

**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &

ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στον τομέα της Υγείας και ιδιαίτερα σε αυτόν της Ψυχικής Υγείας. Τα Κοινωνικά Ιατρεία και το προφίλ του Λήπτη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας μέσα από την Περίπτωση του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού.

ΟΝΟΜΑ: ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
Γενικό Μέρος	12
2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΥΤΟ.....	12
2.1.Εθνικό Σύστημα Υγείας Προ Κρίσης.....	13
2.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Οικονομική Κρίση.....	16
2.3.Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία των Ελλήνων πολιτών	22
3. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	26
3.1. Ανασκόπηση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Από τον εκσυγχρονισμό στην οπισθοδρόμηση	27
3.1.1 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση 1984-1997. Η περίοδος της οικονομικής ευρωστίας	28
3.1.2. «Ψυχαργός» 2001-2010. Το τέλος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης;	29
3.1.3. «Ψυχαργός» 2011-2020. Η Ψυχική Υγεία σε Μνημόνιο.....	32
3.2. Η Ψυχική Υγεία των Ελλήνων στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης	33
3.3. Ο οικονομικός και κοινωνικός στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων.....	36
4.Ο ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	38
4.1.Το παράδειγμα του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού	39
4.2. Τα κοινωνικά ιατρεία και η ευρύτερη ομάδα των ανασφάλιστων ασθενών- Η κατάσταση σήμερα. ..	41
Ειδικό Μέρος	43
5. ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ- ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	43
5.1.Σκοπός.....	43
5.2.Υλικό και Μέθοδος	44
5.3.Το δείγμα της έρευνας.....	44
5.4.Δημογραφικά στοιχεία των χρηστών του ψυχιατρικού ιατρείου	49
5.5.Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στον αριθμό επισκέψεων στον ψυχίατρο	57
5.6.Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών	62
5.7.Συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης δείγματος	65

Μέρος Γ΄.....	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΑΝΑ ΕΤΟΣ.	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4.ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5.ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6.ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7.ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΑΝΕΡΓΙΑ.....	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.8.ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.9.ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΠΡΟΑΣΤΙΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.10.ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΝΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.11.ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.12 .ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΣΤΙΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.13. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ.	64

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1. ΕΛΛΑΔΑ-ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2. ΕΛΛΑΔΑ-ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	17
ΓΡΑΦΗΜΑ 2.3.ΕΛΛΑΔΑ-ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	199
ΓΡΑΦΗΜΑ 2.4.ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 2009-2013.....	21
ΓΡΑΦΗΜΑ 2.5.ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 2009-2013,	22
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.1.ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ,	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.2.ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ,	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.3.ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ,	48
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.4.ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ,	49
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.5.ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ,	54
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.6. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	55
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.7. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	55
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.8. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΑΡΙΘΜΟ.....	56
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.9. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	566
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.10.ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ΓΡΑΦΗΜΑ 5.11.ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ	63

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέπων Καθηγητή μου για την πολύτιμη βοήθειά του και την άψογη συνεργασία για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Ιατρό Καρδιολόγο κ. Γιώργο Βήχα, εκ των πρωτεργατών του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού, τον Αναπληρωτή Καθηγητή της Ακαδημίας Αθηνών κ. Νίκο Καμπέρη και τον Στατιστικολόγο κ. Φραγκίσκο Μπερσίμη, για την δυνατότητα που μου έδωσαν να αποκτήσω πρόσβαση στο ψηφιοποιημένο αρχείο ασθενών του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την συμφοιτήριά μου κα Ελεάνα Σιμώνη καθώς και την οικογένειά μου για την πολύτιμη υποστήριξή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οικονομική αδυναμία των κυβερνήσεων, από το 2009 και έπειτα, να συνεχίσουν να στηρίζουν τον τομέα υγείας, φανέρωσε τις αδυναμίες του συστήματος, ανέδειξε τις δυσλειτουργίες με τις οποίες πορεύονταν όλα αυτά τα χρόνια οι οποιεσδήποτε μεταρρυθμίσεις, και έθεσε τελικώς την υγεία, και την ψυχική υγεία, των πολιτών σε κίνδυνο, κάτι που φάνηκε και από την πτώση σε σημαντικούς δείκτες αξιολόγησης της υγείας των πολιτών. Ειδικότερα, για μια ομάδα ασθενών, αυτή των άνεργων/ανασφάλιστων, φάνηκε ότι αν και είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, ωστόσο δεν υπήρξε μέριμνα για την φροντίδα τους. Η λύση στο πρόβλημα από την επίσημη πολιτεία, δόθηκε μόλις πρόσφατα εν έτη 2016, με την παροχή πλήρους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους πολίτες αυτούς, ενώ το κενό που δημιουργήθηκε έως τότε, κάλυψε το εθελοντικό κίνημα που δημιούργησε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης πολιτών που το είχαν ανάγκη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, αφού παρουσιαστεί συνοπτικά η κατάσταση στην υγεία και στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, να μελετηθεί/αξιολογηθεί το προφίλ της ευάλωτης ομάδας των ανέργων/ ανασφάλιστων που αναζήτησαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού.

Μέθοδος: Η μέθοδος που ακολουθήθηκε, στο γενικό μέρος βασίστηκε στην αναζήτηση βιβλιογραφίας, ενώ στο ειδικό μέρος το δείγμα των ασθενών αναλύθηκε με την χρήση του Microsoft Excel αλλά και του στατιστικού πακέτου IBM Statistics SPSS έκδοση 23.0.

Αποτελέσματα: Ο τομέας της Υγείας και ειδικότερα της Ψυχικής Υγείας δοκιμάστηκε τα χρόνια της κρίσης. Οι ανασφάλιστοι και άνεργοι ασθενείς αναζήτησαν υπηρεσίες υγείας σε διάφορες δομές κοινωνικού χαρακτήρα, με τον μέσο ασθενή που αναζήτησε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού να είναι γυναίκα, πρώην ασφαλισμένη του ΙΚΑ ή ελεύθερη επαγγελματίας, το επισκέφθηκε κυρίως για συνταγογράφηση σκευασμάτων ή για ψυχιατρικό έλεγχο, άνηκε στις παραγωγικές ηλικίες, διέμενε στον ίδιο ή σε διπλανούς γεωγραφικά δήμους με αυτόν του κοινωνικού ιατρείου, ενώ φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ανάγκες για περίθαλψη υπήρξαν το 2013.

Συμπεράσματα: Το σύστημα Υγείας και η Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα δοκιμάστηκε τόσο σε δομικό και οργανωτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο υγείας των Ελλήνων πολιτών. Οι ευάλωτες

ομάδες των ανέργων και των ανασφάλιστων πολιτών επλήγησαν περισσότερο ενώ έμειναν ακάλυπτοι, σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη από το κράτος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αν και η πολιτική λύση δόθηκε τελικά, εντούτοις οι μεταρρυθμίσεις πρέπει να συνεχιστούν, για ένα περισσότερο καθολικό και ασθενοκεντρικό σύστημα υγείας και δη ψυχικής υγείας, με επικέντρωση στην πρόληψη και όχι στην αντιμετώπιση των ασθενειών..

Λέξεις κλειδιά: Σύστημα Υγείας, Οικονομική κρίση, Ψυχική Υγεία, Άνεργοι/Ανασφάλιστοι, Κοινωνικά Ιατρεία

ABSTRACT

Introduction: The economic weakness of governments, from 2009 and then, to continue to support the health sector, revealed the weaknesses of the system, highlighted the shortcomings with which marching all these years any reforms, and finally put the health, and the mental health, of citizens at risk , with an important fall into the health assessment indices in residents health quality, as it was observed. More specifically, as far as the category of the unemployed/unsecured patients which were about to have more possibilities of suffering from a mental disorder, it appeared that there were no concern about their treatment. The solution to this problem arose recently, in 2016, from the formal state' s government , by providing entire medical and medicine care to these citizens, although the gap that was formed up to then was covered from the voluntary movement which created primary healthcare structures for citizens that were in need for.

Aim: The aim of the present study is to briefly present the health state as well as the mental health state in Greece and, in addition, to study/assess the profile of the vulnerable category of unemployed / unsecured patients who asked for mental health services in the Metropolitan Social Clinic of Ellinikou.

Method: The method that was followed in the general part, was based on literature research, however, in the specific part of the study, the segment of the patients was analyzed with the use of Microsoft Excel and with the statistical program Statistics SPSS version 23.0.

Results: The health sector and more specifically, the Mental health sector has been tried during the period of financial downturn. The unsecured and unemployed patients asked for health services in many social structures and the mean patient who asked for mental health services in the Mental Social Clinic of Hellenic was woman of reproductive age, mostly for the prescription of medicines or for psychiatric check-up , and she was living in near municipalities compared to the social clinic. Moreover, it seems that the most needs for providing care were in 2013.

Conclusion: The health sector and more specifically, the Mental health sector of Greece has been examined for its structure and organization as well as for the health level of Greek citizens. The vulnerable category of unemployed and unsecured patients were mostly damaged, however, they had no possibility of being offered health care for a long period of time. Although the political

solution was finally given, the reforms should continue to be applied, aiming at a more stable patient – centered health system and even more mental health system, speculating at the prevention and not at the treatment of the disease.

Key words: Healthcare system, Financial crisis, Mental health, Unemployment/Unsecured, Social clinics

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα, την περίοδο της μεταπολίτευσης, και ιδιαίτερα από τις αρχές της δεκαετίας του '80 και μετά, έγινε προσπάθεια να μεταρρυθμιστεί και να εκσυγχρονιστεί το εθνικό σύστημα υγείας, καθώς άλλωστε αποτελούσε και πάγιο αίτημα του ελληνικού πληθυσμού, λόγω των ανισοτήτων και του χάσματος που εμφανιζόταν μέχρι τότε, στην διαστρωμάτωση της ελληνικής κοινωνίας. Λαμβάνοντας υπόψη μεταξύ άλλων τα συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης, αλλά και ειδικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν την χώρα, όπως υπερσυγκέντρωση στα μεγάλα κέντρα, ανισότητες στα εισοδήματα, δυσκολίες στην πρόσβαση λόγω γεωγραφικής κατανομής, ανθρωπογεωγραφία αλλά και επιπολασμό νοσημάτων, οι ιθύνοντες χάραξης πολιτικών υγείας δημιούργησαν το εθνικό σύστημα υγείας, του οποίου η φιλοσοφία στηρίχθηκε πάνω στις εξής 3 αρχές:

- Η υγεία λογίζεται ως κοινωνικό αγαθό, και για τούτο δεν θα πρέπει να υπακούει στους κανόνες της αγοράς με τους όρους της προσφοράς και της ζήτησης.
- Αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα όλων των πολιτών ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και τόπου κατοικίας τους, να απολαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και παροχής φροντίδας.
- Η ευθύνη για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση ενός αποκεντρωμένου και δημοκρατικού συστήματος υγείας βαραιίνει αποκλειστικά και μόνο το κράτος και την εκάστοτε κυβέρνηση.[1]

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας βασίστηκε πάνω σε ένα μεικτό μοντέλο, το οποίο συνδύαζε πόρους προερχόμενους κατά ένα μέρος του από την φορολογία, κατά ένα άλλο μέρος από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ υπήρξε και συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Όπως γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω, όσο το κράτος ευημερούσε οικονομικά, θα ήταν και σε θέση να σχεδιάσει και να υλοποιήσει σχέδια δράσης και πολιτικές για την υγεία των πολιτών, τα οποία θα καλύπτονταν οικονομικά από αυτό.[2]

Ως μέρος των σχεδιαζόμενων αλλαγών που ήδη περιγράφηκαν, αποτέλεσε μια εκ των βάθρων παρέμβαση, με σκοπό την αναδιάρθρωση και τον εκσυγχρονισμό του τομέα της ψυχικής υγείας

στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, το 1984, δημιουργήθηκε σχέδιο δράσης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, πάνω στο οποίο βασίστηκε το μετέπειτα σχέδιο, το οποίο ισχύει ως και σήμερα, και είναι ευρέως γνωστό με την ονομασία «Ψυχαργός». Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» σχεδιάστηκε πρώτη φορά το 1997 από την τότε ελληνική κυβέρνηση, η οποία εφάρμοζε τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, σε όλα τα κράτη μέλη της. Ωστόσο το πρόγραμμα τέθηκε τελικά σε εφαρμογή το 2000, με την πρώτη φάση του προγράμματος να θέτει ως στόχο την καταπολέμηση του στίγματος και του αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων από τους χώρους εργασίας. Στα τέλη του 2001, και με την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης, πραγματοποιήθηκε η αποτίμηση του σχεδίου και αφού επαναπροσδιορίστηκαν οι στόχοι της ελληνικής κυβέρνησης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ξεκίνησε η δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» με ορίζοντα λήξης το 2010. Στην παρούσα φάση και έχοντας θέσει νέες κατευθύνσεις η Ευρωπαϊκή Ένωση, για την καλή ψυχική υγεία των ευρωπαίων πολιτών μέσα από το πρόγραμμα Health 2020, η ελληνική κυβέρνηση έχει θέσει σε εφαρμογή την τρίτη φάση του «Ψυχαργός» με ορίζοντα το 2020. [3]

Ωστόσο ως χρονιά ορόσημο του προγράμματος υπήρξε το 2009, κατά την διάρκεια του οποίου, η Ελλάδα επλήγη από την οικονομική κρίση με αποτέλεσμα, να τεθούν εν αμφιβόλω όλες οι μέχρι τότε δράσεις της εκάστοτε κυβέρνησης, σε διάφορους τομείς της κοινωνίας και ιδιαίτερα στον ευαίσθητο χώρο της υγείας και κατ'επέκταση της ψυχικής υγείας. Οι προϋπολογισμοί για την υγεία μειώθηκαν, η κεντρική κυβέρνηση και το υπουργείο υγείας αδυνατούσαν να στηρίξουν τις δράσεις και τα προγράμματα, που με τις όποιες δυσλειτουργίες και προβλήματα, μέχρι τότε ήταν σε ισχύ, ενώ οι ασθενείς αντιμετώπιζαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ως εκ τούτου αναπτύχθηκε ραγδαία η ιδιωτική πρωτοβουλία, για τους έχοντες την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν, ενώ για τους μη έχοντες, πέραν του κατακερατισμένου συστήματος υγείας υπήρξε η ανάπτυξη Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και εθελοντών που προσέφεραν αφιλοκερδώς και με ευρωπαϊκά κοινοτικά κονδύλια, τις υπηρεσίες τους. Ιδιαίτερα δε, για μια ομάδα ασθενών που λόγω κρίσης έχασαν την δουλειά τους (είτε αναγκάζονταν να εργάζονται χωρίς την απαιτούμενη ασφάλιση), δεν υπήρξε καμία κρατική μέριμνα για την υγειονομική τους περίθαλψη (δεδομένου ότι αυτή σχετίζεται με την δυνατότητα του να εργάζεται κάποιος), με αποτέλεσμα να απευθύνονται πρωτίστως στα κοινωνικά ιατρεία για την

υγειονομική τους περίθαλψη, ενώ σχετικά με την οριστική λύση στο πρόβλημα τους από πλευράς πολιτείας, αυτή δόθηκε μετά από 7 ολόκληρα χρόνια οικονομικής κρίσης. [4]

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, στην παρούσα έρευνα, θα επιχειρηθεί να αναλυθεί το ελληνικό σύστημα υγείας ενώ θα γίνει ειδική αναφορά στην μεταρρύθμιση που επιχειρήθηκε στην ψυχική υγεία τις τελευταίες 3 δεκαετίες, και όλα αυτά, μέσα από την σκοπιά της οικονομικής κρίσης που έπληξε την χώρα. Παράλληλα θα αναπτυχθεί το θέμα των κοινωνικών ιατρείων και των εθελοντών που υποκαθιστούσαν το κράτος για αρκετά χρόνια εν μέσω κρίσης, ενώ θα γίνει αναφορά και στην υγειονομική περίθαλψη της ομάδας πολιτών που επλήγη περισσότερο από την κρίση, αυτή των ανέργων και ανασφαλιστών ασθενών.

Ως ειδικός σκοπός της παρούσας εργασίας, θα είναι η στατιστική ανάλυση του δείγματος των ασθενών του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού και πιο συγκεκριμένα, των ασθενών αυτών που επισκέφθηκαν το ιατρείο για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Γενικό Μέρος

2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΥΤΟ

Ο τομέας υγείας από ιδρύσεως του ελληνικού κράτους έως και σήμερα, συνδεόταν άρρηκτα με την κοινωνικό-οικονομική και πολιτική κατάσταση του τόπου. Όλες οι μεταβολές που προέκυπταν και προέρχονταν είτε από το εσωτερικό είτε από το εξωτερικό περιβάλλον της χώρας, καθόριζαν σε μεγάλο βαθμό τις εξελίξεις στο σύστημα υγείας και στην περίθαλψη των ελλήνων πολιτών.

Στις αρχές της δεκαετίας του 80' και έπειτα από, κατά γενική ομολογία, δεκαετίες ταραχών στην χώρα, και στα πλαίσια των δομικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στο κοινωνικό κράτος και στο κράτος δικαίου στην Ελλάδα, προωθήθηκε ένα φιλόδοξο σύστημα μεταρρυθμίσεων που αφορούσε τον τομέα υγείας και της περίθαλψης των ελλήνων πολιτών. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όπως ονομάστηκε, βασίστηκε πάνω στο μοντέλο Bismarck και με νομοθετική παρέμβαση, υιοθετήθηκε η δέσμευση από το κράτος, στο να έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτου κοινωνικής, οικονομικής και επαγγελματικής κατάστασης. Από τότε και μέχρι σήμερα όμως, έχουν γίνει αλλαγές στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα στη χρηματοδότησή του που πλέον χαρακτηρίζεται ως μεικτό, δηλαδή συνδυάζει επιρροές του μοντέλου Bismarck (χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση και αγορά από την πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων, υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους τους από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους) αλλά και το μοντέλο Beveridge (η χρηματοδότηση βασίζεται στην γενική φορολογία). Ωστόσο φάνηκε ότι το μεικτό σύστημα υγείας οδήγησε τους Έλληνες πολίτες όλα αυτά τα χρόνια σε φαινόμενα άτυπων χρηματισμών με αντάλλαγμα την υγεία τους ενώ υπήρχαν κρούσματα διαφθοράς σε όσους σχετίζονταν άμεσα ή έμμεσα με τον τομέα της υγείας, με τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών, την έξαρση των κρουσμάτων διαφθοράς και την εντέλει συνεισφορά στην διόγκωση της οικονομικής κρίσης. [5]

2.1.Εθνικό Σύστημα Υγείας Προ Κρίσης

Όλες οι πολιτικές και οι σχεδιασμοί για τα εθνικά συστήματα υγείας θα πρέπει, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, να διέπονται από τρεις βασικές αξίες: αυτές της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας του συστήματος. [6]

Ως στόχος της αποτελεσματικότητας για ένα σύστημα υγείας θεωρείται η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, και για να μετρηθεί ο στόχος αυτός, μπορούν να αξιολογηθούν δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής, της θνησιμότητας και της επέκτασης της ζωής. Η αξία της αποδοτικότητας για ένα σύστημα υγείας μετράται, όπως κάθε οικονομικός δείκτης, με τις εισροές και τις εκροές του συστήματος. Ως εισροές νοούνται οι κτιριακές υποδομές, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και το ανθρώπινο δυναμικό ενώ εκροές η βελτίωση της υγείας των ασθενών-πολιτών. Εννοείται πως θετική αποτίμηση υπάρχει όταν οι εκροές είναι περισσότερες από τις εισροές άρα δηλαδή να βελτιώνεται συνεχώς η υγεία των πολιτών. Τέλος, ο στόχος της ισότητας αφορά στην πρόσβαση των ασθενών και δεν ξεχωρίζει κοινωνικές τάξεις και οικονομική κατάσταση. [7]

Τα παραπάνω αποτέλεσαν και τους πυλώνες πάνω στους οποίους θα χτιζόταν το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '80, Αυτή ακριβώς η μεταρρύθμιση ήταν κατ' ουσία, η πρώτη κατά την οποία δινόταν η δυνατότητα σε όλους τους πολίτες για ισότιμη, δημόσια και δωρεάν υγεία λογίζοντας την υγεία, ως αγαθό και όχι ως εμπόρευμα. Έως και τα τέλη της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα όλες οι κυβερνήσεις προσάρμοζαν τις πολιτικές τους για την υγεία πάνω στο δόγμα της δωρεάν υγείας και προσπαθούσαν να αναβαθμίζουν άλλοτε με επιτυχία και άλλοτε όχι, το αγαθό αυτό. Μέσα σε όλες τις παρεμβάσεις που έγιναν, αξίζει να αναφερθεί: η δημιουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας αλλά και περιφερειακών υγειονομικών περιφερειών για τον καλύτερο έλεγχο της υγειονομικής περίθαλψης, η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης για τον εκσυγχρονισμό της παραγωγής προώθησης και διακίνησης των φαρμάκων στην χώρα, η επικέντρωση στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του στελεχιακού δυναμικού όπως και η μέριμνα για χιλιάδες προσλήψεις στον χώρο της υγείας, η σύμπραξη με τον ιδιωτικό τομέα στον τομέα της

περίθαλψης για τον εκσυγχρονισμό αλλά και την αποτελεσματικότερη και ταχύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας ενώ τέλος υπήρξε και απόδοση μεγάλων κονδυλίων στον υγειονομικό τομέα για τον εκσυγχρονισμό των κτιριακών υποδομών και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. [8]

Από πλευράς παρέμβασης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, υπήρξε ο διαχωρισμός σε τρία επίπεδα: Αυτά της πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα συγκαταλέγονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας τις οποίες ο ασθενής τις λαμβάνει και δεν διανυκτερεύει σε κάποια μονάδα νοσηλείας. Σε αυτή ανήκουν φορείς τόσο του δημόσιου (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, εξωτερικά ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών κ.α.) όσο και του ιδιωτικού τομέα (ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών και ιδιωτικών νοσοκομείων κ.α.) και στόχο έχουν:

- Την προαγωγή Υγείας
- Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες
- Υπηρεσίες προσχολικής υγιεινής
- Ενημέρωση του κοινού για θέματα δημόσιας υγείας
- Άσκηση προληπτικής ιατρικής
- Καταπολέμηση εν τη γενέσει τους όλων εκείνων των παραγόντων που προκαλούν την αρρώστια καθώς και την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωσή της.

