1 Ιστορική διαδρομή της ψυχικής υγείας:

Ο Ιπποκράτης είχε πει πως «κάθε ασθένεια ξεκινά από την ψυχή». Σήμερα, 2.500 χρόνια αργότερα, κι έχοντας βιώσει μία πρωτοφανή υγειονομική κρίση με τον COVID-19, μοιάζει πιο επίκαιρη από ποτέ, αφού η ψυχική υγεία βρέθηκε στο επίκεντρο για τις κυβερνήσεις, παγκοσμίως.

Η ψυχική ασθένεια δεν αποτελεί μια καινούργια μάστιγα, υπάρχουν συγγράμματα καθώς και ιστορικές μαρτυρίες για άσυλα συνάθροισης ψυχικά νοσούντων και της δαιμονοποίησης αυτών τόσο στην αρχαία Ελλάδα όσο και στην αρχαία Ρώμη (Arboleda-Florez, 2002).

Ο Πλάτωνας στους "Νόμους" αναφέρει ότι οι ψυχικά νοσούντες θα πρέπει να ζουν απομακρυσμένοι από τους άλλους πολίτες (Πλάτων, χ.χ.), ενώ ο Αριστοτέλης στα "Πολιτικά" παρατήρησε ότι η μουσική και το κρασί μπορούσαν να ηρεμήσουν αυτά τα άτομα (Αριστοτέλης, χ.χ.). Ο Ιπποκράτης όμως, ήταν ο πρώτος που προσέγγισε τις ψυχικές ασθένειες με φυσιοκρατική προσέγγιση, απορρίπτοντας θεολογικές ερμηνείες και θεωρώντας ότι όλες οι ασθένειες, σωματικές και ψυχικές, έχουν φυσικά αίτια (Ιπποκράτης, χ.χ.).

Στην περίοδο της Αναγέννησης η ψυχική νόσος πίστευαν ότι οφειλόταν σε υπερφυσικές δυνάμεις, μάγισσες, δαίμονες, σεληνιασμένους και αιρετικούς. Εκείνη την εποχή αδυνατούσαν να καταλάβουν τι είναι η ψυχική νόσος, με αποτέλεσμα όσους έπασχαν από ψυχική νόσο να τους κλείνουν σε ιδρύματα αντιμετωπίζοντας τους ως εγκληματίες. Ενώ στα ιδρύματα αυτά δούλευαν άνθρωποι χωρίς καμία σχετική εκπαίδευση ή κατάρτιση.

Μόνο στα τέλη του 18^{ου} αιώνα γίνεται προσπάθεια να κατανοήσουν τους ψυχικά ασθενείς. Σε αυτήν την περίοδο η ψυχική ασθένεια αρχίζει να θεωρείται πάθηση και να αντιμετωπίζεται με ψυχολογική θεραπεία, φροντίζοντας για την κάλυψη βασικών αναγκών παρέχοντας ταυτόχρονα ένα ασφαλές καταφύγιο για τους ασθενείς.

Στον 19^ο αιώνα παρατηρείται ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας για την αντιμετώπιση και θεραπεία των ψυχικών παθήσεων, ενώ οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται πλέον με σεβασμό. Η θεραπεία της ψυχικής νόσου γίνεται πλέον σε άσυλα από επαγγελματίες του χώρου της υγείας.

Το 1950-1960 η θεραπεία γινόταν σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ έγινε η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης σηματοδότησε μια επαναστατική αλλαγή στην ψυχιατρική, καθώς ήταν το πρώτο φάρμακο που μπορούσε να αντιμετωπίσει τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως οι παραισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, επιτρέποντας σε πολλούς ασθενείς να ζήσουν πιο σταθερά και να αποφεύγουν τον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Με την ανάπτυξη της χλωροπρομαζίνης, η ψυχιατρική έγινε περισσότερο επικεντρωμένη στην ιατρική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών, εισάγοντας την έννοια της φαρμακοθεραπείας στην ψυχιατρική πρακτική. Την ίδια εποχή άρχισαν οι συζητήσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Το 1960-1980 δημιουργείται ένα ρεύμα αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών, θεραπεία δηλαδή της νόσου εντός της κοινότητας.

Από το 1980-σήμερα. Στη περίοδο αυτή έχουμε τη πρόληψη της ψυχικής νόσου και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Εκπαίδευση στη διαχείριση της φροντίδας της νόσους που θα οδηγήσει σε λιγότερες μέρες νοσηλείας.

Η ψυχιατρική, πέρασε λοιπόν, από διάφορες διακυμάνσεις, μέσα στο πέρασμα των αιώνων, για να φτάσει στον 20^ο αιώνα, όπου αρχίζει πια η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

1.2: Περνώντας από το ασυλικό πρότυπο στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Με τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (ΨΜ) αναφερόμαστε στην μετάβαση της ψυχιατρικής φροντίδας του ασυλικού τύπου (δλδ εγκλεισμό σε απομονωμένες ψυχιατρικές μονάδες), στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση μέσω της ανάπτυξης ενός Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα και μιας ολιστικής αντιμετώπισης

των ψυχικά νοσούντων. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, όταν αναφερόμαστε στη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων, προκειμένου το άτομο να διατηρήσει την αυτονομία του, την κοινωνική ένταξη και λειτουργικότητά του εντός και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Τρεις είναι οι βασικότερες αιτίες που οδήγησαν στην «Αποασυλοποίηση», **α)** η εμφάνιση του κινήματος για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Συγκεκριμένα, κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, στη δυτική Ευρώπη αναπτύσσεται μια έντονη αντίδραση ενάντια στην ιδρυματική ψυχιατρική και το μοντέλο του Νοσοκομείου-Ασύλου. Παράλληλα, αρχίζουν να εμφανίζονται μικρές οργανωμένες κινήσεις υπέρ των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, όπως το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia και Pirella στην Ιταλία, οι Ronald D. Laing και David Cooper στη Μεγάλη Βρετανία και ο Thomas Szasz στις Ηνωμένες Πολιτείες (Στυλιανίδης, Θεοχαράκης, & Χονδρός, 2007). **β)** η αύξηση του κόστους στέγασης, διατροφής και φροντίδας των χρόνιων ψυχικά ασθενών και **γ)** η πρόοδος της ψυχοφαρμακολογίας με την ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα νευροληπτικά, η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης άνοιξε τον δρόμο για τη φαρμακευτική θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών (Novella, 2008), τα αντικαταθλιπτικά και σε συνδυασμό με εναλλακτικές μορφές ψυχοκοινωνικής παρέμβασης όπως η ψυχοθεραπεία και η ψυχανάλυση, προκάλεσαν τομή στο θεραπευτικό πρότυπο της ψυχικής ασθένειας.

Τα ψυχικά νοσήματα είναι συνήθως χρόνια, μπορούν να επιφέρουν σημαντικού βαθμού ανικανότητα, ενώ απαιτούν υψηλό κόστος θεραπείας και επιβαρύνουν σημαντικά τη Δημόσια Υγεία. Το “Global Burden Disease” κατατάσσει τη βαρύτητά τους ισοδύναμη με τις καρδιοπάθειες, ενώ, αναφορικά με το βαθμό αναπηρίας, τα θεωρεί σημαντικότερα από το σακχαρώδη διαβήτη και τις αναπνευστικές παθήσεις (Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study, 1997).

1.3 Η κατάσταση στο χώρο της ψυχικής υγείας σήμερα

Η οικονομική κρίση που πέρασε η χώρα μας από τα τέλη του 2009 έως το 2018, η πανδημία covid-19 που ακολούθησε, η εμπόλεμη κατάσταση σε ευρωπαϊκό έδαφος, η φλεγόμενη μέση ανατολή, τα κύματα μεταναστών, και η ενεργειακή κρίση έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες, όπως τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές. Η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί ένα περίπλοκο έργο που απαιτεί την εμβάθυνση και τον εμπλουτισμό των εφαρμοζόμενων πολιτικών. Για το σχεδιασμό των αντίστοιχων μέτρων παρέμβασης χρειάζεται, να ληφθεί υπόψη ότι: σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, η ψυχική ασθένεια αναμένεται να γίνει η κύρια ασθένεια μέσα στην επόμενη δεκαετία, γεγονός που αποδίδεται στον σύγχρονο τρόπο ζωής, τις συνθήκες διαβίωσης, την ανεργία, καθώς και στις κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές. Σε εθνικό επίπεδο, παρατηρείται διαρκής αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες. Η ζήτηση για εξειδικευμένες υπηρεσίες που απευθύνονται σε ειδικές ομάδες (άτομα με αυτισμό, ποινικοί παραβάτες με ψυχικά προβλήματα) θα πρέπει να ενσωματωθεί πλήρως στον σχεδιασμό των ολοκληρωμένων παρεμβάσεων. Επιπλέον, η ψυχοπαθολογική επιβάρυνση μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών και των αλκοολικών συνεχίζει να αυξάνεται. Τέλος, η ανάδειξη της λανθάνουσας ζήτησης για βοήθεια στα παιδιά και τους νέους με μαθησιακά προβλήματα, καθώς και οι ψυχογηριατρικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών και του ευρύτερου πληθυσμού στις μεγαλύτερες ηλικίες, καθιστούν όλο και πιο επιτακτική την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων.

Όλα τα ανωτέρω κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής μεταρρυθμιστικών πολιτικών διαχείρισης των ψυχικών νοσημάτων στις χώρες της Δύσης. Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1977 όπου τέθηκε ο στρατηγικός στόχος «Υγεία για όλους μέχρι το 2000», σε συνδυασμό με τη Διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 για την αναγκαιότητα ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), και τον «Χάρτη της Οτάβα» το 1986 για την προαγωγή της υγείας, αποτέλεσαν τις βάσεις για την τροποποίηση του βιοϊατρικού μοντέλου που ίσχυε έως τότε. Στο νέο σχεδιασμό της υγειονομικής φροντίδας λήφθηκε υπόψη η σημαντικότητα της επίδρασης των περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο επαναπροσδιορισμός του στρατηγικού σχεδιασμού του ΠΟΥ για τον 21ο αιώνα, επικεντρώθηκε στην έννοια της προαγωγής υγείας, με τη συνθήκη του

Άμστερνταμ, άρθρο 153, συμπεριλαμβάνοντας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο μίας ολιστικής προσέγγισης (Ζήση & Στυλιανίδης, 2001).

1.4 Ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)

Ο ορισμός που δίνει ο ΠΟΥ για την υγεία είναι μία «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, κατά την οποία ένα άτομο μπορεί να συνειδητοποιεί τις δικές του δυνατότητες, να διαχειρίζεται τα φυσιολογικά άγχη της ζωής, να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά, να συνεισφέρει στην κοινότητά του και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας αλλά μια θετική κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να αναπτύσσουν πλήρως τις ικανότητές τους και να διαχειρίζονται τις καθημερινές προκλήσεις». Οι αυξανόμενες ανάγκες της ψυχικής υγείας διεθνώς, καθιστούν ακόμη και ορθά τεκμηριωμένες πολιτικές, συχνά να μην ανταποκρίνονται επαρκώς. Επιπροσθέτως, η Ψυχική Υγεία (ΨΥ) των πολιτών όλων των κοινωνιών στον κόσμο επιβαρύνθηκε σημαντικά, με τους ευάλωτους πληθυσμούς να πλήττονται περισσότερο, εξαιτίας της πανδημίας COVID-19 που βιώσαμε. Γεγονός που επιτάσσει να ληφθούν μέτρα και προς την εξάλειψη αυτών των ανισοτήτων που δημιουργήθηκαν.

Παρόλες τις ενέργειες του ΠΟΥ με εκστρατείες ενημέρωσης και υποστηρικτικές δράσεις προκειμένου να λάβουν γνώση οι χώρες για τις διαρθρωτικές αλλαγές που πρέπει να κάνουν στα συστήματα υγείας τους σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η πρόοδος παραμένει μέχρι σήμερα αργή. Σύμφωνα με τα όσα αναφέρει η Παγκόσμια Έκθεση για την ΨΥ του 2022 (World Health Organization, 2022), ένας στους οκτώ ανθρώπους παγκοσμίως ζει με κάποια ψυχική διαταραχή, επισύροντας τεράστιες οικονομικές συνέπειες και πολύ μεγάλη επιβάρυνση στα συστήματα υγείας. Γεγονός που καθιστά την ΨΥ στο επίκεντρο των πολιτικών υγείας παγκοσμίως και πιο συγκεκριμένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Εργασίας του ΠΟΥ για την περίοδο 2020-2025 (World Health Organization R. , χ.χ.), και τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών.

Προς αυτή την κατεύθυνση η Ελλάδα διοργάνωσε τον Ιούλιο του 2021 στην Αθήνα τη Σύνοδος Κορυφής για την ΨΥ, η οποία λειτούργησε ως το έναυσμα για τον

Πανευρωπαϊκό Συντονισμό Ψυχικής Υγείας του ΠΟΥ, ενώ σε εναρμόνιση με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δράσης για την ΨΥ 2021-2030 και λαμβάνοντας υπόψη τις υποδείξεις Ταχείας Αξιολόγησης του Ελληνικού ΥΥ και του ΠΟΥ Ευρώπης, καθώς και τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, συντάχθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ΨΥ 2021-2030, αποτελούμενο από 5 οριζόντιους και 5 κάθετους άξονες δράσεων που αφορούν όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας ενώ σχεδιάστηκαν με επίκεντρο τους πολίτες και παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο 6 της παρούσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η διάσταση του προβλήματος της ψυχικής υγείας

2.1 Ο κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος του προβλήματος της ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ και τη διεθνή βιβλιογραφία (GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators, 2021) οι ψυχικές παθήσεις αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας και κόστους. Στην Ευρώπη (O'Connor & Sheehy, 2000) και τις ΗΠΑ (Bertolote & Fleischmann, 2002) οι ψυχικές παθήσεις οφείλονται κατά κύριο λόγο για την πρόκληση αναπηρίας σε ποσοστό 8.75% και 12.5% του συνόλου της αναπηρίας αντίστοιχα. Εάν σε αυτά τα δεδομένα προστεθούν οι αυτοπροκαλούμενοι τραυματισμοί, η αυτοκτονικότητα και η άνοια, το ποσοστό της αναπηρίας θα αυξηθεί κατά 4.5% στην Ευρώπη και κατά 6% στις ΗΠΑ, με τις αυτοκτονίες να αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ εφήβων και ενηλίκων κάτω των 35 ετών (Bertolote & Fleischmann, 2002). Ακολουθώντας με βάση τον δείκτη DALYs (Disability Adjusted Life Years), ο οποίος μετρά την επιβάρυνση που δημιουργεί η ασθένεια (burden of disease) στη ζωή του ατόμου, παγκοσμίως η σχιζοφρένεια ευθύνεται για 15,5 εκατομμύρια DALYs, η διπολική διαταραχή για 9 εκατομμύρια DALYs ενώ η κατάθλιψη αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας προκαλώντας 54 εκατομμύρια DALYs. Οι αγχώδεις διαταραχές ευθύνονται για περίπου 3 έως 7 εκατομμύρια DALYs καθεμία (GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators, 2021).

Ένα από τα χαρακτηριστικά της ψυχικής νόσου είναι ότι συνοδεύεται από πολύ-συνοσηρότητα, καταναλώντας σημαντικό μέρος των πόρων για την υγεία ενώ επιφέρει πρόωμη θνησιμότητα όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα 1, με τους ψυχικά πάσχοντες να αποβιώνουν 13-30 χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, με το ποσοστό θανάτων που οφείλονται στην ψυχική νόσο να έχει αυξηθεί ως ποσοστό των συνολικών θανάτων κατά τα τελευταία χρόνια (WHO, World mental health report: Transforming mental health for all, 2022).

Πίνακας 2.1: Επεξεργασμένοι δείκτες θνησιμότητας (συνολικός, λόγω αυτοκτονίας και λόγω ψυχικής νόσου γενικά, όπως αυτά δίδονται από την ΕΛΣΤΑΤ)

ΕΤΟΣ	Δείκτης συνολικής θνησιμότητας	Δείκτης αυτοκτονικών ανδρών	Δείκτης αυτοκτονιών γυναικών	Δείκτης θανάτων λόγω ψυχικής νόσου ανδρών	Δείκτης θανάτων λόγω ψυχικής νόσου γυναικών
2000	534,88	5,51	1,52	0,67	0,87
2001	484,67	5,37	0,87	1,01	1,42
2002	483,04	4,78	1,20	1,08	1,54
2003	481,11	5,67	1,25	0,95	2,08
2004	474,58	5,27	1,23	1,17	1,64
2005	465,64	5,92	1,42	1,02	1,51
2006	455,18	6,07	1,29	0,88	0,92
2007	462,6	4,92	1,07	1,12	1,20
2008	443,03	5,65	1,16	1,06	1,09
2009	436,10	6,10	1,03	0,71	1,24
2010	426,46	6,15	0,72	1,04	0,72
2011	421,52	7,21	1,48	1,06	120
2012	425,28	7,69	1,61	1,12	1,25
2013	400,49	7,92	1,92	0,78	1,69
2014	395,90	8,47	2,05	4,33	7,82
2015	406,64	8,01	1,91	8,85	12,51

Οι ψυχικές νόσοι είναι αρκετά συχνές στο γενικό πληθυσμό και συνήθως εμφανίζονται στην παιδική ηλικία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή ενώ διαρκούν εφ' όρου ζωής προκαλώντας πολύ μεγάλη συνολική επιβάρυνση και μέρος των πόρων για την υγεία. Αν και στην Ελλάδα είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί το συνολικό κόστος που αφορά

στον τομέα ψυχικής υγείας, εκτιμάται ότι δεν διαφέρει πολύ από τον μέσο όρο των κρατών μελών της ΕΕ ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για τον τομέα υγείας.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται ο ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός (σημ.: η αναλογία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που διαπιστώνεται ότι επηρεάζεται από μια ιατρική κατάσταση) και οι εκτιμώμενες ανάγκες των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών (πίνακας 2). Η εκτίμηση του αριθμού έγινε στη βάση του γενικού πληθυσμού των 10 εκατ. με 6,5 εκατομμύρια ενήλικες (18 έως 65 ετών).

