

Πρωτοβάθμια Φροντίδα στη Ψυχική Υγεία

Δούκη Σταματίνα¹, Τουλιά Γεωργία²

- Νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, PhD(c) Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, MSc, MHASc, Ακαδημαϊκή υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
- Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί βασικό συστατικό, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Ψυχική Υγεία, στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε ανασκόπηση μελετών και άρθρων στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar, καθώς και σύνθεση αυτών. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε το είδος του άρθρου (γράμμα στον εκδότη και άρθρο σύνταξης).

Αποτελέσματα: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στη Ψυχική Υγεία στη χώρα μας: υπολείπεται των αναγκών του πληθυσμού, έχει ελλείψεις σε προσωπικό, κυρίως σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας ή άλλης ειδικότητας, έχει ανεπάρκεια υποδομών, κυρίως στην περιφέρεια, υποχρηματοδότηση, απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και ασάφεια του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών.

Συμπεράσματα: Κατέστη ξεκάθαρο, η αναγκαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα, σχετικά με τη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών, τον εντοπισμό νέων και την ολιστική αντιμετώπιση των οργανικών προβλημάτων, η οποία χρήζει περαιτέρω ανάπτυξης με την προώθηση των κατάλληλων προγραμμάτων.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ψυχική υγεία, ασθενείς.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δούκη Σταματίνα, Τσαούση 32 Άνω Ηλιούπολη TK 16342, 6932743834, e-mail: tan.douki@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal Volume 22, Supplement Issue 1A (January - March 2023)

REVIEW ARTICLE

Primary Care in Mental Health

Douki Stamatina¹, Toylia Georgia²

- Registered Nurse of Mental Health, PhD(c) of Medicine Department in University of National and Kapodistrian of Athens, Greece, MSc, MHASc, Academic Fellow of Nursing Department, University of West Attica, Greece
- Associate Professor of Nursing Department, University of West Attica, Greece

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is a key component, not only of countries' health systems, but also of the general socio-economic structure, according to the Alma-Ata Declaration of 1978.

Aim: The aim of this study is the investigation of Primary Care in Mental Health in Greece.

Methodology: A review of studies and articles in the PubMed and Google Scholar databases was conducted as well as their synthesis. The exclusion criterion was the type of article (letter to the publisher and editorial article).

Results: Primary Care in Mental Health in Greece observed to be: lags behind the needs of the population, shortages of staff, mainly specialized mental health nurses or other professionals, a lack of infrastructure mainly in rural areas, underfunding, absence of an evaluation mechanism and ambiguity of the framework for cooperation between services.

Conclusions: It is clear the need for Primary Care in Mental Health in Greece, on the management of mental disorders, the detection of new and the holistic treatment of organic problems which needs further development with the promotion of appropriate programs.

Keywords: Primary health care, mental health, patients.

Corresponding Author: Douki Stamatina, Tsaousi 32, Ano Ilioupoli, PC 16342, 6932743834, e-mail: tan.douki@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναγκαιότητα δημιουργίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), προέκυψε αρχικά από τη διαπίστωση, ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες (Αφρική, Ασία, Λατινική Αμερική), τα υγειονομικά μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, επέφεραν ελάχιστα αποτελέσματα, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες το Νοσοκομειοκεντρικά σχεδιασμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, αύξησε εκρηκτικά τις δαπάνες, χωρίς να επιφέρει τα ανάλογα αποτελέσματα, αναφορικά με την ανθρώπινη ευημερία. Ειδικότερα, στις αναπτυσσόμενες χώρες το χαμηλό ποσοστό των εμβολιασμών στα παιδιά (δεν ξεπερνούσε το 10%) και η αυξημένη βρεφική θνησιμότητα, 130-200 θάνατοι/1000 γεννήσεις, ενώ αντίστοιχα στις αναπτυγμένες χώρες (Ευρώπη, Αμερική, Ισραήλ) έφτανε τους 8.3-40.3 θανάτους/1000 γεννήσεις, οδήγησε στην υγειονομική κρίση της δεκαετίας του 70.¹ Ως εκ τούτου, προέκυψε η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των στόχων στον τομέα της υγείας, για νέα ιεράρχηση και επανακαθορισμό προτεραιοτήτων.