Ως δευτεροβάθμια περίθαλψη νοούνται όλες εκείνες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές πράξεις που απαιτούν την νοσηλεία των ασθενών εντός νοσοκομείου ή κλινικής χωρίς όμως να καθίσταται υποχρεωτική η διανυκτέρευσή τους. Σε αυτή ανήκουν τα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία και θεραπευτήρια, οι ιδιωτικές κλινικές, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που υπηρετούν πανεπιστημιακοί ιατροί και ιατροί του εθνικού συστήματος υγείας αλλά και τα στρατιωτικά νοσοκομεία.

Στην τριτοβάθμια περίθαλψη, συγκαταλέγονται οι περιπτώσεις προβλημάτων υγείας που χρήζουν πολυσύνθετης και εξειδικευμένης αντιμετώπισης και προϋποθέτει την εισαγωγή του

ασθενούς στο νοσηλευτικό ίδρυμα για την διάγνωση και θεραπεία του. Σε αυτήν ανήκουν ειδικά νοσοκομεία και νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων. Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και διαθέτει την γνώση για να περιθάλπει τους ασθενείς ενώ και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός είναι ο πλέον κατάλληλος για την κάθε περίπτωση. [9]

Ωστόσο, παρόλες τις παρεμβάσεις και τον πακτωλό χρημάτων που δαπανήθηκε για τον τομέα της υγείας για τρεις δεκαετίες, εντούτοις φάνηκε ότι πολλές από τις σχεδιαζόμενες ρυθμίσεις δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στην πράξη. [10] Η χρηματοδότηση του συστήματος συνέχιζε να αποτελεί σημαντικό σημείο τριβής, με τα ασφαλιστικά ταμεία να αδυνατούν να ελέγξουν τα έσοδα και τα έξοδα τους, με αποτέλεσμα η κεντρική κυβέρνηση να καλείται να παρεμβαίνει κάθε τόσο για την συνέχιση της χρηματοδότησης. Η σχεδιαζόμενη παρέμβαση στην κοινότητα και η πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν υιοθετήθηκε ποτέ, καθώς όλες οι αλλαγές του συστήματος αφορούσαν την ανέγερση νοσοκομείων καθιστώντας την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα άκρως νοσοκομειακοκεντρική με έμφαση στην θεραπεία και όχι στην πρόληψη. Ο ιδιωτικός τομέας δεν αναπτύχθηκε αρκετά ώστε να συμβάλλει στην υγεία των πολιτών με αποτέλεσμα να ισχυροποιείται ο ρόλος του δημοσίου τομέα και του κράτους, ενώ δεν υπήρξε αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας αλλά υπερσυγκέντρωση αυτών στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Το αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν να υπάρξει εντέλει ανισότητα στην πρόσβαση και στην κατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών, το κράτος με τον ισχυρότερο ρόλο έναντι του ιδιωτικού τομέα ήταν ουσιαστικά ο μόνος πάροχος υπηρεσιών υγείας και καθόριζε το κόστος των υπηρεσιών χωρίς πολλές φορές αυτό να έχει σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα, ενώ τέλος η εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας δημιουργούσε συνεχώς ελλείμματα στον τομέα υγείας και κατ'επέκταση στον κρατικό προϋπολογισμό. Η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε το 2009, βρήκε το σύστημα υγείας απροετοίμαστο, με έντονες ανισότητες και ισχυρά δημοσιονομικά ελλείμματα, ενώ ταυτόχρονα οι Έλληνες πολίτες δήλωναν δυσαρέσκεια για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την γενικότερη κατάσταση που επικρατούσε στην υγεία στην χώρα μας. [11]

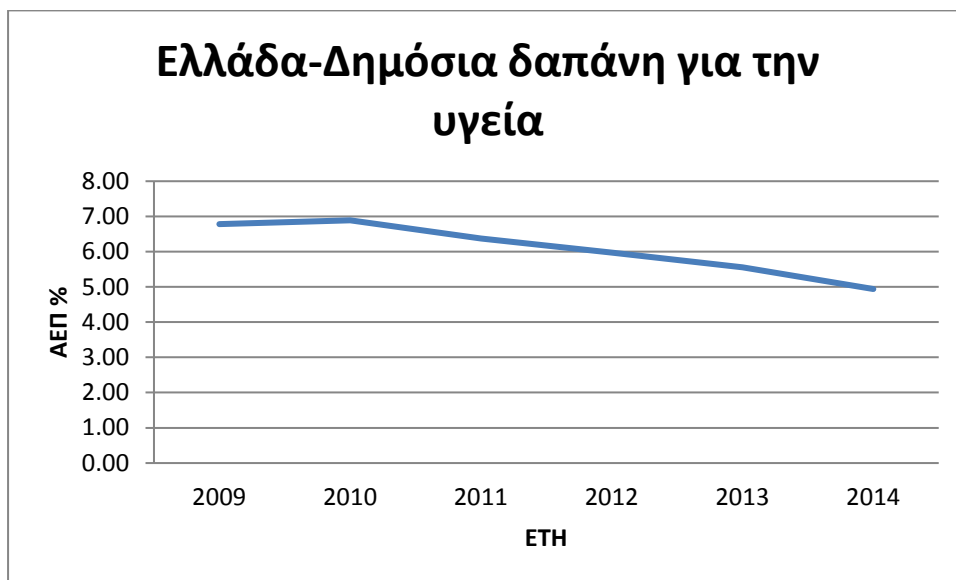
2.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Οικονομική Κρίση

Η οικονομική κρίση του 2009 βρήκε το ελληνικό σύστημα υγείας απροετοίμαστο κυρίως λόγω δυσλειτουργιών και παραλείψεων αρκετών δεκαετιών. Έλλειψη στρατηγικής, η κακοδιαχείριση και οι σπατάλες πόρων, η μη επικέντρωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και η έλλειψη κατάλληλης κουλτούρας από την πλευρά των εμπλεκόμενων φορέων για την αναβάθμιση του αγαθού της υγείας, αποτέλεσαν τους βασικότερους παράγοντες που δεν οδήγησαν στον εκσυγχρονισμό του συστήματος και στην θωράκισή του από ενδεχόμενες απειλές από το εξωτερικό περιβάλλον, όπως η οικονομική κρίση. [12]

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν, ο τομέας υγείας να μπει στο στόχαστρο των διεθνών δανειστών, καθώς θεωρήθηκε ένας εκ των κυριότερων παραγόντων για την συνεχιζόμενη διόγκωση του οικονομικού ελλείμματος. Για τον λόγο αυτό, κρίθηκε αναγκαίο να γίνουν δομικές παρεμβάσεις και οι απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις ώστε να εκσυγχρονιστεί το σύστημα υγείας ποιοτικά, αλλά και να είναι ταυτόχρονα αποδοτικό. Ως εκ τούτου, σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε ένα αρκετά φιλόδοξο πρόγραμμα περικοπών-επανακαθορισμού των δαπανών για την υγεία. Ο στόχος ήταν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να μην ξεπερνάνε το 6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, έτσι ώστε να προσεγγίζουν τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. [13]



Γράφημα 2.1. Ελλάδα-Συνολικές δαπάνες υγείας, πηγή: <https://data.oecd.org/gga/central-government-spending.htm>



Γράφημα 2.2. Ελλάδα-Δημόσιες δαπάνες για την υγεία, πηγή: <https://data.oecd.org/gga/central-government-spending.htm>

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (γράφημα 2.1, γράφημα 2.2) δείχνουν, ότι τόσο οι συνολικές όσο και οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, σε ποσοστό του ΑΕΠ, ακολουθούν καθοδική πορεία, με τον

στόχο του 6% για τις δημόσιες δαπάνες να επιτυγχάνεται το 2012. Παρόλα αυτά οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν ακόμα περισσότερο και το 2014, καθώς αποτελούσαν λιγότερο από το 5% του ΑΕΠ. Αξίζει να σημειωθεί ότι, και η συνολική δαπάνη για την υγεία ακολουθεί ανάλογη πορεία λόγω της οικονομικής αδυναμίας των νοικοκυριών να ξοδέψουν χρήματα για την περαιτέρω παροχή υπηρεσιών υγείας. [14]

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω δείκτες υπήρξαν:

Περικοπές στην φαρμακευτική δαπάνη: Μια από τις παθογένειες της ελληνικής οικονομίας, στον προ κρίσης ετών, ήταν η φαρμακευτική δαπάνη. Μερικά από τα προβλήματα που αντιμετώπιζε το σύστημα ήταν: η αδυναμία ελέγχου στην συνταγογράφηση, η πολυφαρμακία, η χαμηλή διείσδυση γενοσήμων, οι υψηλές τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αδυναμία ελέγχου στην αλυσίδα διακίνησης των φαρμάκων και η μη επιβολή ανώτατων ορίων κέρδους σε όλη την αλυσίδα διακίνησης και πώλησης.

Το αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν το 2009, η Ελλάδα να κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης από όλες τις χώρες της Ευρώπης και θεωρείτο ένα σημαντικό αγκάθι στις υπέρογκες δαπάνες του τομέα υγείας. Για τον λόγο αυτό, αποφασίστηκε σταδιακά να υπάρξει προσαρμογή, και από τα περίπου 5 δις € το 2009, η δαπάνη να μειωθεί σε 1,88δις € το 2015. [16]

Τα μέτρα που ελήφθησαν:

- Δημιουργία συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για αποτελεσματικότερους ελέγχους.
- Εισαγωγή πλαφόν συνταγογράφησης
- Υποχρέωση αύξησης της διείσδυσης των γενοσήμων στην αγορά φαρμάκων
- Θέσπιση μηχανισμού επιστροφής χρημάτων σε περίπτωση υπέρβασης της φαρμακευτικής δαπάνης (clawback)
- Θέσπιση υποχρεωτικής έκπτωσης από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας (rebate)

- Νέο σύστημα τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων που επέφεραν σημαντικές μειώσεις στα κόστη.
- Αυστηρότερα κριτήρια θέσπισης της θετικής λίστας
- Διεύρυνση της λίστα Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων
- Μείωση κερδών των χονδρεμπόρων
- Αυξήσεις ποσοστών συμμετοχής των ασθενών. [17]



Γράφημα 2.3.Ελλάδα-Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, πηγή: ΣΦΕΕ

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Συλλόγου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (γράφημα 2.3), φαίνεται ότι τα μέτρα περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης έχουν αποδώσει καθώς ο στόχος που είχε τεθεί εξαρχής, επετεύχθη, με την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2015 να έχει πέσει λίγο κάτω από τα 2 δις ευρώ. [18]

Αύξηση συμμετοχής των ασθενών στις δαπάνες υγείας: Το συγκεκριμένο μέτρο, έκτος από καθαρά δημοσιονομικού χαρακτήρα μέτρο, ήταν και μέτρο νοθεσίας των ελλήνων πολιτών, ούτως ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τι πραγματικά σημαίνουν υγειονομικές δαπάνες. Ως κυριότερες παρεμβάσεις υπήρξαν: η αύξηση των συμμετοχών των ασθενών στα φάρμακα ανά θεραπευτική κατηγορία, η υψηλότερη συμμετοχή του ασθενούς όταν επιλέξει κάποιο σκεύασμα που είναι ακριβότερο από την ασφαλιστική τιμή που προτείνει ο ασφαλιστικός οργανισμός, η

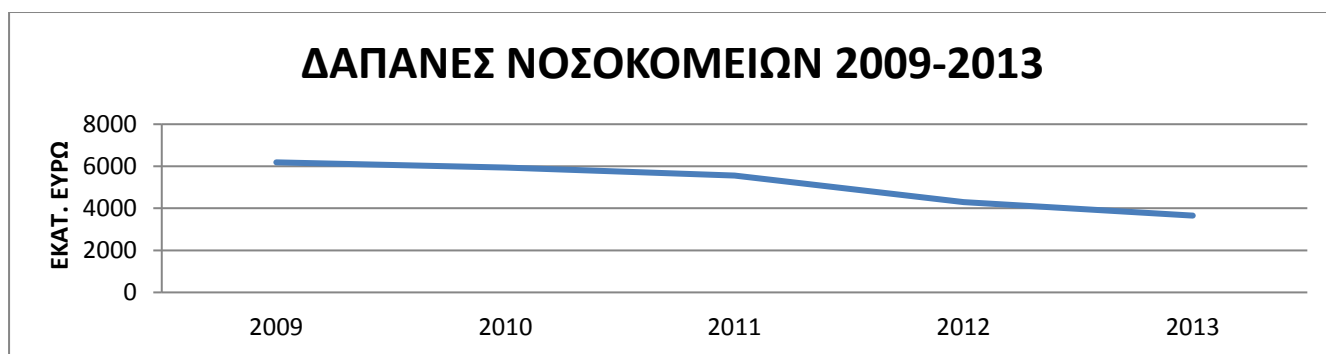
πληρωμή αντιτίμου κατά την εισαγωγή του ασθενούς σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα (παρότι ανακοινώθηκε αρχικά εντούτοις αποσύρθηκε άμεσα το μέτρο αυτό), η πληρωμή αντιτίμου για την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, η πληρωμή εφάπαξ ποσού ανά συνταγή για διαχειριστικά έξοδα και οι χρεώσεις για κλείσιμο ραντεβού μέσω τηλεφώνου. [19]

Περικοπές στις δαπάνες των νοσοκομείων και διοικητική αναδιοργάνωση αυτών για περαιτέρω εξοικονόμηση πόρων: Η οικονομική κρίση που μάστιζε τους πολίτες, τους οδηγούσε στα δημόσια νοσοκομεία για αναζήτηση περίθαλψης και παντός είδους υπηρεσιών υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν η εισροή των ασθενών στα νοσοκομεία να αυξάνεται συνεχώς, κάτι που όμως ερχόταν σε αντιδιαστολή με την προσπάθεια που γινόταν για περικοπές στις δαπάνες των νοσοκομείων. Η προ κρίσης δαπάνες φάνταζαν υπέρογκες, ενώ ταυτόχρονα τα νοσοκομεία εμφάνιζαν χαμηλούς λειτουργικούς και αποδοτικούς δείκτες. Το πρόβλημα φάνηκε να επιδεινώνεται από την έλλειψη σχεδιασμού που αφορούσε την κατάλληλη χωροταξική τοποθέτηση τους, εντός της ελληνικής επικράτειας, ούτως ώστε οι ασθενείς να εξυπηρετούνται όσο το δυνατόν καλύτερα. Το αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν να αποφασιστεί από τους ιθύνοντες η περιστολή των νοσοκομειακών δαπανών κατά 26% ενώ υπήρξαν και παρεμβάσεις που επηρέασαν όλους τους τομείς των νοσοκομείων (διοικητικό, ιατρικό- παραϊατρικό, κτιριακό κλπ). [20]

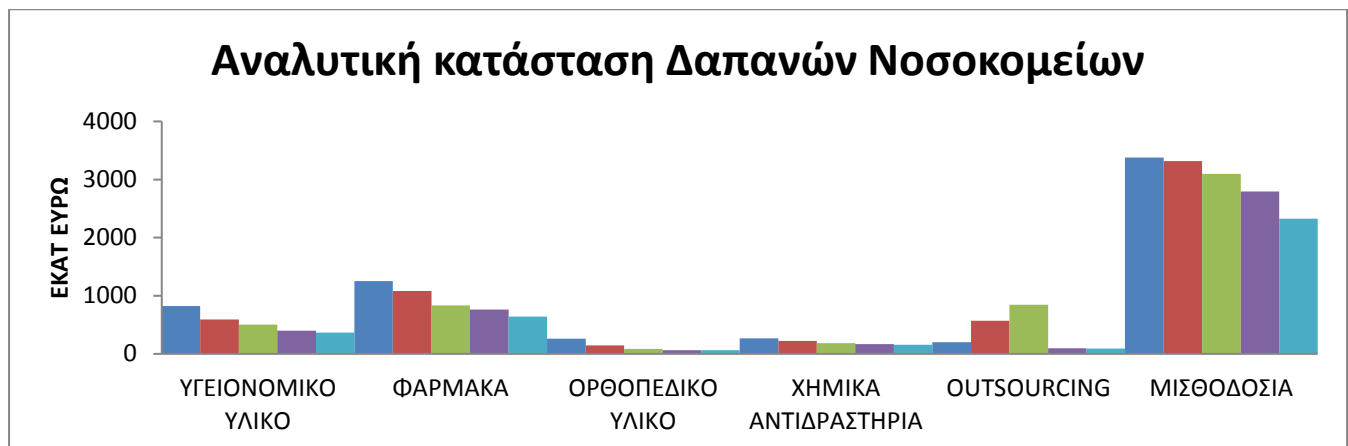
Μέτρα που αποφασίστηκαν :

- Μείωση μισθολογικού κόστους μέσα από μειώσεις αποδοχών των εργαζομένων
- Τήρηση αναλογίας προσλήψεων- συνταξιοδοτήσεων 1:5 για περαιτέρω μείωση μισθολογικού κόστους.
- Συγχωνεύσεις δημόσιων νοσοκομείων και αλλαγές του τρόπου χρήσης των περιφερειακών νοσοκομείων σε κέντρα υγείας με στόχο την δραστική μείωση λειτουργικών εξόδων (κοινές διοικήσεις, μετακίνηση υπαλλήλων από το ένα νοσοκομείο στο άλλο κλπ).
- Θέσπιση απογευματινής λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων με τους ασθενείς που θα προσέρχονταν να πλήρωναν το ανάλογο αντίτιμο.

