

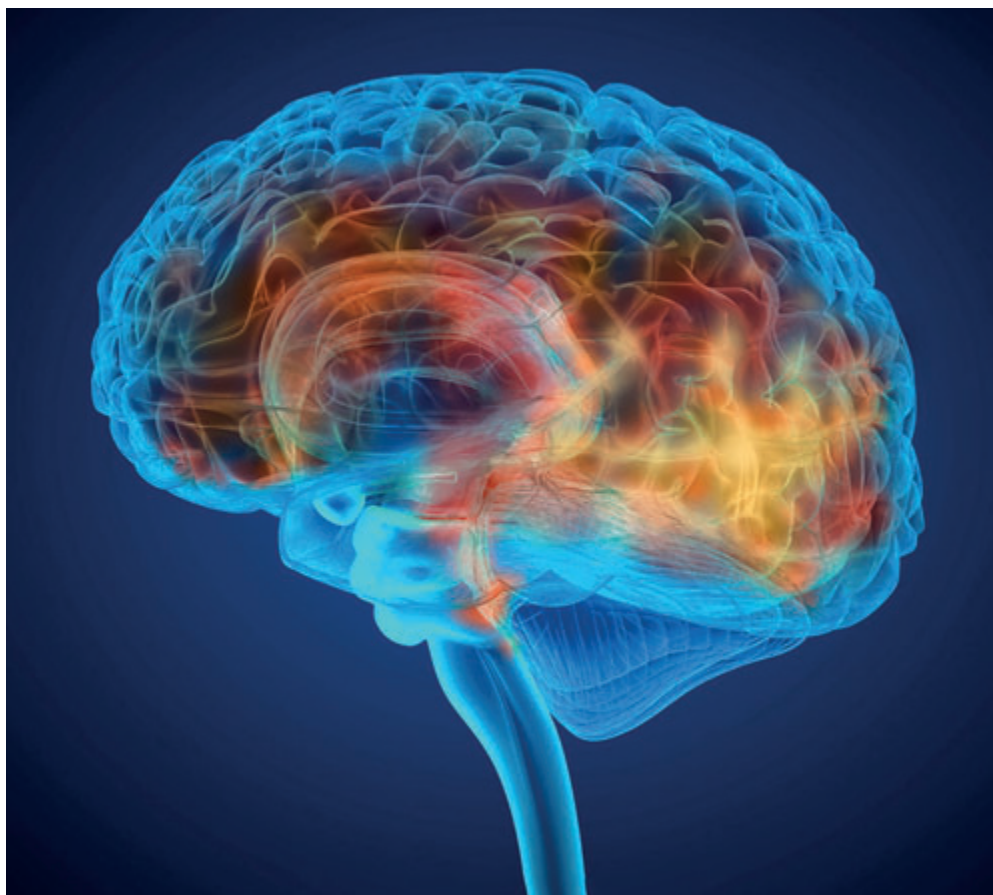
ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ψυχιατρικό Βήμα

www.psychiatrists.gr

ΤΕΥΧΟΣ 2
ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2020

ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗ



EDITORIAL

ΣΕΛ. 3

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΎΕΜΣ

ΣΕΛ. 4

ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ
ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ

ΣΕΛ. 6

ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ -
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΗΜΕΡΑ

ΣΕΛ. 8

Η ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΑΒΟΥΛΕΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΑΚΟΥΣΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ

ΣΕΛ. 10

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

ΣΕΛ. 13

ΜΙΝΩΣ ΖΩΤΟΣ: Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΕΝΟΣ
ΠΟΙΗΤΗ

ΣΕΛ. 21

ΕΛΛΗΝΟΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

ΣΕΛ. 22

ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ

ΣΕΛ. 24

ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

ΣΕΛ. 25

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΕΛ. 27

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΣΕΛ. 30

ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΣΕΛ. 38

ΕΚΔΟΣΗ:

DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

**2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ**
ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

6-8 Μαρτίου 2020
Ξενοδοχείο **CROWNE PLAZA**, Αθήνα

Progress in Mind Resource Center (RC) Greece: Το Ελληνικό Κέντρο Επιστημονικής Ενημέρωσης για τον Ψυχίατρο και τον Νευρολόγο

Στο πλαίσιο της συνεχούς επιστημονικής ενημέρωσης των Επαγγελματιών Υγείας, η Lundbeck Hellas σε συνεργασία με την Μητρική Εταιρεία δημιούργησε το Progress in Mind RC Greece, ένα κέντρο πληροφοριών με θεματολογία που αφορά τα Ψυχιατρικά και Νευρολογικά νοσήματα.

Είναι ένας δυναμικός ιστότοπος που δημιουργήθηκε από μια αφοσιωμένη ομάδα συγγραφέων που ανήκει στον χώρο της υγείας, με στόχο την εκπαίδευση.

Η πλατφόρμα αυτή περιλαμβάνει συνεντεύξεις, βίντεο και διαδικτυακά σεμινάρια από ειδικούς στον χώρο της Ψυχιατρικής και Νευρολογίας καθώς επίσης και πρόσφατες αναφορές από Ελληνικά και Διεθνή συνέδρια.

Στην ιστοσελίδα διατίθεται επίσης αποκλειστικό υλικό από το

Ινστιτούτο της Lundbeck, συμπεριλαμβανομένων εικόνων και διαφανειών για δική σας χρήση.

Με την συνεχή ανανέωση του ιστότοπου, επιδιώκουμε το Progress in Mind RC Greece να αποτελέσει πηγή ενημέρωσης για τον πολυάσχολο ιατρό.

Επισκεφτείτε το Progress in Mind RC Greece στη διεύθυνση:
<https://greece.progress.im>



ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ψυχιατρικό Βήμα

Τεύχος 2 - Επίτομο τεύχος 2020

Ετήσια έκδοση της ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

HELLENIC ASSOCIATION OF PROFESSIONAL PSYCHIATRICS

ΔΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Πρόεδρος

Οικονόμου Αχιλλέας

Αντιπρόεδρος

Κλείσας Σπυρίδων

Γεν. Γραμματέας

Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος Κ.

Ταμίας

Γκίκας Πασχάλης

Ειδ. Γραμματέας

Πάγκαλος Γεώργιος

Μέλη

Καρζής Αντώνιος

Μπάρας Σπυρίδων

Καλοδίκη Βιργινία

Δημητριάδης Γεώργιος

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ:

Καραμπουτάκης Γεώργιος

Καραϊσκάκης Δημήτριος

Χιώτης Ιωάννης

Παπαλιάγκα Μαρία

Ράντης Κωνσταντίνος

ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Απατάγγελος Δημήτριος

Καλημέρης Σπυρίδων

Νικολάου Καλλιόπη

ΕΚΔΟΤΗΣ:

Γεώργιος Η. Καυκάς

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος MSc

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Έλενα Λαγανά

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ:

Νατάσα Παπαθανασίου

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ:

Έντια Ζεντέλη, Παρασκευή Παλαιολόγου

DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΤΗΛ.: 210-6538508

e-mail: info@doctorsmedia.gr

www.doctorsmedia.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ

Το Ψυχιατρικό Βήμα δέχεται για δημοσίευση:

• Ανασκοπήσεις ψυχιατρικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις • Επίκαιρα ψυχιατρικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της Ψυχιατρικής • Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις με πρακτικό ενδιαφέρον • Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις • Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα • Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική • Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών • Ειδικά άρθρα • Παρουσίαση σύγχρονης τεχνολογίας στην Ψυχιατρική • Πρακτικές κατευθύνσεις σε δύσκολα ψυχιατρικά θέματα • Επιστολές προς τη Σύμβαση • Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου • Ψυχιατρικές ή ιατρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες • Ψυχιατρική και Πληροφορική • Ψυχιατρική και Ιστορία • Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες • Ερωτήσεις αυτοελέγχου ψυχιατρικών γνώσεων • Αφιέρωματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν • Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα • Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο • Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων • Επίσης, το Ψυχιατρικό Βήμα δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά.

Παρακαλώ αποστείλετε το υλικό προς δημοσίευση στην παρακάτω διεύθυνση:

Προς: Ψυχιατρικό Βήμα, Υπόψη Γραμματείας

DOCTORSmedia, ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Τηλ.: 210-6538508, e-mail: info@doctorsmedia.gr



Γράμμα Προέδρου

Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί εργαζόμενοι στο χώρο της ψυχικής υγείας,

Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας (ΕΝ.Ε.Ψ.Ε) έχει τη χαρά και την τιμή να σας προσκαλέσει στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριό της, που θα λάβει χώρα στις 6-8 Μαρτίου, στην Αθήνα, στο Ξενοδοχείο Crowne Plaza.

Η ΕΝ.Ε.Ψ.Ε. αγωνίζεται σταθερά για την ανάδειξη και επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά την καθημερινή άσκηση της ψυχιατρικής ειδικότητας.

Στο 2ο συνέδριό μας θα έχουμε την ευκαιρία να συζητήσουμε εκτενώς τα ζητήματα που μας απασχολούν, καθώς και να παρακολουθήσουμε ένα επιστημονικό πρόγραμμα που θα ανταποκρίνεται στις υψηλές προσδοκίες των Ελλήνων Επαγγελματιών Ψυχιάτρων, καθώς και όλων των εργαζόμενων στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Αχιλλέας Οικονόμου

MSc

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής

Πρόεδρος Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας



**ΕΝΩΣΗ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**

www.psychiatrists.gr



**ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Απολογισμός Εκπροσώπησης στην UEMS

Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας έχει την τιμή να εκπροσωπεί τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και κατ' επέκταση τον Έλληνα ψυχίατρο στην UEMS. Κατά το έτος 2019 πραγματοποιήθηκαν δύο συναντήσεις της UEMS Section of Psychiatry στις οποίες ο Ειδικός Γραμματέας της ΕΝΕΨΕ παρευρέθηκε ως εκπρόσωπος του ΠΙΣ, σύμφωνα με το 387/ 12 Φεβ. 2019 έγγραφο.

Κατά την συνάντηση 25-27 Απριλίου 2019 στην Κοπεγχάγη της Δανίας πραγματοποιήθηκαν περιληπτικά οι εξής δράσεις:

- Πραγματοποίηση επίσκεψης στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Rigshospitalet, όπου έγινε ενημέρωση σχετικά με την Ψυχιατρική στη Δανία.
- Προετοιμασία σε συνεργασία με το Τμήμα Παιδοψυχιατρικής για τη θέσπιση των απαραίτητων ικανοτήτων όλων των ιατρικών ειδικοτήτων για την φροντίδα ευπαθών ομάδων ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικά πασχόντων.
- Δημιουργία των αναγκών προσόντων για τη φροντίδα των ασθενών που μεταβαίνουν από υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων.
- Εκλογή Ταμία.
- Ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου για την εκπαίδευση σε διαφορετικές χώρες της Ευρώπης από το Task Force on Education for European Psychiatry (TFEEP).
- Έγκριση για δημοσίευση του άρθρου: «A sustainable approach to depression: moving from words to actions» μετά τη σύμφωνη γνώμη των μελών και κατόπιν έγκρισης από τις εθνικές ψυχιατρικές ενώσεις. Το ΔΣ της Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας έλαβε γνώση και ενέκρινε το άρθρο.
- Ενημέρωση για τη νέα δυνατότητα απόδοσης CME μορίων από τους εκδότες των ιατρικών περιοδικών

προς τους κριτές των επιστημονικών άρθρων.

- Συνεργασία με Ψυχολόγους.
- Ανανέωση των CME (συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση στην Ευρώπη) και απόφαση για δυνατότητα ασφαλούς εμπλοκής των φαρμακευτικών εταιρειών στη διαδικασία συλλογής αυτών. Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων δια του εκπροσώπου της απάντησε σχετικά με την ελληνική πραγματικότητα της μη αναγκαίας συγκέντρωσης CME μορίων ετησίως για τη διατήρηση του τίτλου ειδικότητας. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος σημειώθηκε ως ο αρμόδιος για τη χορήγηση και συλλογή των CME μορίων στην Ελλάδα.
- Ανάρτηση πληροφοριών σχετικά με την UEMS Section of Psychiatry στις ιστοσελίδες των εθνικών ψυχιατρικών ενώσεων. Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας συμμορφώθηκε με την πρόταση και συμπεριέλαβε στην ιστοσελίδα της σύνδεσμο που παραπέμπει στην UEMS Section of Psychiatry προς ενημέρωση των Ελλήνων Ψυχιάτρων.
- Εργασίες για τη δημιουργία Ευρωπαϊκών Εξετάσεων Ψυχιατρικής.
- Συνεργασία με άλλους οργανισμούς.
- Επικύρωση του εγγράφου της UEMS Multidisciplinary Joint Committee of Sexual Medicine προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για την θέσπιση του μαθήματος σεξουαλικής ιατρικής ως βασικού μαθήματος στις Ιατρικές Σχολές της Ευρώπης.

Κατόπιν της άνωθεν συνάντησης, σε ηλεκτρονική αλληλογραφία, η UEMS Section of Psychiatry ζήτησε από τις χώρες-μέλη να συμπληρώσουν και να επιστρέψουν ερωτηματολόγιο που να απαντά σε εθνικό επίπεδο ποιοι φορείς είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση, ποιοι για την ανανέωση των προτύπων περίθαλψης, καθώς και ποιοι φορείς θα πρέπει να λαμβάνουν τις αναφορές και οδηγίες της UEMS Section of Psychiatry.

Επίσης, απεστάλη απάντηση σε έγγραφο της ομάδας εργασίας εξωτερικών σχέσεων της UEMS Section of Psychiatry σχετικό με τη συνεργασία Ψυχιάτρων - Ψυχολόγων, όπως αυτή υφίσταται στην Ελλάδα.

Τέλος, απαντήθηκαν ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη ή μη επίσημης υποειδικότητας Ψυχογериατρικής στην Ελλάδα.

Κατά τη συνάντηση της 24-26 Οκτωβρίου 2019 στην Ουτρέχτη της Ολλανδίας πραγματοποιήθηκαν περιληπτικά οι εξής δράσεις:

- Επίσκεψη στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Ermelo, όπου έγινε ενημέρωση σχετικά με την Ψυχιατρική στην Ολλανδία.
- Οικονομικός απολογισμός 2019.
- Ενημέρωση για τη συνάντηση του UEMS Council.
- Συνέχιση δραστηριοτήτων ομάδων εργασίας Ευρωπαϊκών Εξετάσεων Ψυχιατρικής, Ψυχοθεραπείας, Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, Εξωτερικών Σχέσεων και Ενημέρωσης.
- Εκλογή νέου Προέδρου (εξελέγη ο Dr. Andy Brittlebank) και Αντιπροέδρου για CME (εξελέγη η Dr. Marisa Casanova Dias)
- Αναθεώρηση του ετήσιου πλάνου δράσης της UEMS Section of Psychiatry. - Δράσεις από συνεργασίες με άλλους οργανισμούς.
- Εκλογή του Ειδικού Γραμματέα της ΕΝΕΨΕ Dr. Πάγκαλου ως νέου εκπροσώπου της UEMS Section of Psychiatry στην UEMS Multidisciplinary Joint Committee for Sexual Medicine, ενισχύοντας την παρουσία του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου σε διεπιστημονικά Τμήματα της UEMS.

Σε συνέχεια της εκλογής του, ο Dr. Πάγκαλος ως εκπρόσωπος της UEMS Section of Psychiatry στην UEMS Multidisciplinary Joint Committee of Sexual Medicine (MJCSM) συμμετείχε στη συνάντηση της UEMS MJCSM στις 24 Νοεμβρίου 2019 στο Άμστερνταμ, όπου και έλαβαν χώρα:

- Εκλογή νέου Ταμιά (Εξελέγη ο Prof. Bitzer)
- Συλλογή των εγκρίσεων από όλα τα εμπλεκόμενα Τμήματα της UEMS σχετικά με την πρόταση προς

το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για τη θέσπιση μαθήματος σεξουαλικής ιατρικής στις Ιατρικές Σχολές της Ευρώπης.

- Ανάθεση στον Πρόεδρο της UEMS MJCSM και τον Πρόεδρο της European Society for Sexual Medicine για υποστήριξη της προαναφερθείσας πρότασης στο ΔΣ της UEMS.
- Οργάνωση των επερχόμενων ευρωπαϊκών εξετάσεων Σεξουαλικής Ιατρικής στις 23 Ιανουαρίου 2020 στην Πράγα.
- Ορισμός του Dr. Πάγκαλου στην εξεταστική επιτροπή της UEMS MJCSM ως εκπρόσωπος της UEMS Section of Psychiatry και κατεπέκταση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου.
- Μελλοντικός σχεδιασμός για διεύρυνση του Τμήματος.
- Επικύρωση των προβλεπόμενων απαιτήσεων εκπαίδευσης για τη Σεξουαλική Ιατρική.
- Στο πλαίσιο τη συμμετοχής του Dr. Πάγκαλου ως Μέλος της Επιτροπής Εξετάσεων της UEMS MJCSM κλήθηκε να αξιολογήσει διαδικτυακά τα βιογραφικά των 124 υποψηφίων για τις εξετάσεις.

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης της Επιτροπής Εξετάσεων που συμμετείχε στις 6-8 Δεκεμβρίου στο Άμστερνταμ πραγματοποιήθηκαν:

- Τελική επιλογή των υποψηφίων ανάλογα με τις επιμέρους διαδικτυακές αναφορές των μελών της Επιτροπής για συμμετοχή τους στις εξετάσεις Σεξουαλικής Ιατρικής στις 23 Ιανουαρίου 2020.
- Δημιουργία των ερωτήσεων των γραπτών εξετάσεων.
- Επικύρωση των τελικών γραπτών ερωτήσεων των επερχόμενων εξετάσεων.
- Αποστολή στην Πρόεδρο της Επιτροπής Εξετάσεων βιογραφικού όπως ζητήθηκε από την CESMA (Council for European Specialists Medical Assessment) ως του συμβουλευτικού οργάνου της UEMS για την οργάνωση Ευρωπαϊκών Εξετάσεων.

Η ενεργός εκπροσώπηση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και της Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδος στο Τμήμα Ψυχιατρικής της UEMS, η ανάθεση σε εκπρόσωπο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου για πρώτη φορά ιστορικά να συμμετέχει στο Διεπιστημονικό Τμήμα Σεξουαλικής Ιατρικής της UEMS, καθώς και η τοποθέτηση του Dr. Πάγκαλου στην Επιτροπή Ευρωπαϊκών Εξετάσεων Σεξουαλικής Ιατρικής της UEMS, ενισχύουν το ρόλο του ΠΙΣ στα Τμήματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικευμένων Ιατρών που σχετίζονται με την Ειδικότητα της Ψυχιατρικής, ευοδώνοντας τους σκοπούς και τις δράσεις της Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. ■

Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός



Αναστασία Τσακίρη

MBChB, CCT CAMHS, ASRPCPsych, MD, Consultant in Child and Adolescent Psychiatry, Humber Teaching NHS Foundation Trust, Orion (General Acute Unit) & Nova (Psychiatric Intensive Care Unit) | Inspire CAMHS Inpatient Service

Ο Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (TMS) είναι μία ασφαλής, μη επεμβατική και εγκεκριμένη θεραπεία για την κατάθλιψη, η οποία εφαρμόζεται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε μια ευρύτερη γκάμα ψυχικών διαταραχών.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι ένα εγγενώς «ηλεκτρικό» όργανο, το οποίο λειτουργεί μέσω της διαβίβασης ηλεκτρικών σημάτων ανάμεσα στα νευρικά κύτταρα. Η θεραπεία TMS λοιπόν, δουλεύει με τις φυσικές διαδικασίες του σώματος, αυξάνοντας απλώς τον αριθμό και τη συχνότητα τέτοιων διαβιβάσεων. Συγκεκριμένα, το TMS επιστρατεύει τη μαγνητική ενέργεια για να ερεθίσει συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου ανάλογα την ψυχική νόσο.

Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να τροποποιήσει τη δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου, προκαλώντας επιθυμητές επιδράσεις που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες στη θεραπεία ποικίλων ψυχολογικών προβλημάτων.

Το 2008, ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ενέκρινε το TMS ως θεραπεία για την ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη, σε ενήλικες οι οποίοι δεν είχαν βρει ανακούφιση από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα¹.

Τον Δεκέμβριο του 2015, ο NICE ενέκρινε το TMS ως μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης της κατάθλιψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, δίνοντας πλήρη καθοδήγηση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS)².

