

Η εξαετής πορεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας

Βάϊος Κ. Περιτογιάννης¹
Θηρεσία Μανθοπούλου¹
Παναγιώτα Γιώτη¹
Βενετσάνος Μαυρέας²

- Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου
- Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ψυχιατρική Κλινική

Λέξεις κλειδιά:

κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οικονομική κρίση, ψυχωτικές διαταραχές, απομακρυσμένες περιοχές, κοινότητα.

Περίληψη: Οι κοινοτικές Ομάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούν ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά του σύγχρονου συστήματος κοινοτικής φροντίδας. Στη χώρα μας δραστηριοποιούνται ως Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) σε περιοχές όπου υπάρχει δυσκολία στην πρόσβαση σε ψυχιατρικές υπηρεσίες, δηλαδή σε απομακρυσμένες, δυσπρόσιτες ορεινές και νησιωτικές περιοχές, που δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα στον τομέα της ψυχικής υγείας. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση του έργου της ΚΜΨΥ των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας (ΚΜΨΥ Ι-Θ) κατά τα έξι πρώτα χρόνια λειτουργίας της. Στη διάρκεια των 6 χρόνων λειτουργίας της υπηρεσίας μας καταγράφηκαν 10016 θεραπευτικές πράξεις, που αφορούσαν σε 1264 ασθενείς. Ο αριθμός των ενεργών ασθενών έφτασε τους 223, από τους οποίους περίπου οι μισοί είναι ηλικιωμένοι. Περίπου ένας στους πέντε ασθενείς λαμβάνει φροντίδα με συστηματικές κατ' οίκον επισκέψεις, με την ηλικία να συσχετίζεται με αυτόν τον τύπο φροντίδας. Επίσης οι εισαγωγές των ψυχωτικών ασθενών, που παρακολουθούσε η μονάδα μας, μειώθηκαν σημαντικά στην πρώτη διετία λειτουργίας της, ενώ κατά την πρώτη πενταετία η παραμονή των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία ήταν 67,2%. Με δεδομένο πως οι ΚΜΨΥ είναι υπηρεσίες χαμηλού κόστους και στην περίοδο της οικονομικής κρίσης αναμένεται αύξηση της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών, ο ρόλος τους μπορεί να είναι ουσιαστικός στη θεραπεία και στην πρόληψη. Ωστόσο η υποχρηματοδότηση από την πλευρά της πολιτείας καθιστά το μέλλον της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα αβέβαιο.

Εισαγωγή

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» είναι ένα πρόγραμμα δράσεων με δεκαετή χρονικό ορίζοντα, που στοχεύει στην ανάπτυξη ενός δικτύου τομεοποιημένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, ώστε να είναι εφικτή η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος¹. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην επιστροφή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιδιώκει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη φροντίδα των ασθενών είναι η ανάπτυξη πλέγματος υπηρεσιών για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικό πλαίσιο². Η Κοινοτική Ψυχιατρική προβλέπει, μεταξύ άλλων, τη λειτουργία κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, οι οποίες αποτελούν ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά του σύγχρονου συστήματος κοινοτικής φροντίδας. Στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση» ιδρύθηκαν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) σε ολόκληρο τον Ελλαδικό χώρο, οι οποίες καλύπτουν ανάγκες πληθυσμών σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ), όπου υπάρχει δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κυρίως λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας, δηλαδή σε απομακρυσμένες, δυσπρόσιτες ορεινές και νησιωτικές περιοχές. Στη χώρα μας άλλωστε είναι γνωστό ότι οι αγροτικές, σχετικά φτωχές και απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα, περιοχές δε λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα στον τομέα της ψυχικής υγείας³.

Βασική επιδίωξη των ΚΜΨΥ είναι η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση τόσο στην έναρξη της νόσου, όσο και κατά τη διάρκεια υποτροπών, η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στον τόπο διαμονής των ασθενών με την πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων, όποτε απαιτείται, και η συμβουλευτική και υποστηρικτική παρέμβαση στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αγωγή κοινότητας, με στόχους την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας, την αλλαγή στάσεων και τη μείωση του στίγματος για την ψυχική νόσο. Οι ΚΜΨΥ είναι υπηρεσίες χαμηλού κόστους, καθώς χρησιμοποιούν τις υπάρχουσες δομές του συστήματος της ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), Περιφερικά Ιατρεία), είναι εύκολα προσβάσιμες, ιδιότητα σημαντική για τα άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, που χρήζουν συνεχούς φροντίδας και είναι περισσότερο αποδεκτές από άλλες μονάδες ψυχικής υγείας⁴. Εκτός από κλινικό έργο έχουν αναπτύξει και ερευνητική δραστηριότητα, παρέχοντας χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες της ελληνικής επαρχίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας^{5,6}.