- Θέσπιση καταβολής μικρότερου αντιτίμου κατά την επίσκεψη στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία
- Θέσπιση καταβολής αντιτίμου κατά την εισαγωγή ενός ασθενούς για νοσηλεία στο νοσηλευτικό ίδρυμα
- Θέσπιση Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων.
- Επικέντρωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας υπό τον νέο φορέα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ,έτσι ώστε να αποφεύγεται η αθρόα προσέλευση ασθενών στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και μάλιστα τις περισσότερες φορές άνευ ουσιαστικού ιατρικού λόγου.
- Εισαγωγή συστημάτων μηχανοργάνωσης και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία για καλύτερο έλεγχο και δικαιότερη αξιολόγηση των δεικτών λειτουργίας των νοσοκομείων.
- Θέσπιση κλειστού προϋπολογισμού στην φαρμακευτική δαπάνη ανά νοσοκομείο η οποία έφερε υποχρεωτική αύξηση χρήσης γενοσήμων, επιπλέον εκπτώσεις από τις φαρμακευτικές εταιρείες, περιορισμούς στον αριθμό των φαρμάκων και υποχρεωτική αναλογία πρωτοτύπων/γενοσήμων ανά ουσία κλπ.
- Θέσπιση κεντροποιημένης διαδικασίας προμηθειών, νοσοκομείων σε όλη την ελληνική επικράτεια, αναλωσίμων και φαρμακευτικών ουσιών (ανά περιπτώσεις) μέσω διαγωνισμών, για την επίτευξη καλύτερων τιμών αγοράς από το ελληνικό δημόσιο. [21]



Γράφημα 2.4. Δαπάνες νοσοκομείων 2009-2013, πηγή: ESY.NET 2013, Δελτία εκτέλεσης προϋπολογισμών, Υπουργείο Οικονομικών



Γράφημα 2.5.Αναλυτική κατάσταση δαπανών νοσοκομείων 2009-2013, πηγή: ESY.NET 2013, Δελτία εκτέλεσης προϋπολογισμών, Υπουργείο Οικονομικών

Αν και κάποια από τα προαναφερόμενα μέτρα άργησαν να εφαρμοστούν ή δεν εφαρμόστηκαν ποτέ, εντούτοις από τα παραπάνω γραφήματα από το esy.net φαίνεται ότι α) η μείωση εντέλει επετεύχθη στο σύνολο των δαπανών των νοσοκομείων από το 2009 έως το 2013 με τις δαπάνες να ξεκινούν από τα 6 δις και να καταλήγουν στα 3,5 δις € περίπου (γράφημα 2.4) ενώ β) στην αναλυτική κατάσταση δαπανών νοσοκομείων ανά έτος, φαίνεται ότι την μεγαλύτερη δαπάνη κατέχει η μισθοδοσία του προσωπικού με πτωτική όμως τάση από έτος σε έτος, ενώ ακολουθούν οι δαπάνες για τα φάρμακα που ακολουθούν και αυτές την ίδια καθοδική πορεία. Όσον αφορά τα αναλώσιμα φαίνεται και εδώ μια σαφής εξοικονόμηση πόρων ενώ οι υπηρεσίες outsourcing εμφάνιζαν μια απροσδόκητη αύξηση στο κόστος κάτι που διορθώθηκε το 2013(γράφημα 2.5).[22]

2.3.Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία των Ελλήνων πολιτών

Τα μέτρα περικοπών που πάρθηκαν για τον εξορθολογισμό των κρατικών δαπανών αλλά και των δαπανών στον χώρο της υγείας, φαίνεται πως είχαν τόσο άμεσο όσο και έμμεσο αντίκτυπο στην υγεία των ελλήνων πολιτών. Οι ίδιοι οι πολίτες επηρεάστηκαν οικονομικά, δεδομένου ότι δέχθηκαν μεγάλες μειώσεις μισθών ή κλήθηκαν να πληρώσουν υπέρογκους φόρους ή έμειναν άνεργοι, ενώ ειδικά στα ζητήματα υγείας, φαίνεται πως έκαναν επιπλέον περικοπές για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σε άλλους τομείς της καθημερινότητας.[23] Είναι βέβαια γεγονός,

ότι η υγεία ενός πληθυσμού επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ωστόσο θεωρείται πως η οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άνθρωπος ανά πάσα στιγμή της ζωής του, σχετίζεται άμεσα με το πόσο καλή ή κακή υγεία θα έχει. Είναι επίσης λογικό, πως κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά την οικονομική κρίση, καθώς αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο αλλά και από πληθυσμό σε πληθυσμό, τόσο σε διάρκεια και ένταση όσο και σε χαρακτηριστικά. Οι επιπτώσεις αφορούν και στην σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία, ενώ η μέτρηση επιμέρους δεικτών όπως προσδόκιμο ζωής, θνησιμότητας και ποιότητας ζωής είναι χαρακτηριστικοί, για την αξιολόγηση της μεταβολής της κατάστασης υγείας επί τα χείρω. [24]

Ο πρώτος τομέας στον οποίο αναγκάζονται οι περισσότεροι να προβούν σε περικοπές λόγω οικονομικών δυσκολιών είναι αυτός της διατροφής. Η μη σωστή λήψη τροφής τόσο σε ποιότητα όσο και σε ποσότητα ωθεί τον οργανισμό στην εμφάνιση ή στην επίσπευση εμφάνισης διαφόρων ασθενειών. Ταυτόχρονα με την μη υγιεινή διατροφή παρατηρείται στροφή σε πιο ανθυγιεινές συμπεριφορές με την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών αλλά και το κάπνισμα να αυξάνονται ραγδαία ως διέξοδος στα προβλήματα της κρίσης. Παράλληλα, οι μειωμένοι πόροι προς το σύστημα υγείας, οδηγούν τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα να απέχουν από κάθε είδους δραστηριότητα που σκοπό έχουν την ενημέρωση και την πρόληψη διαφόρων ασθενειών. Αυτό οδηγεί σε αύξηση της νοσηρότητας από ασθένειες που είχαν, προ οικονομικής κρίσης, εξαφανιστεί, ενώ παρατηρούνται φαινόμενα εμφάνισης ασθενειών σε μικρότερα ηλικιακά στρώματα ενώ το σύνηθες ήταν να εμφανίζονται σε μεγαλύτερα,. [25]

Ωστόσο, τα σημαντικότερα προβλήματα εντοπίζονται κυρίως στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, ανεξάρτητα με το αν προέρχονται από υψηλά ή χαμηλά οικονομικά στρώματα ή αν ανήκουν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες ή διαφορετικά φύλα. Η συνεχιζόμενη και διαρκώς αυξανόμενη έκθεση σε καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις οδηγεί στην εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Το άγχος, η κατάθλιψη, οι φοβίες και η αντικοινωνική συμπεριφορά χαρακτηρίζουν σε μεγάλο βαθμό τον άνθρωπο που βιώνει και συναναστρέφεται σε ένα περιβάλλον που μαστίζεται από την οικονομική κρίση. Αυτές οι εκδηλώσεις με την σειρά τους, φαίνεται να

οδηγούν στην εμφάνιση σωματικών νοσημάτων ή δυσλειτουργιών που σχετίζονται άμεσα με τις ψυχιατρικές διαταραχές π.χ. έλκος στομάχου, χρόνιοι πονοκέφαλοι κλπ. [26]

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει αναφορά σε συγκεκριμένα συμπεράσματα που έχουν εξαχθεί από τους ειδικούς επιστήμονες για την υγεία των Ελλήνων την περίοδο της κρίσης:

- Από την έναρξη της κρίσης, οι ασθενείς που εξήλθαν από κάποιο νοσοκομείο είχαν διάγνωση που σχετιζόταν με παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, με νεοπλάσματα και με παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος . [27]
- Οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά πολύ. Τούτο μπορεί να οφείλεται είτε στην οικονομική αδυναμία των ασθενών να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα στον ιδιωτικό τομέα, είτε στην αύξηση των χρόνιων παθήσεων και στην αύξηση της εμφάνισης νόσων που έχρηζαν άμεσης νοσηλείας, είτε ακόμα και στην γήρανση του πληθυσμού της χώρας μας που απαιτεί αυξημένες ανάγκες χρήσης των υπηρεσιών του συστήματος υγείας. [28]
- Σχετικά με την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα, περίπου οι μισοί δηλώνουν ότι έχουν κάποια χρόνια πάθηση ή χρόνια αναπηρία. Το προφίλ του ασθενούς αυτού είναι κατά κύριο λόγο γυναίκα άνω των 60 ετών.
- Μεγάλο ποσοστό ασθενών δηλώνει ότι έχει περιορίσει τις άλλες δαπάνες του νοικοκυριού για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις δαπάνες για την υγεία. Ωστόσο, υπάρχει ένα μικρότερο ποσοστό εξ αυτών που δηλώνει πως διέκοψε την θεραπεία για να διασφαλίσει τους πόρους για τις βασικές του ανάγκες. [29]
- Αυξήθηκαν τα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στην έλλειψη προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης όσο και στην ηθελημένη νόσηση από μερίδα ανθρώπων με σκοπό να λαμβάνουν τα επιδόματα αναπηρίας. [30]
- Ο υποσιτισμός ειδικά στις ευάλωτες ομάδες όπως είναι τα παιδιά έλαβε ανησυχητικές διαστάσεις καθώς τα κρούσματα εντός των σχολείων ήταν καθημερινά.
- Μειώθηκε ο αριθμός των γεννήσεων πιθανά λόγω των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα νέα ζευγάρια.

- Αυξήθηκε η νεογνική και βρεφική θνησιμότητα. Αυτό πιθανά να οφείλεται στην οικονομική αδυναμία των πολιτών να προχωρούν σε προγεννητικούς ελέγχους αλλά και να παρακολουθούν μέσω των παιδιάτρων την υγεία των βρεφών.[31]

3. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Όπως έγινε κατανοητό από τις έως τώρα αναφορές, η οικονομική κατάσταση και η οικονομική κρίση συνδέεται άμεσα με την ψυχική υγεία των πολιτών. Οι μεγάλες παρεμβάσεις που έγιναν, με πρόσχημα την αδυναμία του κράτους να προσφέρει την απαραίτητη περίθαλψη στους πολίτες είχαν ιδιαίτερο αντίκτυπο στην ψυχική κατάσταση του πληθυσμού. Αρκετές έρευνες που διεξήχθησαν την περίοδο των τελευταίων ετών έδειξαν ότι η αυτό-αναφερόμενη συμπτωματολογία των ψυχικών διαταραχών από πλευράς των πολιτών, αυξανόταν συνεχώς με αποτέλεσμα, ολοένα και περισσότεροι να απευθύνονται στους ειδικούς για να λάβουν την απαραίτητη υποστήριξη. Ωστόσο στο σημείο αυτό τίθεται το ερώτημα για το αν η χώρα ήταν έτοιμη να αντιμετωπίσει την αύξηση των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα, ως αποτέλεσμα των οικονομικών προβλημάτων που βίωναν οι πολίτες, την στιγμή μάλιστα που από την δεκαετία το 80' μέχρι και να ξεσπάσει η οικονομική κρίση, είχαν δαπανηθεί τεράστια κονδύλια για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας. [32]

Για να γίνει όμως αντιληπτό το βάρος που προκαλούν, και θα συνεχίσουν να προκαλούν στα συστήματα υγείας, οι ψυχικές παθήσεις (Άγχος, Κατάθλιψη, Διπολική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Άνοια, Κατάχρηση Αλκοόλ-Ουσιών, κ.α.), αξίζει να αναφερθεί πως είναι οι περισσότερο αναπτυσσόμενες διαταραχές με αποτέλεσμα να συγκρίνονται ακόμα και με ασθένειες όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ενδεικτικό είναι πως, επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι το 10-20% του πληθυσμού πάσχουν από κάποιας μορφής ψυχιατρική διαταραχή ήπια έως βαριά. Επιπλέον πολλοί ασθενείς είτε υποδιαγιγνώσκονται είτε δεν λαμβάνουν ποτέ την κατάλληλη θεραπεία. Το αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι η αύξηση του άμεσου και του έμμεσου κόστους με ταυτόχρονη επιδείνωση των οικονομικών δεικτών των συστημάτων υγείας, και κατ'επέκταση των κρατικών οικονομιών, καθώς υπάρχουν αυξημένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αλλά και εμφανίζεται μείωση στην παραγωγικότητα των ασθενών αυτών.[32]

3.1. Ανασκόπηση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Από τον εκσυγχρονισμό στην οπισθοδρόμηση

Στο σημείο αυτό, κρίσιμο είναι να γίνει μια περιγραφική ανασκόπηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα της μεταπολίτευσης, και να επιχειρηθεί να δοθεί απάντηση στο ερώτημα για το αν ήταν έτοιμο το σύστημα ψυχικής υγείας, και παρά τα κονδύλια που δαπανήθηκαν, να αντιμετωπίσει επαρκώς την αύξηση των ψυχικά πασχόντων.

Ο όρος ψυχική υγεία, σε επίπεδο ευρωπαϊκής ένωσης, υιοθετήθηκε για πρώτη φορά ως στόχος χάραξης πολιτικών υγείας, στα τέλη της δεκαετίας του '90. Η προαγωγή και η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, από τότε και έπειτα, αποτέλεσε έναν από τους βασικούς δείκτες υγείας του πληθυσμού για τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα, κάτι που αποδεικνύεται όχι μόνο από τον ορισμό του 2001 ως έτος ψυχικής υγείας, αλλά και από την πρόσφατη ανακοίνωση του πλαισίου της ευρωπαϊκής ένωσης για την υγεία των πολιτών με ορίζοντα το 2020 και ονομασία, Health 2020. Για να τονιστεί η σημασία της προαγωγής και της ενημέρωσης του πληθυσμού για την ψυχική υγεία, αναφέρεται πως σύμφωνα με υπολογισμούς της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας η κατάθλιψη θα αποτελεί το νούμερο ένα πρόβλημα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες.[32]

Ωστόσο, στην Ελλάδα η πρώτη ουσιαστική μεταρρύθμιση, μετά την μεταπολίτευση, για την ψυχική υγεία έγινε το 1984. Το σχεδιαζόμενο πρόγραμμα αποτέλεσε τον προπομπό του μετέπειτα προγράμματος που θα σχεδιαζόταν με την βοήθεια της ευρωπαϊκής ένωσης και είχε την ονομασία «Ψυχαργός». Ειδικότερα, το 1997, η τότε ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε τις ευρωπαϊκές κοινοτικές οδηγίες, που είχαν στόχο την καταπολέμηση του στίματος στους ψυχικά πάσχοντες. Η ονομασία «Ψυχαργός» συμβόλιζε την ουσία της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης που δεν ήταν άλλη από την επιστροφή των ασθενών στην κοινότητα όπως ακριβώς επέστρεψε ο Ιάσοντας το χρυσόμαλλο δέρας. Το πρόγραμμα τελικά ξεκίνησε να εφαρμόζεται και η πρώτη φάση του ολοκληρώθηκε στα τέλη του 2001. Στη συνέχεια επανεξετάστηκαν και επαναπροσδιορίστηκαν οι στόχοι και ξεκίνησε η δεύτερη φάση που θα διαρκούσε μέχρι το 2010 και θα στιγματιζόταν από την οικονομική κρίση και το σύμφωνο Spidla. Αυτή την στιγμή, το

«Ψυχαργός» με την νέα αναθεώρηση και πάντα υπό την στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει ορίζοντα το 2020 έχοντας ως στόχο τις κατευθύνσεις του Health 2020.[33]

Αξίζει να αναφερθεί ότι όλες οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν διαχρονικά στην ψυχική υγεία, βασίστηκαν πάνω σε συγκεκριμένες αρχές και άξονες, έτσι όπως αυτές θεσπίστηκαν από τον ΟΗΕ (1991) και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2001).

- Οι ψυχικά ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ζουν και να εργάζονται ενταγμένοι ανάμεσα στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο
- Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές μέσα στην κοινότητα.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα εξυπηρετούν τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών τόσο σε θεραπευτικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.
- Κάθε ψυχικά ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον με την δυνατόν λιγότερη παρεμβατική θεραπεία.
- Στόχος της οποιαδήποτε μεταρρύθμισης θα πρέπει να είναι η αποασυλοποίηση με την κατάργηση των ψυχιατρείων και την αντικατάσταση αυτών με δομές που σχετίζονται με την κοινότητα.
- Οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν ίση και δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες και φάρμακα υψηλής ποιότητας για την ψυχική υγεία σε όλη την διάρκεια του 24ώρου και για όσο διάστημα απαιτείται.
- Το προσωπικό το οποίο έχει επωμιστεί την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο.
- Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνά και για την φροντίδα των φροντιστών των ψυχικά ασθενών
- Η πολιτεία θα πρέπει να προχωρά σε δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας.[34]

3.1.1 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση 1984-1997. Η περίοδος της οικονομικής ευρωστίας

Η πρώτη προσπάθεια για μεταρρυθμίσεις στον χώρο της ψυχικής υγείας, βασισμένες στα πλαίσια και τις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας, έγινε μετά την ένταξη της Ελλάδας στην

Ευρωπαϊκή Ένωση. Συγκεκριμένα τον Μάρτιο του 1984 υιοθετήθηκε ο υπ' αριθμόν 815/84 Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική ενίσχυση της Ελλάδος που προοριζόταν για την μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την χώρα.

Το πρόγραμμα δράσης που σχεδιάστηκε, στόχευε στον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων με απώτερο στόχο την αποασυλοποίηση, ενώ ταυτόχρονα εστίαζε στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα μέσα από την δημιουργία νέων αποκεντρωμένων δομών ψυχικής υγείας. Στα πλαίσια των ευρύτερων μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας, διατέθηκαν πολλά κονδύλια για το σκοπό αυτό, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν προγράμματα επανένταξης και επαγγελματικής κατάρτισης στους ψυχικά πάσχοντες, όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και σε όλη την ελληνική επικράτεια.

Ωστόσο εκ του αποτελέσματος απεδείχθη ότι το αρχικό σχέδιο, και παρά την απορρόφηση των κονδυλίων, αντιμετώπιζε δομικά προβλήματα. Η έλλειψη κατάρτισης του επιστημονικού προσωπικού, ο κακός συντονισμός και η άναρχη χωροταξική κατανομή των δομών αποτέλεσαν τους κυριότερους παράγοντες που διέκοψαν την εφαρμογή του προγράμματος. Επιπλέον, και αντίθετα με τον αρχικό σχεδιασμό, το πρόγραμμα δεν εξελίχθηκε με βάση τον ανθρωποκεντρικό-ασθενοκεντρικό σχεδιασμό με αποτέλεσμα να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο η ανισότητα πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ως εκ τούτου η οικονομική επένδυση που γινόταν, να μην έχει τα απαραίτητα αποτελέσματα και να χρειάζεται επανασχεδιασμό. [35]

3.1.2. «Ψυχαργός» 2001-2010. Το τέλος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης;

Η τεχνογνωσία που αναπτύχθηκε κατά την δεκαπενταετή εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και οι διδαχές από τις παραλείψεις στον σχεδιασμό, αποτέλεσαν τον οδηγό τον οποίο χρησιμοποίησαν οι ιθύνοντες για την ανάπτυξη ενός νέου σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία. Το σχέδιο αυτό θα συνέχιζε το πρόγραμμα αποασυλοποίησης πάνω στην βάση όμως της ασθενοκεντρικότητας και της επιστροφής των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» όπως ονομάστηκε, χωρίστηκε σε δύο φάσεις και διήρκησε έως το 2010. Αφού αρχικά αναλύθηκε η τότε υπάρχουσα κατάσταση στην ψυχική υγεία τόσο εντός όσο και εκτός Ελλάδας, εξασφαλίστηκαν τα απαραίτητα κονδύλια για την χρηματοδότηση των μεταρρυθμίσεων και έγινε πλήρης καταγραφή των δομών σε όλη την επικράτεια έθεσαν σε εφαρμογή το πολλά υποσχόμενο πρόγραμμα που θεωρείτο πως θα έφερνε ουσιαστική αλλαγή στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Κατά την περίοδο υλοποίησης του σχεδίου «Ψυχαργός» την πρώτη δεκαετία σε 31 πόλεις της Ελλάδας έγιναν καινοτόμες παρεμβάσεις στον χώρο της ψυχικής υγείας. Ειδικότερα:

- Έγινε η αρχή της αποιδρυματοποίησης, με 769 ψυχικά ασθενείς να μετεγκαθίστανται σε εξωνοσοκομειακές δομές (οικοτροφεία και ειδικούς ξενώνες).
- Προσελήφθησαν εξειδικευμένα στελέχη που επάνδρωσαν τις νέες δομές και εκπαιδεύτηκαν τα ήδη υπάρχοντα στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Δημιουργήθηκαν οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα για την περαιτέρω πρόωθηση της αποιδρυματοποίησης.
- Υπήρξαν προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης ασθενών.
- Για πρώτη φορά υπήρξαν προγράμματα στήριξης των φροντιστών.
- Δημιουργήθηκαν μονάδες παρέμβασης και ψυχολογικής υποστήριξης χρηστών ναρκωτικών, αλκοολικών και αυτιστικών.
- Δημιουργήθηκαν κινητές μονάδες ψυχικής υγείας για τους ασθενείς που αδυνατούσαν να μετακινηθούν.
- Δημιουργήθηκαν κέντρα ημέρας για ενήλικες, εφήβους και παιδιά.