Επιπλέον, το 2018 ο FDA ενέκρινε το TMS και για τη θεραπεία της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής³ καθώς επίσης, την ίδια χρονιά, ενέκρινε ένα νέο πρωτόκολλο θεραπείας TMS, το iTBS(theta burst) με διάρκεια 3 λεπτά, για τη θεραπεία της κατάθλιψης⁴. Επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν κλινικές με έγκριση από την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (CQC) που εφαρμόζουν τη TMS θεραπεία σε εφήβους με κατάθλιψη, ηλικίας 16 έως 18 ετών⁵.

Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι η θεραπεία TMS για την εξάρτηση από την κοκαΐνη, έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει εγκεκριμένο πρωτόκολλο το επόμενο διάστημα⁶.

Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα του TMS σε διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές υποστηρίζεται από πλήθος πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων.

Συγκεκριμένα, το TMS βοηθά στην εξάρτηση από τη νικοτίνη, μειώνοντας σημαντικά την επιθυμία του ατόμου για χρήση τσιγάρου⁷, στην εξάρτηση από την ηρωίνη, μειώνοντας την επιθυμία για χρήση ηρωίνης⁸, στην εξάρτηση από το τζόγο και την κοκαΐνη, βελτιώνοντας τα συμπτώματα του παθολογικού τζόγου και μειώνοντας την επιθυμία για χρήση κοκαΐνης⁹, καθώς επίσης, στην κατανάλωση αλκοόλ¹⁰.

Ακόμα, η θεραπεία TMS είναι αποτελεσματική στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες μειώνοντας συμπτώματα αποφυγής, αναβίωσης και υπερδιέγερσης¹¹, καθώς και στο Alzheimer βελτιώνοντας σημαντικά τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών¹².

Επίσης, η θεραπεία TMS φαίνεται να είναι αποτελεσματική και στην αντιμετώπιση του Αυτισμού, βελτιώνοντας σημαντικά τη γνωστική ετοιμότητα των παιδιών, καθώς και τη συμπεριφορά τους¹³.

Τέλος, η επίδραση της θεραπείας TMS φαίνεται και στους ασθενείς με Σχιζοφρένεια, καθώς λειτουργεί επικουρικά στην αντιμετώπιση των ακουστικών τους ψευδαισθήσεων¹⁴.

Εκτός από την αποτελεσματικότητα σε περιπτώσεις όπου άλλες παρεμβάσεις απέτυχαν, το δεύτερο μεγάλο πλεονέκτημα του TMS είναι η ασφάλεια.

Οι παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τη θεραπεία με TMS είναι ελάχιστες. Ως μέθοδος πα-

ρέχει αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης χωρίς τις συνήθεις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής (γαστρεντερικές διαταραχές, αλλαγή βάρους, μειωμένη λίμπιντο, κλπ.), ενώ δεν απαιτείται χρήση ενέσεων ή αναισθησίας.

Πραγματοποιείται ως εξω-νοσοκομειακή θεραπεία, με διάρκεια μισή περίπου ώρα ανά συνεδρία. Οι άμεσες, βραχύχρονες παρενέργειες που μπορεί να βιώσει κανείς περιλαμβάνουν ήπια αναστρέψιμη κεφαλαλγία, ήπια δυσφορία στο τριχωτό της κεφαλής, αίσθημα “μουδιάσματος” ή δυσφορία, ή αίσθηση ζαλάδας στο πλαίσιο της θεραπείας.

Η πιο σοβαρή παρενέργεια που είναι η κρίση «Ε», είναι εξαιρετικά σπάνια, μετά τη θέσπιση των ορίων ασφαλείας το 2000, όπου και άρχισε να χρησιμοποιείται περισσότερο ως θεραπευτική παρά ως διαγνωστική μέθοδος.

Το TMS αποτελεί θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς που είναι ανθεκτικοί στη φαρμακοθεραπεία. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε αποκλειστικά είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ή ψυχοθεραπεία προς βελτιστοποίηση του αποτελέσματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Class II Special Controls Guidance Document: Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) Systems - Guidance for Industry and FDA Staff
2. Repetitive transcranial magnetic stimulation for depression (NICE guidelines)
3. FDA permits marketing of transcranial magnetic stimulation for treatment of obsessive compulsive disorder
4. Effectiveness of theta burst versus high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression (THREE-D): A randomised non-inferiority trial. The Lancet, 391(10131), 1683-1692.
5. <https://www.smarttms.co.uk/depression-and-tms/teens>
6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006322313000383>
7. <https://bit.ly/2UsmkWK>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31151221>
9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741832918300387?via%3Dihub>
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28278422>
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30735817>
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31228356>
13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4054568/>

Τα πεδία εφαρμογής κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής σήμερα

Παναγιώτης Χ. Χονδρός

Ψυχολόγος, Πρόεδρος ΕΠΑΨΥ, Αντιπρόεδρος Ομοσπονδίας Φορέων
Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας ΑΡΓΩ

Μπορεί η Ψυχιατρική να μην είναι κοινωνική;

Από την δεκαετία του '60 ο ορισμός της κοινοτικής ψυχιατρικής εμπλουτίζεται με σημαντικές πτυχές που σε κάθε διαφορετική απόπειρα προσδιορισμού της έννοιας έρχονται να προσθέσουν καίρια σημεία αναφοράς όπως: η έγκαιρη αναγνώριση της ψυχικής ασθένειας, η αποτελεσματική αξιοποίηση των κοινοτικών πόρων (οικογένεια, κοινωνικά δίκτυα, συναδέλφους άλλων πεδίων), η ύπαρξη κοινωνικού κινήματος, η προσβασιμότητα υπηρεσιών και η αποδοχή ευθύνης, η αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού και όχι μόνο του ατόμου, η πληθώρα δομών και μορφών παρέμβασης, η ύπαρξη δικτύου.

Από τους πιο διαδεδομένους και αποδεκτούς ορισμούς, αυτόν των Szmukler & Thornicroft (2001), θα κρατήσουμε την αναφορά σε ένα σύστημα υπηρεσιών που απαρτιώνουν ένα μεγάλο εύρος πόρων επαρκούς ικανότητας κάλυψης αναγκών που λειτουργούν σε προσβάσιμες τοποθεσίες.

Σύμφωνα μ' αυτό το στοιχείο θα πρέπει να δούμε ποιες εκβάσεις σήμερα εμπεριέχουν αυτή την αποτελεσματική αξιοποίηση πόρων. Με ποιο τρόπο μπορούμε να δίνουμε ικανοποιητικές απαντήσεις πέρα από την διάγνωση και την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων; Αναφερόμαστε σε προβλήματα που σχετίζονται με κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, όπως η εργασία σ' ένα ασφαλές περιβάλλον, η στέγαση, η προστατευμένη πρώιμη παιδική ηλικία, η αντιμετώπιση των άμεσων επιπτώσεων (φτωχοποίηση) πιθανών οικονομικών κρίσεων, το φυσικό περιβάλλον, την πιθανή ανάγκη για μετανάστευση. Αυτά που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποκαλεί κοινωνικούς παράγοντες της υγείας και η συσχέτιση τους με την εμφάνιση σοβαρών σωματικών και ψυχικών ασθενειών θεωρείται πλέον αδιάσειστο δεδομένο (Marmot & Wilkinson, 2003). Ουσιαστικά επιδιώκουμε να βγάλουμε την ψυχιατρική από τους τέσσερις τοίχους του ιατρείου, του κέντρου, της μονάδας, στη γειτονιά, την τοπική κοινότητα, στην κοινωνική πραγματικότητα.

Έχουν γίνει σημαντικά βήματα στην χώρα μας, με την θέσπιση νομοθεσίας, τη δημιουργία περισσότερων από 400 κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, ανάμεσα στις οποίες και 30 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την ανάπτυξη αντίστοιχου κεφαλαίου ανθρώπινου δυναμικού, την αλλαγή, τέλος, ως ένα βαθμό, της στάσης του πληθυσμού απέναντι

στην ψυχική ασθένεια (Chondros & Stylianidis, 2016, Chondros, 2015).

Υπάρχουν βέβαια σημαντικές προσκλήσεις:

- Οι ασφυκτικές ελλείψεις σε δομές για παιδιά και εφήβους
- Η ανάγκη αύξησης του αριθμού κέντρων ημέρας, κινήτων μονάδων και μονάδων για ειδικά προβλήματα
- Η εφαρμογή της νομοθεσίας που να επιτρέπει την λειτουργία και να ενισχύει την τομεοποίηση, όπως ο πρόσφατος ν.4461/17
- Η αξιοποίηση στην πράξη της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία μέσω της εκπαίδευσης, της αξιολόγησης των υπηρεσιών και της δημιουργίας μηχανισμών ελέγχου και πρόληψης
- Η προώθηση διατομεακά της έννοιας της ενδυνάμωσης και της ενεργούς εμπλοκής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης, Χονδρός, Λάβδας, 2016)
- Η ανάπτυξη της ικανότητας των φορέων να οργανώνουν υπηρεσίες λαμβάνοντας υπόψη την ψυχοκοινωνική διάσταση της προσφυγικής συνθήκης

Η κοινωνική - κοινοτική ψυχιατρική βρίσκεται διαρκώς σε προβληματισμό σχετικά με τον καθορισμό του πεδίου παρέμβασης, τον λόγο που θα υιοθετήσει, την θέση της σε σχέση και έναντι άλλων κλάδων, την ανάγκη μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής κουλτούρας (Di Nicola, 2019, Στυλιανίδης, 2019). Θα πρέπει στην χώρα μας να βρούμε τα σημεία εφαρμογής με ευρείες συνεργασίες με τους άμεσα εμπλεκόμενους (λήπτες υπηρεσιών, φροντιστές, άλλους κοινοτικούς φορείς), δίνοντας απαντήσεις σε σύνθετα κοινωνικά - πολιτικά προβλήματα και αξιολογώντας τις εκβάσεις των δράσεων, των προγραμμάτων και των υπηρεσιών μας, λαμβάνοντας υπόψη και τον κοινωνικό αντίκτυπό τους.

- Chondros P & Stylianidis S (2016). Psychiatric Reform in Greece. In Stylianidis S (Ed.) Social and community psychiatry. Springer DOI 10.1007/978-3-319-28616-7
- Chondros P (2015). The contribution of NGOs in the empowerment of users and family members in Greece: Actions and problems. In Economou M, Javed A, Madianos M, Peppou L. (Eds.) Psycho-sis: patients and families. International and Greek Examples of psychiatric Rehabilitation. Hellenic Branch of the World Association for Psychiatric Rehabilitation, 36-39.
- Di Nicola V. (2019). A person is a person through other persons: A social psychiatry manifesto for the 21st century. World Soc Psychiatry;1:8-21.
- Marmot M, Wilkinson R. (2003). Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen, : World Health Organization.
- Szmukler G. & Thornicroft G (2001). What is community psychiatry? In: Thornicroft G, Szmukler G. (Eds.) Textbook of community psychiatry, Oxford: Oxford University Press, 1-12
- Στυλιανίδης Σ (2019). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: στοιχεία αναστοχασμού. Σύναψις 54:4-9
- Στυλιανίδης Σ, Χονδρός Π, Λάβδας Μ (2016). Εισαγωγή. Στο: Στυλιανίδης Σ (Επιμ.) Ενδυνάμωση και συνηγορία. Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας. Τόπος: Αθήνα: 15-51



ΕΝΩΣΗ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η άποψη της ΕΝΩΣΗΣ στην δημόσια διαβούλευση για τις ακούσιες νοσηλείες

Υπόμνημα σχετικά με το προσχέδιο νόμου για την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη

Την περίοδο αυτή βρίσκεται υπό δημόσια διαβούλευση προσχέδιο νόμου για την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη. Το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών στη χώρα μας κυμαίνεται μεταξύ 55% και 65% επί του συνόλου των νοσηλειών (από τα υψηλότερα στην Ευρώπη), ενώ στις δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές μόνο της Αττικής εισάγονται ακουσίως περισσότεροι από 3000 άνθρωποι ετησίως.

Σύμφωνα με τον ισχύοντα Νόμο 2071/1992, ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπίζεται ως επικίνδυνος εν δυνάμει εγκληματίας και όχι ως πάσχοντας, ενώ είναι σύνηθες να παραβιάζεται υπέρμετρα η ατομική του ελευθερία.

Σημαντικά προβλήματα υπάρχουν κατά τη μεταφορά των ασθενών (πχ μεταφέρονται από αστυνομικούς με περιπολικό φορώντας χειροπέδες ή διανυκτερεύουν στο κρατητήριο μαζί με ποινικούς κρατούμενους), την ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, ενώ η συνεδρίαση του Πρωτοδικείου πραγματοποιείται ως τυπική διαδικασία, συνήθως χωρίς την παρουσία του ασθενούς.

Εξάλλου η χώρα μας, το 2011, έχει καταδικαστεί, από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του ανθρώπου στο Στρασβούργο, για δυο περιπτώσεις καταπάτησης δικαιωμάτων κατά τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας (Βένιος κατά Ελλάδος, Καραμανόφ κατά Ελλάδος).

Η ανάγκη λοιπόν αναθεώρησης του Νόμου 2071/1992 για το ευαίσθητο ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας είναι επιτακτική.

Οι αλλαγές που εξετάζονται καλούνται να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο το οποίο να εφαρμόζεται στο ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο αναμφισβήτητα λειτουργεί με τεράστιες ελλείψεις ανθρωπινού δυναμικού, απουσία συντονισμού και εξαιρετικά περιορισμένους οικονομικούς πόρους.

Η σημαντικότερη ίσως αλλαγή που εισάγεται είναι

η διάκριση της ανάγκης για νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική, από την ανάγκη θεραπείας στην κοινότητα. Η αναγκαστική θεραπεία στην κοινότητα είναι ένα μέτρο που εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες σε Ευρωπαϊκές και άλλες χώρες.

Προϋποθέτει την ύπαρξη καλά οργανωμένων και στελεχωμένων δομών ψυχικής υγείας, με επαγγελματίες οι οποίες θα επισκέπτονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα τον ασθενή, θα καταγράφουν την πορεία του και θα παρεμβαίνουν. Η εμπειρία από αυτές τις χώρες, που έχουν κατά κοινή παραδοχή καλύτερο δίκτυο ψυχικής υγείας από την Ελλάδα, δείχνει ότι το μέτρο δεν ήταν αποτελεσματικό στη μείωση των ακούσιων νοσηλειών.

Στην χώρα μας, όπου δεν υπάρχει ολοκληρωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών, είναι αμφίβολο αν την περίοδο των κλειστών προϋπολογισμών για την υγεία υπάρχει η δυνατότητα οργάνωσής του. Είναι λοιπόν εξαιρετικά πιθανό να οδηγηθούμε στο ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή την καθυστέρηση της θεραπείας και την αύξηση της συχνότητας και διάρκειας των ακούσιων νοσηλειών.

Μια άλλη σημαντική αλλαγή του υπό διαβούλευση νομοσχεδίου είναι η αναθεώρηση των κριτηρίων που πρέπει να πληροί κάποιος ώστε να διαταχθεί ακούσια νοσηλεία.

Πλέον καταργείται το κριτήριο του Νόμου 2071/1992 «η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή

να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου» που ορίζει ότι η νοσηλεία έχει ως σκοπό τον περιορισμό της επικινδυνότητας του ασθενούς, παρά τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του.

Ο διαχωρισμός της επικινδυνότητας από την ανάγκη νοσηλείας καθιστά τη νομοθεσία της χώρας μας σύμφωνη με τη συνθήκη του Οβιέδο (η οποία κυρώθηκε στη χώρα μας με το Νόμο 2619/1998 ΦΕΚ Α'132), όπου αναφέρεται ότι το μόνο κριτήριο για θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς πρέπει να είναι το συμφέρον της υγείας του («με επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένου της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαρής μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεσή του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του»).

Όσον αφορά το κριτήριο της αδυναμίας ελέγχου της πραγματικότητας, είναι πιθανό να δημιουργηθεί σύγχυση, καθώς υπάρχουν ψυχιατρικές παθήσεις όπου διατηρείται ο έλεγχος της πραγματικότητας αλλά υφίσταται ανάγκη νοσηλείας (σοβαρές διαταραχές άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχές πρόσληψης τροφής κλπ). Θα μπορούσε επομένως να διατηρηθεί μόνο το δεύτερο σκέλος του κριτηρίου, που αφορά την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

Επίσης, στο προσχέδιο αναφέρονται παθήσεις (Τοξικοεξάρτηση με άρνηση ένταξης σε θεραπευτικά προγράμματα, Διαταραχές της Προσωπικότητας, Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης, Νοητική Καθυστέρηση Άνοια, Διαταραχές Διαγωγής ανηλίκων) οι οποίες, ως αποκλειστικές διαγνώσεις, δεν αρκούν για ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη.

Η ύπαρξη αυτού του διαχωρισμού είναι προβληματική, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε αποκλεισμό των ασθενών με τις παραπάνω διαγνώσεις από τη δυνατότητα νοσηλείας (ακόμα και αν παρουσιάζουν σοβαρή συνοδό ψυχοπαθολογία) και αντιστρόφως στην ευκολία εισαγωγής ασθενών με άλλες διαγνώσεις (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή).

Για τη διαδικασία ψυχιατρικής εκτίμησης προβλέπεται η κατ' οίκον εξέταση του ατόμου από ψυχίατρο Κοινοτικής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.

Το μέτρο αυτό δε μπορεί να εφαρμοστεί πρακτικά, τόσο γιατί στις περισσότερες περιοχές της χώρας δεν υπάρχουν Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Υπηρεσίες Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Θεραπείας,

όσο και γιατί δεν υπάρχει τρόπος να διασφαλίζεται η ασφάλεια των ψυχιάτρων που καλούνται να επισκεφτούν τα σπίτια των (σε αρκετές περιπτώσεις) ανήσυχων και επιθετικών ασθενών, αφού η κατάστασή τους δε είναι εκ των προτέρων γνωστή.

Επίσης, δεν υπάρχει πρόβλεψη οικονομικής αποζημίωσης των ψυχιάτρων (του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα) όταν συμμετέχουν στη διαδικασία εξέτασης.

Σημειώνεται ότι η ψυχιατρική εξέταση για την ακούσια νοσηλεία αποτελεί πολύ σοβαρή διαδικασία που απαιτεί χρόνο, επιστημονική εργασία και ανάληψη ιατρικής ευθύνης, που μπορεί να οδηγήσει σε αιτήματα αποζημιώσεων προς τους ιατρούς, για τυχόν παραλείψεις τους.

Εξάλλου, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι ψυχίατροι αποζημιώνονται οικονομικά, ακόμα και αν είναι ιατροί του δημοσίου συστήματος και διενεργούν την εξέταση κατά τη διάρκεια της βάρδιάς τους.

Μια ακόμα σημαντική αλλαγή του προσχεδίου είναι η πρόβλεψη για μεταφορά των ασθενών όχι από την αστυνομία, αλλά από το Τμήμα Υποστήριξης Ψυχικής Υγείας του ΕΚΑΒ, το οποίο θα αποκτήσει 10 συμβατικά οχήματα, με ειδικό εξοπλισμό και θα στελεχωθεί με ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές.

Η αστυνομία θα καλείται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Το μέτρο αυτό απεμπλέκει την αστυνομία σε περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η συνδρομή της και προστατεύει την αξιοπρέπεια του ασθενούς, ο οποίος πλέον δε θα «συλλαμβάνεται», αλλά θα «δι-ακομίζεται».

Όμως ο αριθμός των 10 οχημάτων, η πλειοψηφία των οποίων αναμένεται να τοποθετηθεί στα μεγάλα αστικά κέντρα, είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών της χώρας. Η πρόσληψη ικανού αριθμού νοσηλευτών, ώστε να αναλάβουν το συγκεκριμένο έργο μοιάζει ευχολόγιο, όταν αναφερόμαστε σε ένα οργανισμό με τεράστιες ελλείψεις και δυσλειτουργίες όπως το ΕΚΑΒ.

Αναφέρουμε χαρακτηριστικά ότι για την ακινητοποίηση – καθήλωση ενός ανήσυχου ασθενούς απαιτείται, σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, η συμμετοχή πέντε νοσηλευτών (τέσσερις κρατούν τα άκρα και ένας προστατεύει το κεφάλι του ασθενούς).

Ζήτημα ανακύπτει επίσης όσον αφορά στη νομιμοποίηση των νοσηλευτών για την άσκηση βίας, όταν καλούνται να μεταφέρουν ένα άτομο παρά τη θέλησή του. Το πιο πιθανό αποτέλεσμα είναι στις περισσότερες περιπτώσεις θα ζητείται η συνδρομή της αστυνομίας και μάλιστα θα προκύπτει διαφωνία μεταξύ νοσηλευτών και αστυνομικών για τη σκοπιμότητα της κλήσης.