Σκοπός του παρόντος κειμένου είναι η παρουσίαση

του έργου της ΚΜΨΥ των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας (ΚΜΨΥ Ι-Θ) κατά τα έξι πρώτα χρόνια λειτουργίας της, η ανάδειξη της συνεισφοράς της στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στις περιοχές της υπαίθρου των δύο αυτών νομών και η αναφορά στα προβλήματα και στις προοπτικές της.

Υλικό - Μέθοδος Περιοχή ευθύνης - υπηρεσίες

Η ΚΜΨΥ Ι-Θ καλύπτει τις περιοχές της υπαίθρου του ΤοΨΥ των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας. Η έκταση της περιοχής ευθύνης φτάνει τα 5000 τ.χλμ και ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός υπολογίζεται αδρά σε περίπου 100.000 κατοίκους. Στον Τομέα υπάρχουν αρκετές δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα αστικά κέντρα, όπως η ψυχιατρική κλινική και τα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, τα εξωτερικά ιατρεία και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα», τα εξωτερικά ιατρεία του ΙΚΑ και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηγουμενίτσας. Οι



Εικόνα 1.

Η περιοχή ευθύνης της ΚΜΨΥ Ι-Θ.

Διακρίνονται όλοι οι δήμοι των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας. Η κινητή μονάδα δραστηριοποιείται σε όλους τους δήμους των δύο νομών, με εξαίρεση το δήμο Ιωαννιτών και τμήμα των δήμων Ηγουμενίτσας και Φιλιατών.

ανάγκες της περιφέρειας στο νομό Ιωαννίνων εξυπηρετούνται εδώ και δεκαετίες από το θεσμό του Επισκέπτη Ψυχιάτρου των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.)⁷. Στις αστικές περιοχές υπάρχουν επίσης αρκετοί ψυχίατροι και ψυχολόγοι, που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

Βασικές αρχές λειτουργίας

Η ΚΜΨΥ Ι-Θ υλοποιείται από τη μη κυβερνητική οργάνωση Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (ΕΠΡΟΨΥΗ) και λειτουργεί από το Μάρτη του 2007. Απευθύνεται στους ενήλικες ασθενείς και προς το παρόν δεν υπάρχει η δυνατότητα για εξέταση και θεραπεία παιδιών και εφήβων. Προτεραιότητα δίνεται στους ασθενείς με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, όπως οι ψυχώσεις, χωρίς να παραλείπεται η φροντίδα ασθενών με κοινές ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.λ.π.), που είναι αρκετά συχνές και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα. Η ΚΜΨΥ Ι-Θ είναι μια πολυκλαδική ομάδα, που αποτελείται από 12 μέλη διαφορετικών ειδικοτήτων. Σε εβδομαδιαία βάση επισκέπτεται όλα τα Κ.Υ. του νομού Ιωαννίνων και δύο Κ.Υ. του νομού Θεσπρωτίας, έχοντας έτσι σταθερή τοπική παρουσία (εικόνα 1).

Συλλογή πληροφοριών

Η αναζήτηση των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη έγινε στην ηλεκτρονική βάση και στα υπόλοιπα αρχεία που τηρούνται από την ΚΜΨΥ Ι-Θ από την έναρξη της λειτουργίας της. Αναζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό και την πορεία των θεραπευτικών πράξεων, τον αριθμό των εξυπηρετούμενων ατόμων, τον αριθμό και τις διαγνώσεις των ασθενών, που παρακολουθούνται συστηματικά από τη μονάδα μας.