Πίνακας 2.2: Ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός σημείου και εκτιμώμενες ανάγκες των βασικών ψυχιατρικών διαταραχών. Η εκτίμηση του αριθμού έγινε στη βάση γενικού πληθυσμού 10 εκατ. με 6,5 εκατομμύρια ενήλικες (18-65 ετών) (Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας, χ.χ.)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜ. ΑΣΘΕΝ.	ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
Σχιζοφρένεια και ψυχώσεις	1%	100.000	5.000	Η σοβαρότερη ψυχική διαταραχή, συνοδεύεται από σοβαρή αναπηρία και αδυναμία εργασίας, απαιτείται συνεχής φαρμακοθεραπεία και παρεμβάσεις αποκατάστασης και επανένταξης. Συχνές ακούσιες νοσηλείες
Διπολική διαταραχή	1-2%	100-200.000	5.000	Σοβαρή ψυχική διαταραχή, συνοδεύεται από σοβαρή αναπηρία και σημαντική δυσκολία εργασίας, σε κάπως λιγότερο βαθμό από τη σχιζοφρένεια. Συνήθως απαιτείται συνεχής φαρμακοθεραπεία και παρεμβάσεις αποκατάστασης και επανένταξης. Συχνές ακούσιες νοσηλείες
Μείζων κατάθλιψη και καταθλίψεις	6%	600.000	10.000	Ψυχική διαταραχή ποικίλης βαρύτητας και αναπηρίας. Λόγω της συχνότητάς της αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή αναπηρίας. Απαιτείται φαρμακοθεραπεία και/ή ψυχοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα
Αγχώδεις διαταραχές	15%	1.500.000	Άγνωστο	Εξαιρετικά συχνές διαταραχές ποικίλης βαρύτητας με ποικίλη πορεία. Συνήθως απαιτείται φαρμακοθεραπεία και/ή ψυχοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα
Ιδεοκαταναγκαστική διαταραχή	1%	100.000	Άγνωστο	Σοβαρή ψυχική διαταραχή, συνοδεύεται από σοβαρή

				αναπηρία και αδυναμία εργασίας. Συνήθως απαιτείται συνεχής φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία
Άνοια	1%	100.000	30.000	Η σημαντικότερη ψυχογηριατρική πάθηση που οδηγεί σε πλήρη απώλεια των νοητικών λειτουργιών και πλήρη εξάρτηση από το περιβάλλον. Επιβαρύνει σε σοβαρότατο βαθμό την οικογένεια για αριθμό ετών
Παιδοψυχιατρικές καταστάσεις	2-3%	200-300.000	Άγνωστο	Διαταραχές ποικίλης βαρύτητας με ποικίλη πορεία. Συνήθως απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση και ποικίλες παρεμβάσεις και ψυχοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα. Συχνά είναι απαραίτητη η φαρμακοθεραπεία
Εξάρτηση από αλκοόλ και ουσίες	5-7%	500-700.000	Άγνωστο	Διαταραχές ποικίλης βαρύτητας με ποικίλη πορεία και έκβαση. Συνήθως απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση και ποικίλες παρεμβάσεις, ψυχοθεραπεία και/ή φαρμακοθεραπεία για ποικίλα χρονικά διαστήματα
Άλλα	5-10%	500.000 1.000.000	Άγνωστο	
Σύνολο	>25%	>2.500.000	>50.000	

Τα ποσοστά που αναγράφονται στον πίνακα 2 είναι εξαιρετικά συντηρητικά αν ληφθεί υπόψη ότι το 17% του πληθυσμού πάσχει από ηπιότερες αλλά ωστόσο συχνές ψυχικές διαταραχές είτε αγχώδους, είτε καταθλιπτικού τύπου (WHO, Mental health in primary care: illusion or inclusion?, 2018) ενώ πολλοί συγγραφείς υπολογίζουν το ποσοστό των ασθενών της ΠΦΥ που χρειάζεται ψυχιατρική φροντίδα να ανέρχεται στο 25% (Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2015). Παρόμοιο είναι επίσης το ποσοστό παιδιών που εμφανίζει κάποιο θέμα ψυχικής υγείας ενώ παγκοσμίως οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες είναι λιγότερο ανεπτυγμένες (WHO & WONCA, Integrating mental health into primary care : a global perspective, 2008).

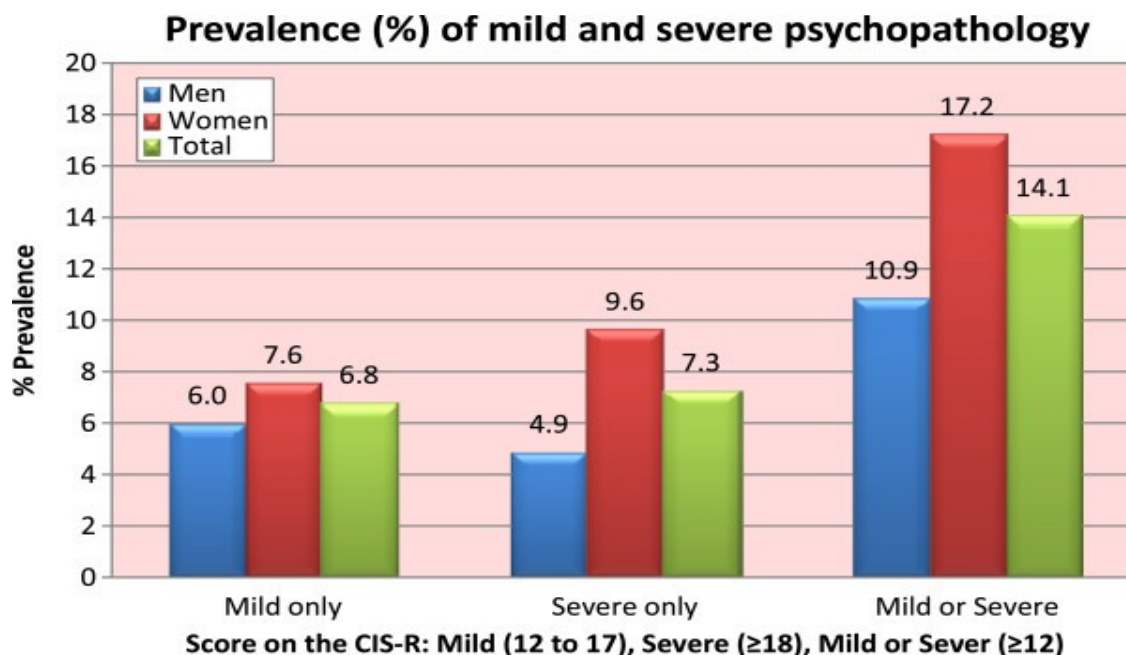
Στην πρώτη μελέτη εθνικής εμβέλειας που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 2009-2010 (Skapinakis, et al., 2013) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 4894 ατόμων, ηλικίας 18-74 ετών, που ζουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά τόσο στην ηπειρωτική όσο στις νησιωτικές

περιοχές της χώρας, επιχειρήθηκε να αξιολογηθεί το πλήρες φάσμα των κοινών ψυχικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 2.3: αποτύπωση των ποσοστών εμφάνισης των συγκεκριμένων διαταραχών και συνηθειών στον πληθυσμό (ίδια επεξεργασία)

Διαταραχή	Ποσοστό (%)
Κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα	14% (Άνδρες: 11%, Γυναίκες: 17%)
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	4.10% (95% CI: 3.54, 4.65)
Κατάθλιψη	2.90% (95% CI: 2.43, 3.37)
Διαταραχή Πανικού	1.88% (95% CI: 1.50, 2.26)
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	1.69% (95% CI: 1.33, 2.05)
Όλες οι φοβίες	2.79% (95% CI: 2.33, 3.26)
Μικτό άγχος-κατάθλιψη	2.67% (95% CI: 2.22, 3.12)
Επιβλαβής χρήση αλκοόλ	12.69% (95% CI: 11.75, 13.62)
Τακτικό κάπνισμα	39.60% (95% CI: 38.22, 40.97)
Χρήση κάνναβης	2.06% (95% CI: 1.66, 2.46)

Όπως παρατηρούμε το 14% (περίπου 1.200.000 άτομα), πάσχει από κάποια «κοινή» ψυχική διαταραχή, όπως είναι η κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στο 7% (περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση (πίνακας 3). Σύμφωνα όμως με την έρευνα, μόνο το 25% των πασχόντων έχει επισκεφθεί ψυχίατρο για το πρόβλημά του, τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό. Κι ενώ η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν την έρευνα, είναι παρόμοια σε έρευνες με την ίδια μεθοδολογία σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα στην Μεγάλη Βρετανία, το «χάσμα στη θεραπεία» όμως, σε αυτές τις χώρες, είναι πολύ μικρότερο.



Εικόνα 2.1: Prevalence of general psychopathology, N=4894, πηγή (*Skapinakis, και συν., 2013*)

Ένα σημαντικό εύρημα που προέκυψε από την προαναφερθείσα έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Η συχνότητα της εμφάνισης κατάθλιψης σε άνεργους και συνταξιούχους ήταν υπερδιπλάσια από ότι στους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), όπως και η συχνότητα ψυχικών διαταραχών σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από ότι σε άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Σημαντικά επίσης είναι τα ευρήματα που αφορούν στις «ιδέες θανάτου», και σχετίζονται με την τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση στα προβλήματά του, που με τη σειρά τους συνδέονται με τις ιδέες αυτοκτονίας, και τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα από ότι οι εργαζόμενοι (10% προς 3%), όπως και τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες εμφάνιζαν μεγαλύτερη από έξι φορές συχνότητα σε σχέση με άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (13% προς 2%). Τα ανωτέρω δεδομένα δημοσιοποιήθηκαν το 2013, μετά όμως από την οικονομική και την υγειονομική κρίση που ακολούθησαν καθώς και την

παρέλευση μιας δεκαετίας, θα πρέπει να διενεργηθεί εκ νέου έρευνα σε αντίστοιχα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Μελέτης Παγκόσμιας Επιβάρυνσης ασθενειών για την Ελλάδα το 2019 (Murray , et al., 2020), 1,4 εκατομμύρια άνθρωποι στη χώρα (που ισοδυναμεί περίπου με το 17,7% του πληθυσμού) υπέφεραν από κάποια ψυχική πάθηση όπως, ψύχωση, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές ή κάνουν χρήση ουσιών όπως κατάχρηση αλκοόλ και φαρμάκων (ποσοστό που ισοδυναμεί με το 12% του πληθυσμού των ενηλίκων, των εφήβων και των παιδιών).

2.2 Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Αν και η εκτίμηση του συνολικού κόστους της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα είναι δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια, η πρώτη προσπάθεια για τον υπολογισμό του κόστους του συστήματος ψυχικής υγείας (ΥΨΥ) πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο επιστημονικής έρευνας το 2013, ενώ μια πιο επίσημη προσπάθεια έγινε μέσω της Ταχείας Αξιολόγησης, η οποία βασίστηκε σε δεδομένα των ετών 2019 και 2020.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του 2013, το εκτιμώμενο κόστος για τα Δημόσια Νομικά Πρόσωπα (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία και κοινοτικές δομές) ανήλθε σε 300 εκατομμύρια ευρώ. Παράλληλα, το εκτιμώμενο κόστος για τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), όπως οι Αστικές Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες Ψυχικής Υγείας, ανήλθε σε 80 εκατομμύρια ευρώ, ενώ το κόστος των νοσηλίων στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ ανέρχεται σε 70 εκατομμύρια ευρώ. Επίσης, η φαρμακευτική δαπάνη για την ψυχική υγεία, η οποία καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ, ανέρχεται στα 150 εκατομμύρια ευρώ. Έτσι, το συνολικό εκτιμώμενο κόστος για το σύστημα ψυχικής υγείας φτάνει τα 450 εκατομμύρια ευρώ.

Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα της Ταχείας Αξιολόγησης δείχνουν ότι η χρηματοδότηση για τη μισθοδοσία των δημόσιων φορέων και υπηρεσιών στην Ελλάδα, εξαιρουμένων των Πανεπιστημιακών νοσοκομείων και κλινικών (για τα οποία δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία), ανήλθε σε 163,6 εκατομμύρια ευρώ. Η χρηματοδότηση

για τις ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις ανέρχεται σε 77,3 εκατομμύρια ευρώ, ενώ για τους ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς φορείς (ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και ιδιωτικά ιατρεία) ανέρχεται σε 64,9 εκατομμύρια ευρώ. Τέλος, η χρηματοδότηση για τα ψυχιατρικά φάρμακα, τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς φορείς, ανέρχεται στα 164,6 εκατομμύρια ευρώ. Συνολικά, ο προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία το 2020 εκτιμάται στα 470,4 εκατομμύρια ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 3,3% της συνολικής δαπάνης για την υγεία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αυτές τις εκτιμήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης του ΕΟΠΥΥ, οι ιδιωτικές πληρωμές και τα διαγνωστικά έξοδα.

Στην ακόλουθη εικόνα 2, αποτυπώνεται το συνολικό εκτιμώμενο κόστος των ΥΨΥ του έτους 2020, όπως αποτυπώθηκε στην Ταχεία Αξιολόγηση.

A) Υπουργείο Υγείας	
Μισθοί λειτουργών σε δημόσιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	115.000.000€
Επιχορήγηση δημόσιων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων	20.000.000€
Πλήρης χρηματοδότηση ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας	65.124.000€
ΣΥΝΟΛΟ	200.124.000€
B) ΕΟΠΥΥ	
Συγχρηματοδότηση δημοσίων παρόχων ΥΨΥ	7.722.000€
Συγχρηματοδότηση Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φορέων δημοσίου	20.900.000€
Συγχρηματοδότηση ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας	12.150.000€
Αποζημίωση Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών κερδοσκοπικού τομέα	64.270.000€
Αποζημίωση συμβεβλημένων ιδιωτών ψυχιάτρων	600.000€
Δαπάνη ψυχιατρικών φαρμάκων	164.600.000€
ΣΥΝΟΛΟ	269.642.000€
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ*	470.366.000€

Εικόνα 2.2: Συνολικό Εκτιμώμενο Κόστος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτους 2020, Πηγή: Ταχεία Αξιολόγηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, ΥΥ & ΠΟΥ,2021

Όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ΥΨΥ) που χρηματοδοτούνται από το κράτος λαμβάνουν χρηματοδότηση είτε από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας είτε από τον ΕΟΠΥΥ. Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι Αστικές Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες (ΑμΚΕ) Ψυχικής Υγείας χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας. Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ. Αυτή η σχέση χρηματοδότησης επιτρέπει στο Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΠΥΥ να χρησιμοποιούν τη θέση τους ως χρηματοδότες για να προωθήσουν εθνικά στρατηγικά σχέδια που αποσκοπούν στη βελτίωση της θεραπείας και φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η πορεία της Εθνικής Στρατηγικής για την ΨΥ, το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ

3.1 Ιστορική εξέλιξη της εθνικής στρατηγικής για την ψυχική υγεία

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ξεκίνησε πριν από σαράντα χρόνια με την ψήφιση του **N.1397/83** για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Λαμβάνοντας τότε, την έκτακτη οικονομική ενίσχυση από την ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) ύψους 120 εκ. ECU άρχισε ο στρατηγικός σχεδιασμός για την ψυχική υγεία που είχε ως στόχο το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, τα οποία λειτουργούσαν με ακατάλληλες συνθήκες, και μέσω μιας διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ψυχικά νοσούντων και μεταφοράς τους σε προστατευμένες ή και αυτόνομες δομές διαβίωσης μέσα στον κοινωνικό ιστό, στόχευε στη δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοινοτικά προσανατολισμένων, καθώς και στην προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα. Αυτό αποτέλεσε το πρώτο στάδιο για την επεξεργασία και την υλοποίηση του προγράμματος για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής του προγράμματος (η χρηματοδότηση από την ΕΟΚ κάλυπτε το 55% της συνολικής δαπάνης) ήταν να δημιουργηθούν 134 νέες δομές ψυχικής υγείας, με

σημαντικότερες 25 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 28 Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία και 42 ξενώνες και διαμερίσματα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995:35).

Ακολουθεί ο εκσυγχρονισμός και η οργάνωση του Συστήματος Υγείας με τον **N.2071/92**, όπου αποφασίζεται ότι σε κάθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας (εκτός των νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξάιρεση αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, στους οποίους δύναται να υπάρχουν περισσότεροι του ενός Τομείς, όπως και Τομείς εξειδικευμένοι για παιδιά και εφήβους.

Μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995 και προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε το 1997 ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την ονομασία "Ψυχαργός", το οποίο εγκρίθηκε και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ αποτέλεσε το Πρώτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ΨΥ. Πιο συγκεκριμένα, στόχος του "Ψυχαργός" ήταν η συνέχιση του ρυθμού της μεταρρύθμισης δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και γενικότερα την κοινωνική ένταξη και επανένταξής τους.

Με τον τίτλο «Η ανάπτυξη και ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» ο **N. 2716/99** συνεχίζει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με στόχο την κατάργηση των ασύλων και την δημιουργία ενός συστήματος που θα ανταποκρίνεται και θα αλληλεπιδρά με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των πολιτών, προέβλεπε την ανάπτυξη ψυχιατρικών κλινικών στα ΓΝ, ενώ προσπάθησε να εξαλείψει τον κοινωνικό στιγματισμό με τη δημιουργία νέων μονάδων (π.χ. κινητές μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας) προκειμένου να έρθει πιο κοντά στον πολίτη, επιτυγχάνοντας τελικά μια σταθερή μετατόπιση από τα θεσμοθετημένα σε πιο κοινοτικά περιβάλλοντα (Peritogiannis & Lixouriotis, 2019). Παραμένει μέχρι σήμερα το κύριο νομικό πλαίσιο του διαρκούς μετασχηματισμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ) στην Ελλάδα.

Αν και όλα αυτά τα χρόνια έγιναν αξιόλογες προσπάθειες για την υλοποίηση αυτού του πολυετούς προγράμματος με τη δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών και το

κλείσιμο 6 ψυχιατρείων της χώρας. Ωστόσο, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ολοκληρωθεί έως σήμερα. Η πανδημία του κορωνοϊού COVID-19, που περάσαμε, ανέδειξε την χρόνια υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας καθώς τις ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Καθώς τα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκαν, έγινε περισσότερο εμφανές το σοβαρό ζήτημα που αφορά στην δυνατότητα πρόσβασης όλων των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο της συνεργασίας της χώρας μας με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ιδρύεται το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών στην Αθήνα, όπου λειτουργεί το πανευρωπαϊκό πρόγραμμα για την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους.

Τέλος φτάνουμε στην φάση της ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με τον **N.5129/24** ο οποίος προβλέπει τη δημιουργία και οργάνωση ενός Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.) καθώς και την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων(Ε.Ο.Π.Α.Ε) που θα προκύψει από τη συγχώνευση των φορέων που αντιμετωπίζουν τις εξαρτήσεις (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 15άνω κ.α.). Το παρόν Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία, βρίσκεται σε εναρμόνιση με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 του ΠΟΥ, θέτοντας την ψυχική υγεία ως βασική προτεραιότητα της εθνικής στρατηγικής της δημόσιας υγείας. Διαρθρώνεται σε δέκα άξονες, με ειδική μέριμνα για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, στοχεύοντας στον αποστιγματισμό, την ενδυνάμωση των ψυχικά ασθενών καθώς και την έγκαιρη αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης.

3.2 Αποτίμηση του προγράμματος ΨΥΧΑΡΧΩΣ

Η **πρώτη φάση** του σχεδίου που τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 1997-2001 μέσω του Υ.Υ.Κ.Α. είχε στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και υποστήριξε τη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των χρονίως διαμενόντων στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της χώρας. Παρά το φιλόδοξο σχέδιο, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση χαρακτηρίστηκε από

αργή πρόοδο και συχνά οπισθοδρομικά βήματα. Ο στόχος της ενσωμάτωσης των ΥΨΥ στο βασικό σύστημα παροχής Π.Φ.Υ. δεν επετεύχθη ποτέ πλήρως. Σε αντίθεση, ένα παράλληλο και άνισα κατανομημένο υποσύστημα ΥΨΥ κατέστησε την παροχή φροντίδας ΨΥ κατακερματισμένη και στιγματισμένη.

Εκ του αποτελέσματος φάνηκε ότι ο σχετικός σχεδιασμός ήταν επικεντρωμένος στην υλοποίηση της αποασυλοποίησης με μία υπηρεσιοκεντρική διάθεση και δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο η εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού, με τη χρηματοδότηση της υλοποίησής του από Ευρωπαϊκούς κοινοτικούς πόρους και η δημιουργία του οράματος της κοινοτικής περίθαλψης δεν έπαυαν να αποτελούν μια νησίδα καινοτομίας σ' ένα τοπίο μιας ασυνάρτητης και μυωπικής δημόσιας διοίκησης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Επιπλέον, η σύνδεση της ανωτέρω προσπάθειας με τα κοινοτικά χρηματοδοτικά πλαίσια (ΕΟΚ), η απουσία διασύνδεσης με τους φορείς υλοποίησης, η απουσία εξειδικευμένων στελεχών στην κεντρική υπηρεσία του ΥΥ, η έλλειψη αποκεντρωμένων υγειονομικών περιφερειών, και η αδυναμία υποβολής ολοκληρωμένων προτάσεων από τις ΜΨΥ (που να υπερβαίνουν το αίτημα ενίσχυσης της στελέχωσης υφιστάμενων υπηρεσιών) κατέδειξαν την αναγκαιότητα για μία νέα ολοκληρωμένη στρατηγική για την περαιτέρω ισόρροπη υλοποίηση του σχεδιασμού.

Η **δεύτερη φάση** του Προγράμματος «Ψυχαργός» προέκυψε από την αναθεώρηση του Εθνικού Σχεδίου κατά τα έτη 2001 – 2009, στην οποία συντελέστηκε η κατάργηση των 4 από τα 9 ΨΝ της χώρας, ενώ παράλληλα μειώθηκε δραστικά ο αριθμός των χρονίων διαμενόντων στο ΨΝ Αττικής-Δαφνί, στο ΨΝ Θεσσαλονίκης, στο ΨΝ Αττικής-Δρομοκαΐτειο και σε μικρότερο βαθμό στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, εξαιτίας του ότι οι διαμένοντες είναι ψυχογηγριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης νέων εισαγωγών.