Όσον αφορά τις ψυχιατρικές κλινικές όπου θα πραγματοποιούνται οι ακούσιες νοσηλείες, συνεχί- ►

► Ξει δυστυχώς να γίνεται διάκριση μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών μονάδων υγείας, αν και οι δεύτερες διαθέτουν ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ψυχιατρικών κλινών της χώρας.

Με το μέτρο αυτό ο ψυχικά ασθενής στερείται του δικαιώματος επιλογής που έχουν όλοι οι άλλοι πολίτες για την υγεία τους (νοσηλεία σε κρατική ή ιδιωτική κλινική). Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αναγκάζονται να μεταφερθούν για νοσηλείες (διάρκειας αρκετών εβδομάδων) σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές και οι συγγενείς τους, αν θέλουν να τους συμπαρασταθούν, να υποστούν ταλαιπωρία και οικονομική εξουθένωση.

Επίσης, για κάποιους ασθενείς που παρακολουθούνται από ψυχιάτρους που εργάζονται σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές χάνεται η συνέχεια στη φροντίδα τους. Θα ήταν προτιμότερο επομένως να υπάρχει πρόβλεψη για ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές τουλάχιστον όταν πχ ο ασθενής ή οι συγγενείς του έχουν εκφράσει εκ των προτέρων την επιθυμία του για εισαγωγή εκεί ή στο νόμο διαμονής του δεν υπάρχει δημόσια ψυχιατρική κλινική ή δεν υπάρχουν ελεύθερες κλίνες σε δημόσιες κλινικές.

Εξάλλου οι ιδιωτικές κλινικές βρίσκονται υπό τη συνεχή εποπτεία του κράτους, η οποία στις περιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας θα μπορούσε να είναι πιο επισταμένη.

Η ανώτατη διάρκεια νοσηλείας ορίζεται στο προσχέδιο στους 4 μήνες, χρόνος που συνήθως επαρκεί για τη βελτίωση της υγείας του νοσηλευόμενου.

Δεν είναι όμως ασύνηθες να συναντούμε περιπτώσεις ασθενών όπου απαιτείται χρόνος θεραπείας μεγαλύτερος των 4 μηνών, για διάφορους λόγους (ανθεκτικότητα στη θεραπεία, εναλλαγή φάσεων της νόσου, κακή συνεργασία κλπ).

Πρέπει λοιπόν να υπάρχει πρόβλεψη για τις σπάνιες αυτές περιπτώσεις, προκειμένου να αποκλειστεί ο κίνδυνος πρόωρου εξιτηρίου ή ευθύνης του ψυχιάτρου που παρατείνει την θεραπεία για ιατρικούς λόγους.

Επίσης, πρέπει η άρση της εισαγγελικής να αποσυνδεθεί από το εξιτήριο και ο ασθενής, όταν η κατάστασή του βελτιώνεται, να μπορεί να συνεχίζει εκουσίως τη νοσηλεία του, μέχρι την επιθυμητή έκβαση.

Τέλος, στο προσχέδιο τονίζεται η αναμφισβήτητη ανάγκη για σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Οφείλουμε να επισημάνουμε ότι οι κακές συνθήκες νοσηλείας που συναντάμε σε πολλές κρατικές κλινικές της χώρας οφείλονται σε παράγοντες όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση, η εξουθένωση του προσωπικού, οι υπεράριθμοι ασθενείς (οι οποίοι συχνά

τοποθετούνται σε φορεία στους διαδρόμους) κλπ.

Η δυσκολία εποπτείας οδηγεί και σε άλλους αυστηρούς περιορισμούς της ελευθερίας (πχ απαγόρευση κινητών τηλεφώνων ή περιορισμό αδειών).

Η ακούσια νοσηλεία χρησιμοποιείται συχνά για τη διευθέτηση οικογενειακών διαφορών ή ακόμα κοινωνικών προβλημάτων (πχ φιλοξενία αστέγων).

Οι ψυχίατροι που καλούνται να γνωματεύσουν για την ανάγκη νοσηλείας συχνά έχουν αμυντική στάση και επιλέγουν την εισαγωγή του ασθενούς.

Τέλος, η κυριότερη ίσως αιτία υπερφόρτωσης των ψυχιατρικών κλινικών αποτελεί η απουσία δομών κοινοτικής ψυχιατρικής, αφού η έλλειψη συνέχειας στην ψυχιατρική φροντίδα οδηγεί στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», δηλαδή σε συνεχείς υποτροπές και επαναεισαγωγές.

Συμπερασματικά, τα μέτρα του υπό διαβούλευση νομοσχεδίου στοχεύουν θεωρητικά στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η εμπειρία μας ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας δείχνει όμως ότι οι σημαντικότερες παραβιάσεις των δικαιωμάτων οφείλονται όχι στα κενά της νομοθεσίας, αλλά στις ανεπάρκειες και ελλείψεις του συστήματος ψυχικής υγείας.

Δυστυχώς το νομοσχέδιο προϋποθέτει την λειτουργία δομών κοινοτικής ψυχιατρικής, που σήμερα δεν υπάρχουν και είναι πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να δημιουργηθούν και να οργανωθούν, υπό τις παρούσες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες.

Η προϊστορία των αλλεπάλληλων αποτυχημένων προσπαθειών αναδιοργάνωσης της κοινοτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μας κάνει απαισιόδοξους.

Η εφαρμογή μέτρων του νομοσχεδίου όπως η νοσηλεία στην κοινότητα, η κατ' οίκον εξέταση του ασθενούς, η απεμπλοκή της αστυνομίας, η μεταφορά από το ΕΚΑΒ, χωρίς να έχουν εκ των προτέρων εξασφαλιστεί οι απαραίτητοι πόροι και προϋποθέσεις αναμένεται να οδηγήσουν σύγχυση και εν τέλει στο αντίθετο αποτέλεσμα.

Δηλαδή στην περαιτέρω στέρηση της ελευθερίας και επιβάρυνση της υγείας των πλέον ευάλωτων συνανθρώπων μας, των ψυχικά ασθενών.

Εκ μέρους του διοικητικού συμβουλίου
της ΕΝΕΨΕ

Ο Πρόεδρος
Αχιλλέας Οικονόμου

Ο Γενικός Γραμματέας:
Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου

Οικονομικά και θεσμικά προβλήματα των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών



Χιώτης Ιωάννης

Ψυχίατρος, Επιστημονικός Διευθυντής Ιδιωτικής Ψυχιατρικής Κλινικής

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές προσφέρουν, εδώ και πολλές δεκαετίες, υπηρεσίες περίθαλψης στους ψυχικά ασθενείς, προσαρμοζόμενες σε κάθε φάση εξέλιξης της ψυχιατρικής πραγματικότητας. Την περίοδο που διανύουμε όμως, οι συνθήκες που διαμορφώνονται καθιστούν την επιτέλεση του έργου τους ιδιαιτέρως δυσχερή.

Πληθώρα στοιχείων δείχνει ότι τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα υπάρχει αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (κυρίως της κατάθλιψης) (Οικονόμου και συν., 2018), αλλά και της ανάγκης νοσηλείας ασθενών με νόσους όπως οι γεροντικές ψυχώσεις και η σχιζοφρένεια (ΕΛΣΤΑΤ, 2012). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση οδήγησε στη συρρίκνωση των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρείων, αλλά απέτυχε να οργανώσει τις δομές της κοινότητας και να διασυνδέσει τις υπηρεσίες των τομέων ψυχικής υγείας, ώστε να καλύπτονται οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του γενικού πληθυσμού, αλλά και ειδικών ομάδων ψυχικά ασθενών. Παράλληλα, η οικονομική κρίση είχε ως συνέπεια τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των Ελλήνων και τη δραστική περικοπή των δημόσιων δαπανών για την υγεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Τέλος, η νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας παραμένει σε πολλά σημεία αναχρονιστική.

Λόγω των ανωτέρω συνθηκών, αλλά και μια σειράς πολιτικών αποφάσεων, διαμορφώνεται για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ένα περιβάλλον, όπου καλούνται να αντιμετωπίσουν κρίσιμα οικονομικά και θεσμικά ζητήματα.

ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα 41 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, με συνολική δύναμη περίπου 5500 κλινών. Η αρχαιότερη από αυτές ιδρύθηκε το 1929. Έκτοτε έχουν λειτουργήσει κλινικές σε διάφορους νομούς της χώρας, καλύπτοντας μεγάλο μέρος της επικράτειας. Στην Αττική υπάρχουν 13 κλινικές, στη Μακεδονία 14, στη Θεσσαλία 12, στη Θράκη 1 και στην

Κρήτη 1, ενώ δεν υπάρχουν ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές στην υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα, στην Ήπειρο, στην Πελοπόννησο, στα Επτάνησα και στα Δωδεκάνησα.

Το πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών καθορίζεται, ανάλογα με την περίοδο κτήσης της άδειας λειτουργίας τους, από τα Π.Δ. 247/1991, Π.Δ. 517/1991 και Π.Δ. 235/2000, αλλά και τον πρόσφατο Ν. 4600/2019, ο οποίος ενοποίησε όλες τις προηγούμενες διατάξεις. Στα νομοθετήματα αυτά καθορίζονται οι νοσηλευτικές μονάδες, τα μετρικά στοιχεία των χώρων, ο ιατρικός εξοπλισμός και η σύνθεση του προσωπικού κάθε κλινικής, ανάλογα με τον αριθμό νοσηλευομένων της άδειας.

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές υπάγονται στις διατάξεις του Ν. 2716/1999. Είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, που προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη σε ασθενείς με ψυχιατρικά ή μικτά νευρολογικά – ψυχιατρικά νοσήματα. Υπάγονται στην εποπτεία των οικείων Περιφερειών και του Υπουργείου Υγείας. Σε κάθε Περιφέρεια υπάρχει η Πρωτοβάθμια Επιτροπή Κλινικών, που απαρτίζεται από έναν ιατρό της Υ.Π.Ε., έναν μηχανικό και έναν ιατρό που υποδεικνύεται από τον ιατρικό σύλλογο της περιοχής. Οι Πρωτοβάθμιες Επιτροπές διενεργούν τακτικούς ελέγχους τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, εποπτεύουν την εν γένει τήρηση των νόμων και διατάξεων. Κατόπιν, ο Περιφερειάρχης χορηγεί βεβαίωση καλής λειτουργίας. Στο Υπουργείο Υγείας υπάγονται η Δευτεροβάθμια Επιτροπή Κλινικών, οι Ελεγκτές του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας, η ειδική Επιτροπή Διοικητικού, Οικονομικού και Διαχειριστικού Ελέγχου ►

► (ΕΔΟΔΕ) και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Οι επιτροπές αυτές εκτελούν ελέγχους εκτάκτως ή κατόπιν καταγγελιών.

Σε κάθε ιδιωτική κλινική ο Διοικητικός Διευθυντής είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία, ενώ ο Επισημονικός Διευθυντής και οι Επισημονικοί Υπεύθυνοι των τμημάτων φέρουν την ευθύνη της σωστής διάγνωσης και θεραπείας των νοσηλευόμενων, της κατανομής εργασίας στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και της τήρησης των αρχείων. Στις κλινικές απασχολούνται επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ιατροί άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, οδηγοί ασθενοφόρων, φύλακες, μάγειρες, τραπεζοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας κλπ), με το συνολικό αριθμό εργαζομένων να φτάνει περίπου τους 3000.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), εδώ και δύο περίπου δύο δεκαετίες επισημαίνει την ανάγκη μεταρρύθμισης της χρηματοδότησης και αύξησης των πόρων για την ψυχική υγεία (World Health Organization 2001; 2003). Επιπλέον, πολλές ερευνητικές εργασίες έχουν επιβεβαιώσει ότι η αύξηση της κρατικής δαπάνης για νοσηλεία σε ψυχιατρικές δομές οδηγεί σε βελτίωση της παροχομενης φροντίδας (Knapp et al., 1999; Salisbury et al., 2017). Παρόλα αυτά, στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση της υγείας γίνεται με βάση έναν χαμηλό, κλειστό προϋπολογισμό, με την κατά κεφαλήν δαπάνη να είναι κατά 45% χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (ΟΟΣΑ, 2019).

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές λειτουργούν σε όλη τη περίοδο της οικονομικής κρίσης, αλλά και πριν από αυτή, σε ένα ασφυκτικό περιβάλλον οικονομικής στενότητας, που απειλεί τη βιωσιμότητά τους.

Από τη μία, τα λειτουργικά τους έξοδα συνεχώς αυξάνουν, λόγω της ανόδου του μισθολογικού, ασφαλιστικού και φορολογικού κόστους, αλλά και του κόστους για τον εκσυγχρονισμό και την προσαρμογή τους σε ευρωπαϊκές οδηγίες, που αφορούν την εφαρμογή προτύπων ISO και HACCP, τη διαχείριση απόβλητων, τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και των εργαζομένων σύμφωνα με τις αρχές του GDPR κλπ. Από την άλλη, τα έσοδά τους συνεχώς μειώνονται, λόγω της εφαρμογής των σκληρών οικονομικών μέτρων της περιόδου των μνημονίων, αλλά και των επιλογών της πολιτικής ηγεσίας.

Τα σημαντικότερα κυβερνητικά μέτρα που έχουν οδηγήσει στην υποχρηματοδότηση των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών περιγράφονται παρακάτω.

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές είναι συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ και αμείβονται για τις υπηρεσίες τους με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο που προβλέπεται από την νομοθεσία, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει. Η σημερινή εγκεκριμένη τιμή του νοσηλίου ανέρχεται σε 41,97€ ανά ημέρα και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες πράξεις θεραπείας, τη σίτιση, τα αναλώσιμα υλικά, τα είδη προσωπικής υγιεινής, τους καθετήρες σίτισης, τους ουροκαθετήρες, τα πάσης φύσεως επιθέματα, το υγειονομικό υλικό και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Πέραν του ημερήσιου νοσηλίου καταβάλλεται στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, ως ημερήσια φαρμακευτική δαπάνη, ποσό έως 8€ ανά ασθενή, σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ΕΚΠΥ) (ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157). Επιπλέον οι κλινικές αντλούν έσοδα από την αναβάθμιση θέσης που μπορεί να επιλέξουν κάποιοι από τους νοσηλευόμενους.

Από το 2013, η πολιτική ηγεσία έχει μετακυλήσει μέρος της δαπάνης νοσηλείας στον ασθενή, θεσμοθετώντας την υποχρεωτική οικονομική συμμετοχή στο κόστος της νοσηλείας. Σύμφωνα με τον πρόσφατο ΕΚΠΥ, το ποσοστό συμμετοχής για όλους τους ασφαλισμένους ανέρχεται σε 10%. Αυτό σημαίνει ότι το ημερήσιο νοσήλιο που καλείται να καταβάλλει ο ΕΟΠΥΥ στις κλινικές περιορίζεται σε 37,77€.

Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο των 41,97€ (+ έως 8€ για φαρμακευτική δαπάνη) είναι εξαιρετικά χαμηλό. Η σύγκριση με την αντίστοιχη δαπάνη στις αναπτυγμένες ιατρικά χώρες αναδεικνύει πολύ μεγάλες διαφορές. Στη Μεγάλη Βρετανία, η ημερήσια κατά κεφαλήν δαπάνη για ψυχιατρική νοσηλεία στο NHS κυμαίνεται μεταξύ 300£ και 500£ (Department of Health, 2015). Στη Γερμανία, το αντίστοιχο ποσό είναι 226.58€/ημέρα (Zentner et al., 2015). Στις Ηνωμένες Πολιτείες το κόστος της νοσηλείας έχει υπολογιστεί σε 850\$/ημέρα για ασθενείς με σχιζοφρένεια, 840\$/ημέρα για ασθενείς με διπολική διαταραχή, 870\$/ημέρα για ασθενείς με κατάθλιψη, 900\$/ημέρα για ασθενείς με εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και 1100\$/ημέρα για ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ (Stensland et al., 2012). Στην Αυστραλία, την περίοδο 2016-17, το μέσο κόστος νοσηλείας ήταν 1117\$AUS/ημέρα, με τη δαπάνη για τα ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία να αυξάνεται από 362 εκατ. \$AUS την περίοδο 2012-13, σε 536 εκατ. \$AUS, την περίοδο 2016-17 (AIHW, 2018).

Διάφορές υπάρχουν όμως και μεταξύ των διαφορετικών δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες προβλέπεται, για τα άτομα με βαριά νοητική στέρση, ημερήσιο νοσήλιο – τροφείο έως 70 ευρώ (Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014),

ενώ το ημερήσιο κόστος νοσηλείας στις δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές εκτιμάται ότι ξεπερνά τα 100 ευρώ.

REBATE KAI CLAW BACK

Κύρια αιτία της οικονομικής δυσπραγίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών αποτελούν τα μέτρα του rebate και του claw back. Τα μέτρα αυτά ψηφίστηκαν με αναδρομική ισχύ το 2013, προκειμένου να συμβάλλουν στη μείωση της κρατικής δαπάνης και στην εφαρμογή των κλειστών προϋπολογισμών για την υγεία. Rebate είναι η υποχρεωτική έκπτωση που επιβάλλεται στο ποσό που αιτούνται οι ιδιωτικές κλινικές, βάσει της σύμβασης, ως αποζημίωση για τις υπηρεσίες τους στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και Claw back είναι η υποχρεωτική επιστροφή από τις κλινικές προς στον ΕΟΠΥΥ, ποσών που έχουν λάβει για υπηρεσίες που έχουν προσφέρει, αλλά υπερβαίνουν τον καθορισμένο κλειστό προϋπολογισμό. Τα μέτρα του rebate και του claw back έχουν οδηγήσει μεσοσταθμικά σε μείωση του νοσηλίου των κλινικών σε ποσοστό 45%-50%. Αυτό σημαίνει ότι αντί για το κλειστό νοσήλιο των 37,77€/ημέρα, ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τις κλινικές με μόλις 18€-20€/ημέρα. Επιπλέον, ο αναδρομικός, αλλά και ασαφής τρόπος υπολογισμού του claw back καθιστά αδύνατο οποιονδήποτε οικονομικό σχεδιασμό για τις κλινικές.

Είναι αξιοσημείωτο ότι αν και τα rebate και claw back είχαν θεσμοθετηθεί ως έκτακτα και προσωρινά μέτρα της μνημονιακής περιόδου, συνεχίζουν να εφαρμόζονται σήμερα (μετά την έξοδο της χώρας από τα μνημόνια και την ανάδειξη υπερπλεονάσματος στον κρατικό προϋπολογισμό) και μάλιστα έχει ψηφιστεί να ισχύσουν μέχρι το 2022.

Η δεινή οικονομική κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει λόγω του claw back, όχι μόνο οι ιδιωτικές κλινικές, αλλά το σύνολο των παρόχων υπηρεσιών υγείας, επισημαίνεται και από την Κομισιόν. Στην τρίτη έκθεση της μεταμνημονιακής εποπτείας για την Ελλάδα (European Commission, 2019) αναφέρεται πως η διαδικασία είσπραξης του claw back βαίνει ικανοποιητικά, αλλά οι υποχρεώσεις που δημιουργούνται στους παρόχους απειλούν τη βιωσιμότητά τους. Οι Ευρωπαίοι εκφράζουν ανησυχία για τη δυνατότητα είσπραξης του claw back τα επόμενα χρόνια, που αναμένεται να επηρεάσει τη ρευστότητα του ΕΟΠΥΥ. Προτείνουν μάλιστα, ως αντισταθμιστικό μέτρο στο claw back, έναν μηχανισμό κινήτρων για τους παρόχους.

ΦΟΡΟΣ ΠΡΟΣΤΙΘΕΜΕΝΗΣ ΑΞΙΑΣ (ΦΠΑ)

Μία ακόμα σημαντική αιτία της οικονομικής ασφυξίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών είναι η υπαγωγή τους στον υψηλό συντελεστή ΦΠΑ (24%), Ο φόρος αυτός περιορίζει τα διαθέσιμα ποσά που

αντιστοιχούν στις κλινικές από τον κλειστό προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, ενώ επιβαρύνει και την οικονομική συμμετοχή των νοσηλευομένων.

Όσον αφορά την ιστορική εξέλιξη του ΦΠΑ στον κλάδο, αυτό που ίσχυε μέχρι το 2010 ήταν ότι ιδιωτικές κλινικές εξαιρούνταν από τον φόρο. Κατά την αρχική περίοδο της οικονομικής κρίσης, εισήχθη ΦΠΑ 11%, (ΠΟΛ 1110/24.6.2010). Το 2011, με τον Ν. 3899/2010 εφαρμόστηκε ο νέος χαμηλός συντελεστής ΦΠΑ, της τάξης του 13%. Το 2015, με την ΠΟΛ 1160/17.7.2015, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών υπήχθησαν στον υψηλό συντελεστή (23%). Τέλος, το 2016, με τον Ν. 4389/2016, ο συντελεστής αυξήθηκε σε 24%, που ισχύει μέχρι σήμερα.