Αποτελέσματα

Κλινικό έργο

Στη διάρκεια των 6 χρόνων λειτουργίας της υπηρεσίας μας καταγράφηκαν 10016 θεραπευτικές πράξεις, που αφορούσαν σε 1264 ασθενείς. Η αυξητική πορεία του αριθμού των θεραπευτικών πράξεων ανά εξάμηνο λειτουργίας απεικονίζεται στο διάγραμμα¹. Με τη συμπλήρωση 6 ετών λειτουργίας ο αριθμός των ενεργών ασθενών (δηλ των ασθενών που παρακολουθούνται σε τακτική βάση και εκείνων που δεν προσέρχονται τακτικά, αλλά έχουν την ΚΜΨΥ Ι-Θ ως σημείο αναφοράς στη θεραπεία τους) έφτασε τους 223, από τους οποίους περίπου οι μισοί (105, ποσοστό 47%) είναι ηλικιωμένοι. Από τους ηλικιωμένους αυτούς ασθενείς το 60% είναι πολύ ηλικιωμένοι (άνω των 75 ετών) και αντιπροσωπεύουν

την πλέον εύθραυστη ομάδα ασθενών. Οι διαγνώσεις των ενεργών ασθενών της μονάδας μας παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Διάγνωση	Ποσοστό ασθενών %
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	11,6
Σχιζοφρένεια και συναφείς ψυχώσεις	22,8
Συναισθηματικές διαταραχές	42,6
Αγχώδεις διαταραχές	8
Άλλες διαγνώσεις	14,8

Πίνακας 1.

Διαγνώσεις ενεργών ασθενών της ΚΜΨΥ Ι-Θ στο τέλος της βετίας.

Μία σημαντική μειοψηφία ασθενών, που φτάνει το 22% περίπου, λαμβάνουν συστηματική φροντίδα, που στηρίζεται στις κατ' οίκον επισκέψεις. Η παροχή κατ' οίκον φροντίδας από την ομάδα μας συσχετίστηκε με την ηλικία, σύμφωνα με πολύ πρόσφατη μελέτη μας, όπου φάνηκε πως όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των ασθενών, τόσο αυξημένη ήταν η πιθανότητα να λαμβάνουν φροντίδα με επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας στο σπίτι τους⁸.

Σε ότι αφορά στη φροντίδα των χρόνιων ψυχικών ασθενών (που, όπως προαναφέρθηκε, είναι προτεραιότητα για όλες τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας), κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων λειτουργίας της ΚΜΨΥ Ι-Θ οι εισαγωγές αυτών, που παρακολουθούσε, μειώθηκαν κατά 30,4% σε σχέση με την αμέσως



Διάγραμμα 1.

Ανά εξάμηνο αριθμός θεραπευτικών πράξεων κατά την πρώτη εξαετία.

προηγούμενη διαετία⁹. Ακόμη πιο πρόσφατα ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα μιας 5ετούς μελέτης σχετικά με την παραμονή στη θεραπεία των ψυχωτικών ασθενών που παρακολουθεί η ΚΜΨΥ Ι-Θ, και τη δέσμευση τους στη λήψη της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, σε ένα δείγμα 74 ασθενών βρέθηκε πως το ποσοστό παραμονής στη θεραπεία ήταν 67,2%, συγκρίσιμο με διεθνείς αναφορές και μάλιστα από μελέτες μικρότερης διάρκειας, που διεξήχθησαν σε αστικές περιοχές, όπου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ευκολότερη¹⁰. Επίσης, αντικείμενο μελέτης έχει αποτελέσει η σωματική νοσηρότητα αυτών των ασθενών και η προώθηση της φροντίδας της γενικής υγείας τους¹¹.

Άλλες δράσεις

Η μονάδα μας έχει συμμετάσχει με ομιλίες και παρουσιάσεις σε εκδηλώσεις ενημέρωσης του κοινού στην περιοχή ευθύνη της σε συνεργασία με τις κατά τόπους υπηρεσίες της Βοήθειας στο Σπίτι. Ακόμη έχει διοργανώσει ημερίδα το Δεκέμβριο του 2007 στα Γιάννενα με θέμα την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών κατά την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τέλος, έχει διοργανώσει με επιτυχία το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κινητών Μονάδων, τον Οκτώβριο του 2011 στο Μέτσοβο. Τα πρακτικά του συνεδρίου έχουν εκδοθεί από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα μας (www.mpuioa.gr).