Ωστόσο η νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα εναπομείναντα ΨΝ παρουσιάζει αύξηση των εισαγωγών, η οποία επιβαρύνει ιδιαίτερα τις νοσηλευτικές δομές των δύο μεγάλων αστικών κέντρων. Οι ακούσιες εισαγωγές αγγίζουν τις 6000/έτος

για το σύνολο των νοσηλευτικών δομών, ήτοι 53.8/100.000 κατοίκους, σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2007).

Όσον αφορά στη μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους (ΥΨΥΠΕ), δημιουργήθηκαν 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και σε 27 ΚΨΥ παρέχονται και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ κινητές μονάδες προσεγγίζουν απομονωμένες περιοχές παρέχοντας ΥΨΥΠΕ. Τέλος στην Αττική δημιουργήθηκαν δύο ξενώνες, ένας για εφήβους με ψυχικές διαταραχές και ένας για τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων και παράλληλα δημιουργήθηκαν δομές για άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).

Μία πολύ σημαντική συνεισφορά του ν. 2716/99 είναι η θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) που άνοιξε το δρόμο για την εργασιακή ένταξη των Ατόμων με Σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα (ΑμΣΨΠ). Πριν από την εφαρμογή του καινοτόμου νομοθετήματος για την εποχή του, οι προηγούμενες προσπάθειες για την ένταξη στην αγορά εργασίας επικεντρώνονταν στην παροχή θεραπευτικών κινήτρων σε ασθενείς που διέμεναν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και παρείχαν υποστηρικτικές υπηρεσίες στη λειτουργία των νοσοκομείων ή κλινικών. Επιπλέον, είχαν δημιουργηθεί ορισμένα εργαστήρια για προ-επαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση, τα οποία όμως δεν κατάφεραν να μετατρέψουν την κατάρτιση αυτή σε ουσιαστική εργασιακή ένταξη στην ελεύθερη αγορά ή σε πιο ανεπτυγμένες μορφές υποστηριζόμενης απασχόλησης. Η ίδρυση των ΚοιΣΠΕ, που είναι Μονάδες Ψυχικής Υγείας με επιχειρηματική δραστηριότητα, προέκυψε ως απάντηση στην ανάγκη να ξεπεραστούν οι αδυναμίες των προστατευμένων μορφών απασχόλησης. Επιπλέον, κρίθηκε απαραίτητη η διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας, η εισαγωγή επιχειρηματικής τεχνογνωσίας, η προστασία των εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων των εργαζομένων, η ενθάρρυνση της συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών, καθώς και η εισαγωγή καινοτόμων μορφών απασχόλησης.

Μετά την ολοκλήρωση της δεύτερης φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» το 2009 διενεργήθηκε εκ των υστέρων αξιολόγηση, η οποία παραδόθηκε το 2010 (Madianos, 2013). Στον πίνακα 5, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η SWOT analysis της αξιολόγησης,

και των δύο φάσεων του «Ψυχαργός», ανάλυση η οποία λήφθηκε υπόψη για την χάραξη της νέας στρατηγικής για την ΨΥ του παρόντος Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Πίνακας 3.2: SWOT analysis του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός», πηγή “Εθνικό σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία 2021-2030”

Θετικά	Αδυναμίες
• Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στην κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης • Έμφαση στην αποσυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ΨΝ • Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων • Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών • Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν ΚΨΥ, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, ΚΗ, νοσοκομεία, Κινητές Μονάδες και κέντρα επ/κής αποκατάστασης • Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεσή τους με τις οικογένειές τους • Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές • Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση • Ανάπτυξη των ΚοιΣΠΕ • Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από ΚΨΥ, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς • Ύπαρξη καμπάνιας αντι-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος	• Κατακερματισμένο, μη-συντονισμένο σύστημα που συχνά καταλήγει στην ακατάλληλη παροχή υπηρεσιών • Αδυναμία στην εφαρμογή διαδικασιών • Έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και μελετών που αφορούν τις κατά τόπους ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών • Άνιση ανάπτυξη υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών περιοχών της χώρας • Μεγάλος αριθμός ειδικευμένων επαγγελματιών-έλλειψη προσωπικού σε υποστηρικτικούς ρόλους • Σημαντικά κενά σε ΥΨΥΠΕ και για ηλικιωμένους, σ εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, νοητική στέρηση, διατροφικές διαταραχές καθώς και σε υπηρεσίες δικαστικής-ψυχιατρικής (forensic psychiatric services) • Απουσία συντονισμού και συνεργασίας τόσο μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων παροχής ΥΨΥ, όσο και μεταξύ των υπηρεσιών του ίδιου συστήματος • Ανεπαρκή στοιχεία αποτελεσματικής διατομεακών ομάδων εργασίας σε τοπικό επίπεδο • Έλλειψη μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και συστημάτων κλινικής διαχείρισης (clinical governance) • Ανεπάρκεια κλινών κυρίως οξέων περιστατικών • Ασαφή πρωτόκολλα για έκδοση εισαγωγών • Μεγάλο ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών • Σοβαρά ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών • Περιορισμένη εμπλοκή των χρηστών και συνηγορία • Καθυστερήσεις στην καταβολή των

	πληρωμών του προσωπικού
Κίνδυνοι	Ευκαιρίες
• Τα υφιστάμενα προβλήματα δομής μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερο κατακερματισμό, αποτελώντας απειλή για την βιωσιμότητα του συστήματος • Η απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας θα δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών • Τα ανεπαρκή χρηματοδοτικά συστήματα και οι μη-αποτελεσματικοί μηχανικοί «κόστους μονάδας» θα οδηγήσουν σε σοβαρές οικονομικές πιέσεις	• Ενοποίηση των υφιστάμενων υπο-συστημάτων και υπηρεσιών • Διορθωτικές ενέργειες για τον συντονισμό του συστήματος με σαφείς δομές και αρμοδιότητες • Σταθερή παρακολούθηση του συστήματος και διαφάνεια στους μηχανισμούς και διαδικασίες χρηματοδότησης • Ανάπτυξη νέου επιχειρηματικού Σχεδίου για το επόμενο στάδιο της μεταρρύθμισης • Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013 • Αναδιοργάνωση της Περιφερειακής και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης • Ευρωπαϊκές πολιτικές για την Ψυχική Υγεία • Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από ΕΕ και ΠΟΥ

Κατά το τέλος της δεύτερης φάσης, το 2009, **υπογράφηκε Σύμφωνο** μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ελληνικής Κυβέρνησης, με στόχο την εξασφάλιση της συνέχισης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δίνοντας έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Στην περίοδο 2011-2020 καταρτίστηκε το τρίτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης, γνωστό και ως **τρίτη φάση** του Προγράμματος «Ψυχαργός», το οποίο διαρθρώθηκε σε τρεις κύριους άξονες. Ο πρώτος άξονας επικεντρωνόταν στην **ανάπτυξη κοινοτικών δομών**, καλύπτοντας τις ανάγκες του Τομέα Ψυχικής Υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, με εξειδίκευση ανά νομό και τομέα. Ο δεύτερος άξονας στόχευε στην **προαγωγή της ψυχικής υγείας** στον γενικό πληθυσμό και την πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αφορούσε τη **βελτίωση του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας**, με έμφαση στην τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση και την επιμόρφωση του προσωπικού, ενώ επίσης περιλάμβανε δράσεις έρευνας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας πρότεινε την ίδρυση ενός νέου Φορέα Αξιολόγησης της ποιότητας των μονάδων ψυχικής υγείας. Παρά το γεγονός ότι η υλοποίηση του εγχειρήματος θεωρήθηκε τεχνικά εφικτή, δεν προχώρησε λόγω κινδύνων

και περιορισμών, καθώς το Υπουργείο **δεν εξασφάλισε** τη χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης, υπήρχε ο κίνδυνος, μετά την ολοκλήρωση της αρχικής χρηματοδότησης, να μη διασφαλιστεί η συνέχιση της δραστηριότητας λόγω έλλειψης μηχανισμού.

Συμπερασματικά, με εξαίρεση κάποιες δράσεις που αφορούσαν την αναδιάρθρωση των ΤοΨΥ και τη διακυβέρνηση του συστήματος ΥΨΥ, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση **παρέμεινε στάσιμη** τα τελευταία χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19, επιτεύγματα και προκλήσεις

Το 2020, η πανδημία COVID-19 είχε σημαντικό αντίκτυπο στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (ΥΨΥ) στην Ελλάδα. Η κρίση αυτή ανέδειξε την ανάγκη για ένα αποδοτικό, αποτελεσματικό και ανθεκτικό σύστημα υγείας, ικανό να ανταποκριθεί όχι μόνο στις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αλλά και στις αυξανόμενες ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Οι επιπτώσεις της πανδημίας, όπως η απομόνωση, η κοινωνική αποστασιοποίηση, η οικονομική αβεβαιότητα και η ανασφάλεια, αύξησαν τη ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ το ήδη επιβαρυνμένο σύστημα υγείας δυσκολεύτηκε να ανταποκριθεί επαρκώς.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το Υπουργείο Υγείας (ΥΥ), σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), προχώρησε σε μια **Ταχεία Αξιολόγηση** (Rapid Assessment) των υφιστάμενων ΥΨΥ στην Ελλάδα. Αυτή η αξιολόγηση είχε στόχο να εντοπίσει τα κενά και τις αδυναμίες του συστήματος ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, και να διαμορφώσει τις προτάσεις και τους στρατηγικούς στόχους για την επόμενη δεκαετία (2021-2030). Οι προτάσεις αυτές εστιάζουν στην ενίσχυση των υποδομών και υπηρεσιών, στην καλύτερη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων και στην ανάγκη για ενίσχυση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στους ευάλωτους πληθυσμούς και στις συνέπειες της πανδημίας.

4.1 Βασικά επιτεύγματα της μέχρι τώρα πορείας της ΨΜ

Ακολουθεί μια καταγραφή των κύριων επιτευγμάτων καθώς και των μελλοντικών προκλήσεων της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης των ΥΨΥ, λαμβάνοντας υπόψη τις εκθέσεις των τριών φάσεων του «Ψυχαργώς» και την Ταχεία Αξιολόγηση (Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας, χ.χ.).

- **Πρόοδος προς την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και κλινικών μακράς διάρκειας:** Έξι από τα εννέα δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν κλείσει (πέντε για ενήλικες και ένα για παιδιά). Σήμερα λειτουργούν τρία Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, προσφέροντας ενδονοσοκομειακές και εξονοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και υπηρεσίες αποκατάστασης. Σε αυτά φιλοξενούνται 300 χρόνιοι ασθενείς που δεν έχουν ακόμη αποϊδρυματοποιηθεί.
- **Δημιουργία κοινοτικών ΥΨΥ:** Έχουν δημιουργηθεί περίπου 50 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) από τα 73 που είχαν αρχικά προγραμματιστεί, 80 Κέντρα Ημέρας (ΚΗ), και 20 Κινητές Μονάδες (από τις 35 που είχαν προγραμματιστεί μέχρι το 2020).
- **Αύξηση των κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων:** Το 2019 υπήρχαν 665 κλίνες σε ψυχιατρικές κλινικές σε όλη τη χώρα, εκ των οποίων 525 σε ψυχιατρικά νοσοκομεία για οξεία περιστατικά.
- **Δημιουργία κλινών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης:** Από το 1984 δημιουργήθηκαν σχεδόν 4.000 κλίνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κατανεμημένες σε οικοτροφεία (20 άτομα με σοβαρή ασθένεια), ξενώνες (15 άτομα με κάποια λειτουργικότητα) και προστατευόμενα διαμερίσματα (4 άτομα με μερική νοσηλευτική φροντίδα).
- **Ανάπτυξη Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ):** Ιδρύθηκαν 30 ΚοιΣΠΕ, οι οποίοι προωθούν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μέσω της απασχόλησης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- **Ανάπτυξη Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης Ενηλίκων (ΥΨΥΠΕ):** Από τις 155 που είχαν αρχικά προγραμματιστεί, δημιουργήθηκαν 34 νέες δομές, ενώ υπήρχαν μόλις 8 διαθέσιμες το 1984. Επίσης, δημιουργήθηκαν 7 παιδοψυχιατρικά

τμήματα σε γενικά νοσοκομεία και 18 εξωτερικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους σε ΚΨΥ και Κέντρα Ημερήσιας Νοσηλείας.

- **Ίδρυση εξειδικευμένων ΥΨΥ:** Μέχρι το 2019, δημιουργήθηκαν 13 Κέντρα Ημέρας και ξενώνες για Αλτσχάιμερ (από κανένα το 1990), 17 εξειδικευμένα Κέντρα Ημέρας και ξενώνες για το φάσμα του αυτισμού (από 3 το 1990), και 1 Κέντρο Ημέρας για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό για γυναίκες.

4.2 Κύριες μελλοντικές προκλήσεις

Παρά τη σημαντική πρόοδο στις μεταρρυθμίσεις του συστήματος ψυχικής υγείας, αρκετά ζητήματα παραμένουν άλυτα και συνεχίζουν να επηρεάζουν την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Μερικά από τα βασικά προβλήματα που συνεχίζουν να υφίστανται είναι:

- **Μη ολοκλήρωση της αποϊδρυματοποίησης:** Περισσότεροι από 300 χρόνιοι ασθενείς εξακολουθούν να νοσηλεύονται στα τρία δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία που παραμένουν σε λειτουργία. Επιπλέον, περίπου 1.200 ασθενείς σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές δεν συμπεριλήφθηκαν ποτέ στο πρόγραμμα αποασυλοποίησης.
- **Ακούσιες εισαγωγές:** Ένα από τα πιο κρίσιμα προβλήματα του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι οι ακούσιες εισαγωγές, οι οποίες αποτελούν περίπου το 75% των εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Από το 2020, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές έχουν αποκτήσει άδεια να δέχονται ακούσια ασθενείς.
- **Χρήση φυσικών περιορισμών:** Η χρήση φυσικών περιορισμών είναι συνηθισμένη πρακτική στα ψυχιατρικά ιδρύματα, συχνά λόγω έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης του προσωπικού στη διαχείριση επιθετικών συμπεριφορών και την αποκλιμάκωση των κρίσεων, καθώς και λόγω των ανεπαρκών πόρων και υποδομών.
- **Έλλειψη κοινοτικών ΥΨΥ:** Παρότι έχουν γίνει βήματα προς την κατεύθυνση της δημιουργίας κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξακολουθεί να υπάρχει

σοβαρή έλλειψη σε αρκετές περιοχές της χώρας, ιδίως εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων. Ακόμα και σε περιοχές όπου υπάρχουν τέτοιες υπηρεσίες, παρατηρούνται σοβαρές ανεπάρκειες, όπως η έλλειψη αποτελεσματικού συστήματος παραπομπών μεταξύ των δομών και των νοσοκομείων.

- **Έλλειψη ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία:** Αν και προβλεπόταν η δημιουργία 18 νέων ψυχιατρικών κλινικών σε γενικά νοσοκομεία, δημιουργήθηκαν μόνο 38 από τις συνολικά 56 που είχαν σχεδιαστεί.
- **Περιορισμένη ανάπτυξη ΚοιΣΠΕ:** Από τους 64 Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης που είχαν προγραμματιστεί για να καλύψουν τις ανάγκες σε όλη τη χώρα, δημιουργήθηκαν μόνο 30.
- **Αύξηση κλινών στον ιδιωτικό τομέα:** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών, οι κλίνες στον ιδιωτικό τομέα έχουν αυξηθεί σημαντικά, φτάνοντας τις 5.550 σε όλη τη χώρα.
- **Σημαντική μείωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον δημόσιο τομέα:** Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα τη μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των διαθέσιμων πόρων.
- **Ελλιπής φροντίδα παιδιών και εφήβων:** Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε ψυχιατρικές κλίνες και κοινοτικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές.
- **Έλλειψη εξειδικευμένων ΥΨΥ:** Οι δομές για άτομα με Αλτσχάιμερ, αυτισμό ή εξάρτηση από ναρκωτικά και αλκοόλ είναι ανεπαρκείς, ενώ λείπουν προγράμματα αποτοξίνωσης και εξειδικευμένη φροντίδα.
- **Προϋπολογισμός ψυχικής υγείας:** Ο προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία έχει αυξηθεί και φτάνει το 5% των συνολικών δαπανών υγείας. Ωστόσο, η διαδικασία χρηματοδότησης παραμένει αναποτελεσματική και μη ελεγχόμενη.
- **Έλλειψη ενημέρωσης για τις ανάγκες ψυχικής υγείας:** Το Υπουργείο Υγείας δεν διαθέτει επαρκή δεδομένα για τις ανάγκες του πληθυσμού ή των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ΛΥΨΥ).

- **Ανεπαρκείς υποδομές ψυχικής υγείας:** Τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας λειτουργούν άνισα, χωρίς να καλύπτουν όλες τις ανάγκες, και η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει αξιολογηθεί.
- **Έλλειψη κοινοτικής συμμετοχής:** Η μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας δεν έχει κερδίσει την υποστήριξη της κοινής γνώμης, ενώ οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής δεν έχουν ενσωματωθεί στην κατάρτιση του προσωπικού.
- **Έλλειψη σαφούς οράματος:** Οι οικονομικές δυσκολίες και η πανδημία COVID-19 έχουν επιφέρει «μεταρρυθμιστική κόπωση» στους πολιτικούς, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τους ασθενείς και τους πολίτες, γεγονός που έχει εμποδίσει τη διαμόρφωση και εφαρμογή ενός σαφούς οράματος για τη μεταρρύθμιση του συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η Διακήρυξη των Αθηνών για την Ψυχική Υγεία και η Ταχεία Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

5.1 Τα κυριότερα σημεία και ο στόχος της Διακήρυξης.

Η Διακήρυξη των Αθηνών για την Ψυχική Υγεία του 2021 είναι ένα σημαντικό ορόσημο στην προώθηση της ψυχικής υγείας στην Ευρώπη. Διοργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) Ευρώπης σε συνεργασία με το ελληνικό Υπουργείο Υγείας και πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στις 22-23 Ιουλίου 2021 (WHO, Athens Summit on the Required Actions to Address the Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Service Delivery Systems in the WHO European Region, 2021).

Βασικός στόχος της Διακήρυξης ήταν να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες προκλήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία, οι οποίες επιδεινώθηκαν από την πανδημία COVID-19, αλλά και να ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών για την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών ψυχικής υγείας. Στη Σύνοδο, επισημάνθηκε ότι η πανδημία επιδείνωσε την ψυχική υγεία εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλη την

Ευρώπη, ιδίως ευάλωτων ομάδων, και τόνισε την ανάγκη να ενσωματωθούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η Διακήρυξη κατέγραψε προτεραιότητες όπως η δημιουργία ανθεκτικών συστημάτων υγείας, η ενίσχυση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η αντιμετώπιση του στίγματος που συνδέεται με τις ψυχικές διαταραχές. Επίσης, τόνισε την ανάγκη για συνεργασίες μεταξύ κρατών, οργανισμών και φορέων για την εφαρμογή βιώσιμων πολιτικών ψυχικής υγείας, όπως περιγράφεται στο ευρύτερο πλαίσιο δράσης του ΠΟΥ για την ψυχική υγεία 2021-2025.

Τα κύρια σημεία της Διακήρυξης περιλαμβάνουν:

1. Ενίσχυση των συστημάτων ψυχικής υγείας: Υπογραμμίστηκε η ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με έμφαση στη φροντίδα στην κοινότητα και τη μείωση του στίγματος.

2. Αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας: Η COVID-19 προκάλεσε μια αυξημένη ανάγκη για υποστήριξη της ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες δεσμεύτηκαν να αναγνωρίσουν τις επιπτώσεις της πανδημίας και να ενισχύσουν τα εθνικά συστήματα ψυχικής υγείας.

3. Συνεργασία μεταξύ των χωρών: Η διακήρυξη ενθάρρυνε την αυξημένη συνεργασία μεταξύ των κρατών της Ευρώπης, προκειμένου να δημιουργηθούν κοινές στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.