Η ελληνική νομοθεσία για τον ΦΠΑ των ιδιωτικών κλινικών δεν εναρμονίζεται με την Κοινοτική Οδηγία 2006/112/EK, η οποία εκδόθηκε για να εξασφαλίσει τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ επιχειρήσεων, αλλά κυρίως για να προστατέψει τις αδύνατες κοινωνικές ομάδες. Όπως αναφέρει η Οδηγία «...μεταξύ των μελών κρατών ...είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί εναρμόνιση των νομοθεσιών περί των φόρων κύκλου εργασιών, μέσω ενός συστήματος φόρου προστιθέμενης αξίας (ΦΠΑ), με αντικειμενικό σκοπό την εξάλειψη κατά το δυνατόν των παραγόντων οι οποίοι δύνανται να νοθεύσουν τους όρους του ανταγωνισμού, τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο». Ο ΦΠΑ λοιπόν θα έπρεπε αντίστοιχος με τον φόρο των ιδιωτικών κλινικών στα άλλα μέλη - κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Φιλανδία κα), δηλαδή μηδενικός.

Επίσης, στην παράγραφο γ, του άρθρου 133, της ίδιας Οδηγίας αναφέρεται «οι τιμές (του ΦΠΑ) πρέπει να είναι κατώτερες αυτών που καθορίζονται για ανάλογες πράξεις από εμπορικές επιχειρήσεις οι οποίες υπόκεινται στον ΦΠΑ». Αντίθετα με ότι προτείνεται στην Οδηγία, στην Ελλάδα υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον ΦΠΑ μεταξύ των διάφορων παρόχων της ιδιωτικής υγείας. Έτσι, απαλλάσσονται από τον ΦΠΑ οι υπηρεσίες των ιδιωτών ιατρών (είτε προσφέρονται στα ιδιωτικά ιατρεία, είτε σε ιδιωτικές μονάδες) και οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (όπου δηλαδή δεν απαιτείται διανυκτέρευση) από αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) (ΠΟΛ 1178/20.9.2018), υπάγονται σε μειωμένο ΦΠΑ τα φάρμακα, τα ιατρικά είδη και οι υπηρεσίες των οικοτροφείων, των οίκων ευγηρίας και των δομών φιλοξενίας ΑΜΕΑ, ενώ υπάγονται στον υψηλό ΦΠΑ οι αισθητικές επεμβάσεις και οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των στρεβλώσεων που προκαλούν οι παραπάνω διαφορές είναι ότι οι ιδιωτικές κλινικές αγοράζουν τα φάρμακα από τις φαρμακευτικές εταιρίες με ΦΠΑ 6%, ενώ τα τιμολογούν στον ΕΟΠΥΥ με ΦΠΑ 24%. ►

► ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΟΦΕΙΛΕΣ

Μια ακόμα αιτία του οικονομικού αδιεξόδου των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών αποτελούν οι ληξιπρόθεσμες οφειλές προς αυτές. Υπάρχει σταθερά καθυστέρηση αρκετών μηνών στην ροή αποπληρωμής των δεδουλευμένων τους από τον ΕΟΠΠΥ, γεγονός που δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα ρευστότητας. Το χειρότερο όμως είναι ότι υπάρχουν ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων προς τις κλινικές, από την περίοδο 2006-2012. Τις οφειλές αυτές έχει επωμιστεί πλέον ο ΕΦΚΑ, ως καθολικός διάδοχος των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων. Με το πρόβλημα των ληξιπρόθεσμων οφειλών έχουν ασχοληθεί διαδοχικά όλοι οι Υπουργοί Υγείας των κυβερνήσεων των τελευταίων χρόνων, ενώ παλαιότερα είχαν γίνει κινητοποιήσεις από πλευράς προσωπικού και διοικήσεων των κλινικών, χωρίς αποτέλεσμα. Πρόσφατα, με το άρθρο 41, του Ν. 4647/2019 του Υπουργείου Εργασίας, αποφασίστηκε η εκκαθάριση και πληρωμή των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων του κλάδου υγείας του ΕΦΚΑ που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, η οποία, παρά την καθυστέρηση πολλών ετών, θα γίνει με επιβολή έκπτωσης της τάξης του 10%.

ΘΕΣΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Πέραν των οικονομικών μέτρων, το θεσμικό πλαίσιο που διαμορφώνεται τα τελευταία χρόνια για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές δυσχεραίνει τη πρόσβαση των ασθενών σε αυτές και δημιουργεί σοβαρές δυσκολίες στην άσκηση του επιστημονικού τους έργου.

ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ένα από τα κυριότερα θεσμικά προβλήματα των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών εποτελεί η απαγόρευση της ακούσιας νοσηλείας ασθενών σε αυτές.

Ακούσιες νοσηλείες εκτελούνταν κανονικά στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, μετά από αίτημα της οικογένειας του ασθενούς, μέχρι τη δεκαετία του 1990. Στο Ν. 2071/1992 υπήρξε πρόβλεψη για ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές, υπό την προϋπόθεση ότι θα εκδίδονταν η αντίστοιχη Απόφαση του Υπουργού Υγείας. Στην παράγραφο 2, του άρθρου 101, του Ν. 2071/1992 (για τους ιδιωτικούς φορείς ψυχικής υγείας) αναφέρεται «...Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού». Αντίστοιχη πρόβλεψη υπήρξε και στο άρθρο 16, του Ν. 2716/1999. Οι σχετικές υπουργικές αποφάσεις όμως δεν εκδόθηκαν ποτέ.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να

δημιουργηθεί μια ιδιότυπη κατάσταση στη χώρα, όπου σε ορισμένες περιοχές υπήρχε πλήρης απαγόρευση της αναγκαστικής νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ σε άλλες (όπως στην Αττική) επιτρεπόταν, μέσω της εισαγωγής του ασθενούς σε κλινική δημόσιου νοσοκομείου και, κατόπιν αιτήματος της οικογένειας και εντολής Εισαγγελέα, μετατροπή της νοσηλείας σε εκούσια και μεταφορά του ασθενούς σε ιδιωτική κλινική. Η διαδικασία αυτή γινόταν βάσει της παραγράφου 5, του άρθρου 94, του Ν. 2071/1992, σύμφωνα με την οποία «... Αν ο ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια «ζητήσει» την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους ή επ' αδυναμίας εξεύρεσης δεύτερου ψυχιάτρου από ένα ψυχίατρο και ένα ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του...».

Το 2018, με αφορμή πόρισμα της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, μετά από έκτακτο έλεγχο σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, η Εισαγγελία Πρωτοδικών Αθηνών, σε εκτέλεση σχετικής παραγγελίας της Εισαγγελέως του Αρείου Πάγου, έκρινε παράτυπες τις μεταφορές ασθενών από δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, στο πλαίσιο της διαδικασίας της αναγκαστικής νοσηλείας. Η Εισαγγελία επισήμανε όμως «...Να συμπληρωθούν τα νομοθετικά κενά από το Υπουργείο Υγείας με την έκδοση των σχετικών υπουργικών αποφάσεων του άρθρου 101 του ν. 2071/1992 και ιδιαίτερα του άρθρου 16 του ν. 2716/1999». Τέτοια απόφαση δεν ελήφθη, αλλά ούτε υπήρξε πρόβλεψη για νοσηλεία ασθενών σε ιδιωτικές κλινικές στο προσχέδιο νόμου για την ακούσια νοσηλεία που δόθηκε σε δημόσια διαβούλευση το 2019 (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Η απαγόρευση της ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές έχει σοβαρές επιπτώσεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους. Καταρχάς, οι ασθενείς στερούνται του δικαιώματος επιλογής ιατρού και θεραπευτηρίου, που έχουν όλοι οι υπόλοιποι πολίτες της χώρας. Ακόμα και αν θεωρήσουμε ότι κατά το χρόνο της αναγκαστικής νοσηλείας κάποιοι από αυτούς δε διαθέτουν ικανότητα λήψης αποφάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η προγενέστερα εκφρασθείσα επιθυμία τους (ψυχιατρική διαθήκη) ή την επιθυμία των εξουσιοδοτημένων συγγενών, όπως εξάλλου ορίζεται στη Σύμβαση του Οβιέδο και τους άλλους κώδικες δεοντολογίας. Επιπλέον, συχνά οι ψυχικά ασθενείς στερούνται του συνταγματικού δικαιώματος για παροχή υγειονομικής περίθαλψης κοντά στον τόπο διαμονής τους. Σε πολλές περιοχές της χώρας όπου δεν υπάρχουν δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές, οι ασθενείς μεταφέρονται με οχήματα της αστυνομίας για ακούσια νοσηλεία σε Νοσοκομεία

άλλων νομών, που μπορεί να βρίσκονται εκατοντάδες χιλιόμετρα μακριά. Η επιβάρυνση (οικονομική, επαγγελματική, ψυχολογική) που υφίστανται τόσο οι ψυχικά ασθενείς, όσο και οι οικογένειές τους είναι πολλαπλάσια, ενώ αναπόφευκτα χάνεται η συνέχεια στη φροντίδα.

Οι συνέπειες όμως της απαγόρευσης ακούσιων νοσηλείων σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές αφορούν και το σύστημα υγείας. Στη χώρα μας, όπου το 50% των νοσηλείων είναι ακούσιες (WHO, 2017), ο αποκλεισμός των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, οδηγεί σε υπερφόρτωση των δημόσιων δομών, όπως εξάλλου έχει διαπιστώσει η Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (CPT) του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe, 2019). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση των συνθηκών περίθαλψης, την εξουθένωση του προσωπικού και τη μείωση των χρόνων νοσηλείας, που μπορεί να οδηγήσει σε συχνότερες υποτροπές (Keown et al., 2011; Rains et al., 2019). Αντίθετα με ότι συμβαίνει στην Ελλάδα, στις περισσότερες επιστημονικά προηγμένες χώρες, ακούσιες νοσηλείες πραγματοποιούνται σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, είτε μετά από επιθυμία του ασθενούς ή των συγγενών, είτε σε περίπτωση που δεν υπάρχουν δημόσιες δομές ή διαθέσιμες κλίνες στην περιοχή διαμονής του ασθενούς.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Σε συνέχεια της απόφασης για την απαγόρευση της ακούσιας νοσηλείας στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, εκδόθηκε από το Υπουργείο Υγείας η Εγκύκλιος με αριθμ Πρωτ. οικ. 87136/12.11.2018, όπου αναφέρεται «...η ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές δεν είναι σύμφωνη με το νόμο. Ως εκ τούτου, απαγορεύεται σε κάθε περίπτωση η χρήση μέτρων περιορισμού των ασθενών σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές».

Τα προβλήματα που δημιουργεί η συγκεκριμένη εγκύκλιος είναι προφανή. Ο ψυχίατρος οφείλει να προστατεύει την ελευθερία του ψυχικά ασθενούς, αλλά ταυτόχρονα είναι υποχρεωμένος να λαμβάνει μέτρα όταν απειλείται η ζωή και η σωματική ακεραιότητα, τόσο του ασθενούς, όσο και των άλλων νοσηλευομένων, του προσωπικού και των επισκεπτών μιας κλινικής. Υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλευομένων οι οποίοι, ανεξάρτητα του αν έχουν εισαχθεί εκουσίως ή ακουσίως, μπορεί να εκδηλώσουν καταστροφική συμπεριφορά προς τον εαυτό ή τους άλλους. Αν οι τεχνικές αποκλιμάκωσης δεν έχουν αποτέλεσμα, είναι αναγκαία η χρήση μέτρων περιορισμού. Επιπλέον, υπάρχουν περιστατικά, ηλικιωμένων συνήθως ασθενών, τα οποίοι πρέπει να λάβουν επείγοντως κάποια θεραπεία για σωματική τους νόσο (πχ χορήγηση

ορού), αλλά δε μπορούν να συνεργαστούν, λόγω σύγχυσης. Τα περιστατικά αυτά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την ακινητοποίηση του άνω άκρου, μέχρι το πέρας της αγωγής. Σε κάθε περίπτωση, τα περιοριστικά μέτρα εφαρμόζονται ως έσχατη λύση και πάντα υπό συνεχή επιτήρηση, για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και σύμφωνα με τις οδηγίες της CPT και της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Με την πλήρη απαγόρευση της χρήσης μέτρων περιορισμού η μόνη επιλογή, όταν παρουσιάζονται περιστατικά όπως τα παραπάνω, σύμφωνα με την παράγραφο 1, του άρθρου 96 του Ν. 2071/1992, είναι η ενημέρωση των στενών συγγενών ή νόμιμων εκπροσώπων και αν αυτοί το επιθυμούν, η εκκίνηση της διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας, με τη μεταφορά του ασθενούς σε δημόσια δομή.

Αν δεν υπάρχουν στενοί συγγενείς ή νόμιμοι εκπρόσωποι, ο ψυχίατρος μπορεί να ενημερώσει τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών για να κινήσει την αυτεπάγγελτη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας.

Η διαδικασία αυτή προφανώς είναι χρονοβόρα και δημιουργεί κινδύνους για τους νοσηλευόμενους και το προσωπικό μια κλινικής. Επίσης, αν οι συγγενείς δεν επιθυμούν ακούσια νοσηλεία, η μόνη δυνατότητα του προσωπικού είναι να προσπαθήσει να ηρεμήσει τον ασθενή με μη βίαια μέσα και αν αυτός το ζητήσει, να τον διευκολύνουν να αποχωρήσει από την κλινική (Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, 2012), πράξη που είναι αμφίβολο αν συνάδει με την ιατρική δεοντολογία.

ΕΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Πέραν της απαγόρευσης των ακούσιων νοσηλείων στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, συχνά διατυπώνονται ενστάσεις για το είδος των περιστατικών, τη διαδικασία εισαγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας των εκούσιων εισαγωγών.

Στην παράγραφο 2, του άρθρου 94, του Ν. 2071/1992 αναφέρεται «...Προϋποθέσεις για την Εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας». Πολλές κατηγορίες ασθενών, όπως τα άτομα με άνοια, αυτισμό ή νοητική στέρση, που παρουσιάζουν συχνά ψυχιατρική συμπτωματολογία και διαταραχές της συμπεριφοράς είναι πιθανό να μην έχουν την ικανότητα να κρίνουν για την υγεία τους. Οι ασθενείς αυτοί προβλέπεται να λαμβάνουν βραχυπρόθεσμης υποστήριξης σε ειδικές δομές της κοινότητας (Γ3α,β/Γ.Π.οικ.84743/3.12.2019), οι οποίες όμως δεν επαρκούν, συχνά βρίσκονται σε γεωγραφικά ►

- απομακρυσμένες περιοχές και δε διαθέτουν δυνατότητες αυξημένης ασφάλειας και συνεχούς ιατρικής φροντίδας.

Όσον αφορά τη διάρκεια της νοσηλείας, διατυπώνεται η άποψη ότι εφόσον οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές είναι μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η διάρκεια της νοσηλείας δεν μπορεί να ξεπερνά τους 3 μήνες, αφού οι ασθενείς πρέπει να κατευθύνονται σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο στόχος της ψυχιατρικής φροντίδας είναι αναμφίβολα η επιστροφή του ασθενούς στην κοινότητα. Αυτό όμως δεν είναι πάντα εφικτό, πόσο μάλλον όταν γίνεται υπό χρονικούς περιορισμούς. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών, παρά τη χορήγηση θεραπείας, μπορεί να εμφανίσει ανθεκτική συμπτωματολογία ή αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς που να απαιτούν συνεχή νοσοκομειακή φροντίδα και να μην επιτρέπουν τη διαμονή του σε κοινοτική δομή.

Για τους «ιδρυματοποιημένους» ασθενείς, που έχουν παραμείνει για πολλά χρόνια νοσηλεύόμενοι σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, η μεταστέγαση τους σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πιθανό να οδηγήσει όχι σε βελτίωση, αλλά σε απορρύθμιση της ζωής τους και στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», δηλαδή στην υποτροπή και ανάγκη επανεισαγωγής τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Τέλος, δεν πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός το γεγονός ότι οι διαθέσιμες σήμερα κοινοτικές δομές δεν επαρκούν. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής «Παλλάδιον Θεραπευτήριο», δυναμικότητας 220 κλινών, που ενώ από το 2014 μπήκε σε διαδικασία πτώχευσης και αναστολής της λειτουργίας της, παρέμεινε ανοιχτή μέχρι τα τέλη του 2019, λόγω της μεγάλης δυσκολίας εύρεσης δομών φιλοξενίας για τους νοσηλευόμενούς της.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι υπεύθυνοι λειτουργίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών είναι οι Διοικητικοί Διευθυντές και οι Επιστημονικοί Διευθυντές / Υπεύθυνοι των τμημάτων. Οι υπεύθυνοι λειτουργίας εκπίπτουν από τη θέση τους αν υπάρχει κώλυμα που αναφέρεται στο άρθρο 3 του Ν. 4600/2019. Κώλυμα προκύπτει για αυτούς που έχουν καταδικαστεί για κακούργημα ή πλημμέλημα, αλλά και για αυτούς που έχουν απλά παραπεμφθεί σε δικαστήριο για τα ανωτέρω αδικήματα. Ουσιαστικά δηλαδή τα πρόσωπα που κατέχουν τις ανωτέρω θέσεις στερούνται του τεκμηρίου της αθωότητας για διάστημα πολλών χρόνων μέχρι την έκδοση αμετάκλητης απόφασης, ενώ ταυτόχρονα καθίστανται ευάλωτοι σε κακόβουλες ενέργειες που μπορεί να τους εμπλέξουν σε δίκες. Επιπλέον, στα αδικήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε

έκπτωση από τη θέση, εκτός των κακούργημάτων (πχ κλοπή, , απάτη, εκβίαση, παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών, δωροδοκία, οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας κλπ) περιλαμβάνονται και πολύ ελαφρύτερα πλημμελήματα, όπως παραπτώματα οικονομικής ή επαγγελματικής φύσης.

Όσον αφορά στην ιατρική ευθύνη, είναι αξιοσημείωτο είναι ότι την επωμίζονται πάντα οι Επιστημονικοί Διευθυντές και Υπεύθυνοι, ανεξαρτήτως των πράξεων ή των παραλείψεων των θεραπόντων ιατρών.

Αυτό δημιουργεί πρακτικές δυσκολίες στην καθημέρα άσκηση της ψυχιατρικής, καθώς δεν είναι εφικτό να επικοινωνεί ο θεράπων ιατρός με τον Επιστημονικό Διευθυντή ή Υπεύθυνο για τη λήψη κάθε ιατρικής απόφασης, πόσο μάλλον σε επείγουσες καταστάσεις.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τον προσφάτως δημοσιευθέντα Ν. 4600/2019 και συγκεκριμένα το άρθρο 19, παράγραφος 5, σε περίπτωση που διακοπεί η λειτουργία ιδιωτικής κλινικής, η ευθύνη για την ασφαλή μεταφορά των νοσηλευόμενων ασθενών για την συνέχιση της νοσηλείας τους σε άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, βαρύνει τον Διοικητικό Διευθυντή της κλινικής, σε αντίθεση με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο όπου η ευθύνη βάρυνε τον Τομέα Ψυχικής Υγείας και την Διεύθυνση Υγείας της Περιφέρειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ιδιωτικές κλινικές προσφέρουν διαχρονικά νοσοκομειακές υπηρεσίες σύμφωνα με τους αποδεκτούς κανόνες της ψυχιατρικής επιστήμης, με γνώμονα τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και σε ιδιαίτερα χαμηλό κόστος για το κράτος. Η προσφορά τους είναι ελάχιστα αναγνωρισμένη και προβεβλημένη, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι και πριν λίγα χρόνια δεν ήταν καν καταγεγραμμένες στο χάρτη υγείας της χώρας. Αντίθετα, αναφορά στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές γίνεται συνήθως κατόπιν αρνητικών, για τις ίδιες, συγκυριών, που οδηγούν σε αδικαιολόγητες στερεοτυπικές γενικεύσεις και επιφυλακτικότητα απέναντί τους.

Όσον αφορά στο οικονομικό σκέλος της λειτουργίας τους, η επιλογή της πολιτικής ηγεσίας να θέτει δημοσιονομικές και όχι θεραπευτικές προτεραιότητες στην υγεία έχει φέρει τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές σε αδιέξοδο.