Συζήτηση

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν, ο όγκος δουλειάς της υπηρεσίας μας διαρκώς αυξάνεται (διάγραμμα 1). Κατά την τελευταία διαετία η αύξηση του αριθμού των θεραπευτικών πράξεων ξεπέρασε το 33%. Ανάμεσα στους λόγους που προκάλεσαν τη μεγάλη αυτή αύξηση θεωρούμε ότι είναι η οικονομική κρίση, που στρέφει όλο και περισσότερους ασθενείς στο δημόσιο σύστημα υγείας και ειδικότερα στην επαρχία στα Κ.Υ., όπου βρίσκεται η κατά τόπους έδρα μας και από τα οποία δεχόμαστε τις περισσότερες παραπομπές ασθενών. Σύμφωνα με πρόσφατη δημοσίευση από τον Ιανουάριο ως τον Οκτώβριο του έτους 2011 σημειώθηκε αύξηση των επισκέψεων στα Κ.Υ. κατά 22%¹². Αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να αναμένουμε ακόμη πιο αυξημένη προσέλευση ασθενών στο άμεσο μέλλον, καθώς η οικονομική κρίση δυστυχώς συνεχίζεται. Ένας άλλος λόγος είναι πως έπειτα από 6 χρόνια λειτουργίας ο πληθυσμός της περιοχής ευθύνης μας γνωρίζει και μας αποδέχεται, ενώ η συνεργασία μας με τους φορείς της ΠΦΥ βρίσκεται σε καλό επίπεδο. Με τη συμπλήρωση 6 ετών λειτουργίας ο αριθμός ασθενών, που παρακολουθεί τακτικά ή κατά

διαστήματα η ΚΜΨΥ Ι-Θ, έφτασε τους 223. Σύμφωνα με τους ειδικούς ο μέγιστος αριθμός ασθενών, που μπορεί μία κοινοτική ομάδα ψυχικής υγείας να έχει στην ευθύνη της, ώστε να παρέχει πολυεπίπεδη φροντίδα, είναι 200-250¹³. Οι αριθμοί επομένως δείχνουν ότι η ΚΜΨΥ Ι-Θ πλησιάζει αυτό το όριο και συνεπώς απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση και επανεκτίμηση των περιστατικών μας, ώστε κάποιοι από τους ρυθμισμένους ασθενείς να παραπεμφθούν στην ΠΦΥ ή να παρακολουθούνται λιγότερο εντατικά. Ο αριθμός των ασθενών και η σύνθεση αυτών μεταβάλλονται διαρκώς, καθώς καθημερινά προσέρχονται για εξέταση νέα περιστατικά, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η θεραπεία ολοκληρώνεται.

Οι ψυχωτικοί ασθενείς αποτελούν σημαντικό ποσοστό (22,8%) των σταθερά παρακολουθούμενων από την ΚΜΨΥ Ι-Θ ασθενών. Αν σε αυτούς προσθέσουμε τους ασθενείς με διπολική διαταραχή (11 ασθενείς), τότε το ποσοστό των ασθενών με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές νόσους, που παρακολουθεί η μονάδα μας, φτάνει το 27,8%. Οι διαταραχές αυτές, αν και λιγότερο συχνές από τις ήπιες ψυχικές διαταραχές, προκαλούν μεγάλη νοσηρότητα και αναπηρία στους ασθενείς και είναι προτεραιότητα των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας διεθνώς¹³.

Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι επισκέπτριες υγείας έχουν επιφορτιστεί με την παρακολούθηση της σωματικής υγείας των ψυχωτικών ασθενών. Φέρνουν σε επαφή τους ασθενείς με το προσωπικό της ΠΦΥ και μεριμνούν για τη σωστή λήψη της αγωγής και την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών. Αυτή η προσέγγιση κρίνεται απαραίτητη, δεδομένου ότι οι ψυχωτικοί ασθενείς συχνά αποκλείονται από το σύστημα υγείας, λόγω της συμπτωματολογίας τους και των γραφειοκρατικών διαδικασιών¹⁴. Η στενή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των γενικών γιατρών μπορεί να προωθήσει τη φροντίδα υγείας και τη δευτερογενή πρόληψη σε ψυχωτικούς ασθενείς με σωματικά νοσήματα¹⁵. Ειδικά για τους ψυχωτικούς ασθενείς οι κοινωνικοί λειτουργοί της μονάδας, πέρα από τα συνήθη καθήκοντα τους, ασχολούνται με πρακτικά ζητήματα, όπως η έκδοση βιβλιαρίων υγείας, ακόμη και επιδομάτων αναπηρίας και άλλων παρόμοιων θεμάτων, που είναι ουσιαστικά για τη φροντίδα των ψυχωτικών ασθενών. Αυτό γίνεται συχνότερα το τελευταίο διάστημα, διότι για διάφορους λόγους (αλλαγές στην τοπική αυτοδιοίκηση, έλλειψη χρηματοδότησης κ.λ.π.) οι αντίστοιχοι συνάδελφοι από τις δημοτικές υπηρεσίες, όπως η Βοήθεια στο Σπίτι, δεν μπορούν να συμμετέχουν στις διαδικασίες αυτές ή σε ορισμένες περιπτώσεις οι υπηρεσίες έχουν συρρικνωθεί ή καταργηθεί.