4. Προτεραιότητα στην ψυχική υγεία στην ατζέντα της δημόσιας υγείας: Τονίστηκε η ανάγκη η ψυχική υγεία να αποτελεί βασική προτεραιότητα των πολιτικών δημόσιας υγείας.

Η Διακήρυξη των Αθηνών αποτελεί μέρος της ευρύτερης στρατηγικής του ΠΟΥ για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας παγκοσμίως και συνδέεται με την προώθηση βιώσιμων και ανθεκτικών συστημάτων υγείας σε κάθε χώρα.

5.2 Η σύσταση της Ταχείας Αξιολόγησης

Η Ταχεία Αξιολόγηση (Rapid Assessment) των ΥΨΥ στην Ελλάδα, που διεξήχθη το 2021, αποτελεί μέρος της συνεχιζόμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της χώρας. Αυτή η πρωτοβουλία, που συντονίστηκε από το ΥΥ της Ελλάδας σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, στοχεύει στην εκτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης των ΥΨΥ και στη χάραξη στρατηγικής για την επόμενη δεκαετία (2021-2030). Πιο συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ συνεργάστηκε με το Υπουργείο Υγείας για **να καταγράψει τις υπάρχουσες δομές** ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων και των κοινοτικών υπηρεσιών και να γίνει εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση **επικεντρώθηκε στις ελλείψεις** των συστημάτων ψυχικής υγείας, όπως οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υποστήριξης, οι μεγάλες λίστες αναμονής, και η περιορισμένη προσβασιμότητα σε απομακρυσμένες περιοχές προκειμένου να αναδειχθούν τα κενά και τα προβλήματα που υπήρχαν. Στο πλαίσιο των προτάσεων για το διάστημα 2021-2030, **τέθηκαν προτεραιότητες** όπως η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η προώθηση της κοινοτικής ψυχιατρικής και η αποϊδρυματοποίηση, η αντιμετώπιση του στίγματος, και η προώθηση της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης. Επιπλέον η αξιολόγηση συνέβαλε στη **συλλογή δεδομένων** που θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση βιώσιμων πολιτικών ψυχικής υγείας, με στόχο τη **μείωση των ανισοτήτων** στην πρόσβαση σε υπηρεσίες (WHO, Athens Summit on the Required Actions to Address the Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Service Delivery Systems in the WHO European Region, 2021).

Μέσα από τη διαδικασία της Ταχείας Αξιολόγησης του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα αναδείχθηκαν **σημαντικές ευκαιρίες για βελτίωση**, όπως η ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας και η δυνατότητα εκμετάλλευσης των δημόσιων πόρων για την προώθηση στρατηγικών σχεδίων. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από το Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) και τον ΕΟΠΥΥ, δίνοντας στο κράτος τη δυνατότητα να επιβάλει πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Το μείγμα των δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων αποτελεί επίσης μια ευκαιρία για βελτίωση της ποιότητας μέσω ανταγωνισμού.

Επισημάνθηκαν ωστόσο και οι **προκλήσεις** που αντιμετωπίζει το σύστημα, όπως η έλλειψη ενιαίας εποπτείας από το ΥΥ, οι αλληλοεπικαλύψεις στις υπηρεσίες και η

άνιση κατανομή των πόρων. Υπάρχει επίσης περιορισμένη προσωποκεντρική φροντίδα και ελλιπής διασύνδεση μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών, ενώ η ποιότητα της φροντίδας είναι ασυνεπής. Οι ιδιωτικές κλινικές κυριαρχούν στη νοσηλεία οξέων περιστατικών, συχνά παρατείνοντας τις νοσηλείες. Παρά τη χρηματοδότηση, δεν υπάρχουν επαρκείς κοινοτικές υπηρεσίες, όπως η κατ' οίκον θεραπεία. Το ΥΥ δεν έχει καταφέρει να αναλάβει πλήρως τον εποπτικό του ρόλο, λόγω νομικών και χρηματοδοτικών περιορισμών. Τέλος αναφέρει ότι, ενώ το σύστημα έχει σημειώσει πρόοδο με την κατάργηση των ασύλων και την ανάπτυξη κοινοτικών δομών, υπάρχουν ακόμα κενά στον σχεδιασμό και την αποδοτικότητα, που επιβαρύνουν την παροχή φροντίδας και τη διαχείριση των δημόσιων πόρων.

Η αξιολόγηση κατέληξε στη σύσταση για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ψυχική υγεία, με ορίζοντα δεκαετίας (2021-2030), το οποίο θα επικεντρώνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και θα ορίζει το ελληνικό μοντέλο φροντίδας για τις διάφορες ομάδες-στόχους. Το Σχέδιο Δράσης αναμένεται να αναπτυχθεί με τη συνεργασία των βασικών εμπλεκόμενων φορέων, ενώ έχει ήδη κατατεθεί ένα σύνολο προτάσεων στο ΥΥ, το οποίο περιλαμβάνει συστάσεις για όλες τις λειτουργίες του συστήματος υγείας. Οι προτεραιότητες αυτών των προτάσεων έχουν ταξινομηθεί σε άμεσες (0-1 έτος), μεσοπρόθεσμες (2 έτη) και μακροπρόθεσμες (2-5 έτη).

Ωστόσο, λόγω των περιορισμών που επιβλήθηκαν εξαιτίας της πανδημίας, υπήρχαν δυσκολίες στη διεξαγωγή συνεντεύξεων και ταξιδιών, γεγονός που επηρέασε εν μέρει τα ευρήματα της αξιολόγησης. Παρά τις προσπάθειες για τριγωνοποίηση των δεδομένων, οι περιορισμοί αυτοί πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εξέταση των συστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η σύσταση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, αναλυτικά οι άξονες δράσεις

6.1 Δέκα άξονες παρεμβάσεων

Το ΥΥ λαμβάνοντας υπόψιν τις συστάσεις της Ταχείας Αξιολόγησης αλλά και τα αποτελέσματα της Διακήρυξης των Αθηνών όρισε τελικά δέκα, κατά προτεραιότητα πεδία, στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης της ΨΥ, τα οποία ομαδοποιήθηκαν σε πέντε κάθετους άξονες:

1^{ος} άξονας: Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης και των Τμημάτων Χρονίων Ασθενών, στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ, με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για τη νόσο Αλτσχάϊμερ και της Ψυχογηριατρικής.

2^{ος} άξονας: Ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, έμφαση στην πρόληψη με ταυτόχρονη ενσωμάτωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ, αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών.

3^{ος} άξονας: Ολοκλήρωση του δικτύου ΥΨΥ για παιδιά και εφήβους, ειδική πρόβλεψη για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.

4^{ος} άξονας: Μεταρρύθμιση δικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρυματικές και κοινοτικές υπηρεσίες και ανάπτυξη Ψυχιατρικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

5^{ος} άξονας: ολοκλήρωση του πανελλαδικού Δικτύου Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ).

Καθώς και πέντε οριζόντιους άξονες:

6^{ος} άξονας: καθολική εφαρμογή τομεοποίησης σε όλη τη χώρα, λαμβάνοντας υπόψη όλους του πυλώνες της παροχής ΥΨΥ (δημόσιος & ιδιωτικός τομέας ΜΚΟ), διασφάλιση ποιότητας κα ασφάλειας των ΛΥΨΥ και προαγωγή έρευνας και εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία.

7^{ος} άξονας: μείωση του αριθμού ακούσιων νοσηλειών προς εναρμόνιση με τον μέσο όρο στην ΕΕ.

8^{ος} άξονας: ενίσχυση της ενσωμάτωσης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των υπαλλήλων.

9^{ος} άξονας: προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενίσχυση της φωνής τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των οικογενειών τους.

10^{ος} άξονας: ολοκλήρωση της ψυχικής υγείας ως μέρος του μηχανισμού ετοιμότητας και σχεδιασμού/εφαρμογής για την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, όπως η πανδημία.

6.2: Η κοστολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η κοστολόγηση αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την επιτυχία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, καθώς εξασφαλίζει τους απαραίτητους πόρους για τη δημιουργία και λειτουργία νέων δομών και προγραμμάτων, αλλά και την ενίσχυση των υπαρχόντων υπηρεσιών. Η κοστολόγηση στοχεύει επίσης στην εξασφάλιση της διαρκούς χρηματοδότησης του Σχεδίου, καθώς και στη βιωσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Σημαντική βοήθεια στην κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου παρείχε η Ταχεία Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, καταγράφοντας το εκτιμώμενο κόστος των υπηρεσιών αυτών, το οποίο ανερχόταν στα 470,4 εκατομμύρια ευρώ.

Το Σχέδιο Δράσης αναλύεται σε δύο βασικές διαστάσεις: πρώτον, στη δημιουργία νέων δομών και προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, και δεύτερον, στην ενίσχυση των δημόσιων δομών των οποίων το προσωπικό έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Οι κύριες κατηγορίες της κοστολόγησης περιλαμβάνουν:

- Δημιουργία 311 νέων δομών με κόστος 294,33 εκατομμύρια ευρώ για την αρχική επένδυση και 18μηνη λειτουργία.
- Ανάπτυξη 211 προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, με αρχικό κόστος 51,13 εκατομμύρια ευρώ.
- Ενίσχυση 279 υφιστάμενων δομών, με κόστος 28,92 εκατομμύρια ευρώ.

- Προσθήκη επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε 300 Κέντρα Υγείας, με κόστος 54 εκατομμύρια ευρώ.

Συνολικά, το κόστος για την έναρξη και λειτουργία αυτών των δομών και προγραμμάτων ανέρχεται στα 374,5 εκατομμύρια ευρώ, ενώ η ετήσια δαπάνη για τη συνέχιση της λειτουργίας τους ανέρχεται στα 362,21 εκατομμύρια ευρώ. Οι πόροι χρηματοδότησης θα προέλθουν από το Ταμείο Ανθεκτικότητας και Ανάκαμψης, το ΕΣΠΑ, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων και τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας. Στον παρακάτω πίνακα 7 αναφέρονται όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου

Πίνακας 6 3: εμπλεκόμενοι φορείς για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου, πηγή: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ΨΥ 2021-2030

α/α	Υπουργείο Υγείας
1	Κεντρική Υπηρεσία
2	Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε)
3	Νοσοκομεία
4	Κέντρα Υγείας
5	Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ)
6	Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας
7	Ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας
8	Λοιποί εποπτευόμενοι φορείς: ΟΚΑΝΑ/ΚΕΘΕΑ/ΕΚΕΨΥΕ/ΕΟΔΥ/ΕΚΑΒ κα.
9	ΑμΚΕ Ψυχικής Υγείας
10	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
11	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών
α/α	Πέραν Υπουργείου Υγείας
1	Υπουργεία Εργασίας, Δικαιοσύνης, Μετανάστευσης, Διοικητικής Μεταρρύθμισης, Ψηφιακής Πολιτικής
2	Φορείς και Επιστημονικές και Επαγγελματικές Ενώσεις Υγείας
3	Πανεπιστήμια και Ακαδημαϊκοί φορείς
4	Ανεξάρτητες Αρχές
5	Εκκλησία
6	Εργοδότες (ιδιωτικός και δημόσιος τομέας)
7	Επιμελητήρια
8	Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης (ΔΥΠΑ)
9	Φορείς εκπροσώπησης ΛΥΨΥ και Οικογενειών
10	Ομοσπονδίες ΚοιΣΠΕ, ΑΜΚΕ, Αργώ, Οικογενειών, ΛΥΨΥ
11	Λοιποί φορείς Κοινωνίας των Πολιτών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σχέδιο νόμου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, δημόσια διαβούλευση, απόψεις και τοποθετήσεις

7.1 Κύριοι στόχοι του νομοσχεδίου

Στις 4.7.2024 αναρτήθηκε το τελικό σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», με κύριους στόχους:

- Την αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας, με την ίδρυση του Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), το οποίο οργανώνεται σε Περιφερειακά Δίκτυα και υπάγεται στις Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.). Οι διοικήσεις αυτές θα έχουν τον αρμόδιο Υποδιοικητή για θέματα ψυχικής υγείας, με σκοπό την ενοποίηση και αποτελεσματικότερη διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Τον εκσυγχρονισμό του νομοθετικού πλαισίου για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα, διασφαλίζοντας τη θεραπεία τους χωρίς διακρίσεις και με απόλυτο σεβασμό στα δικαιώματά τους. Στόχος είναι η άμεση ενσωμάτωσή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ώστε να λαμβάνουν υποστήριξη με σύγχρονα επιστημονικά μέσα καθ' όλη την πορεία της θεραπείας τους.
- Την προαγωγή της ψυχικής υγείας και κοινωνικής επανένταξης των πολιτών, μέσω της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, της αντιμετώπισης του κοινωνικού στίγματος και της οργάνωσης προληπτικών παρεμβάσεων σε περιπτώσεις ανθρωπογενών κρίσεων και φυσικών καταστροφών.
- Την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (Ε.Ο.Π.Α.Ε.), ενός νομικού προσώπου δημοσίου χαρακτήρα, που θα λειτουργεί ως ο βασικός φορέας πρόληψης και θεραπείας εξαρτήσεων και εθισμών. Ο Οργανισμός αυτός θα επιβλέπει ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και κοινωνική επανένταξη ατόμων με εξαρτητικές συμπεριφορές, λαμβάνοντας υπόψη τον θεραπευτικό πλουραλισμό και τις εξατομικευμένες ανάγκες των πολιτών.

- Την ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης υπηρεσιών σε πραγματικό χρόνο, για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και εξαρτήσεις. Μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος Επιδημιολογικής Παρακολούθησης και Θεραπευτικής Διαχείρισης (Π.Σ.Ε.Π.Θ.Δ.) και του υποσυστήματος προγραμμάτων του Ε.Ο.Π.Α.Ε., θα εξασφαλίζεται η συνεχής παροχή υποστήριξης στους ωφελούμενους και η διασύνδεση των υπηρεσιών σε κάθε γωνιά της χώρας.
- Τη σύσταση του Εθνικού Δικτύου Τηλεψυχιατρικής – Τηλεσυμβουλευτικής, για την εξ αποστάσεως παροχή ιατρικής και ψυχικής υποστήριξης μέσω ψηφιακών μέσων. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται πρόσβαση σε συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες για όλο τον πληθυσμό, ανεξάρτητα από γεωγραφικούς περιορισμούς, με σεβασμό στους κανονισμούς του GDPR και τις αρχές ιατρικής δεοντολογίας.

7.2 Η Δημόσια Διαβούλευση

Το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», τέθηκε σε δημόσια ηλεκτρονική διαβούλευση, όπου μπορούσε να συμμετάσχει κάθε ενδιαφερόμενος και κάθε κοινωνικός εταίρος, καταθέτοντας τις προτάσεις του προς βελτίωση των διατάξεων του ανωτέρω νομοθετήματος. Η διαβούλευση διήρκησε από τις 4.7.2024 μέχρι τις 18.7.2024 κι όπως αναφέρει η έκθεση επί της δημόσιας διαβούλευσης, κατατέθηκαν συνολικά 1411 σχόλια.

7.2.1 Αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας

Σχετικά με την αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας, για την ίδρυση του **Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.)**, που θα οργανώνεται σε Περιφερειακά Δίκτυα και υπάγεται στις Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.), οι επικριτές του νόμου τονίζουν ότι η ενοποίηση των υπηρεσιών δημιουργεί ένα συγκεντρωτικό και απομακρυσμένο σύστημα διοίκησης, το οποίο θα είναι δυσλειτουργικό και απρόσωπο, περιορίζοντας την αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών και τη συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες στα νοσοκομεία. Επιπλέον, η κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων (π.χ., ΨΝΑ και ΨΝΘ) ερμηνεύεται ως τυπική κίνηση αποασυλοποίησης, χωρίς να ενισχύονται οι απαιτούμενες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και κοινωνικής αποκατάστασης. Η διοικητική αυτή

αναδιοργάνωση, σύμφωνα με τους επικριτές, δεν απαντά σε βασικά προβλήματα όπως η έλλειψη κλινών, η ανεπάρκεια κτιριακών υποδομών, και η έλλειψη τομεοποίησης, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία και τη συνεχή υποβάθμιση των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι νέες χρηματοδοτήσεις φαίνεται να κατευθύνονται κατά κύριο λόγο σε ιδιωτικές δομές (ΜΚΟ και ΑΜΚΕ), γεγονός που ενισχύει την ανησυχία για την παρακμή των δημόσιων δομών.

Η γενική παρατήρηση του **Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (Σ.Κ.Λ.Ε)** είναι ότι αναδεικνύεται η ανάγκη ενός Τομεοποιημένου Σχεδιασμού στην Ψυχική Υγεία, που θα αποτελέσει την αφετηρία για μια νέα φάση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα. Κεντρικό χαρακτηριστικό αυτού είναι η εδραίωση της κοινοτικής ψυχιατρικής, ενώ υπάρχει κοινή αποδοχή ότι, παρά τις σημαντικές βελτιώσεις που έχουν σημειωθεί, εξακολουθούν να υπάρχουν σοβαρά κενά. Αυτή η ανάγκη είχε διατυπωθεί επανειλημμένα μέσω εκθέσεων προς το Υπουργείο Υγείας (όπως η Έκθεση του 2019 για τον τομεοποιημένο σχεδιασμό μονάδων ψυχικής υγείας), με πιο πρόσφατο το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, που δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο του 2023 και περιλαμβάνει δέκα άξονες παρέμβασης για την προστασία της ψυχικής υγείας και την ενίσχυση των υπηρεσιών. Παρά τις νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν τα τελευταία χρόνια για τη θεσμοθέτηση της τομεοποίησης στην ψυχική υγεία μέσω διάφορων ρυθμίσεων (π.χ., ν. 4461/2017, άρθρο 50 ν. 4764/2020, ν. 4931/2022), δεν υπήρξε ουσιαστική αξιολόγηση αυτών των ρυθμίσεων για την αποτελεσματικότητά τους. Έτσι, δεν κατέστη δυνατό να επιτευχθούν οι επιθυμητές βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η συντονισμένη λειτουργία τους, και να αντιμετωπιστούν τα κενά σε διαδικαστικά πρωτόκολλα. Το παρόν νομοσχέδιο επιδιώκει την ενοποίηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) σε ένα ενιαίο δίκτυο εντός των επτά Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών, αντί να λαμβάνει υπόψη την ανάγκη λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή οδηγεί σε μια "Περιφερειοποίηση" της Ψυχικής Υγείας, συγκεντρώνοντας δραστηριότητες σε διοικητικά μικρότερες ενότητες με μεγαλύτερο πληθυσμό, χωρίς πρόβλεψη για επαρκή στελέχωση, γεγονός που αναμένεται να καταστήσει τη διαχείριση των Μ.Ψ.Υ. αναποτελεσματική. Επιπλέον, δεν έχει προβλεφθεί μόνιμο προσωπικό για τις υποστελεχωμένες Μ.Ψ.Υ. του ΕΣΥ, ενώ ως προσωρινή λύση

προκρίνεται η μετακίνηση προσωπικού από μια υποστελεχωμένη μονάδα σε άλλη, κατόπιν απόφασης του Διοικητή της ΥΠΕ. Το άρθρο 7 αναφέρεται στη μεταφορά του προσωπικού των ψυχιατρικών τομέων των Γενικών και Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, χωρίς όμως να λαμβάνονται υπόψη άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι είναι αναγκαίοι για τη διεπιστημονική προσέγγιση και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.

Μια άλλη αρνητική συνέπεια αφορά την δυνατότητα κάλυψης των ψυχιατρικών τμημάτων από το προσωπικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ, σε περίπτωση που δεν επαρκεί το μεταφερόμενο προσωπικό. Αυτό δημιουργεί ανισότητες μεταξύ του προσωπικού και επιβαρύνει τις υπηρεσίες προς τους πολίτες. Η αποσύνδεση των ψυχιατρικών κλινικών από τα γενικά νοσοκομεία υποβαθμίζει την ολοκληρωμένη φροντίδα που είχε μέχρι τώρα μειώσει το στίγμα των ψυχικά νοσούντων.