Παρά την κοινή παραδοχή ότι μέτρα όπως ο κλειστός προϋπολογισμός, το claw back και το rebate, ο υψηλός Φ.Π.Α. κλπ είναι άδικοι και επαχθή τόσο για τις δομές, όσο και τους ασθενείς, μέχρι σήμερα δεν έχει εκδοθεί κάποια απόφαση για την κατάργηση ή τροποποίησή τους. Ο άδικος χαρακτήρας των μέτρων ενισχύεται από το γεγονός ότι εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίοι, στις πλείστες των περιπτώσεων,

δυσκολεύονται να διαβιώσουν με το οικογενειακό τους περιβάλλον, αδυνατούν να εργαστούν, στερούνται επαρκών εσόδων, στερούνται της δυνατότητας για σύναψη ιδιωτικής ασφάλειας, απαιτείται να νοσηλευτούν για μακρά χρονικά διαστήματα και, εν ολίγοις, εξαρτώνται απολύτως από το κοινωνικό χαρακτήρα του Κράτους.

Όσον αφορά στο θεσμικό πλαίσιο, ενώ στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας λειτουργούν συνεργατικά και συμπληρωματικά, στην προσπάθεια κάλυψης των κενών του συστήματος και βελτίωσης των υπηρεσιών, στη χώρα μας συνεχίζει να υφίσταται ο διαχωρισμός των δυο τομέων, συνήθως με πρόσχημα την αδυναμία του κράτους να καθορίσει το πλαίσιο λειτουργίας και να ασκήσει έλεγχο στους ιδιώτες.

Η Πολιτεία οφείλει να προσδιορίσει ποιός θέλει να είναι ο ρόλος των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών κατά τη μετάβαση στη νέα εποχή για την ψυχική υγεία, που διαμορφώνεται με την ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Οφείλει επίσης να εξασφαλίσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις, ώστε η ευάλωτη ομάδα των ψυχικά ασθενών να έχει απρόσκοπτη πρόσβαση στις κλινικές και να επωφελείται στο μέγιστο βαθμό από τις υποδομές, το προσωπικό και την τεχνογνωσία τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Australian Institute of Health and Welfare (2018). Health expenditure Australia 2016–17. Health and welfare expenditure series no. 58. Cat. no. HWE 68. Canberra: AIHW.
2. Council of Europe (2019). Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 19 April 2018. <https://rm.coe.int/1680930c9a> [πρόσβαση 24/1/2020].
3. Council of Europe (2017). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) <https://rm.coe.int/16807001c3> [πρόσβαση 24/1/2020].
4. Department of Health (2015). NHS reference costs 2013–2014, <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-reference-costs-2013-to-2014>. [πρόσβαση 24/1/2020].
5. European Commission (2019). Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Enhanced Surveillance Report – Greece, June 2019. Communication from the Commission and accompanying Commission Staff Working Document Luxembourg: Publications Office of the European Union https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en.
6. Keown, P., Weich, S., Bhui, K.S., Scott, J. (2011). Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988–2008: ecological study. *BMJ*, 343: d3736
7. Knapp, M., Hallam, A., Beecham, J., Baines, B. (1999). Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental healthcare. *Policy Polit* 27:25–41.
8. Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys S., Branthonne-Foster, S., et al. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5):403–417.
9. Salisbury, T., Killaspy, H., & King, M. (2017). Relationship between national mental health expenditure and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: Cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 211(1):45–49.
10. Stensland, M., Watson, P. R., Grazier, K. L. (2012). An Examination of Costs, Charges, and Payments for Inpatient Psychiatric Treatment in Community Hospitals. *Psychiatric Services*. 63(7):666–571.
11. World Health Organization (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization.
12. World Health Organization (2003). Mental Health Policy and Service Guidance Package-The Mental Health Context.
13. World Health Organization (2017). Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile – Greece https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/GRC.pdf?ua=1 [πρόσβαση 24/1/2020].
14. Zentner, N., Baumgartner, I., Becker, T., Puschner, B. (2015). Course of health care costs before and after psychiatric inpatient treatment: patient-reported vs. administrative records. *International journal of health policy and management*, 4(3):153–160.
15. Απόφαση ΔΒ3Ε/οικ.2946 Καθορισμός κλειστού ημερήσιου νοσηλίου συμβεβλημένων ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών. (ΦΕΚ 468/18.02.2019)
16. Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157 Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ / Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (ΦΕΚ 4898/1.11.2018).
17. Απόφαση Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014 Ορισμός ειδικού νοσηλίου – τροφείου για τις Στέγες Υποστηρίζουσας Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες (ΦΕΚ 172/Β/30-1-2014).
18. Απόφαση οικ. 87136/12.11.2018 Απαγόρευση της χρήσης μέτρων περιορισμού στις Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές. Νοσηλεία ασθενών σε Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, κατά τη διάρκεια ακούσιας νοσηλείας.
19. Εγκύκλιος Γ3α,β/Γ.Π.οικ.84743/3.12.2019 Τροποποίηση-συμπλήρωση της αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.96899/12-12-2018 εγκυκλίου με θέμα «Διαδικασία μετάβασης ψυχικά ασθενών σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης».
20. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (2008). Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drases-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/1398-eidikh-epitroph-elegxoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyikhikes-diataraxes> [πρόσβαση 24/1/2020].
21. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (2008). Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές για Εφαρμογή Περιοριστικών Μέτρων κατά την Εκούσια Εξέταση ή και Νοσηλεία. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drases-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/1398-eidikh-epitroph-elegxoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyikhikes-diataraxes> [πρόσβαση 24/1/2020].

- 22. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2012). Αριθμός εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορίες νόσων και νόσο (Ιανουαρίου 2002 - Δεκεμβρίου 2012). <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE12/2010-M01>. [πρόσβαση 22/1/2020].
23. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2019). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/-> [πρόσβαση 22/1/2020].
24. Νόμος υπ' αριθ. 2071/1992 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 123/15.07.1992).
25. Νόμος υπ' αριθ. 2619/1998 Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (ΦΕΚ 132/Α/19.6.1998).
26. Νόμος υπ' αριθ. 2716/1999 Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 96/Α/17.5.1999).
27. Νόμος υπ' αριθ. 4389/2016 Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 94/Α/30.5.16).
28. Νόμος υπ' αριθ. 3899/2010 Επείγοντα μέτρα εφαρμογής του προγράμματος στήριξης της ελληνικής οικονομίας (ΦΕΚ 212/17.12.2010).
29. Νόμος υπ' αριθ. 4600/2019 Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις (ΦΕΚ 43/Α/09.03.2019).
30. Νόμος υπ' αριθ. 4647/2019 Κατεπείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας των Υπουργείων Υγείας, Εσωτερικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 204/Α/13.12.2019).
31. Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου Α. Ε., Διέλου, Ε., Σουλιώτης, Κ. (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(1), 17-26.
32. ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.
33. ΠΟΛ.1100/24.6.2010 Κοινοποίηση των διατάξεων των άρθρων 59, 60, 61, 62, 63 και 81 του ν.3842/23.4.2010 (ΦΕΚ 58Α) «αποκατάσταση φορολογικής δικαιοσύνης, αντιμετώπιση της φοροδιαφυγής και άλλες διατάξεις».
34. ΠΟΛ.1178/2018 Παροχή διευκρινίσεων αναφορικά με τη φορολογική αντιμετώπιση από πλευράς ΦΠΑ των παροχών των υγειονομικών μονάδων που ορίζονται ως Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.).
35. Υπουργείο Υγείας. Διαδικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων (2019) Ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη. <http://www.open-gov.gr/gyka/?p=2832> [πρόσβαση 24/1/2020]. ■



Μίνως Ζώτος:

Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΕΝΟΣ ΠΟΙΗΤΗ

Αχιλλέας Οικονόμου

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, Πρόεδρος Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας

Η ποίηση ήταν πάντα μια πρόκληση για την ψυχιατρική. Είναι αναμφισβήτητο γεγονός, ότι η τέχνη, σε αρκετές περιπτώσεις, προηγείται των συμπερασμάτων της ψυχιατρικής επιστήμης. Αυτό φυσικά αδικεί την ψυχιατρική, καθώς ένα επιστημονικό συμπέρασμα για να διατυπωθεί και στη συνέχεια να δημοσιευτεί αποτελεί αποτέλεσμα μακροχρόνιων ερευνών στη βάση συγκεκριμένων αυστηρών κανόνων.

Η τέχνη, ως έκφραση συναισθημάτων και απόψεων ή ως αποτύπωση της πραγματικότητας ακόμα και σε συμβολικό επίπεδο δεν έχει ανάγκη καμία έρευνα. Η ποίηση είναι ίσως, λόγω της αμεσότητας και της αφαιρετικότητάς της, ο τομέας εκείνος της τέχνης που εκφράζει με τον πιο άμεσο τρόπο το συναίσθημα του δημιουργού της. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, πως πολλά ποιήματα είναι σε θέση να περιγράψουν με σαφήνεια μια ψυχική διαταραχή, ακόμα και στην περίπτωση που ο δημιουργός δεν έχει την παραμικρή γνώση ψυχιατρικής.

Λόγω των ανωτέρω συνθηκών, περισσότερο όμως και από τα ίδια τα έργα τους, η ζωή ορισμένων ποιητών παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον. Οι περιπτώσεις ποιητών που εμφάνισαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή σε παλαιότερα ιδίως χρόνια, όπου οι θεραπείες ήταν ανύπαρκτες, προκαλούν ενδιαφέρον αλλά και συγκίνηση. Ο Χικμέτ έγραψε πως «πιο πολύ και απ' τους ανθρώπους τα τραγούδια τους αγάπησα». Μελετώντας όμως τη ζωή κάποιων από αυτούς τους ανθρώπους, στη συγκεκριμένη περίπτωση των ποιητών, ο στίχος του Τούρκου ποιητή μπορεί άνετα να αντιστραφεί.

Ο Μίνως Ζώτος αποτελεί μια από τις τραγικότερες μορφές της Ελληνικής ποίησης. Γεννήθηκε το 1905 στο Νεοχώρι Μεσολογγίου. Τέλειωσε το σχολαρχείο στο Αιτωλικό και το Γυμνάσιο. Το 1922 εγγράφηκε στη Νομική σχολή των Αθηνών, την οποία όμως δεν τελείωσε ποτέ. Με τη συμβολή του Μεσολογγίτη ποιητή Μιλτιάδη Μαλακάση διορίστηκε ως βοηθός ταμία στο Δήμο Αθηναίων. Εκεί γνωρίζει την ποιήτρια Μαρία Πολυδούρη, που την ερωτεύεται παράφορα. Ο ντροπαλός ποιητής εκφράζει το πάθος του για την ποιήτρια κυρίως μέσω της τέχνης του. Ο έρωτας όμως παραμένει ανεκπλήρωτος. Το ποίημά του «Ξεγέλασμα» αποτελεί ύμνο στον ανεκπλήρωτο έρωτα, αλλά και στην ελπίδα για το νέο που θα φέρει η ζωή στο μέλλον: «...μα απόμεινα σαν το πουλί στην ξόβεργα που επίαση / Κι είδα η ψυχή να σταματά σαν άτι που εξαφνιάση

Μα ακόμα ωστόσο κι άπιαστη τον πόνο της να πνίγει / Έτοιμη πάλι να πιαστεί και πάλι να ξεφύγει.»

Ο θάνατος της ποιήτριας επηρεάζει βαθιά τον ποιητή, που πέφτει σε κατάθλιψη. Ο Γιώργος Κοτζιούλας σε άρθρο του αφιερωμένο στον Ζώτο την επομένη του θανάτου του αναφέρει ότι πάντα τον θυμόταν ευχάριστο και με καλή διάθεση.

Γράφει χαρακτηριστικά:

«Είχε κέφι σχεδόν αδιάκοπο, μιλούσε και χαριτολογούσε ολωσδιόλου αβίαστα, κι' όσο γι' απαγγελία ποτέ δεν κουραζόταν να λέει ποιήματα, κουβέντιαζε μ' ευκολία και χάρη, σωστός τεχνίτης του λόγου, κι' ήταν ευχαρίστηση να τον ακούς, καθώς μάλιστα σπάνια θα τον έβλεπες ερεθισμένο.»

Ο χαμός της Πολυδούρη αλλάζει τη διάθεσή του. Ο ποιητής και αργότερα σκηνοθέτης Ορέστης Λάσκος, στο ποίημά του «Μπάγκειον» που αναφέρεται στους καλλιτέχνες θαμώνες του γνωστού καφενείου περιγράφει τον Ζώτο ως εξής:

«Ο Ζώτος, ο άρρωστος ποιητής με τη θλιμμένη φάτσα, κάποιο τραγούδι σιγανά απαγγέλλει με λυγμούς.»

Την κατάθλιψη ακολούθησε η φυματίωση, με αποτέλεσμα ο ποιητής να φύγει από την Αθήνα και να στήσει ένα αντίσκηνο στο δάσος κοντά στο χωριό που γεννήθηκε. Οι καλόγεροι ενός κοντινού μοναστηριού τον έδωξαν και έτσι το 1932 πέθανε μόνος και πάμφτωχος στο χωριό του.

Ο αείμνηστος Θάνος Μικρούτσικος θα έλεγε για τον Μίνω Ζώτο ότι ανήκει σε μια κατηγορία ποιητών που ο ίδιος ονόμαζε «ελάσσονες». Ίσως να είχε δίκιο. Εμείς ως ψυχίατροι πάντως, μπορούμε να κρατήσουμε μια «μείζονα» περιγραφή του ίδιου του Ζώτου για την ψυχική του κατάσταση, που αποτελεί κορυφαία εσωτερική απεικόνιση του καταθλιπτικού συναισθήματος στο χώρο της νεοελληνικής ποίησης:

«Όχι, όχι! Η μοίρα διάφορη δεν ήτανε για μένα / Την παννυχίδα ο κάματος διαδέχεται και η θλίψη. / Τέλος απόνα φέρετρο μας πέφτει στον καθένα, / Μόνο που εμένα είν' έτοιμο και νέον θα με καλύψει...»



ΝΕΑ από την **Hellenic American Psychiatric Association**



Γεώργιος Καρμπούτακης, MD, MSc, PhD
President-elect HAPA, Inc

Στις 21 Μαΐου 2019 η **Hellenic American Psychiatric Association (HAPA)** πραγματοποίησε την 20η ετήσια συνάντησή της στο Σαν Φρανσίσκο, στο πλαίσιο του Συνεδρίου της **American Psychiatric Association (APA)** που έλαβε χώρα από 18 έως 22 Μαΐου, συμπιπτοντας με τα 175 χρόνια από την ίδρυση της Εταιρείας.

Στη συνάντηση παρευρέθηκαν παλαιά και νέα μέλη της HAPA από την Ελλάδα, τις ΗΠΑ και τη διασπορά, συμμετέχοντας στην επέτειο των 20 χρόνων της Ένωσης.

Σε ένα εορταστικό κλίμα ο πρόεδρος της HAPA Prof. **Philip Candilis** περιέγραψε την εξαιρετική συνεργασία που αναπτύσσεται με τους Έλληνες Ψυχιάτρους μετά την απολύτως επιτυχή παρουσία της HAPA στη Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης το 2018 με την υλοποίηση εκπαιδευτικών και ερευνητικών

προγραμμάτων υπό την αιγίδα μεγάλων Ακαδημαϊκών Ιδρυμάτων των ΗΠΑ.

Την συνάντηση τιμήσαν με την παρουσία τους ο CEO και Ιατρικός Διευθυντής της APA Prof. **Saul Levin**, ο Πρόεδρος της APA Prof. **Bruce Schwartz** και ο President-elect της APA Prof. **Jeffrey Geller**, οι οποίοι τόνισαν με τη σειρά τους τη σημαντική συνεισφορά των Ελληνοαμερικανών Ψυχιάτρων στις δράσεις της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας στα 175 χρόνια της ιστορίας της.

Στο **Επιστημονικό Πρόγραμμα** της Συνάντησης ο Πρόεδρος της Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας και μέλος της HAPA Dr. **Αχιλλέας Οικονόμου**, παρουσίασε ως κύριος ομιλητής τις συνέπειες των καταστροφών στην ψυχική υγεία μεταφέροντας την ελληνική εμπειρία στο κοινό.

Αναπτύχθηκαν ζητήματα φυσικών, οικονομικών και προκαλούμενων από ανθρώπους

καταστροφών.

Τονίστηκαν οι συνέπειες αυτών στην υγεία και σε άλλες κοινωνικές παραμέτρους και ειδικότερα η επίπτωσή τους στην ψυχική υγεία και την αυτοκτονικότητα, όπως προκύπτουν από ερευνητικά δεδομένα.

Το επιστημονικό πρόγραμμα συμπλήρωσε ο Ψυχίατρος- Ψυχοθεραπευτής Dr. **Γεώργιος Δημητριάδης**, Μέλος της HAPA και μέλος του ΔΣ της ΕΝΕΨΕ, ο οποίος σκιαγράφησε τη σημαντικότητα της φιλοσοφίας του Επίκουρου ως πρώτου υπαρξιακού θεραπευτή στην νέα εποχή της παγκοσμιοποίησης, όπου η φιλοσοφία και η ψυχοθεραπεία γίνονται επίκαιρες σε έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο.

Οι διαλέξεις ολοκληρώθηκαν με την παρουσίαση από το Dr. **Γεώργιο Πάγκαλο**, Ψυχίατρο – Σεξολόγο, Γραμματέα της HAPA και Ειδικού Γραμματέα της ΕΝΕΨΕ, της ιστο-



Αχιλλέας Οικονόμου, MSc, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, Πρόεδρος Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας



Ο Dr. Geller President-elect της APA στη συνάντηση της HAPA

ρικής εξέλιξης της Σεξουαλικής Ιατρικής σε διεθνές επίπεδο με τη συμβολή της ψυχιατρικής κοινότητας στην πορεία αυτή, συμπεριλαμβανομένης της ελληνικής ψυχιατρικής κοινότητας. Η Συνάντηση έκλεισε με την τιμητική βράβευση της ιδρύτριας και πρώην Προέδρου της HAPA Prof. **Maria Lymberis** για την αφοσίωση και την προσφορά της στην 20ετή δράση της HAPA.

Σε συνέχεια των συζητήσεων που πραγματοποιήθηκαν αρχικά κατά τη διάρκεια της Ετήσιας Συνάντησης της HAPA και ακολούθησαν μετά το τέλος του APA Annual Meeting ανάμεσα στα μέλη του ΔΣ της HAPA και των ηγετικών στελεχών της APA, ανακοινώθηκε **οικονομική συμφωνία**, η οποία αφορά τους Έλληνες Ψυχιάτρους που κατοικούν και δραστηριοποιούνται επαγγελματικά στην Ελλάδα και προτίθενται να εγγραφούν για πρώτη φορά ως διεθνή μέλη στην APA.

Η οικονομική συμφωνία περιλαμβάνει σημαντικές εκπτώσεις στο κόστος εγγραφής ύψους 35% για το 1ο έτος και έως 25% έκπτωση στην ετήσια συνδρομή διεθνούς μέλους για τα επόμενα έτη.

Η αναφερόμενη συμφωνία αφορά **στους Έλληνες Ψυχιάτρους** που εγγράφονται ομαδικά για πρώτη φορά ως νέα διεθνή μέλη στην APA (**International Members**).

Η HAPA αποτελώντας επίσημο διασυνδεδεμένο (affiliated) μέλος της APA συντονίζει τις διαδικασίες ομαδικής εγγραφής των τακτικών

Ανακοινώθηκε οικονομική συμφωνία, η οποία αφορά στους Έλληνες Ψυχιάτρους που κατοικούν και δραστηριοποιούνται επαγγελματικά στην Ελλάδα και προτίθενται να εγγραφούν για πρώτη φορά ως διεθνή μέλη στην APA

μελών της ως νέα μέλη της APA.

Με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα σε Έλληνες Ψυχιάτρους να γίνουν κοινωνοί σημαντικών εκπαιδευτικών και μορφωτικών προνομίων βελτιώνοντας τις ικανότητές τους και φέρνοντας υψηλού επιπέδου τεχνογνωσία από την πρωτοπόρο Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στην καθημερινή κλινική τους πρακτική.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός για την HAPA αποτελεί η εκλογή του Γραμματέα της HAPA και Ειδικού Γραμματέα της ΕΝΕΨΕ Dr. Γεωργίου Πάγκαλου, σε Διεθνές Διακεκριμένο Μέλος της APA (**International Distinguished Fellow**), κατόπιν αξιολόγησης του συνολικού του έργου και της προσφοράς του στη

μακροχρόνια παρουσία του στην APA.