Ωστόσο, αν και σύμφωνα με τα παραπάνω, στα θετικά του προγράμματος καταγράφηκε, η στροφή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε περισσότερο ανθρωποκεντρική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και η σχετική αναβάθμιση των δομών και των υπηρεσιών, εντούτοις δεν επετεύχθη η ουσιαστική μείωση των ανισοτήτων ενώ ο συντονισμός ήταν ανεπαρκής καθώς οι κατά τόπους επιτροπές ψυχικής υγείας ήταν ουσιαστικά ανενεργές. Επιπλέον δεν κατέστη δυνατό να εξασφαλιστεί η απαραίτητη χρηματοδότηση ούτε από την ευρωπαϊκή ένωση ούτε από την κεντρική κυβέρνηση η οποία στο μεταξύ είχε βρεθεί στην δίνη της οικονομικής κρίσης. Το

αποτέλεσμα ήταν να βρεθεί λύση στο οικονομικό αδιέξοδο μέσα από την υπογραφή ενός ιδιότυπου μνημονίου συνεργασίας μεταξύ ευρωπαϊκών αρχών και ελληνικής κυβέρνησης με την ονομασία σύμφωνο Spidla. [36]

Το Σύμφωνο Spidla ήταν στην ουσία ένα μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας που συμπεριελάμβανε προσυμφωνημένα μέτρα, τα οποία δεσμευόταν η δεύτερη να υλοποιήσει τηρώντας, ταυτόχρονα έναν Οδικό Χάρτη υλοποίησης, έτσι ώστε να συνεχίζεται απρόσκοπτα η χρηματοδότηση μέσω των προγραμμάτων ΕΣΠΑ. Οι βασικοί άξονες του συμφώνου αφορούσαν:

- Την προσήλωση της ελληνικής πολιτείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις αρχές και τους στόχους του «Ψυχαργός» καθώς επίσης και στην συνέχιση της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.
- Την δέσμευση της ελληνικής πολιτείας για την πλήρη στελέχωση των νέων δομών που δημιουργήθηκαν τα προηγούμενα χρόνια στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός».
- Την δέσμευση της ελληνικής πολιτείας για την πιστοποίηση και έκδοση αδειών λειτουργίας σε ψυχιατρικές δομές Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.
- Την δέσμευση και την προσήλωση των Ελληνικών αρχών στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- Την δέσμευση των ελληνικών αρχών στην συνέχιση προγραμμάτων εκπαίδευσης και αξιοποίησης των καταρτισμένων ψυχικά ασθενών.
- Την προσήλωση της ελληνικής πολιτείας στην συνέχιση και ολοκλήρωση του προγράμματος «Ψυχαργός».
- Την αξιολόγηση της πορείας του προγράμματος από ειδικούς διεθνείς ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες.
- Την δέσμευση της ελληνικής πολιτείας για δημιουργία εργαλείων συλλογής πληροφοριών για την ψυχική υγεία και αξιοποίησης τους.

Το αποτέλεσμα της σύναψης του συμφώνου για το υπουργείο υγείας και τους ιθύνοντες χάραξης πολιτικών, ήταν να εναρμονίσουν με αυτό την στρατηγική τους και να υποχρεούνται να υποβάλλουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα τις εκθέσεις προόδου υλοποίησης του

προγράμματος.

Βασιζόμενη σε όλα τα παραπάνω η ελληνική πολιτεία αναθεώρησε και εκπόνησε το νέο εθνικό σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία με περίοδο από το 2011 έως το 2020. προσανατολισμένο στην ύπαρξη κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών στην προαγωγή και πρόληψη ψυχικής υγείας, στην εκπαίδευση των στελεχών, στην ανάπτυξη του νομοθετικού πλαισίου και στην οργάνωση συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας.[37]

3.1.3. «Ψυχαργός» 2011-2020. Η Ψυχική Υγεία σε Μνημόνιο

Η δεύτερη αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργός» χωρίστηκε για επιχειρησιακούς λόγους σε δύο φάσεις. Η Α΄ φάση θα αφορούσε την χρονική περίοδο 2011-2015 και η Β΄ φάση θα αφορούσε την χρονική περίοδο 2016-2020. Αξίζει να αναφερθεί ότι η εφαρμογή του σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία και στις δύο φάσεις, χαρακτηρίστηκε από τις έντονες πιέσεις τόσο του εξωτερικού περιβάλλοντος όσο και του εσωτερικού περιβάλλοντος για την δημοσιοοικονομική προσαρμογή της ελληνικής οικονομίας. Μια προσαρμογή που αφορά όλους τους τομείς της ελληνικής οικονομίας και επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον ευαίσθητο τομέα της υγείας όπως συγχωνεύσεις και αλλαγή χρήσης ιδρυμάτων, μειώσεις και μετακινήσεις υγειονομικού προσωπικού, περικοπές λειτουργικών κονδυλίων και προϋπολογισμών φαρμάκων όπως επίσης και αλλαγές στις προτεραιότητες για την υγεία. Φυσικά ήταν αδύνατο όλα τα παραπάνω να μην επηρεάσουν και την ψυχική υγεία. [38]

Κάτω από τις συνθήκες αυτές, επιχειρήθηκε να ακολουθηθεί όσο το δυνατό πιο πιστά το συμφωνηθέν πρόγραμμα με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Δόθηκε προτεραιότητα σε τομείς που εμφάνιζαν δυσλειτουργίες όπως οι περιφερειακές τομεακές ψυχιατρικές επιτροπές, οι κατά τόπους μονάδες ψυχικής υγείας αλλά και η εύρυθμη λειτουργία των ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία. Στόχος των παρεμβάσεων ήταν σε συνθήκες οικονομικής κρίσης να παρέχονται όσο το δυνατό ποιοτικότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ωστόσο κατά τις προγραμματισμένες αξιολογήσεις για την πορεία του προγράμματος που διεξάγονταν κατά καιρούς, εντοπίζονταν αρκετές παραλείψεις και διαφοροποιήσεις από το

μνημόνιο συνεργασίας Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας για την ψυχική υγεία. Ειδικότερα συνέχιζαν να εμφανίζονται προβλήματα και ελλείψεις τόσο σε δομές ψυχικής υγείας, όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό αλλά και στην χρηματοδότηση ειδικά σε περιφερειακούς νομούς. Επίσης υπήρχε ελλιπή ανάπτυξη των τομεακών επιτροπών αλλά και παρατηρήθηκε δυστοκία των πολιτικών ηγεσιών του υπουργείου υγείας για την πραγματική συνέχιση της αποασυλοποίησης.

Αποτέλεσμα των αξιολογήσεων και υπό την απειλή της διακοπής χρηματοδότησης αλλά και από τις εκατέρωθεν υποχωρήσεις των δύο πλευρών, ήταν να επανασχεδιάζεται κάθε τόσο η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έτσι ώστε να προσεγγίζει τις αρχές που έχει θεσπίσει η Ευρωπαϊκή Ένωση. [39]

3.2. Η Ψυχική Υγεία των Ελλήνων στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Όπως έγινε αντιληπτό από τα προηγούμενα, ο τομέας της ψυχικής υγείας υπέστη σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο σε θέματα υλοποίησης των σχεδιαζόμενων αλλαγών όσο και σε θέματα χρηματοδότησης. Ωστόσο, κρίσιμο είναι να αναλυθεί και πως ο πολίτης που νόσησε ψυχικά, αλλά και ο ήδη ψυχικά πάσχων, βίωσε όλες αυτές τις αλλαγές που σχετίστηκαν με την οικονομική κρίση.

Όπως σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες, έτσι και στην Ελλάδα, η προσωπικότητα και η υπόσταση του πολίτη βασίζεται πάνω στην δυνατότητα που έχει να εργάζεται, να συνδιαλέγεται και να είναι οικονομικά ανεξάρτητος. Τα παραπάνω, κατά κάποιο τρόπο δημιουργούν το αποτύπωμα του μέσου πολίτη στις κοινωνίες καθιστώντας τον ενεργό ή όχι, στα ευρύτερα ζητήματα της κοινότητας.

Στην Ελλάδα από την αρχή της κρίσης, αρκετοί είναι αυτοί που είδαν να καταρρέει εν μια νυκτί το οικοδόμημα και η θέση που μέχρι τότε είχαν ή διεκδικούσαν μέσα στην κοινωνία. Εργαζόμενοι απολύθηκαν, δημιουργήθηκαν ελαστικές μορφές απασχόλησης, μειώθηκαν μισθοί, αυξήθηκαν φόροι και εισφορές ενώ ένα συνεχιζόμενο κλίμα δυσφορίας και έλλειψης προοπτικής επικρατούσε στις ζωές των περισσότερων. Ως αποτέλεσμα είχαμε την κοινωνική αποξένωση, την

έλλειψη αλληλεπίδρασης μεταξύ των πολιτών αλλά και τις τεταμένες σχέσεις εντός των περισσότερων οικογενειών, ενώ ειδική αναφορά πρέπει να γίνει στην ακόμα μεγαλύτερη πίεση που ένιωθαν οι άνεργοι, καθώς τους κυρίευε το αίσθημα ης ανεπάρκειας, της ανικανότητας και της αδυναμίας. [40]

Ήταν αναμενόμενο, όχι μόνο από την εμπειρία αντίστοιχων περιπτώσεων άλλων χωρών, αλλά και μέσα από τις τεκμηριωμένες μελέτες και αναλύσεις επιστημόνων, ότι το εκρηκτικό μίγμα που δημιουργούσε στην ελληνική κοινωνία η οικονομική κρίση, θα οδηγούσε αργά ή γρήγορα στην εκδήλωση σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Πράγματι, φαίνεται ότι τα ποσοστά κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών, κρίσης πανικού αλλά και αυτά της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ έχουν αυξηθεί στη χώρα μας, ειδικά στις παραγωγικές ηλικίες. [41] Σημαντική επίδραση φαίνεται να διαδραματίζουν βέβαια, εκτός από την ανεργία και τις δύσκολες συνθήκες εργασίας, οι νέες συνθήκες στο οικογενειακό και κοινωνικό γίνεσθαι και από τους νέους ρόλους που καλείται να παίξει ο κάθε ένας στην αλληλεπίδρασή του, τόσο μέσα στην οικογένειά του αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία. [42]

Ενδεικτική της νέας πραγματικότητας που δημιουργείται στην ψυχική υγεία των Ελλήνων, είναι η εικόνα που αποτυπώνεται μέσα από την τελευταία έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, που έγινε το 2014 και σκοπό είχε την διερεύνηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, στην οποία οι συμμετέχοντες, στις ερωτήσεις για την ψυχική υγεία απάντησαν με απόλυτη σαφήνεια σε ποσοστό 92,9%. Από αυτούς το 38,3% δήλωσε ότι είχε αντιμετωπίσει τουλάχιστον ένα αρνητικό συναίσθημα με συχνότητα αρκετές ημέρες, περισσότερες από τις μισές ημέρες ή σχεδόν κάθε ημέρα σε διάστημα δύο χρόνων πριν την τέλεση της έρευνας. Εξειδικεύοντας στις απαντήσεις των ερωτηθέντων, φάνηκε ότι το 4,7% του πληθυσμού έπασχε από κατάθλιψη εκ των οποίων το 33% ήταν άνδρες και το 67% ήταν γυναίκες. Το εντυπωσιακό εύρημα είναι ότι σε σχέση με την αντίστοιχη έρευνα του 2009, δηλαδή 5 χρόνια νωρίτερα, τα ποσοστά κατάθλιψης είχαν αυξηθεί κατά 80,8%. Αντιστοίχως αυξημένα ποσοστά μετρήθηκαν και για τις αγχώδεις διαταραχές από τις οποίες έπασχε το 7,6% του ελληνικού πληθυσμού άνω των 15 ετών, ενώ το 1,7% δήλωσε ότι έπασχε από άλλες ψυχικές διαταραχές και το 1,0% από άνοια ή την νόσο Alzheimer. Τέλος οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι κατά την διάρκεια του περασμένου έτους

προσέφυγαν σε ψυχίατρο/ψυχολόγο σε ποσοστό 4,7 %, με το 33 % εξ αυτών αν είναι άνδρες και το 60 % να είναι γυναίκες. [43]

Στο σημείο αυτό, ειδική αναφορά, πρέπει να γίνει στην σύνδεση της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης με την αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών στην Ελλάδα. Αν και οι απόψεις στην κοινότητα των ειδικών ψυχιάτρων για το αν υφίσταται τέτοιος συσχετισμός και για το αν υπάρχει πραγματική σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων, δίστανται, εντούτοις υπάρχουν αρκετές έρευνες που έρχονται, τουλάχιστον σε επίπεδο στατιστικής, να αποδείξουν του λόγου το αληθές. Ειδικότερα, αν και κατά κοινή παραδοχή, τα ποσοστά αυτοκτονιών στην χώρα μας παραμένουν από τα χαμηλότερα ποσοστά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και παγκοσμίως, ωστόσο εμφανίζεται μια αύξηση της τάξης του 35% σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά του 2010. Σύμφωνα με τους ερευνητές η αύξηση αυτή σχετίζεται με την αύξηση στα ποσοστά της ανεργίας, αλλά και στις περικοπές σε μισθούς και συντάξεις. Ειδικότερα, και σε σχέση με την ανεργία, βρέθηκε ότι κάθε φορά που προστίθεντο μια μονάδα ανέργων στο επί τοις εκατό σύνολο του ενεργού παραγωγικά πληθυσμού, αυξάνονταν οι αυτοκτονίες κατά 20 περίπου. [44] Χαρακτηριστικό επίσης είναι και το γεγονός ότι βρέθηκε συσχέτιση τόσο στο φύλο όσο και στην ηλικία με τα ποσοστά των αυτοκτονιών να αυξάνονται τόσο στους άνδρες σε παραγωγική ηλικία (οι οποίοι βαρύνονται με μεγαλύτερες ευθύνες μέσα από το πρότυπο της πατριαρχικής οικογένειας) όσο και στους ηλικιωμένους συνταξιούχους. Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντικός συσχετισμός μεταξύ ανεργίας και οικονομικής κρίσης με τα ποσοστά αυτοκτονιών του γυναικείου φύλου. [45]

Εκτός όμως από την ψυχική υγεία των ενηλίκων και των ενεργών παραγωγικά ομάδων πληθυσμού, σημαντική επίπτωση έχει η οικονομική κρίση και σε αυτή των παιδιών και των εφήβων. Η ηλικιακή αυτή ομάδα αποτελεί ίσως την πιο ευάλωτη κοινωνικά καθώς επηρεάζεται άμεσα από οποιαδήποτε μεταβολή προκύψει στους ανθρώπους από τους οποίους εξαρτώνται δίχως να έχουν και δυνατότητα άλλης επιλογής. Έχει παρατηρηθεί ότι οι στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν οι γονείς έχουν ως αποτέλεσμα την παραμέληση των παιδιών, την ελλιπή υποστήριξή τους σε θέματα καθημερινότητας, την εκδήλωση βίαιων ξεσπασμάτων με αποδέκτες τα παιδιά ενώ φθάνουν μέχρι και την εγκατάλειψή τους σε ειδικές μονάδες

περίθαλψης και διαμονής. Είναι λοιπόν φυσικό επακόλουθο τα παιδιά που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις να αναπτύξουν κάποια ψυχική πάθηση, η οποία θα αποτελέσει εμπόδιο στην εκπαίδευση και στην επαγγελματική αποκατάσταση και κατ'επέκταση θα τα επηρεάσει στην εξέλιξη τους και στην απόκτηση μιας ικανοποιητικής θέσης στο status quo της κοινωνίας. [46]

3.3. Ο οικονομικός και κοινωνικός στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας της ψυχικής υγείας είναι το στίγμα. Το στίγμα το οποίο βίωναν για χρόνια οι ψυχικά πάσχοντες, ήρθε να προστεθεί ως μεγαλύτερο βάρος στους πολίτες οι οποίοι λόγω της οικονομικής ανέχειας, νόσησαν από κάποια ψυχική πάθηση. Και τούτο διότι, ο στιγματισμός επιδεινώνεται στις μέρες μας λόγω της κρίσης των αξιών και της ηθικής της κοινωνίας, που συνδέεται άμεσα με την οικονομική κρίση.

Η προσπάθεια αποστιγματισμού των ψυχικά πασχόντων ήταν άμεση προτεραιότητα όλων των προαναφερομένων δράσεων και προσπαθειών για μια πραγματική και ολοκληρωμένη ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Ωστόσο φαίνεται ακόμα και σήμερα, ότι όχι μόνο οι προσπάθειες είχαν αποτέλεσμα, αλλά αντιθέτως, ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί να μεγαλώνει ολοένα και περισσότερο. Τα στερεότυπα της κοινωνίας για τους «τρελούς», όπως έχει επικρατήσει να αποκαλούνται οι ψυχικά πάσχοντες, έχουν αποτυπωθεί τόσο έντονα στο υποσυνείδητο, που χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για να αλλάξει. Στερεότυπα που η ίδια οι κοινωνία δημιουργεί μέσα από τις καθημερινές απλές δραστηριότητες. Από τις μικρές, χάριν αστεϊσμού, παρομοιάσεις αλλοπρόσαλλων πράξεων με αυτές των ψυχικά ασθενών, μέχρι τις σκηνές βίας που προβάλλονται στις τηλεοράσεις και αποδίδονται σε ψυχικά πάσχοντες αλλά και στην παραπληροφόρηση βίαιων γεγονότων που συμβαίνουν στην καθημερινότητα και αποδίδονται σχεδόν πάντα σε άτομα που χαρακτηρίζονται ως ψυχικά ασταθείς. Είναι ξεκάθαρο ότι όλα τα παραπάνω δημιουργούν μια λανθασμένη εικόνα για τον ψυχικά πάσχοντα, με αποτέλεσμα η υπόλοιπη κοινωνία να τον αντιμετωπίζει με δυσπιστία και φόβο. Ταυτόχρονα ο ψυχικός πάσχων βιώνει καθημερινά τον αποκλεισμό τόσο μέσα στους χώρους εργασίας όσο και στην ίδια του την οικογένεια. Δυσκολεύεται να εργαστεί και να επικοινωνήσει ενώ πολλές φορές συναντά δυσκολίες και κατά την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. [47]

Παρόμοιο αποκλεισμό με τους ψυχικά ασθενείς βιώνουν και οι οικογένειες και ο κοινωνικός περίγυρος των ψυχικά πασχόντων. Πολλές φορές οι ίδιοι δεν αποδέχονται την νόσο του δικού τους ανθρώπου και την αποκρύπτουν με αποτέλεσμα η καχυποψία από την κοινωνία και ο σκεπτικισμός που τους αντιμετωπίζουν να μεγαλώνει. Ταυτόχρονα έχει παρατηρηθεί πως στιγματισμό βιώνουν και οι λειτουργοί στον χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο για την επιλογή τους να εργαστούν σε αυτό τον χώρο, όσο και στην ποιότητα και στην παροχή αμφιλεγόμενων υπηρεσιών (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία) προς τους ψυχικά ασθενείς.