Η υπαγωγή των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών και η διασύνδεσή τους με τις δημόσιες δομές ψυχικής υγείας προκαλεί επιπλέον ζητήματα. Οι ιδιωτικές κλινικές δίνουν έμφαση στη βιοϊατρική προσέγγιση, σε αντίθεση με τις δημόσιες Μ.Ψ.Υ., οι οποίες προάγουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Επιπλέον, οι ιδιωτικές κλινικές δεν έχουν την ίδια στελέχωση και δεν διασφαλίζουν τη συνέχιση της θεραπείας, αφήνοντας τις ευθύνες αυτές στις ήδη επιβαρυνμένες δημόσιες δομές, κάτι που τελικά ωφελεί οικονομικά τον ιδιωτικό τομέα.

Τέλος, η εποπτεία των μη κερδοσκοπικών ΝΠΙΔ από τις ΔΥΠΕ και η σύνδεσή τους με τις δημόσιες Μ.Ψ.Υ. μπορεί να αποδειχθεί αναποτελεσματική, αφού η βιωσιμότητα των δράσεών τους δεν είναι πάντα εξασφαλισμένη, με αποτέλεσμα ασθενείς να καταλήγουν ξανά σε ψυχιατρικές κλινικές, γεγονός που απογοητεύει τόσο τους ίδιους όσο και τις οικογένειές τους (Σ.Κ.Λ.Ε., 2024)

Τις ανησυχίες τους για πιθανές ασυνέχειες και ελλείψεις συντονισμού μεταξύ των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.), χωρίς κεντρικό διοικητικό φορέα σε εθνικό επίπεδο, μετά τη σύσταση του Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), εξέφρασε και η **Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Μελετών**. Η απουσία κεντρικής εποπτικής δομής, όπως η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, που παίζει καθοριστικό ρόλο στην εποπτεία και στον συντονισμό των δράσεων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης,

ενδέχεται να επιφέρει δυσλειτουργίες και αποσπασματικότητα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, θέτοντας σε κίνδυνο τη συνοχή της πολιτικής αυτής σε πανελλαδικό επίπεδο.

Επιπλέον, η αντικατάσταση των υφιστάμενων Τομέων Ψυχικής Υγείας με τα νέα Περιφερειακά Δίκτυα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.) ενδέχεται να αποσταθεροποιήσει τη θεμελιώδη αρχή της τομεοποίησης. Η αύξηση του πληθυσμού αναφοράς κάθε τομέα μπορεί να δυσχεράνει την αποδοτική παροχή φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας, ενώ υπονομεύει τους πληθυσμιακά εστιασμένους στόχους των υπηρεσιών. Αυτό απειλεί την εγγύτητα των υπηρεσιών προς τους λήπτες και μπορεί να οδηγήσει σε αποδυνάμωση της κοινοτικής ψυχιατρικής προσέγγισης, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας ψυχικής υγείας.

Μία ακόμα προβληματική παράμετρος είναι η συγκέντρωση διοικητικών και εποπτικών εξουσιών στον Υποδιοικητή της Δ.Υ.Πε., ο οποίος, ανεξάρτητα από ειδικότητα ή εμπειρία, θα είναι υπεύθυνος για τον συνολικό συντονισμό των δομών ψυχικής υγείας. Η εν λόγω διάταξη επιτείνει την ιατροκεντρική προσέγγιση, παρά την προσπάθεια για συμμετοχή άλλων ειδικοτήτων, όπως ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, στη διοικητική δομή, ενώ παραμένει εμφανής η υποεκπροσώπηση των ίδιων των ληπτών υπηρεσιών και των οικογενειών τους. Η αντιπροσώπευση τους μέσω ενός μέλους της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος δεν εξασφαλίζει επαρκή συμμετοχή και έκφραση των αναγκών των ατόμων με εμπειρία ψυχικής νόσου και των οικογενειών τους.

Τέλος, παρατηρείται μια εμφανής έλλειψη αναφοράς στην ευθύνη του Κράτους για τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γεγονός που γεννά ερωτηματικά σχετικά με την πρόθεση διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Ερευνών, 2024).

Η **Ομοσπονδία Φορέων Ψυχικής Υγείας "Αργώ"** επισημαίνει ότι η έλλειψη σαφούς στόχευσης για τον μετασχηματισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε κοινοτικά δίκτυα υπηρεσιών αποτελεί σημαντικό έλλειμμα του σχεδίου νόμου, καθώς υπονομεύει την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και έρχεται σε αντίθεση με τους στόχους που έχει θέσει τόσο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή όσο και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Το πλαίσιο που προτείνεται δεν περιλαμβάνει ουσιαστικά μέτρα για την

ενίσχυση των υφιστάμενων κοινοτικών δομών, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία, τα οποία είναι απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας σε περιφερειακό επίπεδο και την εξάλειψη της εξάρτησης από τις ιδρυματικές λύσεις.

Τονίζει ότι η διοικητική κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, χωρίς ταυτόχρονη πρόβλεψη για αύξηση των κοινοτικών δομών και την εξασφάλιση πόρων και εξειδικευμένου προσωπικού, προκαλεί ανησυχίες για την αποτελεσματικότητα του νέου συστήματος. Η μη αναφορά στην κατάργηση των τμημάτων χρόνιων ασθενών, τα οποία συνιστούν τον πυρήνα των ιδρυματικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, ενδέχεται να διατηρήσει τις παρωχημένες μορφές φροντίδας, αντί να προωθήσει ένα σύστημα βασισμένο στην κοινοτική προσέγγιση.

Ενώ επισημαίνει την αναγκαιότητα διασύνδεσης όλων των κοινοτικών δομών με τα γενικά νοσοκομεία, καθώς και η διασφάλιση της συνεχούς και ολιστικής φροντίδας, είναι ζητήματα που θα πρέπει να διευκρινιστούν περισσότερο στο σχέδιο νόμου. Η διασύνδεση και η διαλειτουργικότητα αυτών των δομών είναι κρίσιμες για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών ψυχικής υγείας και την αποφυγή της επανεισδοχής των ασθενών στις μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης.

Συμπερασματικά, για να επιτευχθεί μια ολοκληρωμένη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, το νομοσχέδιο θα πρέπει να ενσωματώσει σαφείς στόχους για τη δημιουργία ενός κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, να προβλέψει την επαρκή στελέχωση και χρηματοδότηση αυτών των δομών, και να διασφαλίσει τη συμμετοχή των ληπτών και των οικογενειών τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μόνο με αυτά τα στοιχεία μπορεί να υλοποιηθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που αποβλέπει στην αποιδρυματοποίηση, την ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας και την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Ομοσπονδία Φορέων Ψυχικής Υγείας "Αργώ", 2024).

Τον προβληματισμό τους για το Νομοσχέδιο εκφράζει το **Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**, καθώς περιορίζεται σε ένα διοικητικό ανασχηματισμό ελέγχου, εποπτείας και αξιολόγησης των ΜΨΥ, χωρίς να προβλέπει ότι η

κατάργηση των ιδρυματικών Ψυχιατρικών Μονάδων – Τμημάτων «Χρονίων Ασθενών» θα πρέπει να συνοδεύεται με παράλληλη ανάπτυξη και λειτουργία νέων Μονάδων Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, 2024).

Η Ένωση Ιατρών του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγείνης κι Ερευνών (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε.) επισημαίνει ότι το σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας για την Ψυχική Υγεία παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα που ενδέχεται να υπονομεύσουν τη βιωσιμότητα και αποτελεσματικότητα του Δημόσιου Συστήματος Ψυχικής Υγείας και να ακυρώσουν τις μέχρι τώρα κατακτήσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Πιο συγκεκριμένα αναφέρει:

Το νομοσχέδιο, αντί να ενισχύσει την τομεοποίηση – θεμέλιο λίθο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης – προωθεί την περιφερειοποίηση ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ), δημιουργώντας ένα διογκωμένο και δυσλειτουργικό μοντέλο, όπου οι ανάγκες των ασθενών δύσκολα θα εντοπίζονται και θα ικανοποιούνται επαρκώς, λόγω της απομακρυσμένης και συγκεντρωτικής διοίκησης.

Η διοικητική κατάργηση των ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων χωρίς σχέδιο για την ανάπτυξη απαραίτητων κοινοτικών δομών αποασυλοποίησης δημιουργεί ανησυχίες σχετικά με τη δυνατότητα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας σε περιβάλλον κοινοτικής ψυχιατρικής.

Το νομοσχέδιο, αντί να προβλέπει προσλήψεις και στελέχωση των υφιστάμενων δομών, προωθεί τη μετακίνηση προσωπικού από ήδη υποστελεχωμένες δομές σε άλλες πιο υποστελεχωμένες, οδηγώντας έτσι σε πιθανή περαιτέρω συρρίκνωση ή και κατάργηση σημαντικών δομών ψυχικής υγείας. Επιπλέον οι αλλαγές που προωθούνται καθιστούν το Δημόσιο Σύστημα Ψυχικής Υγείας λιγότερο ελκυστικό για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ειδικά για γιατρούς, αυξάνοντας την πιθανότητα κενών θέσεων και μειώνοντας τη συμμετοχή νέου προσωπικού.

Η προτεινόμενη ευελιξία στις μετακινήσεις επαγγελματιών διακόπτει τις σταθερές θεραπευτικές σχέσεις, που είναι ιδιαίτερα σημαντικές στην ψυχική υγεία, υποβαθμίζοντας τη συνεχή και εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών.

Η Ένωση Ιατρών του Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε. υπογραμμίζει ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα πρέπει να στηριχθεί στην ενίσχυση των δημόσιων κοινοτικών υπηρεσιών, την επαρκή στελέχωση και τη διατήρηση του κοινωνικού και κοινοτικού χαρακτήρα της ψυχικής υγείας. Ένα νομοσχέδιο που αποδυναμώνει τις υπάρχουσες κατακτήσεις και απομακρύνεται από τις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως η τομεοποίηση και η κοινοτική προσέγγιση, δεν μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την πραγματική ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε., 2024).

Η **τοποθέτηση του Υπουργείου** στα σχετικά σχόλια δημοσιεύθηκε στην έκθεση που αναρτήθηκε για τη διαβούλευση και αναφέρει ότι το νομοσχέδιο επιχειρεί να ολοκληρώσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, επιδιώκοντας τη μετάβαση από την ασυλικού τύπου περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα, όπως αυτή εφαρμόζεται σε άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.). Η κεντρική ιδέα είναι να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και θα παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες κοντά στον τόπο διαμονής και δραστηριότητας του κάθε πολίτη, προωθώντας την αρχή του "leave no one behind" (κανείς να μη μείνει πίσω). Η αναδιάρθρωση του Δημόσιου Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Υ.Ψ.Υ.) γίνεται ώστε αυτό να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού. Η ίδρυση Περιφερειακών Δικτύων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), που θα εποπτεύονται από έναν Υποδιοικητή αρμόδιο για την ψυχική υγεία, αποσκοπεί στη βελτίωση της γεωγραφικής διασποράς των υπηρεσιών. Αυτό στοχεύει να καλύψει υπάρχουσες ανάγκες στις τοπικές κοινωνίες, δίνοντας προτεραιότητα σε περιοχές με ελλείψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ενώ κάθε Περιφερειακό Δίκτυο στοχεύει στη διατήρηση της τομεοποίησης, επιτρέποντας την εύρυθμη λειτουργία του δικτύου, ενισχύοντας τη διασύνδεση, τη δικτύωση και τη συνεργασία των δομών ψυχικής υγείας. Η λειτουργία αυτών των δικτύων προβλέπεται να εξειδικευθεί μέσω κανονιστικών πράξεων, οι οποίες θα ορίσουν τις λεπτομέρειες για τη διασύνδεση των υπηρεσιών και τον τρόπο οργάνωσής τους. Η προτεινόμενη αναδιάρθρωση στον τρόπο παροχής των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Υ.Ψ.Υ.) όχι μόνο δεν καταργεί την τομεοποίηση, αλλά καθίσταται απαραίτητη για να εξασφαλιστεί η συνέχιση της. Για χρόνια, η τομεοποίηση, όπως ορίζεται στον νόμο και στις σχετικές υπουργικές αποφάσεις, δεν εφαρμόζεται στην

πράξη λόγω της έλλειψης συντονισμού, δικτύωσης και διασύνδεσης των υπηρεσιών από τους παρόχους. Στην πραγματικότητα, οι ασθενείς εισάγονται για νοσηλεία όπου υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες ή θέσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές τους ανάγκες ή η περιοχή διαμονής και επαγγελματικής τους δραστηριότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι να νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή κλινικές γενικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων που εφημερεύουν ή σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που μπορεί να βρίσκονται σε άλλες υγειονομικές ή περιφερειακές ενότητες, γεγονός που συχνά καθυστερεί την απαραίτητη θεραπεία και αποκατάστασή τους.

Το νέο νομοσχέδιο, το οποίο τίθεται σε διαβούλευση, εισάγει για πρώτη φορά έναν ορθολογικό σχεδιασμό, συντονισμένη ανάπτυξη και λειτουργική διασύνδεση των δημόσιων μονάδων Υ.Ψ.Υ. σε όλα τα επίπεδα. Παράλληλα, διασφαλίζεται η σύνδεση αυτών των μονάδων με τις υπόλοιπες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και με άλλους δημόσιους φορείς, όπως σωφρονιστικά καταστήματα και δομές του εκπαιδευτικού συστήματος.

Οι λεπτομέρειες για το πώς θα διασυνδεθούν οι δομές Υ.Ψ.Υ. στο πλαίσιο κάθε Περιφερειακού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.) θα προσδιοριστούν μέσω υπουργικών αποφάσεων, όπως προβλέπεται στο σχετικό άρθρο για την έκδοση των κανονιστικών πράξεων. Σχόλια που περιλαμβάνουν συγκεκριμένες προτάσεις, όπως η προστασία των ατόμων με ψυχικά προβλήματα, η πρόβλεψη ειδικών παροχών για τους ψυχικά ασθενείς, και η παροχή οικονομικών κινήτρων για την προσέλκυση επαγγελματιών ψυχικής υγείας, θα εξεταστούν μετά την ψήφιση του νομοσχεδίου και θα ληφθούν υπόψη κατά την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων (Υπουργείο Υγείας, 2024).

7.2.2 Η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (Ε.Ο.Π.Α.Ε.)

Συγκεντρώνοντας τα περισσότερα σχόλια (431 σχόλια) το άρθρο 29 αφορά στη σύσταση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία: «Εθνικός Οργανισμός

Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων» (Ε.Ο.Π.Α.Ε.) και την ενσωμάτωση σε αυτόν δομών, μονάδων, υπηρεσιών και προγραμμάτων όπως ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αλλά και λοιπών δημόσιων μονάδων απεξάρτησης.

Διάχυτη ήταν η αγωνία και η υποστήριξη στα **Κέντρα Πρόληψης** των οποίων η λειτουργία καθορίζεται βάση προγραμματικής σύμβασης με το Υπουργείο Εσωτερικών και από πλευράς Υπουργείου Υγείας με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., μέχρι το 2027 και η συνέχιση των οποίων δεν αναφέρεται στο νέο νομοσχέδιο. Το αίτημα του **Πανελλαδικού Δικτύου των Διοικήσεων των Κέντρων Πρόληψης (ΔΙ.ΚΕ.ΠΡ.Ε.)** είναι να αναφέρεται στο Άρθρο 29, §4ε, όπου ο ΕΟΠΑΕ ορίζεται ως καθολικός διάδοχος του ΟΚΑΝΑ, ότι θα δεσμευτεί να εφαρμόσει, τους όρους της Προγραμματικής Σύμβασης που έχει συνάψει με τα Κ.Π. για το 2021-2027 και ότι θα υποχρεούται να υλοποιήσει όλες τις δεσμεύσεις που απορρέουν από την εν λόγω σύμβαση. Καθώς επίσης να προστεθεί ότι: «Τα Κ.Π. να ενταχθούν υπό την εποπτεία του ΕΟΠΑΕ ακόμη και μετά το 2027, να συνεχισθεί η λειτουργία τους με το ίδιο καθεστώς» (ΔΙ.ΚΕ.ΠΡ.Ε., 2024).

Όπως μας ενημερώνει στην ανάρτησή του στη διαβούλευση το **ΕΚΤΕΠΝ – Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά**, το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, βάσει του οποίου ιδρύθηκε και λειτουργεί εδώ και τρεις δεκαετίες το δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, αποσκοπεί στην υποστήριξη της εθνικής πολιτικής πρόληψης σε πανελλαδικό επίπεδο μέσω του ΟΚΑΝΑ. Παράλληλα, ο ενεργός ρόλος των τοπικών αυτοδιοικήσεων και άλλων φορέων δίνει τη δυνατότητα σύνδεσης με την τοπική κοινωνία, γεγονός που διευκολύνει την αξιολόγηση και κάλυψη των αναγκών κάθε περιοχής. Το έργο των Κέντρων Πρόληψης έχει λάβει αναγνώριση σε ευρωπαϊκό επίπεδο, καθώς προσφέρουν καινοτόμες υπηρεσίες με αποκλειστικό επίκεντρο την πρόληψη. Η ύπαρξη αυτών των υπηρεσιών θεωρείται αναγκαία προϋπόθεση για την αποτελεσματική πρόληψη σε εθνικό επίπεδο, σύμφωνα με τις Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες του ΟΗΕ. Ζητά να βρεθεί βιώσιμη λύση για τη συνέχιση των Κέντρων Πρόληψης και την ενίσχυση της σύνδεσής τους με τον ΕΟΠΑΕ, που να μην παρεμποδίζει τη σημαντική σχέση τους με τις τοπικές κοινωνίες. Στο πλαίσιο αυτό, είναι απαραίτητη η καταγραφή της σχέσης του ΕΟΠΑΕ με τα Κέντρα Πρόληψης, με αναφορές στα Άρθρα 29 και 31. Επιπλέον, βάσει δεδομένων από το ΕΚΤΕΠΝ, η πρόληψη των

εξαρτήσεων στην Ελλάδα πραγματοποιείται κυρίως μέσω του δικτύου των Κέντρων Πρόληψης τα τελευταία 25 χρόνια (βλ. Ετήσιες Εκθέσεις ΕΚΤΕΠΝ), γεγονός που καθιστά σημαντική την αναφορά τους στο Άρθρο 53 μεταξύ των εγκεκριμένων οργανισμών για πρόληψη, θεραπεία και επανένταξη (ΕΚΤΕΠΝ, 2024).

Τη διασφάλιση της διαχρονικής και σταθερά βελτιούμενης λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης ανά την Ελλάδα και όχι την κατάργησή τους αιτείται στη διαβούλευση και η **Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία-ΕΨΕ** (ΕΨΕ, 2024), μαζί με πληθώρα πολιτών, συλλογικοτήτων κι εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης.

Η θέση του **Υπουργείου Υγείας** αναφορικά με τα σχόλια για τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής υγείας είναι ότι ανήκουν σε μη κρατικούς φορείς (ΑΜΚΕ), μη εποπτευόμενους από το ΥΓ και ως εκ τούτου, δεν αποτελούν αντικείμενο ρύθμισης του παρόντος νομοσχεδίου, που αφορά στην ίδρυση ενός δημόσιου οργανισμού για την πρόληψη και αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Η μόνη αλλαγή που επέρχεται αφορά στη θέση του συμβαλλόμενου Ο.ΚΑ.ΝΑ., την οποία θα καταλαμβάνει πλέον ο Ε.Ο.Π.Α.Ε. κι επιπλέον θα δημιουργηθεί για πρώτη φορά **Διεύθυνση Πρόληψης** που θα εποπτεύει και θα συντονίζει τις υπηρεσίες, ούτως ώστε να υλοποιούνται οι απαραίτητες παρεμβάσεις σε όλες τις τοπικές κοινωνίες καθώς και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Με την ίδρυση υπηρεσιών πρόληψης και ενημέρωσης σε κάθε νομό, η πρόληψη ισχυροποιείται, ενώ οι υπηρεσίες θα διαλειτουργούν προκειμένου να καλυφθούν οι σημαντικές και πολλές ανάγκες των εξαρτήσεων. Παρά το γεγονός ότι δεν εμπίπτει στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, θα ληφθεί κάθε δυνατή μέριμνα για την προστασία των θέσεων εργασίας του προσωπικού (Υπουργείο Υγείας, 2024).