Σημαντικό μέρος της δουλειάς μας αφορά σε ηλικιωμένους ασθενείς, η φροντίδα των οποίων στηρίζεται στις κατ' οίκον επισκέψεις. Οι ηλικιωμένοι συνιστούν ένα υποσύνολο με πολλαπλές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Συχνά βρίσκονται σε δυσχερή οικονομική θέση, ενώ σε διάφορα πρακτικά ζητήματα, όπως η μετακίνηση

και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μπορεί να έχουν δυσκολίες. Όπως είναι αναμενόμενο δε, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά σωματικής νοσηρότητας από τους νεότερους. Σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας¹⁶ ο πληθυσμός της υπαίθρου στην Ηπειρο, εκεί δηλ. όπου δραστηριοποιείται η μονάδα μας, αποτελείται κατά μεγάλο ποσοστό, που φτάνει το 32%, από ηλικιωμένους.

Ακάλυπτες ανάγκες και προοπτικές

Οι ανάγκες του πληθυσμού της ελληνικής επαρχίας για παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας είναι οπωσδήποτε μεγάλες για να καλυφθούν πλήρως από τις υπάρχουσες ΚΜΨΥ. Οι νομοί των Ιωαννίνων και της Θεσπρωτίας δεν αποτελούν εξαίρεση. Σε ότι αφορά στην ΚΜΨΥ Ι-Θ η ως τώρα εμπειρία έχει δείξει πως υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, από την ανάλυση των στοιχείων της βάσης δεδομένων, που τηρεί η μονάδα, έχει προκύψει ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών είναι ηλικιωμένοι, επομένως κρίνεται σκόπιμη η επιπλέον εκπαίδευση των μελών της θεραπευτικής ομάδας σε θέματα ψυχογηριατρικής και ενημέρωσης-υποστήριξης των φροντιστών των ηλικιωμένων ασθενών. Έχει αναφερθεί άλλωστε πως για ορισμένες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι προληπτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχουν επαρκώς αναπτυχθεί¹⁷. Επίσης, ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των περιστατικών και των θεραπευτικών πράξεων επιβάλλει την καλύτερη διαχείριση του χρόνου και του ανθρώπινου δυναμικού της θεραπευτικής ομάδας. Για ασθενείς που η θεραπεία τους ολοκληρώνεται, όπως σε περιπτώσεις καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, εφαρμόζεται προσεκτική, σταδιακή διακοπή της θεραπείας με στενή παρακολούθηση ενδείξεων υποτροπής. Ωστόσο πολλοί ασθενείς, ειδικά με ψυχωτικές διαταραχές, χρειάζονται χρόνια φροντίδα προς αποφυγή υποτροπών. Επίσης νέα περιστατικά παραπέμπονται συνεχώς και πρέπει να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Σταθερός στόχος είναι η διατήρηση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε υψηλό επίπεδο με ταυτόχρονη προστασία του προσωπικού από την κόπωση και τη φθορά, δεδομένου ότι σε μονάδες ψυχικής υγείας παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) με σοβαρές συνέπειες για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και για τα ίδια τα μέλη του προσωπικού¹⁸.