Η αναθεώρηση της φιλοσοφίας σχετικά με τα πρότυπα παροχής υπηρεσιών υγείας, διακηρύχθηκε στη συνδιάσκεψη της Άλμα-Άτα, το 1978, όπου ταυτόχρονα προσδιορίστηκε η έννοια της Π.Φ.Υ. και έγινε

καθολικά αποδεκτό ότι αποτελεί το μοναδικό μέσο για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους το 2000». Σύμφωνα με τη συνδιάσκεψη της Άλμα-Άτα η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασικό συστατικό, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος δηλ. ακόμα και σε χώρες με χαμηλότερο εισόδημα, τα συστήματα υγείας που προσανατολίζονται στην Π.Φ.Υ. φαίνεται να είναι πιο δίκαια και πιο εύκολα προσβάσιμα για το φτωχότερο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, έγινε αποδεκτό ότι η υγεία αποτελεί κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία δίνει τη δυνατότητα σε κάθε άτομο να ζήσει μία ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική.²

Η Π.Φ.Υ. φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, που άλλοτε είναι υποχρεωτικό (gatekeeping) και άλλοτε προαιρετικό, σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.² Περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε στο επίπεδο της κοινότητας, σε επίπεδο προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.^{3,4}

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Ψυχική Υγεία, στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση μελετών και άρθρων στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar με θέμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα στη ψυχική υγεία, εστιάζοντας στις ερευνητικές μελέτες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα, καθώς και σύνθεση της βιβλιογραφίας. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε το είδος του άρθρου (γράμμα στον εκδότη και άρθρο σύνταξης).

Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. αποτέλεσε βασικό στοιχείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), καθ' ότι ο δημόσιος διάλογος για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας άρχισε την περίοδο της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα το 1978.³ Ωστόσο, το υγειονομικό μας σύστημα χαρακτηρίζεται από ασθενή Π.Φ.Υ. τόσο στην πρόσβαση, όσο και στη συνέχεια και στην παρακολούθηση της φροντίδας των πολιτών.⁵ Συγκεκριμένα το 1/3-2/3 των ασθενών καταφεύγουν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), για προβλήματα που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο Π.Φ.Υ.⁶ Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 για την ενίσχυσή της,

η Ελλάδα δεν έχει καταφέρει να βρει ένα βιώσιμο μοντέλο.⁷ Σε ερευνητική όμως μελέτη που διενεργήθηκε στη χώρα μας, πριν από λίγα χρόνια, αναδείχτηκε ότι ο Έλληνας ασθενής επιθυμεί να γνωρίζει τον γιατρό που θα επισκεφτεί, να του δίνεται ο χρόνος που χρειάζεται και να μην του συμπεριφέρονται ως πρόβλημα, αλλά ως πρόσωπο.⁸

Το πρόγραμμα ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. προέβλεπε τη δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (190 στις μη αστικές περιοχές και 210 στις αστικές περιοχές), με άμεση προτεραιότητα την έναρξη του από τις μη αστικές περιοχές. Στη χωροθέτηση των Κέντρων Υγείας φάνηκε ότι δε χρησιμοποιήθηκαν, επαρκή δημογραφικά στοιχεία⁹, τα οποία θα προέβλεπαν: α) τον προσδιορισμό της σύνθεσης του πληθυσμού αναφοράς, ώστε να εκτιμηθεί το είδος των απαιτούμενων υπηρεσιών υγείας και β) τη συχνότητα εμφάνισης των συνηθισμένων νοσημάτων, ατυχημάτων και προβλημάτων της περιοχής ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας, δηλ. ποιόί θα ήταν οι ασθενείς και τί προβλήματα υγείας θα συναντούσαμε, κατά προσέγγιση, ώστε να γίνουν οι κατάλληλες επιλογές εξοπλισμού, κτιριακών εγκαταστάσεων και στελέχωσης.¹⁰

Το αρχικό πλαίσιο στελέχωσης των Κέντρων Υγείας, στηρίχθηκε κύρια στην εμπειρική εκτίμηση των αναγκών και λιγότερο σε κάποια συγκεκριμένη επιστημονική μεθοδολογία και τεκμηρίωση, (σύμφωνα με