Την καθιέρωση θεσμικής συνεργασίας και διασύνδεσης με τον ΕΟΠΑΕ, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομαλή ροή και η αξιοποίηση δεδομένων ζητά το **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)**, ενώ παράλληλα, εκφράζει την ανάγκη για αποκεντρωμένο συντονισμό των δομών του ΕΟΠΑΕ, που να προσαρμόζεται στις τοπικές ανάγκες. Επιπλέον, προτείνεται η διατήρηση ενός πλουραλισμού θεραπευτικών προσεγγίσεων που θα επιτρέψει στους χρήστες να επιλέγουν τις κατάλληλες υπηρεσίες, βάσει των ειδικών τους αναγκών και

τέλος τονίζει την αναγκαιότητα καθορισμού προδιαγραφών ποιότητας και αξιολόγησης του ΕΟΠΑΕ για τη διασφάλιση αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την αντιμετώπιση των αυξημένων αναγκών που παρατηρούνται σε περιπτώσεις εξαρτήσεων, τόσο από ουσίες όσο και από συμπεριφορικές εξαρτήσεις. (ΕΚΤΕΠΝ, 2024).

Θετικά και αρνητικά σχόλια ήταν τα σχόλια για το νομοσχέδιο «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» που εξέφρασε η **Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ)**. Θετικά αξιολογείται η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (ΕΟΠΑΕ) ως ενιαίου φορέα για τις δομές εξαρτήσεων και η θέσπιση κριτηρίων για ιδιωτικά προγράμματα απεξάρτησης. Ωστόσο, η ΕΨΕ υπογραμμίζει την ανάγκη διασφάλισης της ανεξαρτησίας των δομών, των εργασιακών δικαιωμάτων των εργαζομένων και την εξασφάλιση πλουραλισμού στις θεραπευτικές μεθόδους. Ανησυχίες εγείρονται επίσης για τη συγκέντρωση αποφασιστικής εξουσίας στον νέο Οργανισμό και προτείνεται ανεξάρτητη αξιολόγηση του ΕΟΠΑΕ εντός τριετίας. Τέλος, η ΕΨΕ θεωρεί κρίσιμη την ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος για τη βελτίωση της επιδημιολογικής επιτήρησης και της θεραπευτικής φροντίδας των εξαρτημένων (ΕΨΕ, 2024).

Το **Συμβούλιο Υπευθύνων Θεραπευτικών Προγραμμάτων και Τομέων του ΚΕΘΕΑ** κατέθεσε υπόμνημα όπου εκφράζει έντονη αντίθεση στο επικείμενο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας για τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα, του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (ΕΟΠΑΕ). Στο υπόμνημα αναδεικνύονται τα εξής βασικά σημεία προβληματισμού:

1. Ανακρίβειες και Έλλειψη Δεδομένων: Το Υπουργείο προχωρά σε αυτή την πρωτοβουλία χωρίς επαρκή κλινικά, οικονομικά και διοικητικά δεδομένα και χωρίς ουσιαστική διαβούλευση με τους ειδικούς του χώρου.

2. Περιορισμός Θεραπευτικών Επιλογών και Ενίσχυση Κλινικού Προτύπου: Το Υπουργείο επικεντρώνεται σε ένα μοντέλο κλινών και νοσηλείας, αντί να ενισχύσει τη θεραπευτική ποικιλομορφία και την κοινωνική υποστήριξη, απαραίτητα στοιχεία για την απεξάρτηση και την επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων. Επιπλέον,

παραβλέπονται τα Κέντρα Πρόληψης και η ουσιαστική ανάγκη παρέμβασης στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες.

3. Ανασφάλεια και Εξάντληση των Εργαζομένων: Οι εργαζόμενοι του ΚΕΘΕΑ βρίσκονται σε καθεστώς διαρκούς αβεβαιότητας για το μέλλον τους, καθώς το Υπουργείο Υγείας έχει καθυστερήσει να προχωρήσει σε μόνιμες ρυθμίσεις για τις δομές που στηρίζονται σε ευρωπαϊκή χρηματοδότηση και κινδυνεύουν με κλείσιμο.

4. Περιορισμός Τοπικών Πρωτοβουλιών και Γραφειοκρατικοποίηση: Το σχέδιο αγνοεί τη σημασία των τοπικών κοινωνιών και περιφερειακών δικτύων που παρέχουν θεραπευτική στήριξη με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.

5. Απώλεια Εξειδίκευσης και Ανεπαρκής Σχεδιασμός για το Μέλλον: Το ΚΕΘΕΑ τονίζει πως μια διοικητική συγχώνευση δεν προωθεί την πολυμορφία των θεραπευτικών επιλογών, ενώ η δημιουργία ενός συγκεντρωτικού φορέα θα επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών, δημιουργώντας δυσλειτουργίες και περιορίζοντας τον θεραπευτικό πλουραλισμό που χαρακτηρίζει την προσέγγιση του ΚΕΘΕΑ.

Εν κατακλείδι, το Συμβούλιο ζητά τη διατήρηση της θεσμικής ανεξαρτησίας και λειτουργικότητας του ΚΕΘΕΑ, θεωρώντας ότι οι σχεδιαζόμενες αλλαγές είναι αντιεπιστημονικές, γραφειοκρατικές και δεν συμβάλλουν στην ουσιαστική και ολιστική προσέγγιση του ζητήματος της εξάρτησης.

Ενώ ερωτήματα όπως: Ποια ήταν η επιτροπή ειδικών του χώρου που εισηγήθηκε το Νομοσχέδιο; Ποια ήταν τα δεδομένα τα οποία επεξεργάστηκαν; Υπάρχουν δημοσιευμένα; Υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης στην μελέτη σκοπιμότητας κι εφαρμοσιμότητας του νόμου και αν έχει προκύψει κάποια δημοσίευση από τη διαδικασία αυτή, εγείρει ο ψυχίατρος Κωνσταντίνος Κοκκώλης (Κοκκώλης, 2024)

Η απάντηση του ΥΥ στα ανωτέρω ερωτήματα και προβληματισμούς είναι η ακόλουθη:

Στον νέο Οργανισμό ενσωματώνονται βάσει νόμου όλες οι υπάρχουσες δημόσιες δομές, υπηρεσίες και προγράμματα απεξάρτησης, με σεβασμό στην αρχική τους μορφή και διατηρώντας τις διαφορετικές θεραπευτικές τους προσεγγίσεις. Η συγκεκριμένη

μεταρρύθμιση αποσκοπεί στο να παρέχει το πλήρες φάσμα υπηρεσιών σε κάθε τοπική κοινότητα, από την πρόληψη έως την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ατόμων με εξάρτηση. Η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα για την πρόληψη και αντιμετώπιση των εξαρτήσεων αποβλέπει στην ενίσχυση των σημερινών δομών απεξάρτησης, εξασφαλίζοντας πιο εύκολη και άμεση πρόσβαση των πολιτών σε αυτές, αυξημένη διαλειτουργικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, και δυνατότητα επιλογής θεραπείας που ταιριάζει καλύτερα στις ανάγκες τους. Το σύστημα διευκολύνει την πλοήγηση των πολιτών, οι οποίοι πλέον μπορούν να επιλέγουν τη θεραπεία και την υπηρεσία που ανταποκρίνεται στις ατομικές τους ανάγκες.

Όσον αφορά ανησυχίες περί ιδιωτικοποιήσεων και φημολογούμενης μεταφοράς θεραπευτικών διαδικασιών σε ιδιωτικούς φορείς, κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τονίζεται ότι ο νέος Ε.Ο.Π.Α.Ε. είναι ένας δημόσιος οργανισμός που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, χωρίς οποιαδήποτε σύνδεση με ιδιωτικές εταιρείες. Το σχέδιο νόμου που κατατέθηκε είναι αποτέλεσμα εκτεταμένου διαλόγου και διαβούλευσης με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και επαγγελματίες, και οι προτάσεις τους έχουν ληφθεί υπόψη καθ' όλη τη διαδικασία προετοιμασίας.

Σχετικά με τα σχόλια περί πιθανής κατάργησης των προγραμμάτων του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), διευκρινίζεται ότι όλες οι δομές, υπηρεσίες και προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και άλλων φορέων που εντάσσονται στον Ε.Ο.Π.Α.Ε. θα συνεχίσουν κανονικά τη λειτουργία τους και πλέον θα είναι διασυνδεδεμένα, προς όφελος του εξαρτημένου ατόμου.

Επιπλέον, το νομοσχέδιο προβλέπει τη δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών για την κάλυψη τυχόν ελλείψεων και την ίδρυση κέντρων σωματικής αποτοξίνωσης (detox) σε νοσοκομεία ανά την Ελλάδα. Συνολικά, το νομοσχέδιο στοχεύει να ενισχύσει τις υπηρεσίες απεξάρτησης που παρέχονται στους πολίτες, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε αυτές, διευρύνοντας τις διαθέσιμες επιλογές, και προσφέροντας δυνατότητα επιλογής θεραπείας και υπηρεσίας που ανταποκρίνονται στις πραγματικές τους ανάγκες (Υπουργείο Υγείας, 2024).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Ο νέος νόμος 5129/2024 «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», κριτική-συζήτηση

8.1 Ψήφιση του ν.5129/2024

Τη Δευτέρα 29 Ιουλίου, κατατέθηκε προς ψήφιση στην Ολομέλεια της Βουλής το νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας με τίτλο «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», το οποίο έγινε δεκτό με τις ψήφους της Νέας Δημοκρατίας. Σύμφωνα με την κυβέρνηση, το νομοσχέδιο είναι μια κίνηση αναγκαίου οργανωτικού εκσυγχρονισμού που στόχο έχει να βάλει «διοικητική τάξη» σε ένα αποδιοργανωμένο σύστημα υγείας, φροντίζοντας τις σοβαρές ελλείψεις σε επίπεδο υποδομών και έμψυχου δυναμικού κι ολοκληρώνοντας την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που είχε ξεκινήσει με νόμο το 1999 και παρέμενε σε εκκρεμότητα έως τώρα.

Όπως αναφέρει η αιτιολογική έκθεση του νομοσχεδίου του Υπουργείου Υγείας, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ολοκληρώνεται μέσω των ακόλουθων δράσεων:

- Τον μετασχηματισμό των υπολειπόμενων **Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων** και των ψυχιατρικών κλινικών των Γενικών και Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων της χώρας σε ένα αποκεντρωμένο δίκτυο συνεργαζόμενων δομών και υπηρεσιών, δίνοντας προτεραιότητα στα ίδια τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

- Τη θέσπιση ενός **ενιαίου πλαισίου** για τις υπηρεσίες που παρέχονται, για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των εξαρτήσεων και εθιστικών συμπεριφορών, διατηρώντας παράλληλα τον θεραπευτικό πλουραλισμό.

- Την **ψηφιοποίηση** όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης εξαρτήσεων (Υ.Υ., 2024)

Προτείνει 13 κατευθυντήριες αλλαγές και βελτιώσεις στη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και καταπολέμησης των εξαρτήσεων στην Ελλάδα.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Διαρθρωτικές Αλλαγές στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας:

- **Ιδρύεται το Εθνικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.),** το οποίο θα αποτελείται από επτά Περιφερειακά Δίκτυα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.) που θα υπάγονται στις Διοικήσεις των αντίστοιχων Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Πε.). Για πρώτη φορά, θα υπάρχει ενιαία διοίκηση για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο υγειονομικών περιφερειών, με τους ιατρούς και τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας να υπάγονται στη Διεύθυνση Ιατρικής Ψυχικής Υγείας., συνδέοντας και συντονίζοντας τις δομές και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, το σχέδιο νόμου επιδιώκει τη διασφάλιση ενός αποκεντρωμένου εθνικού δικτύου συνεργαζόμενων δομών ψυχικής υγείας, προσφέροντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες από την πρωτοβάθμια φροντίδα έως και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καλύπτοντας δωρεάν τις ανάγκες του πληθυσμού.
- Παράλληλα, συστήνεται **Διεύθυνση Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας,** όπου θα ανήκει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της περιοχής.
- Η **Διεύθυνση Συντονισμού Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας** θα είναι υπεύθυνη για τη συνολική εποπτεία των υπηρεσιών, των δομών και των φορέων του ΠεΔΥΨΥ. Στο πλαίσιο αυτό, θα λειτουργεί **Τμήμα Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας,** το οποίο θα φροντίζει για το συντονισμό και την εποπτεία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και θα οργανώνει προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας, πρόληψης ψυχικών διαταραχών και καταπολέμησης του κοινωνικού στίγματος.
- **Ενισχύεται ο θεσμός του Υποδιοικητή της Υ.Πε.,** ο οποίος θα έχει πρόσθετες αρμοδιότητες για τον σχεδιασμό, την εποπτεία και τη λειτουργία των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Εξαρτήσεων.
- Το **Τμήμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης** θα αναλάβει το σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων που προωθούν την επαγγελματική ένταξη ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ενώ θα συντονίζει τις υπηρεσίες των ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευόμενων διαμερισμάτων του ΠεΔΥΨΥ, καθώς και των ιδιωτικών μονάδων ψυχικής υγείας στην υγειονομική περιφέρεια.

- Επίσης, για πρώτη φορά προβλέπεται **Τμήμα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων**, το οποίο θα εστιάζει στην πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας για τις νεότερες ηλικίες, με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων σε κάθε υγειονομική περιφέρεια.
- **Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόληψης & Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (Ε.Ο.Π.Α.Ε.)** δημιουργείται ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και θα περιλαμβάνει όλες τις δομές και προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ., του ΚΕ.ΘΕ.Α., και άλλων νοσοκομείων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Ο Ε.Ο.Π.Α.Ε. θα διασφαλίζει την αυτονομία και τον θεραπευτικό πλουραλισμό κάθε προγράμματος, με στόχο την πρόληψη, θεραπεία, απεξάρτηση και επανένταξη.
- **Ιδρύεται το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Επιδημιολογικής Παρακολούθησης και Θεραπευτικής Διαχείρισης (Ο.Π.Σ.)**, το οποίο θα καταγράφει και θα παρακολουθεί σε πραγματικό χρόνο όλες τις αναγκαίες πληροφορίες που απαιτούνται για τη διαχείριση του έργου των φορέων του Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ., όπως τη διαθεσιμότητα και πληρότητα των υπηρεσιών, τη διαθεσιμότητα κλινών και ραντεβού στις δομές και την πορεία των ασθενών. Αυτό το σύστημα θα εξυπηρετεί τις ανάγκες των ωφελούμενων και θα παρέχει επιδημιολογικά δεδομένα για την ψυχική υγεία σε εθνικό επίπεδο, με παρόμοιο σύστημα να αναπτύσσεται και για τον Ε.Ο.Π.Α.Ε.
- Στο πλαίσιο του Ο.Π.Σ., **δημιουργείται το Εθνικό Δίκτυο Τηλεψυχιατρικής – Τηλεσυμβουλευτικής**, με στόχο την παροχή ιατρικής και ψυχικής υποστήριξης μέσω ψηφιακών μέσων, διασφαλίζοντας πλήρη συμμόρφωση με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και τους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR).

2. Μετασχηματισμός των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων:

Τα υπόλοιπα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, καθώς και οι ψυχιατρικές κλινικές που ανήκουν στα Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας, ενσωματώνονται σε ένα ενοποιημένο δίκτυο συνεργαζόμενων δομών, μονάδων και υπηρεσιών, το οποίο φέρει την ονομασία Εθνικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.).

Πιο συγκεκριμένα, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής («Δαφνί») και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, μέρος του Ενιαίου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», εντάσσονται στις αρμόδιες Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) ως αποκεντρωμένες μονάδες, συνδέονται με τις τοπικές δομές παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και συνεχίζουν τη λειτουργία τους κανονικά.

Ως εκ τούτου, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δεν καταργούνται, αλλά αναδιαμορφώνονται, αποκτώντας νέα νομική μορφή, ενδυναμώνονται και εξελίσσονται σε Ολοκληρωμένα Κοινωνικά Δίκτυα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

3. Αναβάθμιση στις εργασιακές συνθήκες για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Το νομοσχέδιο διαφυλάσσει τα δικαιώματα των επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας και όλων όσων συνεισφέρουν στην παροχή αντίστοιχων υπηρεσιών, διασφαλίζοντας τις θέσεις τους και τη σχέση εργασίας που ήδη κατέχουν, τον κλάδο και την ειδικότητά τους, με τη μεταφορά τους στο νέο οργανισμό. Επιπλέον, ως κίνητρο για το Νοσηλευτικό Προσωπικό που εντάσσεται στο Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ., προσφέρεται η δυνατότητα απόκτησης Νοσηλευτικής Ειδικότητας στην Ψυχική Υγεία. Κάθε επαγγελματική οντότητα αναγνωρίζεται πλήρως, καθώς περιλαμβάνεται στο παρόν νομοσχέδιο.

4. Αναβαθμίζει την ποιότητα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τους λήπτες, τους φροντιστές τους και τις οικογένειές τους.

- Η αναδιοργάνωση σε επίπεδο Υγειονομικών Περιφερειών βελτιώνει την πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή οικονομική τους κατάσταση. Παράλληλα, ενισχύει τη συνεργασία και δικτύωση μεταξύ των παρόχων υγείας, εξασφαλίζοντας έτσι το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- Ο Υποδιοικητής της Υ.Πε., υπεύθυνος για την Ψυχική Υγεία, θα έχει την αρμοδιότητα να οργανώνει, να εποπτεύει και να διαχειρίζεται τις υπηρεσίες στο πλαίσιο του τοπικού Π.ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.
- Το νέο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Επιδημιολογικής Παρακολούθησης και Θεραπευτικής Διαχείρισης επισφραγίζει την πρόοδο της

Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Στόχος του είναι η λεπτομερής παρακολούθηση και καταγραφή σε πραγματικό χρόνο των βασικών πληροφοριών για τη διαχείριση του Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ., συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας και της πληρότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των διαθέσιμων κλινών και των ραντεβού, καθώς και της πορείας των ασθενών μέσα στις δομές.

- Στο πλαίσιο του πληροφοριακού συστήματος, δημιουργείται για πρώτη φορά ένα πανελλαδικό Εθνικό Δίκτυο Τηλεψυχιατρικής και Τηλεσυμβουλευτικής, το οποίο παρέχει ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη με τη χρήση ψηφιακών υποδομών και υπηρεσιών.
- Τέλος, εισάγεται δυνατότητα υποχρεωτικής συνδρομής ιδιωτών γιατρών στο ΕΣΥ σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία. Η ρύθμιση αυτή αντιμετωπίζεται ως ύστατο μέτρο, επιδιώκοντας μια ισορροπία μεταξύ επαγγελματικών ελευθεριών και συνταγματικών υποχρεώσεων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

5. Τι προσφέρει ο Ε.Ο.Π.Α.Ε. που δεν υπήρχε έως σήμερα.

Ο Ε.Ο.Π.Α.Ε. έρχεται να ενσωματώσει όλες τις διασπασμένες υπηρεσίες, να αξιοποιήσει αποτελεσματικά τους διαθέσιμους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, να εξαλείψει την αλληλοεπικάλυψη και να παρέχει στους ωφελούμενους και τις οικογένειές τους μια ολιστική και ανθρωποκεντρική φροντίδα. Περιλαμβάνει την πρόληψη της εξάρτησης και των εξαρτητικών συμπεριφορών, τη σωματική αποτοξίνωση, τη θεραπεία σε υποκατάστατα ή στεγνά προγράμματα, τη μείωση της βλάβης, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη, την κάλυψη αναγκών που σχετίζονται με την εξάρτηση, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την επαγγελματική κατάρτιση, την ενδυνάμωση και την κοινωνική επανένταξη. Όλες αυτές οι υπηρεσίες θα παρέχονται με ενιαίο τρόπο, ώστε κανένας άνθρωπος με πρόβλημα εξάρτησης να μη μένει χωρίς την απαραίτητη υποστήριξη και φροντίδα. Όπως επισημαίνει το Υπουργείο Υγείας, αυτό το νέο πλαίσιο αποσκοπεί στην ενίσχυση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών απεξάρτησης, διευκολύνοντας την πρόσβαση των πολιτών σε αυτές και προάγοντας τη διαλειτουργικότητά τους, διατηρώντας ταυτόχρονα διαφορετικές θεραπευτικές και επιστημονικές προσεγγίσεις. Στόχος είναι να διασφαλίζεται η εύκολη πλοήγηση στο σύστημα, ώστε οι πολίτες να

επιλέγουν την υπηρεσία και θεραπεία που ταιριάζει καλύτερα στις ανάγκες τους. Ο Ε.Ο.Π.Α.Ε. είναι ο αναγνωρισμένος φορέας πρόληψης, θεραπείας, απεξάρτησης και επανένταξης, σύμφωνα με το άρθρο 51 του ν. 4139/2013 (Α' 74), και αποτελεί τον επίσημο φορέα εφαρμογής της Εθνικής Στρατηγικής και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης κατά των Εξαρτήσεων. Ο Οργανισμός αυτός ανήκει στον δημόσιο τομέα, εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας .

6. Δωρεάν πρόσβαση σε Υπηρεσίες Καταπολέμησης Εξαρτήσεων:

Με το νέο νομοσχέδιο, ενισχύεται η δημόσια παροχή υπηρεσιών στον τομέα της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, με έναν ενιαίο και ευρύ φορέα να αναλαμβάνει την πρόληψη, τη μείωση βλάβης, τη θεραπεία (με ή χωρίς υποκατάστατα) και την κοινωνική επανένταξη. Με αυτόν τον τρόπο, διασφαλίζεται το δικαίωμα στην πρόληψη και τη φροντίδα για κάθε εξάρτηση και παρέχεται έγκυρη ενημέρωση σε όλους τους πολίτες της χώρας. Ο νέος ενιαίος οργανισμός λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Η νομική μορφή αυτή συναντάται και σε άλλους φορείς του Δημοσίου, όπως το ΚΕΘΕΑ και ο ΟΚΑΝΑ. Ως μέρος της Γενικής Κυβέρνησης, τα ΝΠΙΔ χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο (άνω του 50%) από το Ελληνικό Δημόσιο, διατηρώντας δημόσιο χαρακτήρα και εποπτευόμενα από το αρμόδιο Υπουργείο.

7. Διευκολύνεται η πρόσβαση σε δομές και υπηρεσίες με πανελλαδική γεωγραφική κάλυψη.

Η πρόσβαση θα γίνει ευκολότερη για τον ασθενή, καθώς όλες οι υπηρεσίες θα ανήκουν σε έναν ενιαίο οργανισμό, δίνοντάς του τη δυνατότητα να πλοηγηθεί στο σύστημα και να επιλέξει τη θεραπεία που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του. Θα δημιουργηθούν δομές πρόληψης, μείωσης βλάβης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης σε κάθε πόλη της χώρας, διασφαλίζοντας έτσι το δικαίωμα πρόσβασης για όλους. Με αυτό το σχέδιο, δεν θα χρειάζεται κάποιος που αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης να μετακινείται σε άλλη πόλη για να λάβει την απαραίτητη φροντίδα, καθώς όλες οι διαθέσιμες υπηρεσίες θα είναι προσβάσιμες σε όλη την επικράτεια.

8. Ενσωμάτωση όλων των φορέων αντιμετώπισης εξαρτήσεων στον Ε.Ο.Π.Α.Ε.

Στον νέο φορέα Ε.Ο.Π.Α.Ε. εντάσσονται όλοι οι οργανισμοί αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, όπως ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕΘΕΑ, το 18ΑΝΩ, το ΙΑΝΟΣ, το ΑΡΓΩ, ο «ΔΙΑΠΛΟΥΣ» και το DETOX Ιωαννίνων, διασφαλίζοντας τη συνεχή λειτουργία τους χωρίς να παύσει καμία δομή ή υπηρεσία. Η μοναδική αλλαγή αφορά την ενιαία διαχείριση, η οποία θα αντικαταστήσει την πολυδιάσπαση των διοικητικών σχημάτων, προσφέροντας έτσι ένα ενιαίο πλαίσιο που εξασφαλίζει βέλτιστη πλοήγηση των ατόμων με εξάρτηση στο σύστημα. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει την παρακολούθηση της θεραπευτικής τους πορείας, αποτρέποντας το ενδεχόμενο να «χαθούν» από το σύστημα υγείας.

9. Τα Κέντρα Πρόληψης διατηρούν τη λειτουργία τους.

Τα Κέντρα Πρόληψης θα συνεχίσουν τη λειτουργία τους βάσει της Προγραμματικής Σύμβασης που έχει υπογραφεί μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Εσωτερικών. Ειδικότερα:

Τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας που λειτουργούν σύμφωνα με το άρθρο 61 του ν. 3459/2006 ανήκουν σε μη κρατικούς φορείς (ΑΜΚΕ) και δεν εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας. Η λειτουργία τους διέπεται από συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο που ορίζει η Προγραμματική Συμφωνία με το Υπουργείο Εσωτερικών και, από την πλευρά του Υπουργείου Υγείας, με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. έως το 2027. Αυτά τα Κέντρα δεν εμπίπτουν στις ρυθμίσεις του νέου νομοσχεδίου για τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Α.Ε., με μόνη διαφοροποίηση την αντικατάσταση του Ο.ΚΑ.ΝΑ με τον Ε.Ο.Π.Α.Ε. στη συμβατική σχέση που διέπει τη λειτουργία τους. Ωστόσο το Υπουργείο Υγείας ξεκαθαρίζει ότι τα κέντρα πρόληψης δεν επηρεάζονται ούτε καταργούνται από τη σύσταση του ΕΟΠΑΕ.

10. Ενίσχυση της πρόληψης εξαρτήσεων.

Με τη σύσταση της Διεύθυνσης Πρόληψης, θα υπάρξει κεντρικός συντονισμός και επίβλεψη σε όλες τις παρεμβάσεις και δραστηριότητες πρόληψης εξαρτήσεων, ώστε να ενισχυθεί η ευαισθητοποίηση στις τοπικές κοινωνίες. Αυτή η ενίσχυση αφορά την

ίδρυση νέων υπηρεσιών πρόληψης και ενημέρωσης σε κάθε νομό, οι οποίες θα αλληλεπιδρούν και θα συνεργάζονται, εξασφαλίζοντας την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών στον τομέα των εξαρτήσεων.

11. Δημιουργία νέων μονάδων αποτοξίνωσης (Detox).

Θα ιδρυθούν δομές Detox εντός των νοσοκομείων σε περισσότερες περιοχές, ώστε όλοι οι ωφελούμενοι να έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε αποτοξίνωση. Θα είναι δυνατή η ένταξη για αποτοξίνωση σε τοπικό επίπεδο και η συνέχιση της θεραπείας μέσα από τα προγράμματα του Ε.Ο.Π.Α.Ε., που θα περιλαμβάνουν στεγνές θεραπείες, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, επανένταξη και άλλες υπηρεσίες.

12. Στήριξη και διεύρυνση των «στεγνών» προγραμμάτων.

Τα «στεγνά» προγράμματα θα συνεχίσουν να λειτουργούν και θα ενισχυθούν με νέες υπηρεσίες Detox, καλύπτοντας όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Θα υπάρχει ενιαία και συνεπής προσέγγιση στη λειτουργία τους, ενώ η εισαγωγή σε «στεγνό» πρόγραμμα θα γίνεται ευκολότερη και διαθέσιμη σε περισσότερες τοποθεσίες, προσφέροντας άμεση διασύνδεση με όλες τις υπηρεσίες και προγράμματα του Ε.Ο.Π.Α.Ε.

13. Διατήρηση των θέσεων εργασίας για το προσωπικό που εντάσσεται στον Ε.Ο.Π.Α.Ε.

Όλοι οι εργαζόμενοι στους φορείς που ενσωματώνονται στον Ε.Ο.Π.Α.Ε., ανεξάρτητα από τη σύμβαση εργασίας τους (ΙΔΑΧ, ΙΔΟΧ, ΔΠΥ, επικουρικοί, ΟΑΕΔ, κ.α.), θα συνεχίσουν να εργάζονται με τα ίδια δικαιώματα και συμβάσεις. Καμία θέση δεν θα χαθεί, καθώς όλα τα εργασιακά δικαιώματα θα μεταφερθούν στον νέο Οργανισμό.

8.2 Κριτική – συζήτηση επί του νέου νόμου

Στις 5 μαραθώνιες συνεδριάσεις στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, όπου φορείς κλήθηκαν σε ακρόαση για να διατυπώσουν τις θέσεις τους επί του νομοσχεδίου, ο

νέος νόμος δέχθηκε δριμύ κριτική χαρακτηριζόμενος ως «παιδοκτονία» και «αχρείαστη και βλαπτική νομοθετική μεταρρύθμιση». Πιο συγκεκριμένα:

Η **Μένη Μαλλιώρα**, ομότιμη καθηγήτρια ψυχιατρικής και πρώην πρόεδρος του ΟΚΑΝΑ, σχολιάζοντας τις προβλέψεις του νομοσχεδίου σχετικά με την πρόληψη και την καταπολέμηση των εξαρτήσεων, το χαρακτήρισε ως «παιδοκτονία». Αναφερόμενη στη δική της θητεία στον ΟΚΑΝΑ, η κ. Μαλλιώρα τόνισε ότι προτεραιότητά τους ήταν η παροχή θεραπείας με σεβασμό στη διαφορετικότητα των θεραπευτικών φιλοσοφιών και προσεγγίσεων. Κατά τη διάρκεια της θητείας της, εξάλειψαν τις λίστες αναμονής και ίδρυσαν θεραπευτικές μονάδες σε νοσοκομεία σε όλη τη χώρα. Ωστόσο, υποστηρίζει ότι το νέο νομοσχέδιο παρέχει στον εκάστοτε πρόεδρο του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (ΕΟΠΑΕ) τη δυνατότητα να ιδρύει ή να καταργεί μονάδες, προγράμματα και δομές χωρίς να δεσμεύεται από εγκεκριμένη εθνική στρατηγική. Η κ. Μαλλιώρα πρότείνει να διασφαλιστεί ρητά η δημόσια και δωρεάν παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών που θα διατηρούν τη διαφορετικότητα των προσεγγίσεων, παρέχοντας όλες τις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές μεθόδους (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 2024).

Σε αντίθεση με τον νυν πρόεδρο του ΟΚΑΝΑ **Αθανάσιο Θεοχάρη**, ο οποίος επεσήμανε ότι αυτήν τη στιγμή παρατηρείται έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, γεγονός που οδηγεί σε κατακερματισμό και πιθανή αδυναμία κάλυψης των αναγκών ατόμων με εξαρτήσεις. Μέσω του προτεινόμενου νομοσχεδίου προβλέπεται να εξασφαλιστεί άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες, η ανάπτυξη νέων δομών και η γεωγραφική κατανομή τους με στόχο τη διασύνδεση. Έτσι, θα επιλυθούν ζητήματα όπως η αστεγία και η κάλυψη των βασικών βιοτικών αναγκών των ατόμων, με τη διασφάλιση θεραπευτικής συνέχειας και αδιάλειπτης πρόσβασης σε θεραπευτικές υπηρεσίες. Για πρώτη φορά, προβλέπεται επίσης η ίδρυση ανεξάρτητου τμήματος προστασίας δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 2024).

Την αντίθεσή της στο νέο νόμο εξέφρασε η **Κατερίνα Μάτσα** (ψυχίατρος, πρώην διευθύντρια της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ, πρόεδρος του Σωματίου Υποστήριξης του 18 ΑΝΩ), που χαρακτήρισε τον νέο νόμο «ταφόπλακα» για τη δημόσια ψυχική υγεία και την απεξάρτηση, οδηγώντας στην ιδιωτικοποίηση αυτών των τομέων. Υποστήριξε ότι

το νομοθέτημα αφήνει όσους υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα και εξαρτήσεις σε μια επικίνδυνη κατάσταση, υπό την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα ή σε εξαιρετικά επισφαλείς συνθήκες στους δρόμους.

Όπως εξήγησε, φορείς όπως το 18 ΑΝΩ, το ΚΕΘΕΑ, οικογένειες, γιατροί, νοσηλευτές και εργαζόμενοι από το ΕΣΥ και τα Κέντρα Πρόληψης έχουν εκφράσει τη διαμαρτυρία τους εδώ και μήνες, ζητώντας από την κυβέρνηση να αποσύρει αυτό που αποκαλούν «νομοσχέδιο – ταφόπλακα». Σύμφωνα με τη κ. Μάτσα, ο νόμος είναι «επιστημονικά, θεραπευτικά, κοινωνικά και ηθικά απαράδεκτος» και ενσωματώνει αρχές που οδηγούν σε ιδιωτικοποιήσεις, ελαστική εργασία και καταστολή.

Επισήμανε ότι με την εφαρμογή του, μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αναμένεται να κλείσουν, ενώ οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικά προβλήματα θα στραφούν σε ιδιωτικές κλινικές ή σε υπερπλήρεις νοσοκομειακές δομές. Επίσης, εξέφρασε την ανησυχία της ότι οι δομές και τα προγράμματα απεξάρτησης που για δεκαετίες προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας θα απορροφηθούν από έναν νέο υπερσυγκεντρωτικό οργανισμό ιδιωτικού δικαίου, υπό την επιρροή κυβερνητικών «εκλεκτών».

Η κ. Μάτσα τόνισε ότι τα «στεγνά» προγράμματα απεξάρτησης κινδυνεύουν να χάσουν την ιδιαιτερότητά τους, ενώ το δικαίωμα των εξαρτημένων να επιλέγουν το πρόγραμμα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους θα περιοριστεί. Πρόσθεσε ότι ο νόμος επιβάλλει τη χρήση υποκατάστατων και μια πολιτική ελέγχου που υπονομεύει τη δυνατότητα των εξαρτημένων ατόμων να ζουν με αξιοπρέπεια και αξίες, και αναμένεται να οδηγήσει σε συγχωνεύσεις και καταργήσεις δομών, με αποτέλεσμα απολύσεις εργαζομένων.

Αν και ο νόμος ψηφίστηκε, η κ. Μάτσα διαβεβαίωσε ότι οι αντιδράσεις παραμένουν ισχυρές, με το Μέτωπο Αντίστασης να διευρύνεται. Δήλωσε ότι η κοινωνία δεν θα συναινέσει σε αυτό που θεωρεί «έγκλημα», υπογραμμίζοντας πως η σκληρή στάση της κυβέρνησης αποκαλύπτει τα αδιέξοδα και την κρίση του πολιτικού συστήματος.

Τέλος, ανέφερε πως ο αγώνας συνεχίζεται δίπλα σε όλους εκείνους που βρίσκονται στο περιθώριο, με όραμα για έναν κόσμο χωρίς καταπίεση και εκμετάλλευση (ΤΑ ΝΕΑ, 2024).

Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκε και τοποθέτηση της **Τόνιας Τζαννετάκη** (επίκουρη καθηγήτρια Νομικής Σχολής του ΕΚΠΑ), η οποία καταδικάζει το νομοσχέδιο χαρακτηρίζοντάς το «αχρείαστη και βλαπτική νομοθετική μεταρρύθμιση». Εξηγεί ότι το νέο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο προωθείται ως μέρος της «Ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», αλλάζει ριζικά το υπάρχον μοντέλο αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, προκαλώντας σημαντικές ανησυχίες για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών απεξάρτησης.

Το νομοσχέδιο εισάγει τη συγχώνευση όλων των δημόσιων φορέων απεξάρτησης, συμπεριλαμβανομένων των μεγαλύτερων, όπως ο ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ, σε έναν ενιαίο οργανισμό υπό την ονομασία ΕΟΠΑΕ, αναδιαρθρώνοντας τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η Τζαννετάκη ανησυχεί ότι αυτή η συγκεντρωτική δομή αποδυναμώνει την ολιστική προσέγγιση της ψυχοκοινωνικής θεραπείας, θέτοντας σε κίνδυνο τη θεραπευτική προσέγγιση που έχει αναγνωριστεί διεθνώς για τα θετικά της αποτελέσματα.

Η Τζαννετάκη εστιάζει στο παράδειγμα του ΚΕΘΕΑ, τονίζοντας τη μοναδική συμβολή του στη χώρα, τόσο μέσα από την εξειδικευμένη και ολιστική προσέγγιση που προσφέρει στα άτομα με εξαρτήσεις όσο και από την ουσιαστική στήριξη των τοπικών κοινοτήτων. Εξηγεί ότι το ΚΕΘΕΑ, μέσα από τα δίκτυα προγραμμάτων του, παρέχει έναν συνεχή κύκλο φροντίδας από την πρόληψη έως και την κοινωνική επανένταξη, υποστηρίζοντας τα μέλη του όχι μόνο θεραπευτικά αλλά και εκπαιδευτικά και επαγγελματικά, ενώ ενσωματώνει την οικογενειακή υποστήριξη ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Θεωρεί πως η ευρεία κοινωνική αποδοχή του ΚΕΘΕΑ αποτελεί απόδειξη της αξίας του έργου του και του αποτυπώματός του στις τοπικές κοινωνίες.

Το νέο πλαίσιο, σημειώνει, θα αντικαταστήσει την αυτοδιοίκηση, «ζωντανή» και συνεκτική ταυτότητα του ΚΕΘΕΑ με μια συγκεντρωτική γραφειοκρατική δομή που θα διασπά τη συνεκτική ολιστική προσέγγιση της θεραπείας, κατακερματίζοντας το συνεχές της φροντίδας και αποδυναμώνοντας τη μεθοδολογία των «στεγνών» προγραμμάτων

απεξάρτησης. Επιπλέον, θεωρεί ότι οι νέες καθετοποιημένες δομές θα εντείνουν την έλλειψη κινήτρων τόσο για τα ωφελούμενα άτομα όσο και για τους εργαζόμενους, υπονομεύοντας το πνεύμα συνεργασίας και υποστήριξης που έχει χτιστεί με τα χρόνια.

Καταλήγοντας, η Τζαννετάκη διατυπώνει τη θέση της ότι «δεν χαλάς κάτι που λειτουργεί», σημειώνοντας ότι οι απαραίτητες βελτιώσεις μπορούν να γίνουν με ηπιότερα μέσα, χωρίς να αποσυντονίζεται η θεμελιώδης λειτουργία και αποστολή των προγραμμάτων απεξάρτησης. Διατυπώνει τη θέση ότι, παρότι η μεταρρύθμιση είναι συχνά επιθυμητή, η συγκεκριμένη αλλαγή αποτελεί μια «κακή μεταρρύθμιση», με σοβαρές επιπτώσεις στο σύστημα απεξάρτησης και στους εξυπηρετούμενους από αυτό.

Άλλη άποψη φαίνεται να έχει ο **Χρήστος Λιάπης** (ψυχίατρος – διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόεδρος ΔΣ ΚΕΘΕΑ, μέλος Επιτροπής Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας, μέλος Εθνικής Επιτροπής Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών), ο οποίος θεωρεί ότι η κυβέρνηση προσπαθεί να διατηρήσει τη δυναμική αυτών των μεταρρυθμίσεων, προκειμένου, με το νομοσχέδιο αυτό, να συνθέσει από ένα άθροισμα ανθρώπων και Οργανισμών έναν πιο ανθρωποκεντρικό Οργανισμό. Αυτή είναι η ουσία της διοικητικής συνένωσης των οργανισμών ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ και άλλων φορέων απεξάρτησης, στο πλαίσιο του Ενιαίου Οργανισμού Πρόληψης και Καταπολέμησης των Εξαρτήσεων.

Εκτιμά ότι η πρόβλεψη ότι όλες οι ψυχιατρικές υπηρεσίες θα υπάγονται κεντρικά στον αναπληρωτή διοικητή της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) δεν συνεπάγεται, σε καμία περίπτωση, την είσοδο της ιδιωτικοποίησης στον τομέα της ψυχικής υγείας. Αντίθετα, ενδυναμώνεται το κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς η κάθε Υγειονομική Περιφέρεια θα έχει αυξημένη δυνατότητα να καλύπτει ελλείψεις σε προσωπικό και πόρους, πάντα με προσανατολισμό προς την αποϊδρυματοποίηση.