Η συνεργασία με τους φορείς της ΠΦΥ είναι πάντα πρώτη προτεραιότητα, καθώς από εκεί προέρχεται ο μεγαλύτερος αριθμός παραπομπών ασθενών στην υπηρεσία μας. Επίσης, οι γιατροί της ΠΦΥ έχουν ανάγκη τη συνεργασία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας για την ορθή διάγνωση και την εφαρμογή της ενδεδει-

μένης θεραπείας σε πολλές περιπτώσεις ασθενών με λιγότερο σοβαρές από τις ψυχώσεις παθήσεις, όπως οι καταθλιπτικές διαταραχές. Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι συνήθως οι πρώτοι που θα απευθυνθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χρόνια σωματική νόσος ή όταν στην κλινική εικόνα κυριαρχούν σωματικά συμπτώματα. Η παρουσία υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα κέντρα υγείας επιτρέπει την άμεση παραπομπή των καταθλιπτικών ασθενών για διάγνωση και θεραπεία. Ακόμη, αποτελεί μια καλή ευκαιρία για εκπαίδευση των γενικών γιατρών σε θέματα ψυχικής υγείας¹⁹. Τέλος παρέχει τη δυνατότητα εποπτείας της θεραπείας σε περιπτώσεις που έχει αναληφθεί από τους κλινικούς της ΠΦΥ, ώστε να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, ειδικά σε επιπλεγμένες περιπτώσεις^{20, 21}. Η διασύνδεση της ΠΦΥ με τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας επιτρέπει την εφαρμογή του μοντέλου της συνεργατικής φροντίδας για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών, που φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε αυτό το επίπεδο²².

Η μεγάλη πρόκληση για την ψυχική υγεία στη χώρα μας σήμερα δεν είναι άλλη από την οικονομική κρίση. Πολλά έχουν γραφτεί για τις επιπτώσεις της κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών²³⁻²⁵, αλλά και στο ίδιο το σύστημα υγείας, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων²⁶. Η σχέση εξάλλου της φτώχειας με τις ψυχικές διαταραχές είναι τεκμηριωμένη και θεωρείται αμφίδρομη, δηλαδή ότι οι άνθρωποι, που ζουν στα όρια της φτώχειας, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχικά νοσήματα και αντίστροφα, όσοι πάσχουν από ψυχικό νόσημα, έχουν αυξημένες πιθανότητες να βρεθούν σε συνθήκες φτώχειας ή να παραμείνουν σε τέτοιες συνθήκες²⁷. Επιπλέον, στην Ελλάδα οι πολίτες τελευταία απομακρύνονται από τις υπηρεσίες υγείας, συχνά για λόγους αποστάσεων και δυσκολίας στην πρόσβαση²⁸. Από τους ειδικούς εκφράζεται η άποψη ότι οι χώρες με χαμηλό εισόδημα μπορούν να στηρίζονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας, που βασίζεται στην κοινότητα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας²⁹, και αυτό βρίσκει εφαρμογή στην περίπτωση της χώρας μας. Συνεπώς δείχνει αυτονότητα η διατήρηση και ενίσχυση χαμηλού κόστους υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που από τη φύση τους αίρουν τους γεωγραφικούς περιορισμούς πρόσβασης, όπως είναι οι ΚΜΨΥ.

Summary

The six-year course of the Mobile Mental Health Unit of the prefectures of Ioannina and Thesprotia

V. Peritogiannis¹, T. Manthopoulou¹, P. Gioti¹, V. Mavreas²

¹ Mobile Mental Health Unit of the prefectures of Ioannina and Thesprotia, Society for the Promotion of Mental Health in Epirus

² University of Ioannina, Medical School, Department of Psychiatry

Community Mental Health Teams are an essential component of contemporary community-based mental health care. In Greece, the Mobile Mental Health Units (MMHUs) operate in areas where access to psychiatric services is limited, such as in remote mountainous and island areas, which do not receive adequate mental health care. We present the clinical work of the MMHU of the prefectures of Ioannina and Thesprotia during the first six years of operation. Six years after establishment of our unit a number of 10016 patients' examination has been recorded, involving a total of 1264 patients. A total of 223 patients are currently in regular follow-up, and almost half of them are elderly. Age has been associated with home-based care, which involves one in five patients. During the first two years of operation of the MMHU I-T psychotic patients' admissions were significantly reduced, while by the end of five years of establishment, psychotic patients' engagement rates were 67.2%. MMHUs are low-cost services and they can impact significantly on treatment and prevention of mental disorders in the community, rates of which are expected high due to economic crisis. However, reduced funding renders the future of community mental health services uncertain.

Key-words: mobile mental health units, community, remote areas, psychotic disorders, economic crisis.