τους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, τις κλιματολογικές, οικονομικές, πληθυσμιακές κ.ά. ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής). Από μέρους της πολιτείας, δεν επιχειρήθηκε καμία στρατηγική παρέμβασης με τη μορφή κινήτρων, για την προσέλευση των κατάλληλων επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα η απροθυμία στελέχωσης των Κέντρων Υγείας να είναι καταφανής. Έτσι, ενώ η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, ολοένα αυξάνεται, πολυτελείς κτιριακές εγκαταστάσεις παραμένουν ανεκμετάλλετες, υπερσύγχρονος μηχανολογικός εξοπλισμός παραμένει στις αποθήκες, εξαιτίας της ελλιπούς στελέχωσης από επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.⁶

Αναφορικά με το Νομοθετικό Πλαίσιο, που έχει Νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα, τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υπό τη Διοίκηση των Δημόσιων Νομαρχιακών Νοσοκομείων, αντί να υπαχθούν απευθείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, που αποτελεί το φυσικό περιβάλλον της Π.Φ.Υ., για την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων στην κοινότητα. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας και οι πόροι (κτίρια, εξοπλισμός, χρηματικά κονδύλια, βιοϊατρική τεχνολογία, κ. ά) των Κέντρων Υγείας, χρησιμοποιήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών των Δημόσιων Νομαρχιακών Νοσοκομείων, με αποτέλεσμα η αδυναμία χειρισμού δικού τους

προϋπολογισμού να λειτουργήσει ανασταλτικά στην εξέλιξη του θεσμού.⁶

Αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στη Ψυχική Υγεία, παλαιότερα δεδομένα της ελληνικής βιβλιογραφίας, ανέδειξαν την ανεπαρκή φροντίδα ψυχικής υγείας που παρατηρείται στις απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές, ενώ νεότερες μελέτες επιβεβαίωσαν και επεσήμαναν την περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης, περιλαμβάνοντας τον τόπο διαμονής, ως ένα από τα κύρια αίτια.¹¹

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ Π.Φ.Υ.

Τα ψυχικά νοσήματα χαρακτηρίζονται από ετερογένεια, πολυποίκιλη συμπτωματολογία, με διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας (σοβαρά/ήπια) και διάρκειας (οξέα/χρόνια), ενώ συχνά παρατηρείται πρόκληση αναπηρίας. Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν κύρια αιτία νοσηρότητας, παγκόσμια, που κυμαίνεται από 4.3-26.4% ετήσια και είναι ευρέως διαδεδομένες στις βιομηχανικές χώρες.^{12,13} Η σημαντική επιβάρυνση των ψυχικών νοσημάτων περιλαμβάνει το κόστος θεραπείας, την απώλεια παραγωγικότητας, τη λειτουργική έκπτωση και τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Στον Καναδά, όπως και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, κατατάσσονται μεταξύ των πιο δαπανηρών παθήσεων.¹⁴

Μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις τεκμηρίωσαν την πρόωρη θνησιμότητα που παρουσιάζουν οι ψυχικά ασθενείς. Ειδικότερα, τα άτομα που πάσχουν από μείζονα ψυχικά νοσήματα (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη) πεθαίνουν 10 έως 20 χρόνια νωρίτερα από το γενικό πληθυσμό.^{15,16} Οι κύριες αιτίες θανάτου είναι οργανικά νοσήματα, όπως: καρδιαγγειακές παθήσεις¹⁷, 75% των σχιζοφρενικών ατόμων καταλήγει από στεφανιαία νόσο¹⁸, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, αναπνευστικές παθήσεις και μολυσματικές ασθένειες, 2-6 φορές και 2-4 φορές μεγαλύτερο το ποσοστό τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αντίστοιχα^{17,19} και καρκίνος. Ακολουθούν οι θάνατοι από αυτοκτονίες, ειδικά τον πρώτο χρόνο μετά το εξιτήριο από νοσηλεία²⁰, ανθρωποκτονίες και ατυχήματα. Μολονότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρησιμοποιούν συχνότερα το σύστημα υγείας, ένα μεγάλο ποσοστό των σωματικών νοσημάτων τους παραμένει αδιάγνωστο.²¹ Επίσης, ιδιαίτερης σημασίας αποτελεί η ελλιπής τήρηση της θεραπείας από τους ψυχικά ασθενείς (λόγω έλλειψης εναισθησίας και ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων), γεγονός που τους απομακρύνει από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και δυσχεραίνει την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.²² Ωστόσο, οι ψυχικά ασθενείς με τη διαφόρου βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας και