Πιστεύει ότι ήταν αναγκαίο να σχεδιαστεί μια βαθιά τομή, ώστε να μπορούμε άμεσα να ανταποκρινόμαστε στις ανάγκες των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν ζητήματα ψυχικής υγείας και εξαρτήσεων, προωθώντας την αποϊδρυματοποίηση, την κοινωνική επανένταξη, και την ανάπτυξη ενός κοινοτικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κι αυτό γιατί όπως έχει φανεί στο πέρασμα του χρόνου, η αποασυλοποίηση έχει, ουσιαστικά, εξαντλήσει τις δυνατότητές της. Με τις πιέσεις που ασκούνται στην

κοινωνία, από οικονομικές κρίσεις μέχρι την πανδημία COVID-19 και το αυξημένο κόστος ζωής, είναι προφανής η επιδείνωση των δεικτών ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται θεσμική ευελιξία, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της συγκέντρωσης διοικητικών αρμοδιοτήτων σε συγκεκριμένα πρόσωπα και ιεραρχίες στις κατά τόπους Υγειονομικές Περιφέρειες, ώστε να ενισχυθούν οι ποιοτικοί δείκτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δεν προβλέπεται το κλείσιμο κάποιας δημόσιας δομής, ούτε μείωση προσωπικού ή προϋπολογισμού. Αντίθετα, υπάρχει πρόβλεψη για την ενίσχυση των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και απεξάρτησης.

Είναι κατανοητό να υπάρχουν αντιδράσεις και αντίσταση απέναντι στις θεσμοθετούμενες αλλαγές, αλλά χρειάζεται ψυχραιμία ώστε να αξιολογηθούν οι μεταρρυθμίσεις που εισάγονται με τις νέες νομοθετικές πρωτοβουλίες. Αυτές οι αλλαγές αποτελούν βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση και αποσκοπούν στην επίλυση χρόνιων προβλημάτων στον χώρο της ψυχικής υγείας και της απεξάρτησης (ΤΑ ΝΕΑ, 2024).

Τέλος οι απόψεις για το νομοσχέδιο καταγράφουν διαφορετικές οπτικές από τους φορείς ψυχικής υγείας και απεξάρτησης στην Ελλάδα. Ο γενικός γραμματέας της Ένωσης Νοσηλευτών, **Τζαννής Πολυκανδριώτης**, και ο πρόεδρος της Ομοσπονδίας Φορέων Ψυχικής Υγείας ΑΡΓΩ, **Μενέλαος Θεοδωρουλάκης**, θεωρούν αναγκαία την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης, εκφράζοντας όμως επιφυλάξεις για την έλλειψη διαβούλευσης και την αλλαγή χρηματοδότησης μέσω ΕΟΠΥΥ. Ο αντιπρόεδρος της ΑΡΓΩ, **Νίκος Μπαλτάς**, επισημαίνει τον κίνδυνο των καθυστερήσεων πληρωμών για μη κερδοσκοπικούς φορείς. Η πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων για την Ψυχική Υγεία, **Αικατερίνη Νομίδου**, τονίζει την ανάγκη βελτίωσης στις παροχές και στη σύνδεση κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, «Πράσινο» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Κριτική και επιφυλάξεις από φορείς, 2024).

Οι εκπρόσωποι των εργαζομένων στους φορείς απεξάρτησης εκφράζουν έντονες ανησυχίες. Ο πρόεδρος των εργαζομένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, **Θωμάς Δημουλάς**, προειδοποιεί για πιθανή υποβάθμιση παροχών και εγκατάλειψη των εξαρτημένων χρηστών στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Ο πρόεδρος των Κέντρων Πρόληψης, **Στέφανος Τζιμογιάννης**, ζητά τη διατήρηση των κέντρων πρόληψης, ενώ ο πρόεδρος των εργαζομένων του ΚΕΘΕΑ, **Βασίλειος Γρετσίτσας**, διαφωνεί με τη νέα

οργανωτική δομή του ΕΟΠΑΕ, η οποία βασίζεται σε διοικητική ιεραρχία αντί επιστημονικής λειτουργίας (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, «Πράσινο» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Κριτική και επιφυλάξεις από φορείς, 2024).

Η εκπρόσωπος της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω, **Στέλλα Χρηστίδη**, υπογραμμίζει την ανάγκη διατήρησης της αυτονομίας των προγραμμάτων απεξάρτησης, τονίζοντας ότι μια ομογενοποίηση των προγραμμάτων θα δυσχεράνει την εμπιστοσύνη των θεραπευομένων προς αυτά (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, «Πράσινο» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Κριτική και επιφυλάξεις από φορείς, 2024).

Ο υφυπουργός Υγείας **Δημήτρης Βαρτζόπουλος** τόνισε ότι η ενοποίηση των υπηρεσιών πρόληψης και απεξάρτησης αποσκοπεί στη μείωση του κατακερματισμού και στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε θεραπευτικές επιλογές ανά περιοχή. Όλες οι υφιστάμενες δομές και προγράμματα του ΚΕΘΕΑ και άλλων φορέων που εντάσσονται στον ΕΟΠΑΕ θα συνεχίσουν να λειτουργούν, αλλά θα διασυνδέονται για την καλύτερη εξυπηρέτηση των εξαρτημένων ατόμων. Επίσης, σχεδιάζονται επιπλέον δομές και υπηρεσίες για να καλυφθούν πιθανά κενά, όπως και η ίδρυση Κέντρων Σωματικής Αποτοξίνωσης σε δημόσια νοσοκομεία.

Κατά τη συζήτηση του σχεδίου νόμου στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής, ο υφυπουργός Υγείας παρουσίασε το πλάνο και τα επόμενα βήματα για την Ψυχική Υγεία. Συνοπτικά, αυτά περιλαμβάνουν:

Το νομοσχέδιο προσδιορίζει τη δομή και τις διαδικασίες των υπηρεσιών που θα εφαρμόσουν το εθνικό σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία μέχρι το 2030. Στο πλαίσιο αυτό, αναμένονται συγκεκριμένα βήματα, όπως η επικαιροποίηση του εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία για την περίοδο 2025-2030, καθώς και η ανάπτυξη Μονάδων Ολικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας που θα εξυπηρετούν μεγάλες ομάδες ασθενών. Οι νέες κινητές μονάδες θα ενισχύσουν τη φροντίδα σε απομακρυσμένες περιοχές, παρέχοντας καινοτόμες υπηρεσίες όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, με στόχο τη μείωση των υποτροπών και τη διευκόλυνση των ευπαθών ομάδων.

Οι προτεινόμενες τροποποιήσεις από το Υπουργείο Υγείας σηματοδοτούν ένα πλαίσιο σημαντικών αλλαγών στον τομέα της ψυχικής υγείας, εστιάζοντας στην

ενίσχυση των υποδομών και στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας για άτομα με χρόνιες ψυχικές παθήσεις. Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την αναβάθμιση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και την ενσωμάτωσή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κορυδαλλού, με στόχο την ολιστική φροντίδα και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών.

Η μεταρρύθμιση περιλαμβάνει τη σύσταση νέων μονάδων που θα προσφέρουν ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα σε επιβαρυνμένα περιστατικά. Προβλέπεται, επίσης, η δημιουργία δομών που θα διασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών μέσω αυστηρών κριτηρίων λειτουργίας, ενισχύοντας τη διαφάνεια και τη βιωσιμότητα των οργανισμών ψυχικής υγείας που συνεργάζονται με τον ΕΟΠΥΥ.

Επιπλέον, η στρατηγική περιλαμβάνει ειδικά προγράμματα για την πρόληψη της παιδικής παραβατικότητας, με τη λειτουργία κέντρων ημέρας στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Αυτά θα λειτουργούν σε συνεργασία με τοπικούς φορείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας για να επιτευχθεί η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση παραβατικών συμπεριφορών. Το νέο πλαίσιο δίνει, επίσης, έμφαση στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων με τη δημιουργία κέντρων πρώτης επαφής και σωματικής αποτοξίνωσης σε κάθε νομό, ενισχύοντας την προσβασιμότητα στις θεραπευτικές υπηρεσίες και την επαγγελματική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων.

Αυτές οι πρωτοβουλίες αντανakλούν μια ολιστική προσέγγιση για τον εκσυγχρονισμό της ψυχικής υγείας, συνδέοντας την αναγκαία ιατρική φροντίδα με την κοινωνική πρόνοια και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα (Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, Στην Ολομέλεια η «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», 2024).

Συμπεράσματα:

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, από το ξεκίνημά της τη δεκαετία του 1980 μέχρι σήμερα, έχει περάσει από διαφορετικά στάδια ανάπτυξης, θέτοντας ως κύριο στόχο τη μετάβαση από το ασυλικό μοντέλο στην κοινοτική φροντίδα. Οι κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας αποτελούν κομβικά σημεία της

μεταρρύθμισης, ενώ επιτακτική είναι η ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες.

Ο ρόλος της ψυχικής υγείας στην ευημερία της κοινωνίας είναι εξαιρετικά καίριος. Με τις ψυχικές διαταραχές να συμβάλλουν στην κοινωνική περιθωριοποίηση και στιγματοποίηση των πασχόντων. Άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες συχνά αντιμετωπίζουν διακρίσεις, περιορισμένη πρόσβαση στην εργασία, καθώς και περιορισμένες ευκαιρίες κοινωνικής ένταξης. Ειδικές ομάδες, όπως οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και οι άνεργοι, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών λόγω των δυσμενών κοινωνικών συνθηκών.

Ένα από τα βασικά κοινωνικά προβλήματα είναι η υποεκτίμηση της ψυχικής υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και από την κοινωνία. Τα χαμηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης οδηγούν σε καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας. Σύμφωνα με έρευνες, μόνο το 25% των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αναζητά βοήθεια από ειδικό, ενώ το χάσμα στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα εμφανές στις αγροτικές περιοχές.

Εξίσου κρίσιμη όμως είναι και η οικονομική διάσταση της ψυχικής υγείας. Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για σημαντική απώλεια παραγωγικότητας, είτε μέσω της ανεργίας είτε μέσω της μειωμένης απόδοσης στην εργασία, με το συνολικό κόστος των ψυχικών ασθενειών να περιλαμβάνει:

- **Άμεσες δαπάνες:** κόστος νοσηλείας, φαρμακευτικής αγωγής και υπηρεσιών φροντίδας.
- **Έμμεσες δαπάνες:** απώλεια εισοδήματος λόγω απουσίας από την εργασία και πρόωρης συνταξιοδότησης.
- **Κοινωνικές δαπάνες:** επιδόματα πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας.

Στην Ελλάδα, το κόστος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανέρχεται περίπου στο 3,3% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό παραμένει χαμηλότερο από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για αύξηση της χρηματοδότησης.

Εξίσου σημαντική είναι και η επιβάρυνση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για νοσοκομειακή φροντίδα, ιδίως στις μεγάλες πόλεις, καθιστά απαραίτητη την ενίσχυση των κοινοτικών δομών για να μειωθεί η πίεση στα νοσοκομεία.

Οι κύριες αδυναμίες του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την Ταχεία Αξιολόγηση του 2021-2022 που διενεργήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, συνοψίζονται στα εξής:

- **Ανεπαρκής ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών:** Υπάρχει ανισομερής κατανομή των δομών, με πολλά αστικά κέντρα να είναι υπερφορτωμένα και αγροτικές περιοχές να μην καλύπτονται επαρκώς.
- **Υποστελέχωση:** Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και άλλες κοινοτικές μονάδες λειτουργούν με ελλείψεις προσωπικό.
- **Απουσία συντονισμού:** Οι διαφορετικές υπηρεσίες (νοσοκομεία, κέντρα ημέρας, μονάδες αποκατάστασης) δεν λειτουργούν ως ενιαίο δίκτυο, καθιστώντας δύσκολη τη συνεχή φροντίδα των ασθενών.

Ενώ για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, η Ταχεία Αξιολόγηση πρότεινε:

1. **Αναβάθμιση των κοινοτικών υπηρεσιών:** Δημιουργία νέων δομών και ενίσχυση των υφιστάμενων.
2. **Προώθηση της ΠΦΨΥ:** Ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα για πιο άμεση και προσβάσιμη φροντίδα.
3. **Αύξηση της χρηματοδότησης:** Επένδυση σε ανθρώπινους πόρους, υποδομές και τεχνολογία.
4. **Εκπαίδευση και κατάρτιση προσωπικού:** Συνεχής εκπαίδευση για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.
5. **Ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου:** Βελτίωση του συντονισμού μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών μέσω της τεχνολογίας και κοινών πρωτοκόλλων.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία (2021-2030), έχοντας λάβει υπόψη το πόρισμα και τις συστάσεις της Ταχείας Αξιολόγησης, αποτελεί την πιο πρόσφατη και ολοκληρωμένη στρατηγική για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Οι δέκα άξονες, στους οποίους διαρθρώνεται, καλύπτουν όλες τις πτυχές της ψυχικής υγείας, από την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας έως την εξειδικευμένη φροντίδα. Συμπεριλαμβάνει την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού και ειδικών ομάδων, καθώς και τη δημιουργία και ενίσχυση των κοινοτικών δομών και την αναβάθμιση των ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία. Προβλέπει ειδική μέριμνα για τους νέους, με έμφαση στην πρόληψη και ενισχύει την κοινωνική αποδοχή και ένταξη των ψυχικά ασθενών.

Τέλος ο νέος νόμος **N. 5129/2024** αποτελεί κομβικό σημείο για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Εισάγει τη δημιουργία του Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΕΔΥΨΥ) και του Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων (ΕΟΠΑΕ). Αν και προκάλεσε θύελλα αντιδράσεων και κινητοποιήσεων και εκφράστηκαν πληθώρα διαφορετικών απόψεων κι επιφυλάξεων, τόσο στη δημόσια διαβούλευση όσο και στη μαραθώνια ακρόαση, ο νέος νόμος ψηφίστηκε και θα τεθεί σε εφαρμογή από 1-1-2025 όπου αναμένεται οι νέοι αυτοί φορείς να συντονίσουν τις δράσεις για την ψυχική υγεία και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο νόμος ενισχύει τη διακυβέρνηση του συστήματος και στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων, στην ενίσχυση της αποδοτικότητας και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας. Παράλληλα, εισάγονται μηχανισμοί παρακολούθησης και αξιολόγησης για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Εν κατακλείδι θα λέγαμε ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο, αλλά παραμένουν προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της ψυχικής υγείας υπογραμμίζουν την ανάγκη για ένα ολοκληρωμένο, δίκαιο και ανθεκτικό σύστημα. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης και οι νομοθετικές πρωτοβουλίες παρέχουν τη βάση για την επίτευξη αυτών των στόχων.

Ωστόσο, η επιτυχία εξαρτάται από τη διαρκή δέσμευση της πολιτείας, την αύξηση της χρηματοδότησης και την εφαρμογή μιας ολιστικής προσέγγισης. Η ψυχική υγεία πρέπει να παραμείνει προτεραιότητα, διασφαλίζοντας την κοινωνική ένταξη και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών.

Βιβλιογραφία

- Arboleda-Florez, J. (2002, Feb). What causes stigma? *National Library of Medicine*, σσ. 25-26.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002, Οκτ.). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *National Library of Medicine*, σσ. 1(3):181-5.
- GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators. (2021). *Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet.
- Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. (1997, May). *The Lancet*, σσ. 1436-1442.
- Joint Commissioning Panel for Mental Health. (2015). *Guidance for commissioners of primary mental*. Ανάκτηση από https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/pmhc/campion-fitch-guidance-for-commissioning-public-mental-health-services-jcpmh-2015.pdf?sfvrsn=50333901_2
- Madianos, G. M. (2013). Economic crisis, mental health and psychiatric care: What happened to the “Psychiatric Reform” in Greece? *PSYCHIATRIKI* , 24:13-14.
- Murray , C., Abbafati, C., Abbas, K., Abbasi, M., Abbasi-Kangevari , M., Abd-Allah, F., & Abdollahi, M. (2020). *Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet.
- Novella, E. j. (2008). Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. *Medicine Health Care and Philosophy*, σσ. 11(3):303-314.
- O'Connor, R., & Sheehy, N. (2000). *Understanding Suicidal Behaviour*. WILEY.
- Peritogiannis, V., & Lixouriotis, C. (2019, Oct 10). Mental Health Care Delivery for Older Adults in Rural Greece: Unmet Needs. *National Library of Medicine*, σσ. 721-724.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). *Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece*. BMC Psychiatry. Ανάκτηση από <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-163>
- WHO. (2018). *Mental health in primary care: illusion or inclusion?* World Health Organization;. Ανάκτηση από <https://www.who.int/publications/i/item/WHO->

- WHO. (2021). *Athens Summit on the Required Actions to Address the Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Service Delivery Systems in the WHO European Region*. Athens: World Health Organization Regional Office for Europe. Ανάκτηση από <https://who-sandbox.squiz.cloud/en/media-centre/events/events/2021/07/athens-summit-on-the-required-actions-to-address-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-mental-health-and-service-delivery-systems-in-the-who-european-region>
- WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. Ανάκτηση από <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- WHO, & WONCA. (2008). *Integrating mental health into primary care : a global perspective*. WHO. Ανάκτηση από <https://iris.who.int/handle/10665/43935>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Ανάκτηση από <https://www.who.int/publications-detailredirect/9789240049338>
- World Health Organization, R. (χ.χ.). *Ενωμένη δράση για καλύτερη υγεία στην Ευρώπη*. Ανάκτηση από <https://www.health-inequalities.eu/el/eu-beyond/global-action/>
- Αριστοτέλης. (χ.χ.). *Πολιτικά*. βιβλίο 8, 1341a-1341a.
- ΔΙ.ΚΕ.ΠΡ.Ε. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 5, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4763>
- Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων*. Ανάκτηση 11 4, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4759>
- ΕΚΤΕΠΝ. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 5, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4763>
- Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας. (χ.χ.). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030*.
- Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Ερευνών. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 4, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4759>
- ΕΨΕ. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 5, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4763>
- Ζήση, Α., & Στυλιανίδης, Σ. (2001). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος*, σσ. 41(1):27-32. Ανάκτηση από <http://www.enkephalos.gr/full/41-1-03g.htm>

- Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ. (2024, 7 24). «Πράσινο» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Κριτική και επιφυλάξεις από φορείς. *Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*. Ανάκτηση 11 1, 2024, από <https://www.kathimerini.gr/politics/563142214/voyli-prasino-gia-tin-psihiatriki-metarrythmisi-kritiki-kai-epifylaxeis-apo-foreis/>
- Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ. (2024, 7 29). Στην Ολομέλεια η «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης». *Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*. Ανάκτηση από <https://www.kathimerini.gr/politics/563149204/voyli-stin-olomeleia-i-oloklirosi-tis-psihiatrikis-metarrythmisis/>
- Ιπποκράτης. (χ.χ.). *Περί φύσεως ανθρώπου*.
- Κοκκώλης, Κ. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 5, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4763>
- Ομοσπονδία Φορέων Ψυχικής Υγείας "Αργώ" . (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων*. Ανάκτηση 11 4, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4759>
- Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, & Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων*. Ανάκτηση 11 4, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4759>
- Πλάτων. (χ.χ.). *Νόμοι*. Βιβλίο 9, 854c-d.
- Σ.Κ.Λ.Ε. (2024). *Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 4, 2024, από Υπουργείο Υγείας: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=4759>
- Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν., & Χονδρός, Π. (2007). Το μετέωρο βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία & Τέχνες*(τχ 105).
- ΤΑ ΝΕΑ. (2024, 8 8). Σύγκρουση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *ΤΑ ΝΕΑ*. Ανάκτηση από <https://www.tanea.gr/2024/08/08/greece/syngkrousi-lfgia-tin-psihiatriki-metarrythmisi-online/>
- Υ.Υ. (2024). *Αιτιολογική έκθεση για το νομοσχέδιο "ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης"*. Ανάκτηση 11 6, 2024, από Βουλή των Ελλήνων: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/12643796.pdf>
- Υπουργείο Υγείας. (2024). *Έκθεση επί της Δημόσιας Διαβούλευσης*. Ανάκτηση 11 4, 2024, από Δικτυακός τόπος Διαβούλευσης: <http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2024/07/%CE%95%CE%9A%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%97-%CE%94%CE%99%CE>

%91%CE%92%CE%9F%CE%A5%CE%9B%CE%95%CE%A5%CE%A3%CE
%97%CE%A3-%CE%B9.pdf

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2011). *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ'(2011-2020), Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανάκτηση από <https://www.moh.gov.gr>

Ψυχαργός. (2011). *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 (διευκρινήσεις, βελτιώσεις, περαιτέρω τεκμηρίωση)*. αθήνα : Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.