Βιβλιογραφία

1. Εκθεση της Ομάδας Εργασίας για την Αναθεώρηση του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Τελικό Κείμενο. Αθήνα, 2011.
2. Κονταξάκης ΒΠ, Χριστοδούλου ΓΝ. Κοινωνική και Κοινωνική Ψυχιατρική. Στο: Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Χριστοδούλου ΓΝ (επιμ. έκδοσης): Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή, εκδ ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005, σελ: 49-53
3. Madianos M, Zacharakis C, Tsitsa C, et al. The mental health care delivery system in Greece: regional variation and socioeconomic correlates. *J Ment Health Policy Econ* 1999, 2:169-176.
4. Περιτογιάννης Β, Μαυρέας Β. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: το παράδειγμα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, υπό δημοσίευση
5. Δημοπούλου Μ, Φάντι ΡΜ, Κιουρκτσή Β και συν. Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας. *Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος* 2011, 8: 44-48
6. Στυλιανίδης Σ, Σκαπινάκης Π, Παντελίδου Σ και συν. Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27: 675-683
7. Φωτιάδου Α, Πρίφτης Φ, Κυπριανός Σ. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος* 2004, 41(1).
8. Peritogiannis V, Lekka M, Grammeniati A et al. Home-based mental health care for the elderly in a rural area in Greece. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013, 67: 458-459
9. Peritogiannis V, Mantas C, Alexiou D et al. The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas of Greece: a 2-year follow-up. *Eur Psychiatry* 2011, 26: 425-427
10. Peritogiannis V, Tatsioni A, Menti N et al. Treatment engagement of psychotic patients with a mobile mental health unit in rural areas in Greece: a five-year study. *Schizophr Res Treatment, Volume 2013 (2013)*, Article ID 613956
11. Γώτη Π, Μανθοπούλου Θ, Μούκα Β και συν. Σωματική νοσηρότητα ψυχωτικών ασθενών που παρακολουθούνται από κινητή μονάδα ψυχικής υγείας. Αναρτημένη ανακοίνωση που παρουσιάστηκε στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα, 5-8 Μαΐου 2011
12. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012, 22: 4-5
13. Burns T. Planning and providing mental health services for a community. In: Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor JJ, Geddes J (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2nd ed, Oxford University Press, 2009, New York, pp 1452-1462
14. Morden N, Mistler L, Weeks W, Bartels S. Health care for patients with serious mental illness: family medicine's role. *J Am Board Fam Med* 2009, 22: 187-195.
15. Περιτογιάννης Β, Μπιλανάκης Ν. Σωματική νοσηρότητα στην ψύχωση. *Εγκέφαλος* 2011, 48: 13-25
16. Ντυκέν ΜΝ, Κοτζαμάνης Β. Οι δημογραφικές δομές και ο δημογραφικός δυναμισμός των ελληνικών δήμων (1999-2009). *Δημογραφικά Νέα* 2012, 18
17. Christodoulou GN. Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry* 2009, 8:121-122
18. Nelson T, Johnson S, Bebbington P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009, 44:541-549
19. Περιτογιάννης Β, Μαυρέας Β. Πρόταση για την εκπαίδευση του προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Προ-

- ντίδας Υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας. Τετράδια Ψυχιατρικής 2013, 121: 6-10
20. Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? J Clin Psychiatry 2007, 68 (suppl 2): 27-30
21. Βαρτζιώτης Α, Καλαθάς Χ, Περιτογιάννης Β. Ανάγκες γιατρών της ΠΦΥ για συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας: το παράδειγμα της κατάθλιψης. Πρακτικά του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων, Γιάννενα, 2012, σελ. 20-29 (ελεύθερη πρόσβαση στο www.mpuioa.gr)
22. Gilbody S, Bower P, Fletcher J et al. Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. Arch Intern Med 2006, 166: 2314-2321
23. Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Ψυχιατρική 2010, 21:195-204.
24. Μπούρας Γ, Λύκουρας Λ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. Εγκέφαλος 2011, 48: 54-61
25. World Health Organization, Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health, 2011
26. Hyphantis T. The “depression” of mental health care in general hospitals in Greece in the era of recession. J Psychosom Res 2013, 74: 530–532
27. Lund C, De Silva M, Plagerson S et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. Lancet 2011, 378(9801):1502-1514
28. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011, 378 (9801): 1457-1458
29. Thornicroft G, Tansella M. Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Επιμ μετάφρασης Στυλιανίδης Σ, εκδ Τόπος, 2010