τη δυσκολία στις κοινωνικές συναλλαγές τους, σε συνδυασμό με το γραφειοκρατικό τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, στη χώρα μας, που περιλαμβάνει διαδικασίες περίπλοκες και χρονοβόρες, συχνά, δυσκολεύονται να προσεγγίσουν τις υγειονομικές υπηρεσίες. Έτσι, για πολλούς ασθενείς, η Π.Φ.Υ. αποτελεί τη μοναδική ευκαιρία πρόσβασης στο σύστημα υγείας.²³

Επιπρόσθετα, τα τελευταία χρόνια, μετά από μία περίοδο μακράς οικονομικής κρίσης, η αύξηση της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών συντέινει στην ανάδειξη των εμφανών ελλείψεων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της παρεχόμενης φροντίδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα.²⁴ Σε εκτενή μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Κ.Υ. Γυθείου, σε δείγμα 500 ασθενών με διάφορα προβλήματα υγείας, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ανερχόταν στο 32.6% και συσχετίστηκε ισχυρά με οργανικά νοσήματα, όπως: η χρόνια αρθρίτιδα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.²⁵ Παρόμοια ευρήματα, κατέδειξε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 4.894 άτομα διαφόρων περιοχών της χώρας, όπου η επικράτηση όλων των κοινών ψυχικών διαταραχών συσχετίστηκε σημαντικά με την ύπαρξη οργανικής νοσηρότητας στο 14% του πληθυσμού.²⁶

Η μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα νοσηλείας σε εναλλακτικές δομές



ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης που θα λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινότητας²⁷, αποτέλεσε τη νέα αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, στην οποία δομήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση²⁸ στην Ελλάδα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) αποτέλεσαν τις βασικότερες μονάδες παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών εξωνοσοκομειακά, που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια του κοινωνικού ιστού. Σύμφωνα όμως, με μελέτη του Ινστιτούτου Nivel, που εξέτασε την ποιότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στις χώρες της Ευρώπης, η χώρα μας έλαβε χαμηλή βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις που μετρήθηκαν, όπως την πρόσβαση, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια στη φροντίδα.²⁹ Το μεγάλο έλλειμμα της Π.Φ.Υ. καταγράφηκε στη φροντίδα των ασθενών με χρόνια νοσήματα, όπως οι ψυχικά ασθενείς, που αναζητούν υπηρεσίες υποστήριξης στο σπίτι. Επιπλέον, απουσιάζουν οι δομές εξωνοσοκομειακής υποστήριξης που θα συνέδεαν τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με αυτές της νοσοκομειακής φροντίδας και θα στήριζαν τις οικογένειες και τους φροντιστές των χρόνιων ασθενών. Αντίθετα, στη Μεγάλη Βρετανία, το 30% των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών επισκέπτονται αποκλειστικά την Π.Φ.Υ. προκειμένου να ανακουφιστούν από τα οξέα συμπτώματα.³⁰ Ως εκ τούτου, διαφάνηκε ότι η πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα

μας, υπολείπεται των αναγκών του πληθυσμού, καθότι παρατηρήθηκαν ελλείψεις σε προσωπικό, ανεπάρκεια υποδομών και χρηματοδότησης, απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και ασάφεια του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών.³¹ Ειδικότερα, τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) των αστικών περιοχών δεν διαθέτουν εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας ή άλλης ειδικότητας, ενώ αντίθετα στην περιφέρεια παρατηρείται έλλειψη τοπικών μονάδων ψυχικής υγείας, όπως: Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Εξάλλου, ο κατακερματισμός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (διχοτόμηση της σωματικής και ψυχικής υγείας), δυσχέρανε την κάλυψη των περίπλοκων αναγκών σωματικής υγείας των ατόμων με σοβαρά ψυχικά νοσήματα, λόγω της περιορισμένης τεχνογνωσίας των παρόχων ψυχικής υγείας στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αναγκών σωματικής υγείας, καθώς και των παρόχων σωματικής υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικά νοσήματα.³²

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στη Ψυχική Υγεία στη χώρα μας διαπιστώθηκε ότι: α) υπολείπεται των αναγκών του πληθυσμού β) έχει ελλείψεις σε προσωπικό, κυρίως σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας ή άλλης ειδικότητας γ) έχει