Συνοψίζοντας, ο στιγματισμός που σχετίζεται με την ψυχική υγεία δυστυχώς όχι μόνο δεν έχει πάψει να υπάρχει, παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει κατά καιρούς, αλλά αντίθετα φαίνεται να γιγαντώνεται ειδικά στις μέρες καχυποψίας και κακεντρέχειας που ζούμε. Μέσα σε όλα αυτά, έρχεται να προστεθεί και ο στιγματισμός της οικονομικής ανέχειας και της αδυναμίας των πολιτών να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες δημιουργώντας με τον τρόπο αυτό μια εκρηκτική κατάσταση που απειλεί ολόκληρη την κοινωνία αλλά και την οικονομία της χώρας.[48]

4.Ο ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

Πέραν των άμεσων προβλημάτων που δημιούργησε, στον ευρύτερο χώρο της υγείας αλλά και στον χώρο της ψυχικής υγείας η οικονομική κρίση, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας είχαν να αντιμετωπίσουν και ένα έμμεσο ζήτημα, που αφορούσε την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, αυτή των ανασφαλιστών και των ανέργων. Ο κατακερματισμός του ασφαλιστικού συστήματος, η ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων και η αυστηρή φορολογική πολιτική που ακολουθήθηκε ως μέσο αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση τόσο των ποσοστών ανεργίας όσο και των ποσοστών ανασφάλιστης εργασίας με τους στατιστικούς, να υπολογίζουν την συγκεκριμένη ομάδα περί τους 2.500.000 πολίτες. [49]

Μέσα σε όλη αυτή την κατάσταση, οι δύο δυνάμεις της οικονομίας, δηλαδή το κράτος και η αγορά, αδυνατούσαν να καλύψουν επαρκώς τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Το μεν κράτος λόγω δημοσιονομικής προσαρμογής και ελλείψει χρημάτων, παρείχε τις βασικές υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης ενώ ταυτόχρονα δεχόταν ολοένα και περισσότερους ασθενείς, οι οποίοι αδυνατούσαν να απευθυνθούν σε ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας, ενώ από την άλλη πλευρά, η αγορά ή ο ιδιωτικός τομέας παρότι προσαρμόστηκε στα οικονομικά δεδομένα της εποχής (με γενναίες μειώσεις στις χρεώσεις των υπηρεσιών τους) εντούτοις παρέμενε δυσπρόσιτος για την μεγαλύτερη μερίδα του ελληνικού πληθυσμού. Αναλογιζόμενοι δε τα υψηλά επίπεδα ανεργίας που επικρατούν σε περιόδους κρίσεων, και την μη ασφαλιστική και υγειονομική κάλυψη των πολιτών αυτών, γίνεται αντιληπτό ότι το ποσοστό ανεπαρκούς ή μη υγειονομικής κάλυψης στον ελληνικό πληθυσμό ήταν τεράστιο.

Το κενό που δημιουργήθηκε στην παροχή υπηρεσιών υγείας ήρθε να καλύψει ο τρίτος τομέας της οικονομίας ο οποίος δημιουργήθηκε από την πρωτοβουλία ενώσεων από απλούς πολίτες που είχαν ως στόχο να καλύψουν τις ακάλυπτες ανάγκες του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, που δεν ήταν δυνατό για διάφορους λόγους να καλύψουν δημόσιος και ιδιωτικός τομέας. Η ένωση των προσώπων λειτουργούσε πάντα με γνώμονα την ισοτιμία και την ισότητα αλλά και την αλληλεγγύη, μη επιδιώκοντας το χρηματικό συμφέρον ή την προσωπική προβολή. [50]

Επιπλέον, μέσα στα όρια του τρίτου τομέα της οικονομίας εντάχθηκαν και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, οι οποίες δημιουργήθηκαν μέσω της ιδιωτικής πρωτοβουλίας αλλά και του κινήματος του εθελοντισμού, συγκεντρώνοντας κεφάλαια και πόρους τα οποία στην συνέχεια τα κατένειμαν με την μορφή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες που το είχαν ανάγκη. Ωστόσο, πολλοί ήταν εκείνοι που αντέδρασαν σε αυτή την μορφή παροχής περίθαλψης, καθώς αποδείχθηκε εκ των υστέρων ότι μεγάλα χρηματικά κονδύλια προέρχονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και όχι από ιδιωτικά κεφάλαια.

Τέλος, μεγάλο μέρος των κοινωνικών ιατρείων δημιουργήθηκε από τις κινηματικές πρωτοβουλίες πολιτών που τους ένωναν κοινές απόψεις επί συγκεκριμένων θεμάτων (κίνημα ΔΕΝ ΠΛΗΡΩΝΩ κλπ), από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης αλλά και από τους ίδιους επαγγελματίες υγείας που θεώρησαν υποχρέωσή τους να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες αφίλοκερδώς. [51]

4.1. Το παράδειγμα του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού

Στην παρούσα ενότητα και στα πλαίσια της κατανόησης της λειτουργίας των δομών των κοινωνικών ιατρείων, κρίθηκε σκόπιμο να υπάρξει παρουσίαση ενός κοινωνικού ιατρείου τόσο από οργανωτικής όσο και από λειτουργικής σκοπιάς. Για το σκοπό αυτό επιλέχθηκε το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού μέρος των ασθενών του οποίου, και πιο συγκεκριμένα των ψυχικά πασχόντων, αναλύεται και παρουσιάζεται στην επόμενη ενότητα.

Η ιδέα για την δημιουργία του κοινωνικού ιατρείου έχει ρίζες στις κοινωνικές διαδηλώσεις ενάντια στα οικονομικά μέτρα του 2011 που ελάμβανε η τότε κυβέρνηση σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση. Μια ομάδα εθελοντών που παρείχε τις πρώτες βοήθειες στις διαδηλώσεις των πολιτών εντός της πλατείας Συντάγματος, πήρε την πρωτοβουλία να δημιουργήσει ένα φορέα, βασισμένο στον εθελοντισμό, που θα παρείχε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλους τους πολίτες που το είχαν ανάγκη. Ειδικότερα, ο σκοπός του φορέα αυτού ήταν να παρέχει δωρεάν, υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και φαρμακευτικής αγωγής, χωρίς καμία διάκριση σε ανασφάλιστους, άνεργους και άπορους πολίτες. [52]

Η ιδέα της, μικρής αρχικά, ομάδας εθελοντών, έγινε πράξη λίγους μήνες αργότερα στην περιοχή του Ελληνικού, εντός της παλιάς Αμερικάνικης βάσης, όπου ο δήμος Ελληνικού- Αργυρούπολης παραχώρησε κτίρια και περιβάλλοντα χώρο για τις ανάγκες του κοινωνικού ιατρείου, παρέχοντας ταυτόχρονα στο κοινωνικό ιατρείο την διοικητική και κτιριακή του αυτοτέλεια. Σχετικά με την οικονομική του αυτοτέλεια, το κοινωνικό ιατρείο βασίστηκε αποκλειστικά και μόνο σε δωρεές, τόσο σε χρήμα και είδος όσο και σε υπηρεσίες από εθελοντές, ιδιώτες και εταιρείες, ενώ τα λειτουργικά του έξοδα καλύπτονταν από τον δήμο Ελληνικού-Αργυρούπολης. [52] Επιπλέον, αναπτύχθηκαν συνεργασίες με διάφορες δομές και άλλα κοινωνικά ιατρεία στα οποία απευθύνονται ,άμα τη ελλείψει συγκεκριμένων υπηρεσιών, ώστε να παραπέμπουν ασθενείς και να μην επιβαρύνονται οικονομικά. Ενδιαφέρον δε, παρουσιάζει το γεγονός πως σε περιπτώσεις παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υπάρχει αμφίδρομη συνεργασία με δημόσια νοσοκομεία, καθώς έχει χρειαστεί και το κέντρο υγείας να συνεισφέρει σε αυτά (κυρίως με φαρμακευτικά σκευάσματα). Ταυτόχρονα το κοινωνικό ιατρείο διοργανώνει διάφορες ψυχαγωγικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις ή δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του ευρύ κοινού, ενώ εκμεταλλευόμενο τις νέες τεχνολογίες προχωρά σε τακτική ενημέρωση για τα τρέχοντα ζητήματα ανέργων, απόρων και ανασφάλιστων μέσα από την ηλεκτρονική ιστοσελίδα του κοινωνικού ιατρείου ή μέσα από την ραδιοφωνική εκπομπή που εκπέμπει από το πρώτο πρόγραμμα της Ελληνικής Ραδιοφωνίας.

Σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει το κοινωνικό ιατρείο οι εθελοντές που αρχικά ξεκίνησαν ως μια πολύ μικρή ομάδα, έφτασαν εντέλει να αριθμούν τους 280 με το ένα τρίτο εξ αυτών να είναι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων όπως παθολόγοι, καρδιολόγοι, παιδίατροι, ψυχίατροι κλπ. Ωστόσο για να επιτευχθεί ο καλύτερος συντονισμός και η ορθότερη οργάνωση αποφασίστηκε μεταξύ των εθελοντών, να υπάρξει διαχωρισμός αρμοδιοτήτων με την καθολική αποδοχή, πως οι σχέσεις μεταξύ των εθελοντών είναι ίσος προς ίσο χωρίς ιεραρχία. Ειδικότερα, μέσα από το σύνολο των εθελοντών, χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες: [52]

- Συντονιστικό όργανο
- Ομάδα γιατρών και θεραπειών
- Ομάδα φαρμακείου

- Ομάδα οργάνωσης
- Ομάδα διαχείρισης υλικού
- Ομάδα επικοινωνίας
- Υπόλοιποι εθελοντές

Σύμφωνα με τον μέχρι τώρα απολογισμό αλλά και από τον αντίκτυπο και την δημοσιότητα που έχει λάβει το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού τόσο εντός Ελλάδος όσο και Διεθνώς διαφαίνεται ότι τόσο λειτουργικά και οργανωτικά όσο και από πλευράς αποτελεσμάτων το κοινωνικό ιατρείο αποτελεί μια καλή πρακτική μιας ομάδας εθελοντών που παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. [52]

4.2. Τα κοινωνικά ιατρεία και η ευρύτερη ομάδα των ανασφάλιστων ασθενών- Η κατάσταση σήμερα.

Από την πρώτη στιγμή, που μέσα από την κοινωνία ξεπήδησαν τα κοινωνικά ιατρεία, σε όλη την Ελλάδα, υπήρξε έντονη συζήτηση και προβληματισμός στο κατά πόσο αυτά υποκαθιστούσαν το εθνικό σύστημα υγείας και κατά πόσο το ίδιο το κράτος εξυπηρετείται από την κατάσταση, με αποτέλεσμα να αποσυρθεί σταδιακά από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας περίθαλψης. Όταν δε η συζήτηση επικεντρωνόταν αποκλειστικά στην ομάδα ασθενών που ήταν άνεργοι, άποροι ή ανασφάλιστοι τότε διαφαινόταν μια παντελής έλλειψη της κρατικής πρωτοβουλίας με αποτέλεσμα η εν λόγω ομάδα ασθενών να εξυπηρετείται αποκλειστικά και μόνο από αντίστοιχες δομές κοινωνικών ιατρείων. Πέραν των απόρων που συνέχιζαν να ωφελούνται από το δημόσιο σύστημα υγείας, που όμως τα κριτήρια ορισμού απορίας είχαν αυστηροποιηθεί και όλο και λιγότεροι πολίτες ανήκαν σε αυτή την κατηγορία, οι ανασφάλιστοι και οι άνεργοι δεν είχαν οποιοδήποτε δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης καθώς όπως έχει ήδη αναφερθεί το δικαίωμα αυτό στην Ελλάδα συνδέεται με την δυνατότητα να εργάζεσαι και να ασφαλίζεσαι. [10]

Ωστόσο, η ελληνική κυβέρνηση, έπειτα από εξαγγελίες μηνών, και έπειτα από ισχυρές πιέσεις από την κοινωνία, προχώρησε στην κατάθεση του νομοσχεδίου 25132/4-4-2016 που προέβλεπε την υγειονομική κάλυψη της ομάδας των ανασφάλιστων και περιελάμβανε τόσο τους άπορους

πολίτες όσο και τους άνεργους. Ειδικότερα, η κυβέρνηση αναγνώριζε το δικαίωμα στην ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υγειονομικές δομές για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε όλους τους ανασφάλιστους πολίτες και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Επιπλέον, εισάγοντας εισοδηματικά κριτήρια (που είχαν να κάνουν κυρίως με την περιουσιακή κατάσταση των ομάδων αυτών) κατέτασσε αναλόγως τους δικαιούχους, και η πλειονότητα αυτών δεν είχε καμία οικονομική επιβάρυνση κατά την χρήση του συστήματος (πληρωμή 1€ ανά συνταγή, συμμετοχή στα φάρμακα κλπ), ενώ έδινε το δικαίωμα στην λήψη των φαρμάκων τους (εκτός των ακριβών φαρμάκων του ν. 3816) όχι μόνο από τα φαρμακεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και του ΕΟΠΥΥ, αλλά και από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Ειδική μεταχείριση προβλεπόταν αρχικά για τους ψυχικά πάσχοντες κρίνοντας πως θα ήταν προς όφελος των ασθενών αυτών, και κατά του στιγματισμού, η συνέχιση της προμήθειας των φαρμάκων μόνο από τα φαρμακεία των δημοσίων δομών, κάτι που όμως άλλαξε λίγους μήνες μετά την εφαρμογή του μέτρου, δίνοντας την ευκαιρία και στους ψυχικά πάσχοντες να προμηθεύονται τα φάρμακά τους και από τα ιδιωτικά φαρμακεία. [53]

Στην παρούσα φάση και έπειτα από τις προαναφερόμενες αλλαγές, τα κοινωνικά ιατρεία εξυπηρετούν κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις αυξημένες ανάγκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης των προσφύγων, ενώ όσοι ωφελούμενοι του νόμου συνεχίζουν να εξυπηρετούνται από αυτά, το κάνουν είτε λόγω ευκολίας πρόσβασης είτε εμπιστοσύνης προς τους εθελοντές ιατρούς των ιατρείων. Παράλληλα, συνεχίζουν τις δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του ευρύ κοινού ενώ διοργανώνουν ψυχαγωγικού περιεχομένου εκδηλώσεις με σκοπό την εξεύρεση πόρων, χρηματικών και υλικών, για την απρόσκοπτη λειτουργία των κοινωνικών ιατρείων.

Ειδικό Μέρος

5. ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ- ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Στα πλαίσια της έρευνας της εν λόγω διπλωματικής, θεωρήθηκε αναγκαία η αναζήτηση και ανάλυση δεδομένων από κάποιο κοινωνικό ιατρείο, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την ψυχική υγεία των πολιτών, που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως οι άνεργοι, οι οικονομικά αδύναμοι και οι ανασφάλιστοι. Τα δεδομένα τα οποία παρουσιάζονται και αναλύονται στην παρούσα μεταπτυχιακή εργασία συλλέχτηκαν από την Ακαδημία Αθηνών και αφορούσαν ασθενείς του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού της περιόδου 2012-2015.

Ειδικότερα, η συλλογή των δεδομένων έγινε μετά από εκτεταμένη έρευνα του Κέντρου Έρευνας της Ελληνικής Κοινωνίας της Ακαδημίας Αθηνών με το γενικό τίτλο "Μορφές φτώχειας και κοινωνικής περιθωριοποίησης στον αστικό και τον αγροτικό χώρο της νεοελληνικής κοινωνίας" και η οποία στον αστικό χώρο έχει τον ειδικότερο τίτλο «Οικονομική κρίση και σύστημα υγείας: κοινωνικά, δημογραφικά και νοσογραφικά χαρακτηριστικά των επισκεπτών του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού και του Κοινωνικού Ιατρείου-Φαρμακείου Αθήνας».

5.1.Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να μελετηθεί/αξιολογηθεί το προφίλ της ευάλωτης ομάδας των ανέργων/ ανασφάλιστων που αναζήτησαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού.

Ως δευτερεύοντα ερωτήματα που απασχόλησαν την παρούσα έρευνα είναι τα κάτωθι:

1. Σε ποιες ειδικότητες και σε τι σύνολο επισκέψεων αφορούσε το σύνολο των ανασφάλιστων ασθενών που επισκέφθηκαν το κοινωνικό ιατρείο;
2. Τι ποσοστό των ανασφάλιστων ασθενών επισκέφθηκε τον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου;

3. Ποια χρονιά φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για υπηρεσίες ψυχικής υγείας από το κοινωνικό ιατρείο;
4. Από ποια περιοχή διαμονής προέρχονταν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας του κοινωνικού ιατρείου;
5. Ποια ηλικιακή ομάδα και ποιο φύλο είχε μεγαλύτερη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το κοινωνικό ιατρείο;
6. Ποια ήταν η τελευταία ασφάλεια που είχαν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προτού μείνουν άνεργοι-ανασφάλιστοι;
7. Ποιος ο κυριότερος λόγος επίσκεψής τους στον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου;
8. Υπάρχει κάποια επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στις επισκέψεις των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινωνικό ιατρείο;

5.2. Υλικό και Μέθοδος

Λόγω του θέματος της εργασίας, επιλέχθηκε να αναλυθεί το δείγμα των ασθενών που απευθύνθηκαν στον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου. Για τους σκοπούς της ανάλυσης έγινε χρήση του Microsoft Excel αλλά και του στατιστικού πακέτου IBM Statistics SPSS έκδοση 23.0. Το SPSS είναι ένα στατιστικό εργαλείο ανάλυσης δεδομένων, το οποίο δίνει την δυνατότητα για δημιουργία αναφορών και αναλύσεων καθώς και την γραφική αναπαράσταση αυτών. [54]

5.3. Το δείγμα της έρευνας

Σύμφωνα με την καταγραφή, φαίνεται ότι οι συνολικές επισκέψεις για την τετραετία αυτή, έφτασαν τις 21463 ενώ οι συνολικοί επισκέπτες ήταν 3067. Στο κοινωνικό ιατρείο υπήρχαν γιατροί διάφορων ειδικοτήτων όπως Παθολόγος, Καρδιολόγος, Παιδίατρος, Ψυχίατρος, Ενδοκρινολόγος κλπ.

Αναλυτικότερα, οι ειδικότητες, ο αριθμός των επισκεπτών αλλά και οι μοναδικές επισκέψεις τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ποσοστιαία εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας

5.1). Στις υπόλοιπες ειδικότητες συγκαταλέγονται γιατροί για όχι και τόσο διαδεδομένα νοσήματα ή αυξημένες ανάγκες περίθαλψης όπως πχ. Δερματολόγος.

Ειδικότητα	Αριθμός Επισκεπτών	%	Αριθμός Επισκέψεων	%
Παθολόγος	717	23.4	2014	9.4
Καρδιολόγος	722	23.5	2219	10.3
Παιδίατρος	553	18.0	3644	17.0
Ψυχίατρος	102	3.3	253	1.2
Ενδοκρινολόγος	384	12.5	1108	5.2
Υπόλοιπες Ειδικότητες	589	19.2	12225	57.0
Σύνολο	3067	100.0	21463	100.0

Πίνακας 5.1. Ποσοστά ειδικοτήτων του κοινωνικού ιατρείου, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε

Αναφορικά με την ειδικότητα, και τον αριθμό των επισκεπτών φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είχε επισκεφθεί τον καρδιολόγο και τον παθολόγο του κοινωνικού ιατρείου και πιο συγκεκριμένα σε ποσοστά 23.5% και 23.4% αντίστοιχα, ενώ το μικρότερο ποσοστό των ασθενών που επισκέφθηκαν οποιαδήποτε ειδικότητα ήταν αυτό του ψυχιάτρου σε ποσοστό 3.3% επί του συνόλου πάντα των ασθενών (γράφημα 5.1). Όσον αφορά το σύνολο των μοναδικών επισκέψεων φαίνεται πως η ειδικότητα του παιδίατρου ήταν αυτή που δέχθηκε τις πιο πολλές επισκέψεις σε ποσοστό 17.0% με την ειδικότητα του καρδιολόγου να ακολουθεί σε ποσοστό 10,3% (γράφημα 5.2). Αντίστοιχα με τον αριθμό των επισκεπτών είναι εξίσου χαμηλός και ο αριθμός των μοναδικών επισκέψεων στην ειδικότητα του ψυχιάτρου με το ποσοστό να είναι 1,3% σε σχέση με το γενικό σύνολο.