Ο τίτλος αυτός είναι από τις υψηλότερες τιμές που μπορεί να λάβει μέλος της APA και στην επερχόμενη Ετήσια Συνάντηση της Εταιρείας στη Φιλαδέλφεια της Πενσυλβάνια των ΗΠΑ ο Dr. Πάγκαλος θα βραβευτεί δημόσια. Η εκλογή αυτή αντανάκλα την αναγνώριση από τους συναδέλφους του των εξαιρετικών επιστημονικών, κλινικών και διοικητικών του ικανοτήτων, του ταλέντου, της κοινωνικής και εθελοντικής προσφοράς και των συνολικών επιτευγμάτων του στην Ψυχιατρική.

Η διαρκής αριστεία κι όχι απλά η επάρκειας στους τομείς που αξιολογούνται αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εκλογή.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία αριθμώντας πάνω από 38500 μέλη σε όλο τον κόσμο είναι μια από τις σημαντικότερες και πιο ιστορικές Ψυχιατρικές Εταιρείες.

Με την εκλογή αυτή του Dr. Πάγκαλου επιβραβεύονται στο πρόσωπο ενός Έλληνα Ψυχιάτρου οι δυνατότητες που έχει και η Ελληνική ψυχιατρική κοινότητα να ηγηθεί των διεθνών εξελίξεων στην Ψυχική Υγεία.

Η Hellenic American Psychiatric Association θα συναντηθεί εκ νέου κατά τη διάρκεια του **APA Annual Meeting 2020** παρουσιάζοντας τις νεότερες εξελίξεις του ερευνητικού της έργου και φέρνοντας κοντά Έλληνες, Ελληνικής καταγωγής και φιλέλληνες Ψυχιάτρους που υπηρετούν τον κοινό σκοπό της διαρκούς επαγγελματικής προόδου. ■



Dr. Γεώργιος Πάγκαλος, Ψυχίατρος - Σεξολόγος, Γραμματέας της HAPA και Ειδικός Γραμματέας της ΕΝΕΨΕ



Οι Drs Levin και Schwartz στο 20th HAPA Annual Meeting

Πού οφείλονται οι ελλείψεις φαρμάκων στην ελληνική αγορά



Αιμίλιος Νεκκής

Ιατρικός συντάκτης, διευθυντής του www.virus.com.gr

Τους τελευταίους μήνες, έχουν ενταθεί οι ελλείψεις φαρμάκων στη χώρα μας, προκαλώντας τλαιπωρία στους ασθενείς. Το πρόβλημα είναι πολυσύνθετο και ορισμένα από τα βασικά αίτια ξεπερνούν τα γεωγραφικά όρια της χώρας.

Συνολικά, από τα ράφια των φαρμακείων λείπουν **359 κωδικοί σκευασμάτων**, που αφορούν **27 δραστικές ουσίες**. Εξίσου σημαντικό πρόβλημα για την εύρυθμη εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών είναι υπάρχουν άλλοι **456 κωδικοί**, οι οποίοι υπάρχουν αλλά σε περιορισμένες ποσότητες.

Στη δεύτερη περίπτωση, σε περίπου **300 κωδικούς** το πρόβλημα οφείλεται ξεκάθαρα στο γεγονός ότι γίνονται **εξαγωγές σε άλλες χώρες** της Ευρώπης. Παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων είχαμε πάντα με δεδομένο ότι στη χώρα μας είχαμε χαμηλές τιμές και άρα υπήρχε μεγάλο κίνητρο εξαγωγής τους σε άλλες χώρες με υψηλές τιμές. Τα τελευταία χρόνια, έχουν δημιουργηθεί ορισμένες φαρμακαποθήκες, οι οποίες έχουν ως βασικό τους σκοπό τις εξαγωγές. Σε αντίθεση με το παρελθόν έχουν υιοθετήσει μία **παράνομη πρακτική**, στην οποία συμμετέχουν και πολλά φαρμακεία: Οι φαρμακαποθήκες αγοράζουν σκευάσματα από φαρμακεία σε λιανική τιμή και στη συνέχεια τα εξαγούν σε άλλες χώρες. **Η όλη διαδικασία είναι παράνομη διότι δεν συνάδει με τους όρους της άδειας λειτουργίας των φαρμακαποθηκών.**

Από την άλλη, οι λεγόμενες «παράλληλες εξαγωγές» φαρμάκων σε άλλες χώρες δεν είναι παράνομες και είναι μία πρακτική, που ισχύει και σε άλλες χώρες, οι οποίες έχουν χαμηλές τιμές. Οι θυγατρικές των ξένων φαρμακοβιομηχανιών στην Ελλάδα ελέγχουν αυστηρά τις ποσότητες, που δίνουν στις εγχώριες φαρμακαποθήκες, ώστε να περιορίσουν τις πιθανότητες εξαγωγής των προϊόντων τους και την απώλεια κερδών.

Ελλείψεις δεν υπάρχουν μόνο στην Ελλάδα,

αλλά παρατηρούνται και σε άλλες χώρες, τόσο στην Ευρώπη όσο και στις **ΗΠΑ** (1). Πρόσφατη έρευνα της **Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Φαρμακοποιών** (2) έδειξε ότι **το 67% των χωρών ανέφεραν ότι είχαν έλλειψη περισσότερα από 200 φάρμακα**. Η συντριπτική πλειοψηφία (87%) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η κατάσταση επιδεινώθηκε σε σχέση με το 2018. Αντίστοιχα δεδομένα έχει αναδείξει και έρευνα της **Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών** (3).

Το φαινόμενο έχει ενταθεί την τελευταία δεκαετία λόγω δύο σημαντικών εξελίξεων στη διεθνή φαρμακευτική αγορά: Ενώ παλαιότερα οι φαρμακοβιομηχανίες προμηθεύονταν τις πρώτες ύλες από 4 ή 5 προμηθευτές, τα τελευταία χρόνια, όλες οι μεγάλες εταιρείες κινήθηκαν **προς έναν προμηθευτή** με το χαμηλότερο κόστος (Κίνα, Ινδία). Έτσι, σε περίπτωση προβλήματος στο εργοστάσιο παραγωγής αυτού του μοναδικού προμηθευτή, προκαλείται εμπλοκή στην ομαλή εξυπηρέτηση της διεθνούς αγοράς.

Οι φαρμακοβιομηχανίες **έχουν μειώσει τα αποθέματα** που διατηρούν στις αποθήκες τους. Έτσι, όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα σε ένα εργοστάσιο παραγωγής, τα αποθέματα δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες μέχρις ότου ξεπεραστεί το πρόβλημα και επανέλθει στο φυσιολογικό η παραγωγή φαρμάκων.

Για παράδειγμα, το τελευταίο διάστημα υπάρχει έλλειψη στην Ελλάδα ενός φθηνού φαρμάκου (**πλατίνα**), που χρησιμοποιείται σε θεραπευτικά σχήματα κατά του καρκίνου. Η έλλειψη παρατηρείται διεθνώς και

οφείλεται σε προβλήματα παραγωγής και προμήθειας της δραστικής ουσίας.

Υπάρχουν φυσικά και αστάθμητοι παράγοντες. Π.χ. τους τελευταίους μήνες παρατηρούνται παγκοσμίως ελλείψεις στις **ενέσεις ηπαρίνης**, που είναι αναγκαίες για όλους τους ασθενείς, που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση γιατί προλαμβάνουν τη δημιουργία θρόμβων. Το πρόβλημα πηγάζει από το γεγονός ότι η πρώτη ύλη προέρχεται από **χοίρους** στην Κίνα, οι οποίοι έχουν προσβληθεί από ένα είδος πανώλης και μέχρι σήμερα έχουν θανατωθεί κατά εκατ. ζώα.

Η Ελλάδα έχει και μία επιπλέον, εγγενή αδυναμία. Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις καλούνται να πληρώσουν υπέρογκα ποσά σε υποχρεωτικές εκπτώσεις (**rebates**) και επιστροφές (**clawback**). **Είναι σαφές λοιπόν ότι όταν έχουμε ένα διεθνές πρόβλημα έλλειψης φαρμάκου, η Ελλάδα δεν βρίσκεται σε θέση προτεραιότητας από τις διεθνείς φαρμακοβιομηχανίες.**

Συμπέρασμα: Οι ελλείψεις σε φάρμακα είναι πολυσύνθετο και διεθνές πρόβλημα. Η ελληνική κυβέρνηση δεν μπορεί προφανώς να λύσει τα διεθνή προβλήματα. Μπορεί όμως να πατάξει **παράνομες συμπεριφορές** και να **συντονίσει αποτελεσματικότερα τις αρμόδιες υπηρεσίες**, ώστε να μπορεί να ενημερώνεται άμεσα για τις ελλείψεις και να λαμβάνει όποια μέτρα μπορεί το ταχύτερο δυνατόν.

Πηγές:

- [1. <https://www.fda.gov/drugs/drug-shortages/report-drug-shortages-root-causes-and-potential-solutions>](https://www.fda.gov/drugs/drug-shortages/report-drug-shortages-root-causes-and-potential-solutions)
- [2. <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/PGEU-Medicine-Shortages-Survey-Results-2019-1.pdf>](https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/PGEU-Medicine-Shortages-Survey-Results-2019-1.pdf)
- [3. \[https://www.eahp.eu/sites/default/files/report_medicines_shortages2018.pdf\]\(https://www.eahp.eu/sites/default/files/report_medicines_shortages2018.pdf\)](https://www.eahp.eu/sites/default/files/report_medicines_shortages2018.pdf)

Το άγχος του θεραπευτή του άγχους



Σπύρος Κλείσας

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, ΚΣΔΕΟ Έδρα, Μ.Φ.Η. Λωίς, spyros.kleisas@yahoo.gr

Στην έως τώρα εμπειρία μου πολλές φορές έχω έρθει αντιμέτωπος με παράδοξα. Ένας ψυχίατρος στην καθημερινή του πρακτική στο Γενικό Νοσοκομείο, στη δομή που εργάζεται ή στο ιατρείο του μοιραία θα έρθει σε επαφή με ασυνήθιστες καταστάσεις, αναπάντεχα ή παράλογα αιτήματα από τους θεραπευόμενους και θα επηρεαστεί από τις δυσκολίες και τα προβλήματα τους που μπορεί να συνιστούν σημαντική πίεση και γι' αυτόν.

Πολλές φορές οι θεραπευτές της ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι) ασχολούνται με το συγκεκριμένο αντικείμενο διότι έχουν ιστορικό προσωπικών ψυχολογικών δυσκολιών ή γιατί διαβιούν σε περιβάλλον που τους πιέζει, τους αγχώνει και το οποίο προσδοκούν να το εξομαλύνουν, να το θεραπεύσουν.

Ταυτόχρονα, θα πρέπει να αντιμετωπίσει και πλήθος άλλων προβλημάτων, ανάλογα με το πλαίσιο δραστηριοποίησής του: κακές συνθήκες εργασίας, εξαντλητικά ωράρια και ανεπαρκή αμοιβή στο δημόσιο, ασαφείς όρους και πλαίσιο εργασίας σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, οικονομικές δυσχέρειες αφού όταν κανείς ξεκινά να ασκεί ιδιωτικό επάγγελμα υπάρχουν παράλογες φορολογικές και οικονομικές υποχρεώσεις και φορολόγηση των ελεύθερων επαγγελματιών μετέπειτα είναι εξοντωτική.

Ταυτόχρονα, οι ιδιώτες ψυχίατροι για πολλούς από τους ασθενείς αναπαριστούν “μικρές ψυχιατρικές κλινικές που εφημερεύουν επί 24 ώρου βάσεως και έχουν πάντα διαθέσιμο άτομο “oncall”.

Αυτές είναι μόνο μερικές από τις δυσκολίες που έρχονται εύκολα στο μυαλό του καθένα από εμάς και δρουν τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.

Εύλογα λοιπόν διερωτάται κανείς τι αποτέλεσμα μπορεί να έχουν αυτές οι πιέσεις στη δική μας εκδήλωση άγχους, στη δική μας ζωή.

Αν ανατρέξουμε στο παράδειγμα του παρελθόντος για να δούμε πως ήταν τα πράγματα παλιότερα, θα διαπιστώσουμε πως ήταν εξίσου πιεστικά.

Ο Freud αυτοχαρακτηριζόταν νευρωτικός. Αρνιόταν να διακόψει το κάπνισμα ακόμα και μετά από πολλές διορθωτικές εγχειρίσεις για τον καρκίνο της γνάθου από τον οποίο υπέφερε.

Για κάποιο χρονικό διάστημα ήταν εξαρτημένος από την κοκαΐνη και μάλλον είχε και κάποιου βαθμού αγοραφοβία, ενώ συχνά πάθαινε blackouts. Ο Jung επίσης είχε παρουσιάσει συμπτώματα νευρικού κλονισμού (όπως λεγόταν τότε), ενώ ο Adler βίωσε πολύ δύσκολη παιδική ηλικία (είχε εμφανίσει ραχίτιδα και πνευμονία, ο αδερφός του απεβίωσε σε παιδική ηλικία δίπλα του κ.ο.κ.).

Οι θεραπευτές συχνά παλεύουν με πολλά προβλήματα. Χρήση ή κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ, προβλήματα στο γάμο τους, κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.

Και η ειρωνία είναι ότι συχνά κινητοποιούνται πολύ λίγο για να βοηθηθούν και να εκμεταλλευτούν τους διαθέσιμους πόρους τους.

Πολλές φορές η εντόπιση του θεραπευτή με ανάγκη βοήθειας είναι έργο που φέρνουν εις πέρας οι θεραπευόμενοί του, αφού συχνά δείχνουν ενεργά το ενδιαφέρον τους και προσπαθούν να προσφέρουν υποστήριξη προτρέποντας, συμβουλευοντας και προσπαθώντας να κινητοποιήσουν το θεραπευτή τους που πάσχει. ►

► Πολλές φορές οι θεραπευτές της ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι) ασχολούνται με το συγκεκριμένο αντικείμενο διότι έχουν ιστορικό προσωπικών ψυχολογικών δυσκολιών ή γιατί διαβιούν σε περιβάλλον που τους πιέζει, τους αγχώνει και το οποίο προσδοκούν να το εξομαλύνουν, να το θεραπεύσουν.

Ακόμα θυμάμαι ότι στην ομάδα 22 ατόμων που εκπαιδεύομασταν στην Οικογενειακή θεραπεία είχαμε εντυπωσιαστεί σε κάποια από τις συναντήσεις μας όταν συνειδητοποιήσαμε ότι στο σύνολο μας (και οι 22) ήμασταν ομάδα γονεοποιημένων παιδιών, που προσπαθούσαν να βοηθήσουν το περιβάλλον τους που με κάποιο τρόπο δυσλειτουργούσε.

Αυτό το φαινόμενο δεν είναι φυσικά καινούργιο. Είναι γενικά αποδεκτό ότι σε σημαντικό ποσοστό θεραπευτές γίνονται τα άτομα που έχουν βιώσει ιδιαίτερες πιέσεις.

Εξάλλου, οι πρώτοι ψυχοθεραπευτές θεωρούνταν οι Σαμάνοι και η επιλογή του “επαγγέλματός” του γινόταν βάσει της της “διαταραχής τους” χάρη στην οποία μπορούσαν να θεραπεύσουν τα υπόλοιπα μέλη της φυλής.

Μία μελέτη του APA κατέληξε στο συμπέρασμα ότι “οι οι γιατροί με συναισθηματικές διαταραχές τείνουν να διαλέγουν την Ψυχιατρική ως ειδικότητα εκλογής”.

Σύμφωνα με μελέτες του 1990 και του 1991, οι μισοί περίπου από το σύνολο των θεραπευτών κάποια στιγμή απειλούνται με φυσική βία από τους θεραπευόμενούς τους και περίπου το 40% πραγματικά τους επιτίθενται.

Αυτό είναι σημαντικό πλήγμα για το θεραπευτή που έχει επενδύσει στη σχέση με το θεραπευόμενο του. Οι θεραπευτές που έχουν μπει σε μία τέτοια θέση (να βιώσουν βία) τείνουν να αισθάνονται περισσότερο ευάλωτοι και λιγότερο ικανοί και τα αισθήματα αυτά πολλές φορές επηρεάζουν και τις προσωπικές τους σχέσεις.

Επίσης σύμφωνα με δεδομένα άλλων μελετών ένα ποσοστό μεταξύ 20-30% των ψυχοθεραπευτών βιώνουν την επιτυχημένη αυτοκτονία τουλάχιστον ενός εκ των θεραπευομένων τους, με αποτέλεσμα την ενοχοποίηση και την αυτοκατηγορία τους.

Όμως οι θεραπευτές όμως δεν πιέζονται και δεν αγχώνονται μόνο από τους ασθενείς τους. Έρευνες, από τον Guyetal, αποκαλύπτουν ανησυχητικά δεδομένα:

Περισσότερο από το 60% των θεραπευτών μπορεί να έχουν υποφέρει από κλινικά σημαντική κατάθλιψη σε κάποιο σημείο στη ζωή τους και περίπου οι μισοί έχουν παραδεχτεί ότι στη διάρκεια των εβδομάδων που ακολούθησαν κάποιο πολύ επιβαρυντικό γεγονός δεν μπορούσαν να δώσουν ποιοτική φροντίδα στους θεραπευόμενούς τους.

Μία μελέτη του 1997 του M. Klag συμπέρανε ότι το 51% των ψυχιάτρων που αποφοίτησαν από το Πανεπιστήμιο Johns Hopkins μεταξύ του 1948-1964 χώρισαν, με αυτό το ποσοστό να είναι ψηλότερο από κάθε άλλον ιατρικό κλάδο. Ταυτόχρονα, πολλοί θεραπευτές εμφανίζουν χρόνιο άγχος.

Είναι όλο και πιο δύσκολο να ζήσουν και να εργαστούν αυτόνομα και το πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος τους είναι περισσότερο πιεστικό παρερχομένου του χρόνου.

Εξάλλου σύμφωνα με μία έρευνα ένας στους τέσσερις περίπου ψυχολόγους έχει περιστασιακά αυτοκτονικό ιδεασμό και ένας στους δεκαέξι μπορεί να έχει κάνει απόπειρα.

Παλιότερα δεδομένα πάνω στο ζήτημα επιτυχημένων αυτοκτονιών δείχνουν ποσοστά αυτοκτονιών για γυναίκες ψυχολόγους τα οποία είναι τρεις φορές μεγαλύτερα από του γενικού πληθυσμού.

Τα προβλήματα δε σταματούν εδώ. Πολλές φορές οι θεραπευτές αναπτύσσουν εξάρτηση από τη θεραπεία που προσφέρουν, δυσκολεύονται να σκεφτούν τη σύνταξη και μπορεί να είναι δύσκολο ακόμα και να απέχουν από τη δουλειά για κάποιο χρονικό διάστημα.

Επίσης, μπορεί να τους είναι αδιανόητο να κρατήσουν ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους, παρέχοντας υπηρεσίες που δυστυχώς δεν είναι σε επαρκές επίπεδο.

Έτσι, αδυνατούν να ακολουθήσουν τις ίδιες τους τις συμβουλές προς τους θεραπευόμενους τους και με αυτό τον τρόπο παραδίδουν εαυτούς στο δικό τους πια άγχος. ■

 Οι θεραπευτές συχνά παλεύουν με πολλά προβλήματα. Χρήση ή κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ, προβλήματα στο γάμο τους, κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (ΔΑΦΝΙ)

Παρελθόν, παρόν και μέλλον

Δρ Αλέξανδρος Χαϊδεμένος

Συντονιστής Διευθυντής Ψυχίατρος Ψ.Ν.Α.

Πάντα σκεπτόμουν ότι θα ήταν χρήσιμο να ασχοληθώ με την Ιστορική εξέλιξη του Μεγαλύτερου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Ελλάδας, το οποίο σήμερα ονομάζεται Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, αν και οι περισσότεροι συνεχίζουν να το αποκαλούν «Δαφνί».

Η σκέψη δε αυτή, γίνεται συνεχώς εντονότερη όταν διαπιστώνω ότι τα μέσα ενημέρωσης, το ευρύ κοινό, αλλά και οι περισσότεροι Ψυχίατροι αγνοούν τον συνεχή μετασχηματισμό του από τότε που δημιουργήθηκε μέχρι και σήμερα.



Μία από τις Παράγκες, που μπήκαν σε λειτουργία το 1928 (φωτογραφία εποχής, αρχείο Τασσόγλου)



Άλλη Παράγκα του 1928 (φωτογραφία εποχής, αρχείο Τασσόγλου)



Φωτογραφία Παράγκας του 1928 αρκετά παραστατική (αρχείο Τασσόγλου)

ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Η περιοχή του Χαϊδαρίου, στην οποία αρχικά στήθηκε το 1918 το Ίδρυμα «Αγία Ελεούσα», η οποία επρόκειτο να εξελιχθεί αργότερα και να γίνει ο γεννήτορας του σημερινού Νοσοκομείου, ήταν 3-4 στρέμματα και φαίνεται ότι επιλέχθηκε διότι ήταν σχεδόν ακατοίκητη και επομένως εξασφάλιζε την αποφυγή διαμαρτυριών από περιοίκους.