ανεπάρκεια υποδομών, κυρίως στην περιφέρεια δ) υποχρηματοδότηση ε) απουσία μηχανισμού αξιολόγησης και στ) ασάφεια του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναγκαιότητα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στη Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα, αναφορικά με τη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών, τον εντοπισμό νέων και την ολιστική αντιμετώπιση των οργανικών προβλημάτων, καθιστά αναγκαία την προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και τη δημιουργία κινήτρων για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και την εισαγωγή δράσεων και παρεμβάσεων για την περαιτέρω ανάπτυξή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kouri-Zarafoniti T. The importance of prevention in modern times and the contribution of health education to Prevention. *Primary Health Care* 1987;2(3): 22-25.
2. WHO (1978) Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. ALMA-ATA, USSR, 6-12 September 1978. WHO, Geneva.
3. Doxiadis S. Health protection measures. Ministry of Social Services, Athens, 1981.
4. Theodorou M, Sarris M, Ioulis S. Health systems and Greek reality. Athens, 1995.

5. Siettos C, et al. A bulletin from Greece: a health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and Global Health* 2021;115(3):133-134.

6. Tountas Y, Kyriopoulos J, Lionis C, et al. The new NHS: Reform of the National Health System [in Greek] (https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_fin_al.pdf) Accessed 10 April 2020.

7. Stafylas P, et al. The heart failure pandemic: The clinical and economic burden in Greece. *International journal of cardiology* 2017;227:923-929.

8. Lionis, C., Papadakis, S., et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences. *BMC health services research* 2017;17(1):255

9. Moraitis E. Primary Health Care: A Modern Conceptual View. *Medicine* 1985;48:295-30

10. Fioretos M., Diamantottoulos O., Savvaki M., Lionis X. Primary Health Care in Greece: Current situation and conditions for future development. *Primary Health Care* 1994;6(3):131-138

11. Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C, Stefanis C. The mental health care delivery system in greece: regional variation and socioeconomic correlates. *J Ment Health Policy Econ* 1999;2(4):169-176.

12. WHO, World Mental Health Survey Consortium: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the



World Health Organisation Mental Health Surveys. JAMA 2004;291(21):2581-2590.

13. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 2006;3(11):442

14. Lim KL, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. Chronic Diseases in Canada 2008;28(3):103-110.

15. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME, Vestergaard M, Munk-Olsen T. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. Journal of affective disorders 2016;193:203-207.

16. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA psychiatry 2015;72(4):334-341.

17. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. American Journal of Psychiatry 2013;170(3):324-33.

18. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. American heart journal 2005;150(6):1115-21.

19. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with

specific illnesses. American journal of psychiatry 2014;171(4):453-62.

20. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Archives of general psychiatry 2011;68(10):1058-64.

21. Salokangas RK. Medical problems in schizophrenia patients living in the community (alternative facilities). Curr Opin Psychiatry 2007;20(4):402-5.

22. Peritogiannis B. Commitment of psychotic patients to treatment. Proceedings of the 4th Panhellenic Mobile Conference Of Units, University of Ioannina, Ioannina, 2012: 36-44

23. Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry 2017;16(1):30-40.

24. Katsaros A. Needs to connect the mental with the general health. Medical Chronicles of Northwestern Greece 2010;6:163-167.

25. Andriopoulos P, Lotti-Lykousa M, Pappa E, Papadopoulos AA, Niakas D. Depression, quality of life and primary care: a cross-sectional study. J Epidemiol Glob Health 2013;3(4):245-252.

26. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the

general population of Greece. *BMC Psychiatry* 2013;13:163.

27. Madianos M. Deinstitutionalization (the political economy of Deinstitutionalization). *International Encyclopedia of rehabilitation CIRRIE*, 2010.

28. Damigos, D. De-asylum and its relationship with primary care. Athens: Papazisis, 2003.

29. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;63(616):742-750.

30. Lester H. Psychosis. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (eds) *Primary care mental health*. Royal College of Psychiatrists, London 2009:232–245

31. Peritogiannis B, Lixouriotis X, Mavreas V. The integration of mental health services in primary health care in Greece. *Archives of Hellenic Medicine* 2014;31(6):669-677.

32. De Hert M, Cohen DA, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World psychiatry* 2011;10(2):138.