Γράφημα 5.1. Ποσοστά επισκεπτών ανά ειδικότητα επί του συνόλου, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε



Γράφημα 5.2. Ποσοστά επισκέψεων ανά ειδικότητα επί του συνόλου, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε

Συνοψίζοντας φαίνεται ότι οι 1^ης γραμμής ειδικότητες όπως ο καρδιολόγος και ο παθολόγος δέχθηκαν τους περισσότερους ασθενείς την τετραετία 2012-2015 κάτι που άλλωστε ήταν

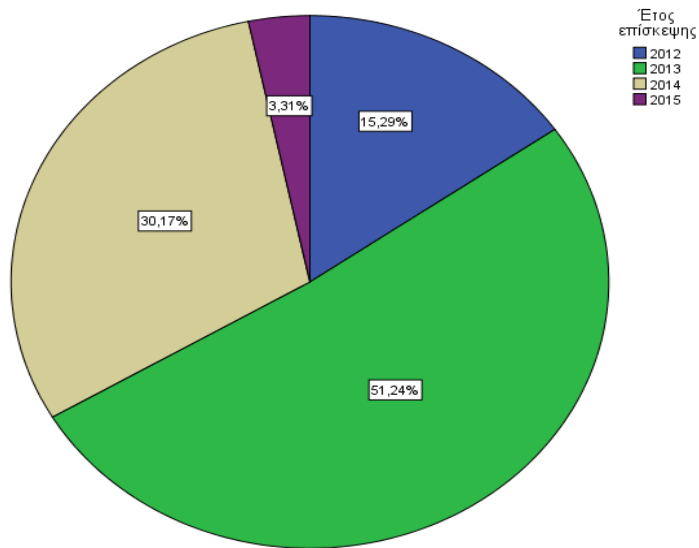
αναμενόμενο καθώς το ίδιο ίσχυε και στον γενικό πληθυσμό (δηλαδή πλην των ανασφάλιστων). [56] Τέλος η ευάλωτη κοινωνικά ομάδα των παιδιών χρειάστηκε να επισκεφτεί το ιατρείο περισσότερες φορές, γεγονός που εξηγείται τόσο λόγω του ευαίσθητου ανοσοποιητικού συστήματος των παιδιών όσο και της ανάγκης των ανασφάλιστων ή άνεργων γονέων να παρέχουν πλήρη και ποιοτική (στα πλαίσια του δυνατού) υγειονομική κάλυψη στα παιδιά τους.

Λόγω του αντικειμένου έρευνας της παρούσας εργασίας, το δείγμα των ασθενών που επιλέχθηκε για περαιτέρω ανάλυση, ήταν αυτό του ψυχιάτρου και ειδικότερα αφορούσε τα 102 άτομα τα οποία επισκέφθηκαν τον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου στη διάρκεια των τεσσάρων αυτών ετών και τα οποία πραγματοποίησαν 253 επισκέψεις συνολικά.

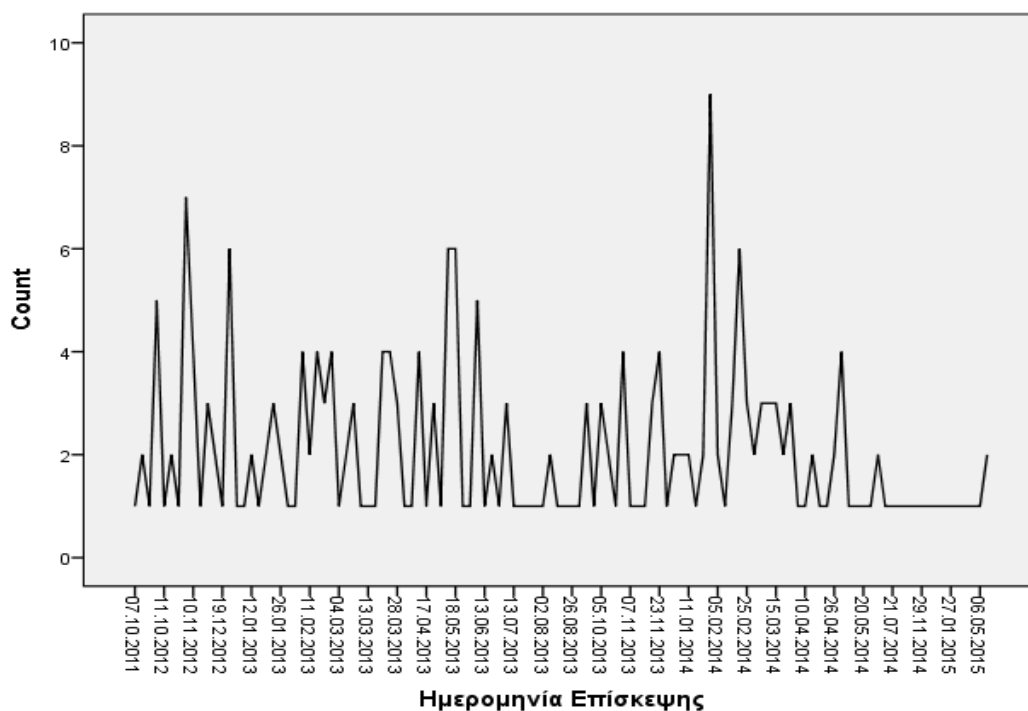
Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 5.2) παρουσιάζονται τα ποσοστά των επισκέψεων στον ψυχίατρο, ανά έτος. Από τις 253 επισκέψεις, στις 242 είχε καταγραφεί το έτος και παρατηρούμε ότι το 2013 υπήρξε μεγαλύτερη διέλευση ασθενών σε σχέση με τα υπόλοιπα έτη, με ποσοστό 51.2%. Αυτό πιθανά να σχετίζεται με την αύξηση των ποσοστών ανεργίας και άρα ανασφάλιστων συμπολιτών μας το 2013, και με την αβεβαιότητα στον ευρύτερο χώρο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας να οδηγεί τους συμπολίτες μας στην αναζήτηση υπηρεσιών στο κοινωνικό ιατρείο. Για τα έτη 2014-2015 πιθανολογείται ότι είτε οι υπάρχοντες ασθενείς θεραπεύθηκαν και δεν προέκυψαν νέοι ασθενείς, είτε το σύστημα και οι δημόσιες δομές ψυχικής υγείας απορρόφησαν τους εν λόγω ασθενείς. Το σίγουρο είναι ότι η ραγδαία αύξηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό για την από το 2012 και μετά έφερε κλυδωνισμούς στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας, το οποίο στην συνέχεια φαίνεται ότι προσαρμόστηκε (κυρίως με τις προσπάθειες του επιστημονικού προσωπικού) και η κατάσταση εξομαλύνθηκε.

Έτος Επίσκεψης		
	Συχνότητα	Ποσοστό %
2012	37	15,3%
2013	124	51,2%
2014	73	30,2%
2015	8	3,3%
Σύνολο:	242	100%

Πίνακας 5.2.Ποσοστά επισκέψεων στον ψυχίατρο ανά έτος, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.



Γράφημα 5.3.Ποσοστά επισκέψεων ανά έτος, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.



Γράφημα 5.4. Συχνότητα επισκέψεων ανά μήνα, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

5.4. Δημογραφικά στοιχεία των χρηστών του ψυχιατρικού ιατρείου

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών έχουν καταγραφεί το φύλο, το έτος γέννησής τους, ο δήμος διαμονής τους, το επάγγελμά τους, το αν είναι άνεργοι, άποροι, ανασφάλιστοι και το ταμείο ασφάλισης που είχαν πριν μείνουν άνεργοι. Επιπλέον έχει καταγραφεί ο λόγος για τον οποίο επισκέφθηκαν τον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου και παράλληλα η ημερομηνία επίσκεψής τους και ο αριθμός επισκέψεων που είχαν.

Για το φύλο των ασθενών παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες (53,9%). Τούτο, σύμφωνα και με την ψυχιατρική κοινότητα θεωρείται αναμενόμενο όχι μόνο διότι ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες αλλά και διότι είναι πιο εύκολο και συνηθισμένο για το γυναικείο φύλο να παραδεχθεί ότι πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή και να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια από ότι με στο αντρικό φύλο.

Εν συνεχεία, το δείγμα των ασθενών χωρίστηκε σε ηλικιακές ομάδες μεταξύ του 1930 και του 2000. Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 5.3, η πλειοψηφία των ασθενών (28,4%) είναι γεννημένοι τις δεκαετίες 1951-1960 και 1971-1980, δηλαδή είναι άτομα ηλικίας 50-60 και 30-40. Μικρότερα ποσοστά έχουν οι ηλικίες 13-22 και άνω των 70 ετών (2,9% και για τις δύο ηλικιακές ομάδες). Όπως γίνεται αντιληπτό οι ασθενείς που αναζήτησαν βοήθεια από τον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου ανήκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους στην παραγωγική ηλικία, δηλαδή σε αυτούς που επλήγησαν κυρίως από την οικονομική κρίση με μειώσεις μισθών, παντός είδους περικοπές και απώλεια της εργασίας τους.

Σχετικά τώρα με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών από τους 102 συνολικά ασθενείς, μόνο οι 54 απάντησαν στην ερώτηση αυτή με το ποσοστό απόκρισης στην ερώτηση που αφορά την ανεργία να είναι ιδιαίτερα υψηλό (90,2%). Αναφορικά με την οικονομική κατάσταση, σχεδόν οι μισοί ασθενείς δεν απάντησαν στο ερώτημα αν είναι άποροι ή όχι (42,2%), ενώ όσοι απάντησαν (57,8%) έδωσαν όλοι θετική απάντηση.

Αναμενόμενα υψηλό εμφανίζεται να είναι και το ποσοστό των ασθενών που είναι ανασφάλιστοι (98,8%) ενώ όσοι άνεργοι δήλωσαν την τελευταία τους ασφάλεια προτού τους αφαιρεθεί η ασφαλιστική κάλυψη, το 49,2% ανήκαν στο ΙΚΑ, το 27,9% στον ΟΑΕΕ, το 9,8% στην Πρόνοια και με χαμηλότερα ποσοστά από 5% σε ΟΓΑ, ΟΑΕΔ, ΤΑΕ και ΝΑΤ. Διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος εξ αυτών ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι οι οποίοι δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις δαπάνες για την υγεία αφού έχασαν την δουλειά τους ή τους περικόπηκε ο μισθός και απευθύνθηκαν στο κοινωνικό ιατρείο ενώ η επόμενη μεγάλη κατηγορία ασθενών άνηκε στους ελεύθερους επαγγελματίες οι οποίοι επλήγησαν από την οικονομική κρίση. Σχετικά με τους ασθενείς πρόνοιας, αυτοί είτε ανήκαν στην κατηγορία αυτών που απώλεσαν το δικαίωμα στην πρόνοια λόγω αυστηροποίησης των κριτηρίων με αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας είτε τους εξυπηρετούσε γεωγραφικά το κοινωνικό ιατρείο και απευθύνονταν σε αυτό.

Εξετάζοντας τώρα το δήμο διαμονής των ασθενών, κρίθηκε απαραίτητος ο διαχωρισμός του σε προάστια και συγκεκριμένα στον Κεντρικό, στο Βόρειο, στο Δυτικό και στον Νότιο τομέα Αθηνών, στη Δυτική και Ανατολική Αττική καθώς και στην Ενότητα Πειραιώς και Νήσων. Οι

ασθενείς που πραγματοποιούσαν επισκέψεις στον ψυχίατρο με ποσοστό 68,0% διαμένουν στον Νότιο τομέα Αθηνών και το 18,0% στον Κεντρικό τομέα Αθηνών. Μικρότερα είναι τα ποσοστά των ασθενών που διαμένουν στον Βόρειο τομέα Αθηνών και στη Δυτική Αττική. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπήρχε ένας ασθενής που διέμενε εκτός Αττικής (Υπόλοιπη Ελλάδα 1,0%). Ήταν αναμενόμενο οι ασθενείς των όμορων δήμων από το κοινωνικό ιατρείο να απευθυνθούν σε αυτό ωστόσο είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι υπάρχουν και ασθενείς που απευθύνονταν στο κοινωνικό ακόμα και αν ο τόπος μόνιμης κατοικίας τους ήταν πολύ μακριά από αυτό. Τούτο μπορεί να καταδεικνύει την αδυναμία ανάπτυξης σε όλες τις περιοχές της Αθήνας με αποτέλεσμα οι ασθενείς από όλο το λεκανοπέδιο Αττικής να διασπείρονται σε όσους δήμους διαθέτουν αντίστοιχες δομές.

Τέλος, από την καταγραφή του αριθμού των επισκέψεων των ασθενών διαφαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς είχαν πραγματοποιήσει μόνο μία επίσκεψη στον ψυχίατρο (41.2%), 2 επισκέψεις (21.6%) και 3 (14.7%).

		N	%
Φύλο	Άντρας	47	46,1
	Γυναίκα	55	53,9
Έτος Γέννησης	1930-1940	3	2,9
	1941-1950	6	5,9
	1951-1960	29	28,4
	1961-1970	23	22,5
	1971-1980	29	28,4
	1981-1990	9	8,8
	1991-2000	3	2,9
Άποροι	Ναι	59	100
	Όχι	-	-
Άνεργοι	Ναι	91	98,9
	Όχι	1	1,1
Επάγγελμα	Συνταξιούχος	2	3,7
	Μαθητής-τρια	1	1,9

	Βιοτέχνης	1	1,9
	Άνεργος	50	92,6
Αριθμός επισκέψεων στον Ψυχίατρο	1	42	41,2
	2	22	21,6
	3	15	14,7
	4	10	9,8
	5	3	2,9
	6	6	5,9
	7	3	2,9
	8	-	-
	9	-	-
	10	1	1,0
Προάστιο Διαμονής	Κεντρικός τομέας Αθηνών	18	18,0
	Βόρειος τομέας Αθηνών	1	1,0
	Δυτικός τομέας Αθηνών	-	-
	Νότιος τομέας Αθηνών	68	68,0
	Δυτική Αττική	1	1,0
	Ανατολική Αττική	6	6,0
	Ενότητα Πειραιώς	3	3,0
	Ενότητα Νήσων	2	2,0
	Υπόλοιπη Ελλάδα	1	1,0
	Προηγούμενη ασφάλεια ανέργων (N=61)	ΙΚΑ	30
ΟΑΕΕ		17	27,9
ΟΓΑ		3	4,9
ΤΑΕ		1	1,6
ΠΡΟΝΟΙΑ		6	9,8
ΟΑΕΔ		3	4,9

	NAT	1	1,6
--	-----	---	-----

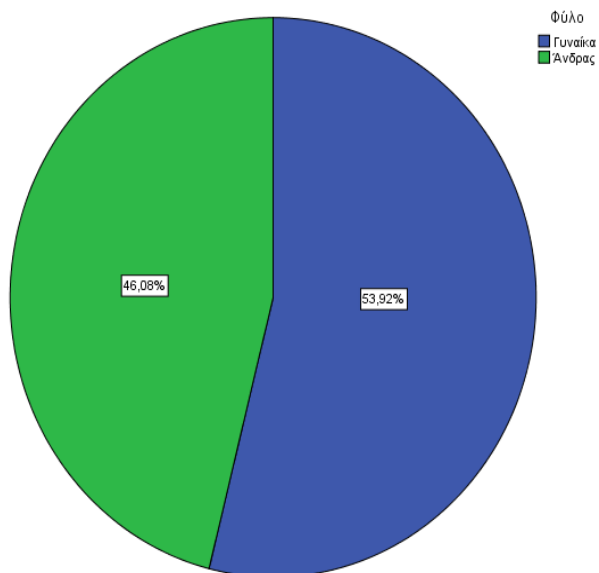
Πίνακας 5.3.Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (N=102), πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Όπως σημειώνεται παραπάνω, οι συνολικές επισκέψεις στον ψυχίατρο για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία είναι 253. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 5.4.) φαίνονται οι λόγοι επίσκεψης των ασθενών στον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου όπως αυτές καταγράφηκαν από τους ψυχιάτρους του κοινωνικού ιατρείου κατά την επίσκεψη των ασθενών.. Όπως είναι εμφανές, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αυτών, οφείλει τους λόγους της επίσκεψής του σε συνταγογράφηση φαρμακευτικών αγωγών (49,2%) και σε λόγους ελέγχου της κατάστασης του (25,6%). Ακολουθούν τα ψυχολογικά προβλήματα με ποσοστό 8,3%, η κατάθλιψη με 5,4% και το άγχος με 2,1%.

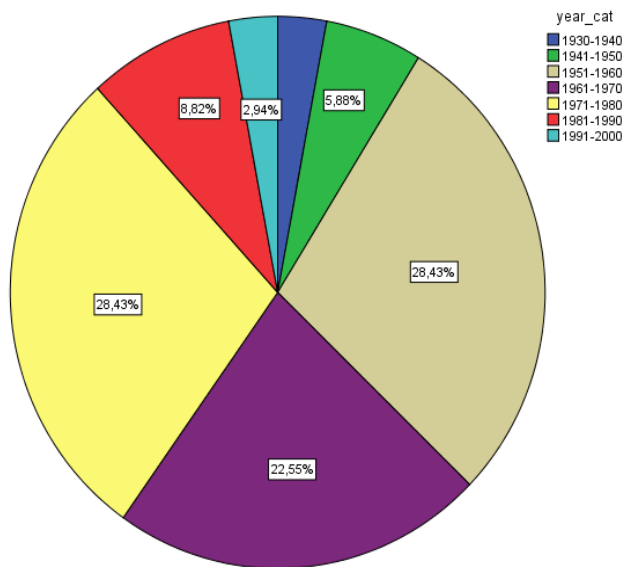
	N	%
Έλεγχος	62	25,6
Κατάθλιψη	13	5,4
Ψυχολογικά Προβλήματα	20	8,3
Γαστρεντερολογικά Προβλήματα	1	0,4
Συνταγογράφηση	119	49,2
Θεραπεία	2	0,8
Ψύχωση	2	0,8
Θυμός	1	0,4
Διαταραχή	2	0,8
Άγχος	5	2,1
Διπολική Διαταραχή	2	0,8
Εξετάσεις αίματος	2	0,8
Επανεξέταση	1	0,4

Ψυχολογική Εξέταση	1	0,4
Αϋπνία	1	0,4
Διαταραχή Προσωπικότητας	1	0,4
Κρίσεις Πανικού	3	1,2
Alzheimer	1	0,4
Συνεδρία	3	1,2

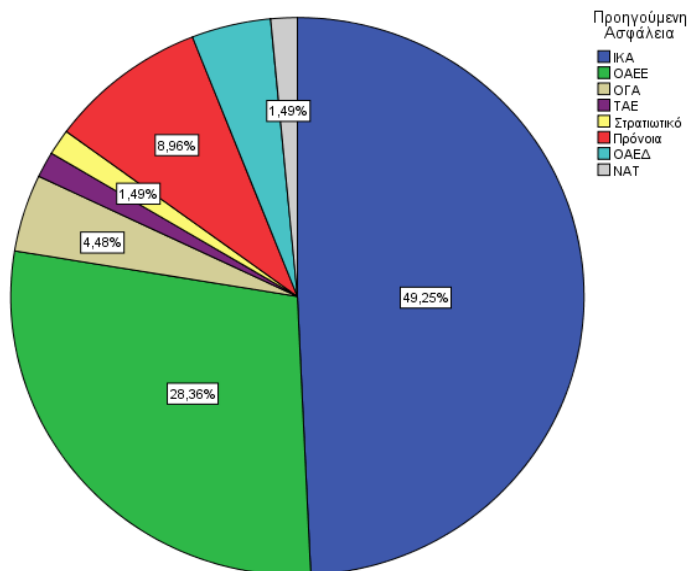
Πίνακας 5.4. Λόγοι επισκέψεων των ασθενών στον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.



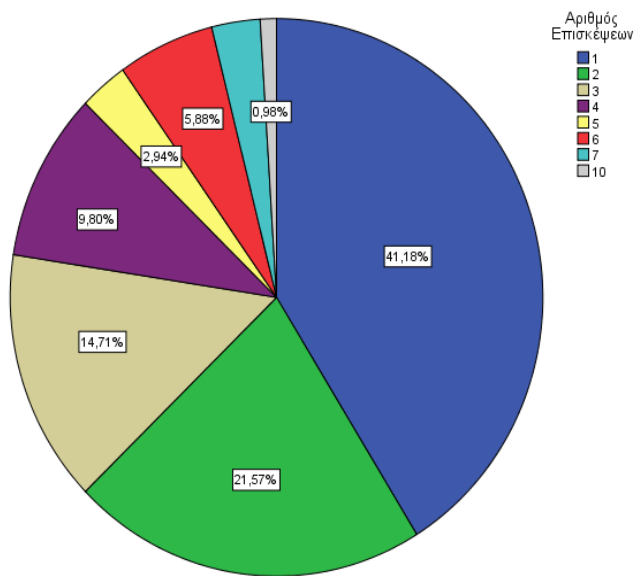
Γράφημα 5.5. Επισκέψεις ανά φύλο, πηγή : Μ.Κ.Ι.Ε.