Το αρχικό οίκημα, αν και είχε προβλεφθεί να στεγάσει περίπου 50 ασθενείς, τελικά έφτασε να στεγάζει περί τους 500. Η αντιμετώπιση του προβλήματος στέγασης των ατόμων έγινε με την δημιουργία σκηνών, δημιουργώντας άθλιες συνθήκες διαβίωσης, οι οποίες θύμιζαν σκηνές από την κόλαση του Δάντη.

Το 1925 έγινε αρχικά απαλλοτρίωση και παραχώρηση 70 στρεμμάτων, τα οποία, μετά από συνεχείς παραχωρήσεις εκ μέρους του Δημοσίου, έφτασαν σε συνολική έκταση τα 680 περίπου στρέμματα, μείον την έκταση, η οποία αφαιρέθηκε αργότερα, για να γίνει η Λεωφόρος Αθηνών.



Από τα «Προσωρινά» κτίρια του 1938. Σε πρώτο πλάνο το 6ο, πίσω του το 7ο & αριστερά το 9ο.

Από το 1928 αρχίζει η δημιουργία πρόχειρων εγκαταστάσεων που αναφέρονται ως παράγκες, ενώ στο τέλος του 1933 αρχίζουν προκαταρτικές εργασίες για την ανέγερση μόνιμων κτιριακών εγκαταστάσεων των Περιπτέρων 1ου, 2ου, 3ου και 4ου.

Θα ακολουθήσει η δημιουργία άλλων 6 περιπτέρων ενώ κατά την περίοδο του 2ου Παγκοσμίου πολέμου το 1941 το σχεδόν τελειωμένο Τασσόγλειο Περίπτερο θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του Αγγλικού Στρατού και ακολούθως για τις ανάγκες των Γερμανικών κατοχικών δυνάμεων.

Μετά την λήξη του πολέμου αρχίζει η ανασυγκρότηση του Ψυχιατρείου για να φτάσουμε στην δεκαετία 1956-65 κατά την οποία υπάρχει η μεγαλύτερη μέχρι τότε ανάπτυξη του χώρου. Το 1977 το Ψυχιατρείο διέθετε 21 μόνιμα κτιριακά συγκροτήματα (περίπτερα), Διοικητήριο, χώρους αναψυχής, Πλυντήρια, Σιδερωτήρια, Μαγειρεία και αυτόνομο Σταθμό ηλεκτροδότησης.

Αναλυτικότερα υπήρχαν, 6 Ψυχιατρικές κλινικές, 1 χρόνιων και οργανι-



Θάλαμος αρρώστων το 1ου μόνιμου Περιπτέρου (αρχείο Τασσόγλου)

► κών νοσημάτων, 1 παιδοψυχιατρική, 1 Νευρολογική, 1 Αλκοολικών-Τοξικομανών, 1 Ψυχογηριατρική, 1 Παθολογική, 1 χειρουργική και 2 Φυματικών Ψυχοπαθών. Η κατά τον οργανισμό προβλεπόμενη δύναμη ήταν 2.580 κρεβάτια, ενώ ο αριθμός των νοσηλευόμενων κυμαίνονταν από 2.650 μέχρι 2.700.

Μέχρι το 1999 και παρά την συνεχή συρρίκνωση των υπηρεσιών, ο αριθμός των νοσηλευόμενων ανέρχονταν περίπου στους 1800 και ο χώρος των ψυχιατρικών κλινικών εξακολουθούσε να διατηρεί, αν και σε μικρότερο βαθμό, τον ασυλιακό χαρακτήρα του.

ΠΑΡΟΝ - Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ψ.Ν.Α)

Έχοντας την εικόνα του παρελθόντος, τα τελευταία χρόνια ακούγεται καθημερινά στον χώρο της ψυχικής υγείας η φράση: «Τα μεγάλα ψυχιατρεία πρέπει να κλείσουν μέχρι το 20...., γιατί έτσι μόνο θα γίνει η αποϊδρυματοποίηση».

Μέσα στον κατάλογο των υπό κατάργηση ψυχιατρικών νοσοκομείων, προκειμένου να επιτευχθεί η πολυπόθητη αποϊδρυματοποίηση, είναι και το Ψ.Ν.Α πρώην «Δαφνί» εφόσον εκείνο το οποίο υπάρχει στην αντίληψη των υπευθύνων είναι μόνο η εικόνα του παρελθόντος. Ωστόσο, μετά τον σεισμό του 1999, όλα τα παλιά κτίρια, τα οποία υπέστησαν ανεπανόρθωτες ζημιές, γκρεμίστηκαν και στη θέση τους κτίστηκαν καινούργια με συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Έτσι λοιπόν, σήμερα το Ψ.Ν.Α περιλαμβάνει δέκα νεόκτιστα ανεξάρτητα ψυχιατρικά τμήματα οξέων περιστατικών, παθολογική κλινική, ακτινολογικό, μικροβιολογικό, βιοχημικό, οδοντιατρικό τμήμα και τα υποστηρικτικά ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων όπως καρδιολογικό, χειρουργικό, ακτινολογικό, μικροβιολογικό, βιοχημικό κ.ά.

Τα σύγχρονα ψυχιατρικά τμήματα οξέων περιστατικών διαθέτουν δωμάτια τριών ή λιγότερων κλινών με



Η είσοδος του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α) σήμερα



Εφημερίο (Ημέρα εφημερίας)



Χώρος υποδοχής εφημερίου

ατομικό λουτρό, σαλόνι, τραπεζαρία γραφεία και άλλους χώρους.

Όλες δε αυτές οι κτιριακές εγκαταστάσεις βρίσκονται σε μία τεράστια δενδροφυτεμένη έκταση που αποτελεί ιδανικό χώρο για την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, εφόσον εκεί έχουν τη δυνατότητα να κάνουν περιπάτους, σε αντίθεση με τους νοσηλευόμενους στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, όπου από τα παράθυρα των δωματίων τους αντικρίζουν φωταγωγούς και πολυσύχναστες λεωφόρους.

Είναι χαρακτηριστικό μάλιστα, ότι όσοι επισκέπτονται το ψυχιατρείο αυτό μένουν έκπληκτοι, εφόσον όσα έχουν ακούσει περί «Δαφνιού» είναι εντελώς άσχετα με την πραγματικότητα.

Νομίζω δε ότι το σύνηθες σχόλιο συγγενών και ασθενών αποδίδει την πραγματικότητα: «Τόσα χρόνια αποφεύγαμε να έρθουμε εδώ και πηγαίναμε σε άλλα ψυχιατρεία γιατί δεν γνωρίζαμε ότι το Δαφνί είναι το πιο

σύγχρονο ψυχιατρείο»

Παράλληλα το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής έχει αναπτύξει 87 εξωνοσοκομειακές δομές (52 διαμερίσματα, 18 ξενώνες και 17 οικοτροφεία) όπου φιλοξενούνται 725 πρώην νοσηλευόμενοι και τρία Κέντρα Ψυχικής Υγείας έχοντας με αυτόν τον τρόπο εφαρμόσει στην πράξη την αποϊδρυματοποίηση και μάλιστα παρά τις τραγικές ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), είναι λοιπόν μόνο «κατά φαντασίαν» άσυλο γιατί, για όσους γνωρίζουν την σημερινή του μορφή, αποτελεί ένα κεφάλαιο για το κράτος και μπορεί να προσφέρει πολλά στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Αυτό δε το οποίο στο μέλλον θα ήταν ωφέλιμο να γίνει είναι ο μετασχηματισμός του σε ένα ευέλικτο νοσοκομείο με λιγότερες ίσως ψυχιατρικές κλινικές, υποστηρικτικές



Οδοντιατρείο Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής



Εξωτερική άποψη τμημάτων εισαγωγών



Εσωτερικό τμήματος εισαγωγών

δομές και κλινικές άλλων ειδικοτήτων.

Αντίθετα, το κλείσιμό του όχι μόνο θα έβλαπτε σοβαρά την παροχή υπηρεσιών στην ψυχική υγεία, αλλά θα δημιουργούσε ένα δυσαναπλήρωτο κενό, εφόσον το ψυχιατρείο αυτό καλύπτει κάθε χρόνο 26.000 άτομα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κάποιες χιλιάδες άτομα σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όλα αυτά συμβαίνουν σε ένα φυσικό χώρο, μοναδικό για το λεκανοπέδιο

της Αττικής, ο οποίος θα μπορούσε με κατάλληλους χειρισμούς να μετατραπεί σε έναν παράδεισο ψυχικής αποκατάστασης.

Θα πρέπει όλοι να κατανοήσουμε ότι, στην προκειμένη περίπτωση, η ιδρυματοποίηση δεν είναι θέμα χώρου, αλλά θέμα νοοτροπίας και τρόπου διαχείρισης του χώρου.

Φταίει το μετρούμενο και όχι το μέτρο: φταίει η αιτία που προκάλεσε τον πυρετό, η λαιμαργία που πρόσθε-

σε το βάρος και όχι το θερμόμετρο ή η ζυγαριά

Εάν οι αρμόδιοι επιθυμούν να δώσουν τη σωστή λύση, έστω και την τελευταία στιγμή, ας συμβουλευτούν εκείνους οι οποίοι γνωρίζουν τον χώρο, έχουν κλινική εμπειρία με ψυχικά πάσχοντες ώστε να γνωρίζουν τις πραγματικές τους ανάγκες και όχι εκείνους, οι οποίοι προσπαθούν να αντιληφθούν το μέλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πίσω από τα γραφεία τους. ■



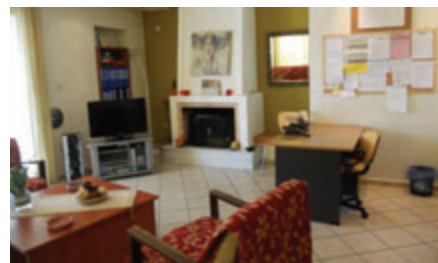
Τμήμα εισαγωγών - Καθιστικό



Τμήμα εισαγωγών - Τραπεζαρία



Ξενώνας Ψ.Ν.Α



Σαλόνι Ξενώνας



Κουζίνα Ξενώνας



Τμήμα εισαγωγών - Δωμάτιο ασθενών



Υπνοδωμάτιο Ξενώνας



ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

6-8 Μαρτίου 2020

Ξενοδοχείο CROWNE PLAZA, Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 6 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

Αίθουσα ΣΩΚΡΑΤΗΣ

10.30-12.00	ΕΓΓΡΑΦΕΣ
12.00-13.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΥΣΕΠΙΛΥΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ <i>Προεδρείο:</i> Αχιλλέας Οικονόμου, Σπύρος Κλείσας Δυσθυμική διαταραχή Σπύρος Κλείσας Φαρμακευτική αντιμετώπιση της δυσθυμικής διαταραχής Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου Φαρμακολογική διαχείριση ανθεκτικής κατάθλιψης Κώστας Σαμαράς
13.30-14.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Η ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ <i>Προεδρείο:</i> Αλέξανδρος Χαϊδεμένος, Χρήστος Ιστίκογλου Η Ψυχιατρική σε συνθήκες Ε.Σ.Υ. Σπύρος Μπάρας Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημιακού νοσοκομείου Μαρία Παπαλιάγκα Συνθήκες εργασίας, δυνατότητες και περιορισμοί σε ψυχιατρική κλινική επαρχιακού γενικού νοσοκομείου Παναγιώτης Μάλλιαρης Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής: Παρελθόν, παρόν και μέλλον Αλέξανδρος Χαϊδεμένος
14.45-15.30	ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ
15.30-17.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ <i>Προεδρείο:</i> Χρύσανθος Μπουλάς, Σπύρος Κλείσας

	Στο ιδιωτικό ιατρείο Σπύρος Κλείσας Στο γενικό νοσοκομείο Θεόδωρος Αφορόζης Στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας Χρύσανθος Μπουλάς
17.00-18.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΘΗΝΑΙΩΝ <i>Προεδρείο:</i> Κωνσταντίνος Αλεξανδρόπουλος, Γρηγόριος Λέων Άστεγοι και ψυχοπαθολογία Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου Ψυχιατρικά προβλήματα σε πρόσφυγες Αναστασία Διακουμοπούλου Κέντρο υποδοχής και αλληλεγγύης Δήμου Αθηναίων: Διαχείριση και δυσκολίες Γρηγόριος Λέων
18.30-19.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
19.00-19.30	ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ <i>Προεδρείο:</i> Αχιλλέας Οικονόμου, Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου Ευθύνη και Ιατρική Εμμανουέλα Τρούλη
19.30-20.00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ
20.00	COCKTAIL RECEPTION

Αίθουσα ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

12.00-13.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΕΥΡΙΠΙΔΗ: ΜΙΣΟΓΥΝΗΣΉ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΟΣ; ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗ <i>Προεδρείο:</i> Βιργινία Καλοδίκη, Ξένια Βελιβασάκη, Όλγα Ζούζουλα
-------------	---

	Ψυχογράφος του αρχαίου δράματος στο κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο Ξένια Βελιβασάκη Μήδεια - Εκάβη. Η καταγωγή, τα στοιχεία προσωπικότητας ή το περιβάλλον μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία ενός «τέρατος»; Βιργινία Φαμπιόλα Καλοδίκη Ανδρομάχη και ψυχική ανθεκτικότητα Όλγα Ζούζουλα
13.30-14.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΠΟ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΕΩΣ ΤΟ FOL- LOW UP <i>Προεδρείο:</i> Βασιλική Μπελίτση, Γεώργιος Δημητριάδης Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής Αικατερίνη Πικούλη Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας σε μονάδα ψυχικής υγείας για μετανάστες Ειρήνη Πόλιο Οι κατ'οίκον επισκέψεις στη διαχείριση της ψυχικής νόσου: Εξωτερικό εργαλείο ανατροφοδότησης της υπηρεσίας ή φυσικό περιβάλλον παρέμβασης Κωνσταντίνος Τσούκας
14.45-15.30	ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ
15.30-17.00	WORKSHOP Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ GDPR ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ <i>Συντονιστές:</i> Γεώργιος Καραμπουτάκης, Αναστασία Τσακίρη, Αικατερίνη Φραγκάκη (Με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων. Απαιτείται προεγγραφή)



ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

6-8 Μαρτίου 2020

Ξενοδοχείο CROWNE PLAZA, Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

17.00-17.30	ΔΙΑΛΕΞΗ <i>Προεδρείο:</i> Βιργινία Φαμπιόλα Καλοδίκη Όταν ο καρκίνος αποτελεί εφελτήριο για τη ζωή Σάββας Σαβδόπουλος
17.30-18.30	WORKSHOP ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ: ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ <i>Συντονίστρια:</i> Σοφία Πορτινού, Ευθυμία Κίνα (Με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων. Απαιτείται προεγγραφή)

ΣΑΒΒΑΤΟ 7 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

Αίθουσα ΣΩΚΡΑΤΗΣ

09.15-10.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ο ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ <i>Προεδρείο:</i> Γεώργιος Αλεβιζόπουλος, Γεώργιος Καραμπουτάκης Εγκεκριμένες θεραπείες Πασχάλης Γκίκας Άλλες ενδείξεις στη ψυχιατρική και νεότερα δεδομένα Σπύρος Καλημέρης Εφαρμογή σε ανηλίκους Αναστασία Τσακίρη
10.30-11.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.00-12.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΝΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ <i>Προεδρείο:</i> Δημήτριος Κόντης, Σπυριδούλα Βασιλούλη Γνωστική αποκατάσταση: Μια σύγχρονη ανάγκη Δημήτριος Κόντης,

	Η Αξιολόγηση των ασθενών στο πρόγραμμα γνωστικής αποκατάστασης "Μελέτη" Δήμητρα Γιαννακοπούλου Οι Συνεδρίες του προγράμματος "Μελέτη" Σπυριδούλα Βασιλούλη
12.15-12.45	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ <i>Προεδρείο:</i> Αχιλλέας Οικονόμου, Αντώνης Καρζής Ιατρική Ακρίβειας και Φαρμακογονιδιωμική: Εξατομικεύοντας την φαρμακευτική αγωγή Δημήτρης Ρούκας
12.45-14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ FAKE NEWS ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΑΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ <i>Προεδρείο:</i> Δημήτριος Αλικάκος, Αχιλλέας Οικονόμου Σύγχρονοι και διαχρονικοί ιατρικοί μύθοι Φώτης Πετρόπουλος Ψυχιατρικοί μύθοι Πέτρος Σκαπινάκης Το ναρκοπέδιο των ανθρώπων προκαταλήψεων και η εκμετάλλευσή του επιστημονικού αναλφαριθμητισμού στα μέσα ενημέρωσης Στάμος Αρχοντής
14.00-15.00	ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ
15.00-16.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ, ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ <i>Προεδρείο:</i> Γεώργιος Αλαφούζος, Ιωάννης Χιώτης Διοικητική και οικονομική λειτουργία των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών Γεώργιος Αλαφούζος

	Επιστημονικές προκλήσεις στη λειτουργία των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών Ιωάννης Χιώτης GDPR και ο ρόλος του DPO στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές Γεώργιος Κουτεράνης, Θεμιστοκλής Ταρσίδης
16.30-18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΟΙΝΟΣ ΤΟΠΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ <i>Προεδρείο:</i> Αχιλλέας Οικονόμου, Σπύρος Μπάρας Ψυχοδερματολογία-Νευροδερματίτιδες Αθανάσιος Τσαρακλής, Καρδιολογία και Ψυχιατρική Δημήτριος Ευαγγέλου Ψυχιατρική και Πεπτικό Λάζαρος Βαρυτιμάδης Ο ενδοκρινολόγος μπροστά σε ψυχιατρικά συμπτώματα Δημήτριος Καραλής
18.00-18.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
18.30-19.15	ΔΙΑΛΕΞΗ <i>Προεδρείο:</i> Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου Στρες σαν Παράγων Κινδύνου για Οξείες και Χρόνιες Νόσους Γεώργιος Χρούσος
19.15-20.45	MASTERCLASS: ΙΔΕΟΨΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ <i>Προεδρείο:</i> Πέτρος Σκαπινάκης, Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου Επιδημιολογία στην Ελλάδα και φαρμακευτική αντιμετώπιση Πέτρος Σκαπινάκης Η συμπεριφορική θεραπεία (ERP) στην ΙΨΔ Θοδωρής Χαλιμούρδας CBT αντιμετώπιση των αμιγών ιδεοληψιών (pure obsessions) Λία Κουμαντάνου



ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

6-8 Μαρτίου 2020

Ξενοδοχείο CROWNE PLAZA, Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ	
09.15-10.30	WORKSHOP ΜΙΛΩΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΑΝΕΙΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ Συντονιστές: Δημήτριος Παππάς, Πυθαγόρας Χατζημανώλης
10.30-11.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.00-12.00	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ - Οργάνωση LUNDBECK ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ & ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕ- ΝΕΙΣ ΜΕ ΜΚΔ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ Συντονιστής: Ανδρέας Γαλανόπουλος (Με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων. Απαιτείται προεγγραφή)
13.00-14.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Ηλίας Τζαβέλας Δημήτριος Καραϊσκος Ηθολογία, εξελικτική Ψυχολογία και Κοινωνιοβιολογία Κωνσταντίνος Φουντουλάκης
14.00-15.00	ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ
15.00-16.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΗΜΕΡΑ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ Προεδρείο: Παναγιώτης Χονδρός, Στέλλα Παντελίδου Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας ΕΠΑΨΥ): Πρωτοπόρες δράσεις σε θεραπευτικό και κοινοτικό επίπεδο Στέλλα Παντελίδου Ξενώνας ψυχοκοινωνικής αποκατά- στασης: Όραμα και πραγματικότητα Χαράλαμπος Ιωάννου Κέντρο ημέρας Δημήτριος Τριβέλλας
16.30-18.00	WORKSHOP ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΕΞΟΛΟΓΟΣ Συντονιστές: Γεώργιος Πάγκαλος, Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου

18.00-18.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
18.30-19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Νικόλαος Γκούβας Τεχνολογία και τηλεψυχιατρική: Η ραγδαία της ανάπτυξη, θα κερδίσει το ευρωπαϊκό στοίχημα; Νικόλαος Νικολάου