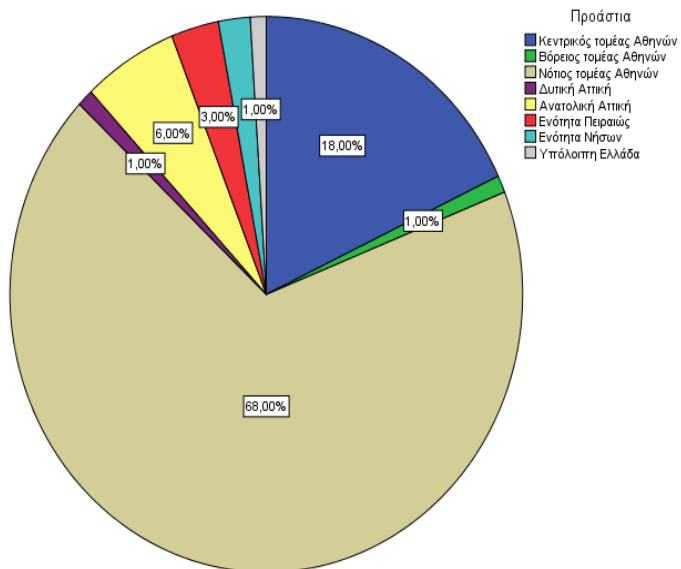
Γράφημα 5.6.Επισκέψεις ανά ηλικιακή ομάδα, πηγή : Μ.Κ.Ι.Ε.



Γράφημα 5.7. Επισκέψεις ανά προηγούμενη ασφάλιση, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.



Γράφημα 5.8. Επισκέψεις ανά αριθμό, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.



Γράφημα 5.9. Επισκέψεις ανά τόπο διαμονής, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

5.5.Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στον αριθμό επισκέψεων στον ψυχίατρο

Με βάση τον αριθμό των επισκέψεων των ασθενών κρίθηκε απαραίτητο να διερευνηθούν παράγοντες που ώθησαν τους ασθενείς να επισκεφθούν τον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου.

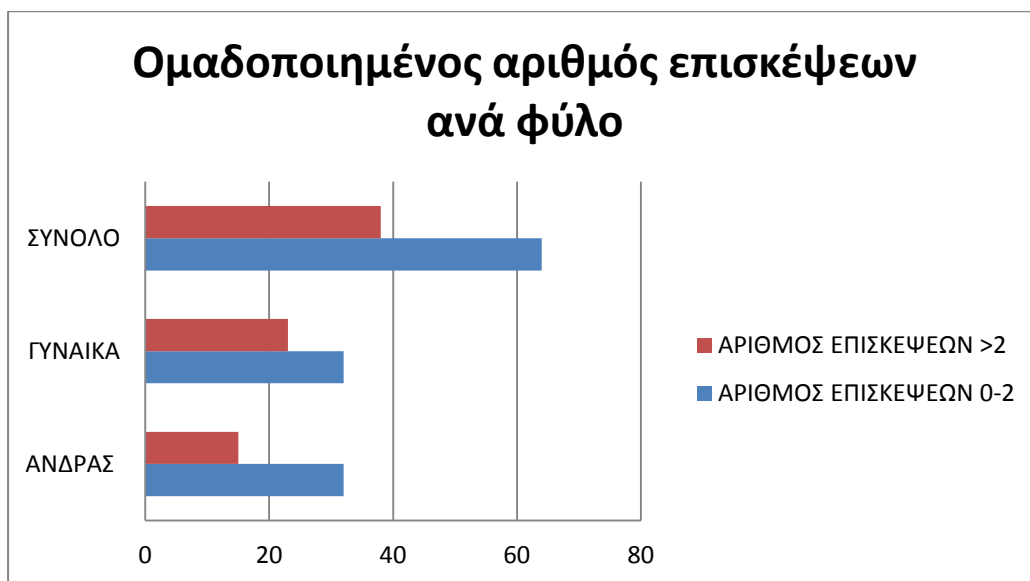
Φύλο	Αριθμός Επισκέψεων								Σύνολο
	1	2	3	4	5	6	7	10	
Άνδρας	22 (46,8%)	10 (21,3%)	4 (8,5%)	5 (10,6%)	1 (2,1%)	2 (4,3%)	3 (6,4%)	0 (0,0%)	47 (100,0%)
Γυναίκα	20 (36,4%)	12 (21,8%)	11 (20,0%)	5 (9,1%)	2 (3,6%)	4 (7,3%)	0 (0,0%)	1 (1,8%)	55 (100,0%)
Σύνολο	42 (41,2%)	22 (21,6%)	15 (14,7%)	10 (9,8%)	3 (2,9%)	6 (5,9%)	3 (2,9%)	1 (1,0%)	102 (100,0%)

Πίνακας 5.5.Αριθμός επισκέψεων ανά φύλο, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Στον παραπάνω πίνακα (πίνακας 5.5) εμφανίζονται αναλυτικά οι απόλυτοι αριθμοί και τα ποσοστά του αριθμού των επισκέψεων των ασθενών, τόσο ανά φύλο όσο και συνολικά. Λόγω του μεγάλου εύρους στον αριθμό των επισκέψεων, αλλά και στα ποσοστά των ασθενών, έγινε ομαδοποίηση των παραπάνω στοιχείων ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς με αριθμό επισκέψεων 0-2 και πάνω από 2 (πίνακας 5.6), (διάγραμμα 5.11)

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	
	0-2	>2
ΑΝΔΡΑΣ	32	15
ΓΥΝΑΙΚΑ	32	23
ΣΥΝΟΛΟ	64	38

Πίνακας 5. 6. Ομαδοποιημένος αριθμός επισκέψεων ανά φύλο, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.



Γράφημα 5. 10. Ομαδοποιημένος αριθμός επισκέψεων ανά φύλο, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Από τα αποτελέσματα των παραπάνω πινάκων και διαγραμμάτων φαίνεται πως, οι ασθενείς και στα δύο φύλα σε ποσοστό άνω του 60%, επέλεξαν να επισκεφθούν τον ψυχίατρο έως 2 φορές, αριθμό αρκετά μικρό σε σχέση με την συχνότητα των επισκέψεων που απαιτείται για την αντιμετώπιση κάποιας ψυχικής διαταραχής.. Αυτό μπορεί να σημαίνει είτε ότι δεν έμειναν ευχαριστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είτε ότι αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα για το οποίο προσήλθαν στο κοινωνικό ιατρείο, είτε ότι οι ασθενείς αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην πρόσβαση (πχ απόσταση, στιγματισμός κλπ) με αποτέλεσμα να αναζητήσουν αλλού υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας. Ειδικότερα στο δείγμα των ανδρών τα ποσοστά φτάνουν κοντά στο 70% στους ασθενείς που επισκέφθηκαν έως 2 φορές τον ψυχίατρο, κάτι που συμφωνεί με την άποψη ότι ο ανδρικός πληθυσμός δυσκολεύεται να παραδεχθεί το οποιοδήποτε ψυχικό πρόβλημα και να αναζητήσει βοήθεια. Από την πλευρά των γυναικών φαίνεται πως τείνει να μοιραστεί το δείγμα, καθώς το ποσοστό αυτών που επισκέφθηκε τον ψυχίατρο έως 2 φορές ήταν 56% περίπου.

Πίνακας 5.7.Αριθμός επισκέψεων με βάση την ανεργία, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Άνεργος	Αριθμός Επισκέψεων								
	1	2	3	4	5	6	7	10	Σύνολο

Ναι	37 (40,7%)	21 (23,1%)	15 (16,5%)	8 (8,8%)	2 (2,2%)	5 (5,5%)	3 (3,3%)	-	91 (100,0%)
Όχι	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	1 (100,0%)
Σύνολο	37 (40,2%)	21 (22,8%)	15 (16,3%)	8 (8,7%)	3 (3,3%)	5 (5,4%)	3 (3,3%)	-	92 (100,0%)

Αντίστοιχα συμπεράσματα βγαίνουν και για τους ασθενείς που δήλωσαν άνεργοι και επισκέφθηκαν τον ψυχίατρο με το 60% εξ αυτών να επιλέγει να μην επισκεφθεί ξανά τον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου μετά την 2^η φορά. (πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.8.Αριθμός επισκέψεων σε σχέση με τους ανασφάλιστους ασθενείς, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

	Αριθμός Επισκέψεων								
Ανασφάλιστος	1	2	3	4	5	6	7	10	Σύνολο
Ναι	31 (37,3%)	20 (24,1%)	14 (16,9%)	9 (10,8%)	2 (2,4%)	5 (6,0%)	2 (2,4%)	-	83 (100,0%)
Όχι	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	1 (100,0%)
Σύνολο	31 (36,9%)	20 (23,8%)	14 (16,7%)	9 (10,7%)	3 (3,6%)	5 (6,0%)	2 (2,4%)	-	84 (100,0%)

Από τον πίνακα κατανομής του αριθμού των επισκέψεων των ανασφάλιστων (πίνακας 5.8) προκύπτει ότι και εδώ το μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου 59%, επισκέφτηκε τον ψυχίατρο έως 2 φορές. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι στην ομάδα των ανασφάλιστων εντάσσονταν και οι ασθενείς οι οποίοι μπορεί να εργάζονταν αλλά να μην ασφαλιζονταν.

Πίνακας 5.9.Αριθμός επισκέψεων ανά προάστιο διαμονής του ασθενή, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Προάστια Διαμονής	Αριθμός Επισκέψεων								Σύνολο
	1	2	3	4	5	6	7	10	
Κεντρικός τομέας Αθηνών	5 (27,8%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	18 (100,0%)
Βόρειος τομέας Αθηνών	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Νότιος τομέας Αθηνών	31 (45,6%)	14 (20,6%)	10 (14,7%)	7 (10,3%)	1 (1,5%)	4 (5,9%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	68 (100,0%)
Δυτική Αττική	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Ανατολική ή Αττική	3 (50,0%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)
Ενότητα Πειραιώς	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Ενότητα Νήσων	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Υπόλοιπη Ελλάδα	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Σύνολο	41	21	15	10	3	6	3	1	100

	(41,0%)	(21,0%)	(15,0%)	(10,0%)	(3,0%)	(6,0%)	(3,0%)	(1,0%)	(100,0%)
--	---------	---------	---------	---------	--------	--------	--------	--------	----------

Σχετικά με τον τόπο διαμονής και τον αριθμό των επισκέψεων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα (πίνακας 5.9) διαφαίνεται ότι στο σύνολο των ασθενών που διαμένουν στον Κεντρικό τομέα Αθηνών το μεγαλύτερο ποσοστό έχει επισκεφθεί τον ψυχίατρο 1-2 φορές (27,8%) και κανένας ασθενής από τον τομέα αυτό δεν έχει κάνει 4 επισκέψεις. Από τον Βόρειο τομέα Αθηνών υπάρχει μόνο ένα άτομο το οποίο έχει επισκεφθεί τον ψυχίατρο 6 φορές, από τον Νότιο τομέα οι περισσότεροι ασθενείς (45,6%) και από την Ανατολική Αττική οι μισοί ασθενείς έχουν κάνει μία επίσκεψη και από την Ενότητα Πειραιώς το 66,7% έχει κάνει 4 επισκέψεις. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι περισσότερες επισκέψεις προήλθαν από ασθενείς που διέμεναν στον Νότιο Τομέα και στον οποίο ανήκουν δήμοι οι οποίοι είναι πολύ κοντά γεωγραφικά με το κοινωνικό ιατρείο.

Πίνακας 5.10.Αριθμός επισκέψεων ανά έτος γέννησης ανά δεκαετία, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Έτος γέννησης ανά δεκαετία	Αριθμός Επισκέψεων								Σύνολο
	1	2	3	4	5	6	7	10	
1930-1940	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
1941-1950	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)
1951-1960	11 (37,9%)	5 (17,2%)	5 (17,2%)	3 (10,3%)	1 (3,4%)	2 (6,9%)	1 (3,4%)	1 (3,4%)	29 (100,0%)
1961-1970	12 (52,2%)	5 (21,7%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	23 (100,0%)

1971-1980	9 (31,0%)	9 (31,0%)	5 (17,2%)	4 (13,8%)	1 (3,4%)	1 (3,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	29 (100,0%)
1981-1990	5 (55,6%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (100,0%)
1991-2000	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Σύνολο	42 (41,2%)	22 (21,6%)	15 (14,7%)	10 (9,8%)	3 (2,9%)	6 (5,9%)	3 (2,9%)	1 (1,0%)	102 (100,0%)

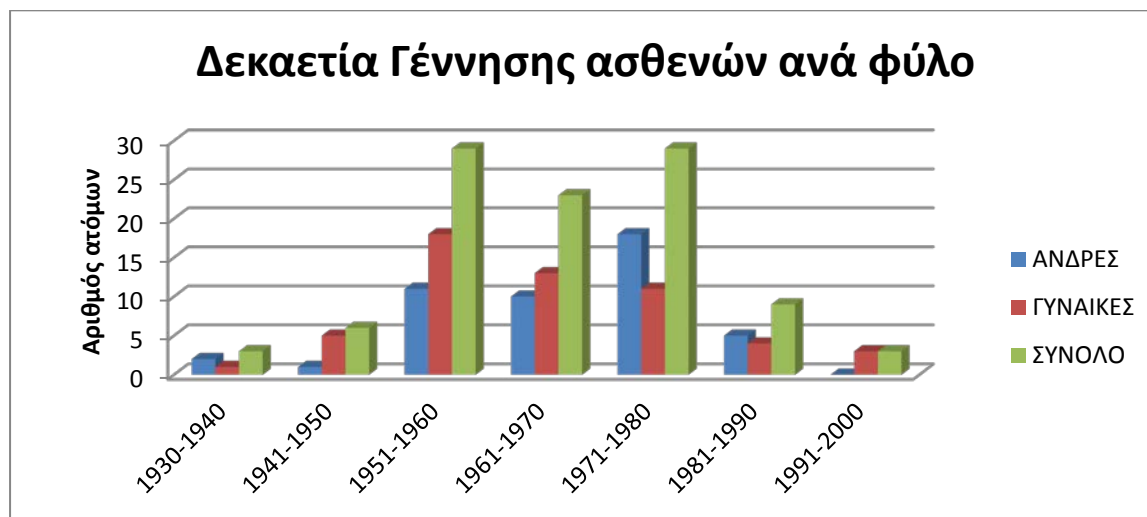
Τέλος, και σε σχέση με την ημερομηνία γέννησης των ασθενών και τον αριθμό των επισκέψεων που έκαναν στον ψυχίατρο του κοινωνικού ιατρείου, φαίνεται ότι (πίνακας 5.9) οι ασθενείς που γεννήθηκαν μεταξύ των δεκαετιών 1951-1980 πραγματοποίησαν συνολικά τον μεγαλύτερο αριθμός επισκέψεων σε σχέση με τους υπολοίπους ασθενείς.

5.6.Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών

Πίνακας 5.11. Φύλο ασθενούς και έτος γέννησης, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Φύλο	Έτος γέννησης (ανά δεκαετία)							Σύνολο
	1930 - 1940	1941 - 1950	1951 - 1960	1961 - 1970	1971 - 1980	1981 - 1990	1991 - 2000	
Άνδρας	2 (4,3%)	1 (2,1%)	11 (23,4%)	10 (21,3%)	18 (38,3%)	5 (10,6%)	0 (0,0%)	47 (100%)
Γυναίκα	1 (1,8%)	5 (9,1%)	18 (32,7%)	13 (23,6%)	11 (20,0%)	4 (7,3%)	3 (5,5%)	55 (100%)
Σύνολο	3 (2,9%)	6 (5,9%)	29 (28,4%)	23 (22,5%)	29 (28,4%)	9 (8,8%)	3 (2,9%)	102 (100%)

Όπως παρατηρείται από την συσχέτιση του φύλου με το έτος γέννησης των ασθενών (πίνακας 5.11), στο σύνολο των ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό (38,3%) ανήκει στην δεκαετία 1971-1980 ενώ στο σύνολο των γυναικών το μεγαλύτερο ποσοστό στην δεκαετία 1951-1960. Στο γράφημα 5.11 παρουσιάζονται οι αριθμοί των ασθενών ανά δεκαετία και ανά φύλο.



Γράφημα 5.11. Δεκαετία Γέννησης ασθενών ανά φύλο

Πίνακας 5.12. Φύλο ασθενούς και προάστιο διαμονής, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

Φύλο	Προάστιο διαμονής								
	Κεντρικός	Βόρειος	Νότιος	Δυτική	Ανατολική	Ενότητα	Ενότητα	Υπόλοιπη	Σύνολο
	Τομέας Αθηνών	Τομέας Αθηνών	Τομέας Αθηνών	Αττική	Αττική	Πειραιώς	Νήσων	Ελλάδα	
Άντρας	11 (24,4%)	0 (0,0%)	28 (62,2%)	0 (0,0%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	45 (100%)
Γυναίκα	7 (12,7%)	1 (1,8%)	40 (72,7%)	1 (1,8%)	4 (7,3%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)	55 (100%)
Σύνολο	18 (18,0%)	1 (1,0%)	68 (68,0%)	1 (1,0%)	6 (6,0%)	3 (3,0%)	2 (2,0%)	1 (1,0%)	100 (100%)

Με βάση τον τόπο διαμονής των ασθενών και το φύλο τους (πίνακας 5.12) παρατηρείται ότι το 62,2% των ανδρών αλλά και το 72,7% των γυναικών διαμένει στον Νότιο τομέα Αθηνών.

Πίνακας 5.13. Έτος γέννησης ασθενούς και προηγούμενη ασφάλεια, πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε.

	Έτος γέννησης (ανά δεκαετία)							Σύνολο
	1930 - 1940	1941 - 1950	1951 - 1960	1961 - 1970	1971 - 1980	1981 - 1990	1991 - 2000	
Προηγούμενη ασφάλεια								
ΙΚΑ	1 (3,0%)	1 (3,0%)	8 (24,2%)	10 (30,3%)	9 (27,3%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)	33 (100%)
ΟΑΕΕ	0 (0,0%)	1 (5,3%)	9 (47,4%)	6 (31,6%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	19 (100%)
ΟΓΑ	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)
ΤΑΕ	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Στρατιωτικό	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Πρόνοια	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6 (100%)
ΟΑΕΔ	0 (0,0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)
NAT	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Σύνολο	2 (3,0%)	5 (7,5%)	20 (29,9%)	19 (28,4%)	14 (20,9%)	5 (7,5%)	2 (3,0%)	67 (100%)

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τον πίνακα 5.13 παραπάνω είναι:

- Στο σύνολο των ατόμων που ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ το μεγαλύτερο ποσοστό (30,3%) είχαν γεννηθεί την δεκαετία 1961-1970.
- Από τα άτομα που είχαν ασφάλεια στον ΟΑΕΕ το 47,4% είχαν γεννηθεί την δεκαετία 1951-1960.
- Τα άτομα με ασφάλεια στον ΟΓΑ είναι ισάριθμα κατανεμημένα στις δεκαετίες 1930-1940, 1951-1960 και 1961-1970 με ποσοστό 33,3%.
- Τέλος, τα άτομα με προηγούμενη ασφάλεια την ΠΡΟΝΟΙΑ ανήκαν στην δεκαετία 1971-1980.

5.7. Συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης δείγματος

Συμπερασματικά, με βάση τις παραπάνω στατιστικές αναλύσεις φαίνεται ότι:

- Οι περισσότεροι ασθενείς του κοινωνικού ιατρείου επισκέφθηκαν τον παθολόγο και τον καρδιολόγο.
- Οι περισσότερες επισκέψεις έγιναν στον παιδίατρο.
- Στην περαιτέρω ανάλυση για τις επισκέψεις στον ψυχίατρο βρέθηκε ότι:
 - Οι περισσότερες σε συχνότητα επισκέψεις έγιναν το 2013.
 - Οι γυναίκες ασθενείς ήταν περισσότερες από τους άνδρες.
 - Οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στις λεγόμενες παραγωγικές ηλικίες.
 - Η πλειοψηφία αυτών ήταν πρώην ασφαλισμένοι του ΙΚΑ ή ελεύθεροι επαγγελματίες.
 - Η συντριπτική πλειοψηφία εξ αυτών δήλωσαν άνεργοι ή ανασφάλιστοι.
 - Οι περισσότεροι εξ αυτών διέμεναν σε όμορους, με το κοινωνικό ιατρείο, δήμους.
 - Οι λόγοι επισκέψεως τους αφορούσαν κυρίως την συνταγογράφηση και λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που προσέρχονταν για έλεγχο της κατάστασης της ψυχικής τους υγείας.

Μέρος Γ΄

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα το 2009, και που συνεχίζεται έως σήμερα, αποτελεί δίχως άλλο, μια μεγάλη δοκιμασία, όχι μόνο για την οικονομία της χώρας, αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία και τον κάθε πολίτη ξεχωριστά. Τα περισσότερα κοινωνικά στρώματα, βίωσαν την υποβάθμιση στην ποιότητα και στον τρόπο ζωής τους, με την ανεργία, την φτώχεια και το αίσθημα της γενικότερης αβεβαιότητας να γίνονται πλέον μέρος της καθημερινότητας των περισσότερων. Η αδυναμία των ελληνικών κυβερνήσεων να διασφαλίσουν την συνέχιση του κοινωνικού κράτους και του κράτους προνοίας, επέφερε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που το ίδιο κράτος απευθυνόταν στον πολίτη. Το σύστημα υγείας, αποτέλεσε ίσως τον κυριότερο τομέα παρεμβάσεων, με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και την αλλαγή νοοτροπίας των ελλήνων ασθενών.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, τα τελευταία τριάντα χρόνια, και πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση, είχε κάνει μικρά αλλά εμφανή βήματα προς μια ισότιμη, καθολική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, με τις όποιες δυσλειτουργίες βέβαια εμφανίζονταν κατά καιρούς. Ωστόσο, η οικονομική κρίση, επηρέασε την συνέχιση των όποιων μεταρρυθμίσεων σε όλο το φάσμα της υγείας με τελικό αποδέκτη τον έλληνα ασθενή. Υπήρξε επανασχεδιασμός και αναδιοργάνωση των δημοσίων δομών, περικοπή προϋπολογισμών σε όλους τους τομείς της υγείας, επανασχεδιασμός της φαρμακευτικής πολιτικής, αύξηση των συμμετοχών των ασθενών σε κάθε είδους φαρμακευτικής ή υγειονομικής περίθαλψης δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης ασθενειών κλπ. Όλα τα παραπάνω επέφεραν μια έκπτωση στις παραγόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ σε συνδυασμό με την οικονομική αδυναμία των πολιτών να αναζητήσουν στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσίες παροχής φροντίδας, προκάλεσαν την αύξηση εμφάνισης διαφόρων σωματικών και ψυχικών διαταραχών.

Ειδικότερα, και σε σχέση με την ψυχική υγεία, φαίνεται πως τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ψυχιατροποιήθηκαν με αποτέλεσμα όλο και περισσότερος πληθυσμός να εμφανίζει κάποιου είδους ψυχιατρική διαταραχή με την κατάθλιψη, το άγχος και τις κρίσεις πανικού να έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό. Επιπρόσθετα, αν και υπάρχει διχασμός για την

αξιολόγηση του συγκεκριμένου δείκτη, φαίνεται ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών σε απόλυτο αριθμό στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει αυξητικές τάσεις.

Ωστόσο, θα περίμενε κανείς ότι μετά από τριάντα χρόνια συνεχών παρεμβάσεων, με το πρόγραμμα «Ψυχαργός», στην κοινωνία, η ελληνική πολιτεία θα ήταν έτοιμη να αντιμετωπίσει την αύξηση των ψυχικά ασθενών. Αντιθέτως όμως η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ακολούθησε την πορεία του ευρύτερου τομέα υγείας, με τις παραγόμενες υπηρεσίες να μειώνονται και να βασίζονται κυρίως στην αυταπάτηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Όλα τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα, την συνέχιση του στίγματος και του αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων από την κοινωνία. Ιδιαίτερα δε, για μια συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, των ανέργων και των ανασφάλιστων, υπήρξε γιγάντωση του στίγματος, καθώς το ίδιο το κράτος αδυνατούσε να τους προστατεύσει. Η έκρηξη της ανεργίας λόγω οικονομικής κρίσης, αλλά και η ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων και η ανασφάλιστη εργασία, προσέθεσαν στους ήδη ψυχικά πάσχοντες μια νέα ομάδα ασθενών, η οποία ανέπτυξε κάποια ψυχική διαταραχή εξαιτίας των δύσκολων οικονομικών και κοινωνικών γεγονότων. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς αδυνατούσαν να εξασφαλίσουν δημόσια περίθαλψη από τις δομές, καθώς η κάλυψη υγείας από το κράτος σχετίζεται με την δυνατότητα κάποιου να εργάζεται (και κατ'επέκταση να ασφαρίζεται).

Το κενό που δημιουργήθηκε, από το εθνικό σύστημα υγείας, προς όλους τους ανασφάλιστους και ανέργους, ήρθε να καλύψει μια νέας μορφής δράση που γεννήθηκε μέσα από τις κινηματικές οργανώσεις και τους εθελοντές, εν μέσω οικονομικής κρίσης, οι οποίοι επέλεξαν να προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στα πλαίσια της αλληλεγγύης και του σεβασμού προς τον συμπολίτη. Ανά την Ελλάδα δημιουργήθηκαν αρκετές τέτοιου είδους κινήσεις, οι οποίες αφού διασφάλισαν την κάλυψη των λειτουργικών αναγκών (κυρίως από εθελοντικές προσφορές και δωρεές) παρείχαν φροντίδα σε όλους τους ανέργους, ανασφάλιστους και οικονομικά αδύναμους ασθενείς (μεταξύ αυτών και των ψυχικά πασχόντων).

Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού, το οποίο ιδρύθηκε πρωτίστως για αυτόν ακριβώς τον σκοπό, και επανδρώθηκε με εθελοντές γιατρούς αρκετών ειδικοτήτων και

προσωπικό γενικών καθηκόντων, τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του εξυπηρέτησε χιλιάδες ασθενείς που το είχαν ανάγκη. Ανάμεσα σε αυτούς, και σε ποσοστό περίπου 3,3 % επί των συνολικών ασθενών, ήταν και οι ασθενείς οι οποίοι απευθύνθηκαν στην ειδικότητα του ψυχιάτρου. Το προφίλ του μέσου ψυχικά ασθενή, που επισκέφθηκε το κοινωνικό ιατρείο ήταν αυτό της άνεργης γυναίκας, πρώην ασφαλισμένου ΙΚΑ ή ελεύθερου επαγγελματία, που άνηκε σε παραγωγική ηλικία, επισκέφθηκε τον ψυχίατρο κυρίως για συνταγογράφηση και έλεγχο της ψυχικής κατάστασης, ενώ ο τόπος διαμονής της ήταν σε κοντινούς δήμους. Οι στατιστικές αναλύσεις, δεν εμφάνισαν κάποιον ιδιαίτερο συσχετισμό πέραν της ανεργίας, κάτι που καταδεικνύει ότι ο μοναδικός παράγοντας που επέλεξαν οι ασθενείς να επισκεφθούν το κοινωνικό ιατρείο ήταν η οικονομική αδυναμία και μη ασφάλιση τους. Σχετικά με τους περιορισμούς, ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με γνώμονα, την μελέτη της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης, στους άνεργους-ανασφάλιστους ασθενείς και ειδικότερα σε αυτούς που έλαβαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα από κοινωνικές δομές. Ωστόσο, δεν ήταν δυνατό να συλλεχτούν δεδομένα από τις δημόσιες δομές και τα κοινωνικά ιατρεία σε όλη την Ελλάδα, για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, το δείγμα των ψυχικά πασχόντων του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού, σε απόλυτους αριθμούς, είναι σχετικά μικρό, κάτι που βέβαια ήταν αναμενόμενο καθώς το στίγμα της ψυχικής υγείας είναι ισχυρότερο από αυτό της οικονομικής ανέχειας και εμπόδιζε τους ασθενείς να αναζητήσουν βοήθεια, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εξαχθεί κάποιος ασφαλής συσχετισμός μεταξύ των δεικτών του δείγματος. Έτσι λοιπόν, δεν είναι δυνατό να υπάρξει ο ισχυρισμός, ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αντικατοπτρίζουν το σύνολο των ανέργων-ανασφαλιστών σε όλη την Ελλάδα.

Στην διεθνή βιβλιογραφία, παρότι δεν υπάρχουν μελέτες που να προσεγγίζουν το θέμα της παρούσας έρευνας, ωστόσο υπάρχουν αυτές που καταδεικνύουν ένα συσχετισμό μεταξύ ψυχικής υγείας, οικονομικής κρίσης και ανεργίας. Ειδικότερα, σε μια πρόσφατη έρευνα [55] φαίνεται πως υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες σε έναν άνθρωπο να του συνταγογραφηθεί ένα ψυχοτρόπο σκεύασμα κατά την περίοδο που είναι άνεργος σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο που εργάζεται. Επιπλέον σε μια άλλη μελέτη [56] φάνηκε πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ανέργων υποχωρούσαν όταν αυτοί επέστρεφαν στην εργασία τους. Επίσης, σε μελέτη που

πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία και αφορούσε την σύγκριση ανέργων και εργαζομένων [57] , φάνηκε ότι η ομάδα των ανέργων είχε μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσει από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ δεν εμφανίστηκε καμία διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε σχέση με την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τέλος και σε ότι αφορά την Ελλάδα, σε πρόσφατες έρευνες που δημοσιεύθηκαν, φάνηκε ότι το επίπεδο υγείας των ελλήνων πολιτών επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση, [58], [59] ενώ φάνηκε ότι σε περιόδους υψηλής ανεργίας υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες νόσησης από κάποια ψυχική πάθηση αλλά και ότι τις περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν, έχουν οι γυναίκες [60]. (κάτι που φάνηκε και από το δείγμα της παρούσας έρευνας).

Τόσο τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όσο και η διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία, τείνουν στο συμπέρασμα, πως οι ευάλωτες ομάδες πολιτών όπως άνεργοι και ανασφάλιστοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να επηρεαστεί η ψυχική τους υγεία εν καιρώ οικονομικής κρίσης. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποτελούν μια ένδειξη για την κατάσταση των ανέργων-ανασφάλιστων ψυχικά πασχόντων, σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και ως αντιπροσωπευτική εικόνα της κατάστασης, θα μπορούσαν να αποτελέσουν έναν οδηγό για τους ιθύνοντες χάραξης πολιτικών ψυχικής υγείας,. Τόσο για το πώς όσο και για το πόσο, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα, από την ίδια την πολιτεία και όχι από τις κοινωνικές δομές, οι ομάδες των ανέργων-ανασφάλιστων που υποφέρουν από κάποιο ψυχικό νόσημα.

Η οριστική λύση στο πρόβλημα των ασθενών αυτών, στο σύνολό τους, δόθηκε μόλις πρόσφατα, από την ελληνική κυβέρνηση, που με τον νόμο 4368/2016 θέσπισε για πρώτη φορά το δικαίωμα, σε όλους τους ανασφάλιστους ασθενείς και τις ευάλωτες ομάδες, να έχουν ελεύθερη και καθολική πρόσβαση τόσο σε υπηρεσίες παροχής νοσηλευτικής όσο και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στις δημόσιες δομές υγείας.

Ωστόσο, οι πολιτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να συνεχιστούν ώστε να υπάρξει το βέλτιστο αποτέλεσμα, και κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στις παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία, θα πρέπει αυτές να επικεντρωθούν σε τρεις τομείς. Ο πρώτος θα μπορούσε να αφορά σε επιδοτούμενα προγράμματα από το κράτος για την κατάρτιση και εκπαίδευση των ανέργων ψυχικά πασχόντων, ώστε να είναι έτοιμοι να επανέλθουν όσο πιο σύντομα και ομαλά γίνεται στην αγορά εργασίας. Ο

δεύτερος θα μπορούσε να στοχεύει όχι μόνο στην συνέχιση της πρόσφατης υπουργικής απόφασης για παροχή περίθαλψης, αλλά και στην παροχή ειδικών επιδομάτων σε αυτούς τους ασθενείς, ώστε να βοηθηθούν στο να έχουν το μίνιμουμ επίπεδο ποιότητας ζωής. Και τέλος ο τρίτος τομέας, θα μπορούσε να αφορά στο προλαμβάνειν της ψυχικής νόσου, μέσα από προγράμματα παρέμβασης και ενημέρωσης, αλλά και ψυχιατρικής/ ψυχολογικής υποστήριξης στην κοινότητα, και ειδικά στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες έχουν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Karokis A, Mossialos E, Sissouras A. Healthcare in Europe: Greece. Achilles' heel. The Health service journal. 1992;102(5307):22-5.
2. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health economics. 2005;14(Suppl 1):S151-68.
3. Yfantopoulos J. Economic and legal aspects of mental health policies in Greece. The International journal of social psychiatry. 1994;40(4):296-305.
4. Αντωνοπούλου, Λ. "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2008 3(2) : 109-120
5. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, εκδόσεις Παπαζήση, 2001, Αθήνα
6. Π.Ο.Υ., Αξιολόγηση Προγραμμάτων Υγείας – Κατευθυντήριες αρχές, Geneva 1981, Επιστημονική Επιμέλεια Γεωργούση Ε., ΥΥΠΚΑ – Υγειονομική Σχολή Αθηνών από W.H.O.(1981),Development of indicators form on it or in gprogress towards health for all by the year 2000, in «HealthforAll», Series, No 4.
7. Σούλης Σ., Δείκτες Αξιολόγησης του Συστήματος Υγείας, Εκδόσεις ΤΕΙ- Αθηνών, 1992 ΑΘΗΝΑ
8. <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/252-basikh-nomothesia-e-s-y>, Πρόσβαση 25/08/2016
9. Λιαρόπουλος, Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας, Α τόμος εκδ. Βήτα, 2007, Αθήνα
10. Σκρουμπέλος, Α., Καπάκη, Β., Αθανασάκης, Κ. Σουλιώτης, Κ., κ.α (2012). Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας. Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012, Αθήνα

11. Zavras D., Tsiantou V., Ravi E., Mylona K et al "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self - rated health in Greece", European Journal of Public Health, 2012 vol. 23, N0 2, p. 206 - 210.
12. Kentikelenis, A., Karanikols M., Papanicolas N., et al, "Greece's health crisis : from austerity to denialism", Lancet, 2011, 378, p.1457 – 1458
13. <http://www.statistics.gr/documents/20181/6c6899ac-2b7e-4775-816e-750e374b93cc>, Πρόσβαση 25/08/2016
14. <https://data.oecd.org/gga/central-government-spending.htm>, Πρόσβαση 25/08/2016
15. <https://data.oecd.org/gga/central-government-spending.htm>, Πρόσβαση 29/08/2016
16. Carone, G., C. Schwierz and A. Xavier, Cost - containment policies in public pharmaceutical spending in the EU, 2012 European Economy: Economic Papers 461. European Commission
17. Μποσκόπουλος Π., Το φάρμακο και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, Αρχαία ΕΛ.Ε.ΦΙ., 2012 Αθήνα
18. <https://www.sfee.gr/agora-farmakon/>, Πρόσβαση 02/09/2016
19. IOBE, Δαπάνες υγείας και Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, 2011, Αθήνα
20. Τσαβαλιάς Κ., Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ., Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(2):233-239, 2011, Αθήνα
21. ΕΣΔΥ, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), 2012, Αθήνα
22. ESY.NET, Δελτία εκτέλεσης προϋπολογισμών, Υπουργείο Οικονομικών, 2013
23. Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, Δελτίο τύπου 16/12/2010, ΕΛΣΤΑΤ, 2010, Αθήνα
24. WHO, «Health amid a financial crisis: a complex diagnosis». Bull. World Health Organization, 2009, 87:1–80.

25. Lundberg, Mattias, and Alice Wuerkli, *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*. Washington, DC: World Bank. 2012, DOI:10.1596/978-0-8213-9547-9.
26. Μπούρας Γ., Λύκουρας Λ., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, *Εγκέφαλος, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 2011, 48(2):54-61,
27. Τερζόπουλος, Β., Σαράφης, Π., Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2013,5 (2).
28. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2010, 27(5): 834-840.
29. Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L. , “Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins”, *Health Policy*, 2008, 88 (2/3), pp. 282-293.
30. Καιτελίδου Δ. (2014) , Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* 2014, 53(2): 129–132
31. Έρευνα φυσικής κίνησης πληθυσμού δυναμικού 2013 της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, Δελτίο τύπου 30/09/2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014, Αθήνα
32. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Current opinion in psychiatry*. 2010;23(2):127-30.
33. World Health Organization regional office of Europe, *The European Mental Health action plan 2013-2020*, 2015, Brussels
34. World Health Organization, *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, 2005, Switzerland
35. Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. [Financial crisis and mental health in Greece]. *Psychiatrike = Psychiatriki*. 2011;22(2):109-19.
36. Ploumpidis D. The future of psychiatric reform in Greece. *Psychiatrike = Psychiatriki*. 2009;20(3):207-10.

37. Mental Health Europe, Impact of the Crisis and Austerity Measures on Health Systems and Disadvantaged Groups Mental Health Europe Contribution to European Public Health Alliance – Working Document – 2012, Brussels
38. Έκθεση Υπουργείου Υγείας, Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός 2011-2020, 2011, Αθήνα
39. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the "psychiatric reform" in Greece? *Psychiatrike = Psychiatriki*. 2013;24(1):13-6.
40. Zavras D., Tsiantou V., Ravi E., Mylona K et al "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self - rated health in Greece", *European Journal of Pubic Health*, 2012, vol. 23, N0 2, p. 206 - 210
41. Benatar, R.S., Gill, S., Bakker, I., *Global Health and the Global Economic Crisis*, 2011, WHO
42. Αδάμ, Σ. & Παπαθεοδώρου, Χ., *Κοινωνική οικονομία και Κοινωνικός αποκλεισμός*, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ - Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, 2010, Αθήνα
43. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Έρευνα Υγείας Ελληνικού Πληθυσμού 2014, Αθήνα
44. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Impact_of_the_economic_crisis_on_unemployment
Πρόσβαση 25/09/2016
45. Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C, What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012), 2014, *BMJ Open* 2015;5:e007295doi:10.1136/bmjopen-2014-007295.
46. Gonzalo Fanjul, Children of the recession: the impact of economic crisis on child well-being in rich countries, Unicef- ffice of Research, 2014
47. Wahlbeck K, McDaid D., Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2012;11(3):139-45
48. European Parliament –Policy Department, *Mental health in Times of Economic Crisis*, 2012, Brussels

- 49.INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ (2008-2011): Οι εργασιακές σχέσεις στην Ευρώπη και στην Ελλάδα: Ετήσιες Εκθέσεις, Αθήνα
- 50.Σωτηρόπουλος Δ.Α., «Υποθέσεις εργασίας και ανοικτά ερωτήματα στη βιβλιογραφία για την ελληνική κοινωνία πολιτών», Ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου, Συνέδριο με θέμα Η κρίση του πολιτικού συστήματος; Προκλήσεις και προοπτικές, Ινστιτούτο Γκαίτε, 2007, Αθήνα,
- 51.Φερόνας, Α., Κοινωνία των πολιτών: Η θεσμική συγκρότηση και ο ρόλος της σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα, Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, 2009, Αθήνα
- 52.<http://www.mkiellinikou.org/> Πρόσβαση στις 29/08/2016
- 53.<https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/23270> Πρόσβαση στις 05/09/2016
- 54.<http://www.spss.com.hk/>Πρόσβαση στις 05/08/2016
- 55.Overland S. Unemployment and mental health. *Occupational and environmental medicine*. 2016;73(11):717-8.
- 56.Moore T., Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review, *Psychol Med*. 2016 Dec 15:1-23
- 57.Daniel Rosanas J, Bosch Molas M, Culi Borrás N, Olmeda Brea C. [The influence of unemployment on mental health problems]. *Atencion primaria*. 1996;18(7):379-82.
- 58.Vandoros S., Hessel P., Leone T., Avendano M., "Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi - experimental approach", *European Journal of Public Health*, 2013, vol. 23, No 5, p. 727 - 731.
- 59.Zavras D., Tsiantou V., Ravi E., Mylona K et al, "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self - rated health in Greece", *European Journal of Pubic Health*, 2012 vol. 23, N0 2, p. 206 - 210.
- 60.Drydakís N. "The effect of unemployment on self reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a logintudinal study before and during the financial crisis", *Social Science and Medecine*, No 128, p. 43 - 51. Economou, Ch. (2010) *Greece. Health system review, in Health System in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2015