ΚΥΡΙΑΚΗ 8 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

Αίθουσα ΣΩΚΡΑΤΗΣ	
09.00-10.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ο ΙΔΙΩΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΣΗΜΕΡΑ Προεδρείο: Φώτιος Μωρόγιαννης, Δημήτριος Απατάγγελος Ζητήματα εργασιακής καθημερινότητας του ιδιώτη ψυχίατρου Δημήτριος Απατάγγελος Ανοίγοντας ιδιωτικό ιατρείο σήμερα Γεώργιος Αππιάκος Η εμπειρία ενός τετάρτου αιώνα άσκησης ιδιωτικής ψυχιατρικής Φώτιος Μωρόγιαννης
10.30-11.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ
11.00-12.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ Προεδρείο: Γεώργιος Καραμπουτάκης, Γεώργιος Σταμάτης Σχολικός εκφοβισμός: Ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπτώσεις του φαινομένου σε θύτη και θύμα Εμμανουήλ Τσαλαμανιός Σεξουαλικός εκφοβισμός Αναστάσιος Παπακωνσταντίνου
11.00-12.30	Διαδίκτυο και ψηφιακός εκφοβι- σμός. Η ελληνική πραγματικότητα Βασίλειος Παπακώστας Ο εκφοβισμός στις ευαίσθητες κοι- νωνικές ομάδες Γεώργιος Σταμάτης
12.30-14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ Προεδρείο: Δόμνα Τσακλακίδου, Γεώργιος Καραμπουτάκης

	Φαρμακευτική κάνναβη στην Ελλάδα: Το όραμα, προοπτικές και περιορισμοί Δημήτριος Μπιλάλης Η φαρμακευτική κάνναβη στην ψυχι- ατρική Δημήτριος Καραϊσκος
14.00-14.30	ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΙ

Αίθουσα ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ	
09.00-10.30	WORKSHOP ΟΡΘΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Συντονιστές: Γεώργιος Αλεβιζόπουλος, Γεώργιος Καραμπουτάκης
11.00-12.30	WORKSHOP ΑΝΟΙΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ Συντονιστές: Ιωάννης Παπατριανταφύλλου, Αντώνης Καρζής
12.30-14.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ Προεδρείο: Αναστασία Τσακίρη, Αθανάσιος Κανελλόπουλος Δόμηση ψυχικής ανθεκτικότητας σε παιδιά και εφήβους Φλώρα Μπακοπούλου Ο ρόλος του παιδοψυχίατρου στα πρόδρομα συμπτώματα Αθανάσιος Κανελλόπουλος

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ CROWNE PLAZA, ΑΘΗΝΑ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 6 ΜΑΡΤΙΟΥ - ΚΥΡΙΑΚΗ 8 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020
Εγγραφές: Ειδικευμένοι Ψυχίατροι 120 €, Ειδικευ-
μένοι (Άλλες Ειδικότητες) 80 €, Ειδικευόμενοι 50 €, Ψυχολόγοι 50 €, Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας 30 €, Φοιτητές Δωρεάν (Στις παραπάνω τιμές δεν συμπερι-
λαμβάνεται ΦΠΑ 24% για την έκδοση τιμολογίου).
Η Εγγραφή περιλαμβάνει: Υλικό Συνεδρίου, Παρακο-
λούθηση του Συνεδρίου Πιστοποιητικό Παρακολού-
θησης μοριοδοτούμενο από τον Πανελλήνιο Ιατρικό
Σύλλογο με 23 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαί-
δευσης (CME- CPD credits)



ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

6-8 Μαρτίου 2020

Ξενοδοχείο **CROWNE PLAZA**, Αθήνα



Εθνική ανάγκη μία νέα πολιτική για το ελληνικό φάρμακο

Μάρκος Ολλανδέζος

Επιστημονικός Διευθυντής της ΠΕΦ

Οι χρόνιες παθολογίες του συστήματος υγείας, οι ασυνέχειες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η έλλειψη συνεκτικής φαρμακευτικής πολιτικής και η απουσία κανόνων και μηχανισμών ελέγχου, οδήγησαν σταδιακά στον εκτροχιασμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, εξέλιξη που κορυφώθηκε στα τέλος της προηγούμενης δεκαετίας.

Στο πλαίσιο αυτό, ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης αναδείχθηκε σε κυρίαρχη προτεραιότητα της μνημονιακής πολιτικής για την υγεία. Το μίγμα των μέτρων που εφαρμόστηκαν εστίασε μονομερώς στην περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης αφενός μέσω συνεχών βιαιών μειώσεων των τιμών των φαρμάκων και αφετέρου μέσω της επιβολής υπερογκών υποχρεωτικών εκπτώσεων (rebate) και επιστροφών από τη βιομηχανία στον ΕΟΠΥΥ και τα νοσοκομεία (clawback). Δυστυχώς τα μέτρα αυτά δεν συνοδεύτηκαν από πραγματικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που θα επέτρεπαν τη βιώσιμη συγκράτηση του κόστους μέσω του εξορθολογισμού της συνταγογράφησης και της ασφαλιστικής αποζημίωσης των φαρμάκων καθώς και της διαμόρφωσης ενός συστήματος κινήτρων για την επιλογή οικονομικότερων θεραπειών από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.

Οι τεράστιες μειώσεις τιμών, εστιασμένες μονομερώς στα τα γενόσημα και γενικότερα στις παλαιότερες θεραπείες, οδήγησαν πληθώρα καταξιωμένων φαρμάκων σε υποχρεωτική έξοδο από την αγορά καθώς η διατήρησή τους σε κυκλοφορία κατέστη ασύμφορη. Η αναγκαστική απόσυρση των φαρμάκων αυτών από την αγορά, συμβαίνει ακριβώς τη στιγμή που είναι όσο ποτέ απαραίτητα, λόγω της εγγενούς δυνατότητας τους να παράγουν εξοικονομήσεις, υποκαθιστώντας ακριβότερες θεραπείες. Αντίθετα, η τιμολογιακή εξόντωση των παλαιότερων και ήδη οικονομικών φαρμάκων ωθεί την συνταγογράφηση σε νεότερες ακριβότερες θεραπείες για τις ίδιες ενδείξεις, με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της πραγματικής δαπάνης και την υπέρβαση των (πολύ χαμηλών) ορίων του κλειστού προϋπολογισμού που βρίσκεται «κλειδωμένος» στα 1.945 εκατ.€.

Οι όποιες υπερβάσεις του παραπάνω ορίου τροφοδοτούνται από τη συνεχή είσοδο στην αγορά νέων πολύ ακριβών φαρμάκων και την μέχρι σήμερα αδυναμία του κράτους για τη θέσπιση κανόνων με στόχο τη συγκράτηση της συχνά αναίτιας, αδικαιολόγητης υποκατάστασης των παλαιότερων φαρμάκων από νεότερα ακριβότερα.

Οι συνεχώς αυξανόμενες αυτές υπερβάσεις επιμερίζονται σε όλες τις βιομηχανίες κατά κύριο λόγο βάσει του μεριδίου αγοράς τους και επιστρέφονται στο κράτος υπό τη μορφή του clawback. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τον πρώτο χρόνο της εφαρμογής του το 2012, το clawback ανήλθε σε 78 εκατ. €, ενώ φέτος εκτιμάται ότι θα ξεπεράσει τα 620 εκατ. € !! Δυστυχώς, ενώ το clawback, όπου εφαρμόστηκε είχε τη μορφή έκτακτου προσωρινού δημοσιονομικού μέτρου, στην Ελλάδα έχει αναδειχθεί σε δομικό στοιχείο της φαρμακευτικής πολιτικής δημοσιονομικής Πρόκειται ουσιαστικά για μια πρόσθετη επιβάρυνση που επιβάλλεται άδικα στα γενόσημα φάρμακα: Ενώ η δαπάνη αυξάνεται κατά κύριο λόγο από τα νεότερα ακριβά φάρμακα, οι υπερβάσεις επιμερίζονται σε όλα τα φάρμακα, ακόμη και στα γενόσημα που από τη φύση τους υποκαθιστούν ακριβότερες θεραπείες και κατά συνέπεια παράγουν μόνο εξοικονομήσεις.

Ο συνδυασμός τιμολόγησης και υποχρεωτικών εκπτώσεων-επιστροφών απαξιώνει το ελληνικό φάρμακο, ακυρώνει τον επενδυτικό / ερευνητικό σχεδιασμό των ελληνικών επιχειρήσεων και ανακόπτει την αναπτυξιακή πορεία ενός κλάδου που τεκμηριωμένα, μπορεί να αποτελέσει πυλώνα ανασυγκρότησης της εθνικής οικονομίας.

Ενώ, λοιπόν, η ποιότητα των ελληνικών φαρμάκων είναι διεθνώς αναγνωρισμένη δεδομένου ότι εξάγονται σε πάνω από 85 χώρες, τα προβλήματα και οι στρεβλώσεις

του σημερινού πλαισίου φαρμακευτικής πολιτικής έχουν καταστήσει τη χώρα μας «πρωταθλήτρια» στην χρήση εισαγόμενων ακριβών φαρμάκων και ταυτόχρονα ουραγό στην χρήση γενοσήμων φαρμάκων μεταξύ των χωρών της Ε.Ε.

Η περιπέτεια των μνημονίων αφήνει πίσω της μια κατακερματισμένη φαρμακευτική αγορά, χωρίς στρατηγικό προσανατολισμό, με σημαντικές στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες με ελλείψεις και προβλήματα επάρκειας. Η εικόνα αυτή καθιστά αναγκαία τη διαμόρφωση ενός νέου βιώσιμου πλαισίου βιώσιμης φαρμακευτικής πολιτικής, με μέτρα για το εξορθολογισμό της χρήσης και της αποζημίωσης των φαρμάκων, που θα διασφαλίζει την έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών σε κάθε αναγκαία θεραπεία σε προσιτό κόστος, ενώ παράλληλα θα αξιοποιεί και τις σημαντικές αναπτυξιακές δυνατότητες της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας. Η συμβολή της παραγωγικής φαρμακοβιομηχανίας στην ελληνική οικονομία και κοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντική μέσω της ενίσχυσης της απασχόλησης, της αξιοποίησης του επιστημονικού δυναμικού της χώρας, της επένδυσης σε δραστηριότητες έρευνας, της ανάπτυξης και κατοχύρωσης τεχνογνωσίας, των εξαγωγών, των φορολογικών εσόδων και γενικότερα της παραγωγής προστιθέμενης αξίας που μένει στη χώρα και επανεπενδύεται. Τα χαρακτηριστικά αυτά αναδεικνύουν την ελληνική φαρμακοβιομηχανία όχι μόνο σε σημαντικό πυλώνα του εθνικού συστήματος υγείας, εξασφαλίζοντας ολοκληρωμένη και οικονομικά προσιτή ποιοτική φαρμακευτική περίθαλψη αλλά και σε βασικό αναπτυξιακό κλάδο της εθνικής οικονομίας σε μια περίοδο που η ανάπτυξη αποτελεί τη μόνη επιλογή για την οριστική έξοδο από τον υφεσιακό κύκλο της τελευταίας δεκαετίας. ■



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΠΙΠΛΑ
ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ
ΕΙΔΗ Α' ΒΟΗΘΕΙΑΣ



www.digas.gr το πιο ενημερωμένο e-shop στην Ελλάδα

SINCE
1947

Αθήνα:
Λεωφόρος Κηφισίας 354
152 33 - Χαλάνδρι
Τηλ.: 210 682 5000 - 210 682 6000
e-mail: athens@digas.gr

Θεσσαλονίκη:
Τέρμα Καραολή & Δημητρίου - 57 001
Θέρμη Θεσσαλονίκη
Τ.Θ. 601 54 Θέρμη - Τηλ.: 2310 272462 - 2310 270425
Fax: 2310 267516 - e-mail: info@digas.gr

Θεσσαλονίκη Κέντρο:
Τσιμισκή 137
Περιοχή ΧΑΝΘ
Τηλ: 2310 225 005 - 2310 225 025
E-mail: tsimiski@digas.gr

«Έξυπνη» Ψυχική Υγεία! Ιατροί και Ασθενείς πιο «κοντά» από ποτέ!

Διαχείριση Ασθενών και Τηλε-Συνεδρίες μέσω Έξυπνων Mobile Συσκευών με τη δύναμη της Vida24

Τα οφέλη από τη αξιοποίηση E-Health λύσεων στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, τώρα και στον Ελλαδικό χώρο, παρουσιάστηκαν από τη VIDAVO στο πλαίσιο του 5ου Πανελληνίου Διεπιστημονικού Ιατρικού Συνεδρίου με τίτλο «Καινοτόμες Λύσεις και Ολοκληρωμένη Αντιμετώπιση». Το συνέδριο πραγματοποιήθηκε μεταξύ 21 και 24 Ιουνίου στην Καλαμάτα και διοργανώθηκε από την **Εταιρία Νευροεπιστήμης και Ψυχικής Υγείας Obrela**.

Η VIDAVO μέσω της εκπροσώπου της, υπεύθυνης Έργων, Ειρήνης Πατσιούρα, παρουσίασε και ανέλυσε το πώς, ανθρωποκεντρικά, η σύγχρονη τεχνολογία κάνει δυνατή τη σημαντική βελτίωση στην πρόληψη-αποτελεσματική παρακολούθηση και ουσιαστική φροντίδα ψυχιατρικών περιστατικών αναβαθμίζοντας παράλληλα, το ρόλο και τις υπηρεσίες του ειδικού ιατρού ψυχικής υγείας.

Η αναφορά περιελάμβανε την παρουσίαση της επιστημονικά τεκμηριωμένης, πιστοποιημένης και βραβευμένης ελληνικής Τηλεματικής Πλατφόρμας Διασύνδεσης Ιατρού με Ασθενή που φέρει την εμπορική ονομασία **Vida24**. Η πλατφόρμα επικοινωνίας **Vida24** μέσω της ειδικής εφαρμογής **VidaΨ** 'εισάγει' τις εξειδικευμένες Υπηρεσίες Τηλεψυχιατρικής και υποστηρίζει με Ασφάλεια και Αξιοπιστία τη Διαχείριση Ιατρικού Ψυχιατρικού Φακέλου Υγείας, Τηλε-Συνεδρίες με Βιντεοκλήση με Αδιάλειπτη Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες 24 ώρες/7ημέρες μέσω Health Cloud για την ουσιαστική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.

Η εφαρμογή **VidaΨ** της αναγνωρισμένης και βραβευμένης πλατφόρμας επικοινωνίας **Vida24**, απευθύνεται στους



ιατρούς του χώρου που θέλουν, κατ'αρχήν, να διασφαλιστούν στο πλαίσιο της οριστικής εφαρμογής του πρόσφατου πολύ αυστηρού Ευρωπαϊκού Νομοθετικού Πλαισίου για τη Διαφύλαξη Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR). Η ουσία βέβαια, πέραν της προφανούς και απαραίτητης διασφάλισης του κάθε ιατρού απέναντι στον GDPR, παραμένει **ο απόλυτος έλεγχος, η οργάνωση και ασφαλής διαχείριση του σύγχρονου περιβάλλοντος του 'ψηφιακού' πλέον ιατρεί-**

ου, παρέχοντας εύκολα, ευέλικτα και αδιάλειπτα τις υπηρεσίες τους χωρίς κανένα γεωγραφικό περιορισμό.

Η διαμόρφωση της Ψηφιακής Κλινικής καθώς η Εκπαίδευση στα χαρακτηριστικά τόσο της πλατφόρμας Vida24 όσο και της εφαρμογής **VidaΨ** προς τους ιατρούς, παρέχεται από τη VIDAVO.

Οι ενδιαφερόμενοι γιατροί μπορούν να επικοινωνούν για περισσότερες πληροφορίες στα τηλέφωνα **2310 474439, 6956 202087** ή στέλνοντας μήνυμα στο networking@vidavo.eu



Η πρώτη διαδικτυακή πλατφόρμα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Ένα καινοτόμο «εργαλείο» για την εξατομικευμένη αντιμετώπιση της κατάθλιψης, από την οποία εκτιμάται ότι πάσχει ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού, είναι πλέον διαθέσιμο στην εγχώρια αγορά. Ο λόγος για την ψηφιακή θεραπευτική μέθοδο **deprexis®**.



Η ψηφιακή αυτή πλατφόρμα βασίζεται σε ένα λογισμικό τεχνητής νοημοσύνης που αλληλεπιδρά με φιλικό τρόπο με τον ασθενή και προσαρμόζεται στις ανάγκες του, στη βάση των απαντήσεων που ο ίδιος δίνει σε μια σειρά ερωτήσεων που θέτει το πρόγραμμα.

Με αυτό τον τρόπο, ο χρήστης (ασθενής) παραμένει αφοσιωμένος στη θεραπεία του.

«Η ψηφιακή θεραπεία **deprexis** μπορεί να λειτουργήσει ως συμπληρωματική θεραπεία για τους ασθενείς που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή ή ακολουθούν ψυχοθεραπεία, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να αποτελέσει μια ωφέλιμη λύση για τους ασθενείς που δεν έχουν πρόσβαση σε κάποιον γιατρό» εξηγεί ο Γενικός Διευθυντής της **Servier Hellas Frédéric Fouilloux**.

Η εφαρμογή, μέσα από 10 ενότητες (π.χ. αποδοχή, επίλυση των προβλημάτων, ενσυνειδητότητα) παρέχει στον ασθενή επεξήγηση και παραδείγματα με τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, δίνοντάς του τη δυνατότητα να κάνει πρακτική εξάσκηση

και να καταφέρει έτσι να μειώσει δραστικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη φτάνει το 8,2% του πληθυσμού, ενώ παγκοσμίως περίπου 350 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από τη νόσο.

«Αν και η κατάθλιψη θεωρείται μια ευρέως διαδεδομένη νόσος ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν λαμβάνει επαρκή θεραπεία για πολλούς λόγους, όπως είναι ο στιγματισμός ή τα κοινωνικά ταμπού» αναφέρει ο **Frédéric Fouilloux**.

12 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες στις οποίες συμμετείχαν περισσότεροι από 7.000 ασθενείς έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα της ψηφιακής θεραπείας **deprexis®** στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ παράλληλα, η ψηφιακή αυτή θεραπεία έχει αξιολογηθεί από παγκοσμίως αναγνωρισμένους ειδικούς στον τομέα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας.

Το προϊόν έχει δημιουργηθεί από την



GAIA, πρωτοπόρο παγκοσμίως στον τομέα παροχών ψηφιακών λύσεων στην υγεία και είναι προσβάσιμο από desktop, κινητά και tablet.

Στην Ελλάδα διατίθεται από τη **Servier**, μια γαλλική φαρμακευτική εταιρεία, η οποία με τον τρόπο αυτό ενισχύει το υπάρχον «χαρτοφυλάκιο» της.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

6-8 Μαρτίου 2020

Hotel CROWNE PLAZA, Αθήνα

3rd INTERNATIONAL CONGRESS ON EVIDENCE BASED MENTAL HEALTH: FROM RESEARCH TO CLINICAL PRACTICE 2020

March 18-22, 2020

Epirus Palace Hotel Congress & Spa, Ioannina, www.psychiatry.gr

28th EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY 2020

March 28-31, 2020

Madrid, Spain, epa-congress.org

SCHIZOPHRENIA INTERNA- TIONAL RESEARCH SOCIETY CONFERENCE 2020

April 4-8, 2020

Florence, Italy
schizophreniaresearchsociety.org

9^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΛΙ- ΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ (Με Διεθνή Συμμετοχή)

23-25 Απριλίου 2020

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, www.elepsy.gr

INTERNATIONAL CONFER- ENCE ON ADDICTION AND ASSOCIATED DISORDERS 2020

May 4-6, 2020

London, United Kingdom
www.icaad.com/events/london-2020

27th INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON CONTROVERSIES IN PSYCHIATRY 2020

May 14-16, 2020

Barcelona, Spain
www.controversiasbarcelona.org

28^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

14-17 Μαΐου 2020

Ξενοδοχείο Porto Palace,
Θεσσαλονίκη
www.psych.gr

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ & ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

5-7 Ιουνίου 2020

Ξενοδοχείο Αμαλία
Ναύπλιο
www.praxicon.gr

26th BIENNIAL MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF BEHAVIOURAL DEVELOPMENT 2020

June 21-25, 2020

Rodos, Greece
www.issbd2020.org

STRESS AND ANXIETY RESEARCH SOCIETY - 41st ANNUAL MEETING 2020

July 13-16, 2020

Haifa, Israel
star2020.haifa.ac.il

BRITISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY 2020

July 19-22, 2020

London, United Kingdom
www.bap.org.uk/BAP2020

18th EUROPEAN SYMPOSIUM OF SUICIDE & SUICIDAL BEHAVIOUR 2020

September 1-4, 2020

Rome, Italy
www.esssb18.eu

