

Η σημασία της συνεχιζόμενης κατάρτισης των επαγγελματιών της Π.Φ.Υ στην ψυχιατρική: Το παράδειγμα της ΚΜΨΥ στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες.

Στυλιανίδης Σ.¹, Ζήση Α.²

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών Κυκλάδων.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ψυχική Υγεία, Κατάρτιση.

Ε.Π.Α.Ψ.Υ.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Στυλιανίδης Στέλιος, Βοκοτοπούλου & Άνδρου, Ερμούπολη, 84100 Σύρος, τηλ. (22810) 86007, (22810) 86008, e-mail: mhncyc@epapsy.gr & mhncyc@otenet.gr

¹ Ψυχίατρος, Επιστημονικός Διευθυντής Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας

² Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Αιγαίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επιδημιολογικές εκτιμήσεις των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρά την απουσία μιας κοινής διαγνωστικής μεθοδολογίας, αναδεικνύουν τη σχετικά υψηλή συχνότητα τους (20-40%) τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η έλλειψη, ωστόσο, συστηματικής απαρτίωσης και συνέργειας μεταξύ των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και της ψυχιατρικής στη χώρα μας είναι απειλητική τόσο του θεραπευτικού συνεχούς όσο και της ολιστικής προσέγγισης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Το παρόν άρθρο παρουσιάζει τα ευρήματα μιας ποιοτικής μελέτης 17 λειτουργών της Π.Φ.Υ. στην περιοχή των ΒΑ Κυκλάδων με αντικείμενο τις αντιλήψεις τους για τις ψυχικές διαταραχές στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και την ανίχνευση των εκπαιδευτικών τους αναγκών. Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού έργου της ΚΜΨΥ στις ΒΑ Κυκλάδες, διοργανώθηκε σεμινάριο με αντικείμενο την κατάρτιση 18 λειτουργών της Π.Φ.Υ. των Κυκλάδων σε θέματα ψυχικής υγείας. Η σημασία της συνεχιζόμενης κατάρτισης των λειτουργών της Π.Φ.Υ. στην ψυχιατρική συζητείται.



ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Παρά τις σημαντικές διαφοροποιήσεις του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) όπως αυτές καταγράφονται στα διαφορετικά οικονομικά και κοινωνικο-πολιτισμικά περιβάλλοντα¹, η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία υγειονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης καθώς οι στόχοι της, ουσιαστικά, αφορούν στην προαγωγή της υγείας, προσδίδοντας σ' αυτήν ένα ολιστικό περιεχόμενο, την άμβλυνση των συνθηκών εκείνων που απειλούν την κοινωνική συνοχή και ευεξία και την καλλιέργεια ενός θετικού πλαισίου κοινωνικής συνύπαρξης μέσα από την ενεργό και ισότιμη συμμετοχή των πολιτών (Διακήρυξη της Alma-Ata, 1978. Διάσκεψη της Οτάβα, 1986). Έτσι, η Π.Φ.Υ. δεν αποτελεί μόνο ένα διοικητικό μέρος ενός υγειονομικού συστήματος αλλά μια δυναμική στρατηγική ανάπτυξης με ενεργητικές δράσεις προαγωγής και πρόληψης στο φυσικό περιβάλλον του πολίτη, την κοινότητα.

Π.Φ.Υ. και Ψυχική Υγεία

Οι επιδημιολογικές εκτιμήσεις των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρά την απουσία μιας κοινής διαγνωστικής μεθοδολογίας, αναδεικνύουν τη σχετικά υψηλή συχνότητα τους (20-40%) τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες². Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. παρέχεται στον κρατικό τομέα από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα πολυϊατρεία ενώ στον ιδιωτικό τομέα από τους ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους και μη με τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι σποραδικές επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα δείχνουν πως οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι συχνές με την κατάθλιψη, το γενικευμένο άγχος και τη μικτή αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή να κατέχουν ιδιαίτερη θέση³. Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη προκύπτει ως φυσική αναγκαιότητα καθώς οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. αποτελούν την πρώτη πύλη αναζήτησης βοήθειας και το φίλτρο ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και τη δευτεροβάθμια/ τριτοβάθμια φροντίδα ενώ μπορούν να διασφαλίσουν: α) θεραπευτική αντιμετώπιση σε πολίτες που δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, β) ορθολογικότερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, και ιδιαίτερα σε μικρά συστήματα με περιορισμένους εξειδικευμένους

πόρους, γ) ταυτόχρονη αντιμετώπιση σωματικών και ψυχικών διαταραχών που συχνά συνυπάρχουν και, τέλος ένα σχετικά σταθερό θεραπευτικό συνεχές με μια διαχρονική παρακολούθηση των περιστατικών στη φυσική τους εστία περιορίζοντας σημαντικά το στίγμα που συχνά συνοδεύει τη χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών¹. Η συστηματική απαρτίωση και συνέργεια μεταξύ των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και της Ψυχιατρικής αποφεύγοντας την παράλληλη και ασύνδετη λειτουργία τόσο ανθρωπίνων όσο και υλικών πόρων των δύο διαφορετικών δικτύων μπορεί ουσιαστικά να συμβάλλει στην αποτελεσματική ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη⁴. Βασική, ωστόσο, προϋπόθεση για την καλλιέργεια αυτής της συνεργασίας είναι η εμπέδωση πρακτικών δικτύωσης αλλά και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των λειτουργών της Π.Φ.Υ. στη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και στην κοινοτική εργασία γενικότερα.

Η εκπαίδευση των λειτουργών της Π.Φ.Υ. στην ψυχική υγεία

Είναι ενδιαφέρον, πως μολονότι η πλειονότητα των λειτουργών της Π.Φ.Υ. έχει συνείδηση της ύπαρξης της ψυχολογικής νοσηρότητας, η συμφωνία μεταξύ τους σε σχέση με την αναγνωρισιμότητα των ψυχικών διαταραχών είναι σχετικά χαμηλή ή στις καλύτερες περιπτώσεις μέτρια⁵. Άλλες δυσκολίες που καταγράφονται στη θεραπευτική διαδικασία με τους γενικούς γιατρούς είναι η έμφαση που δίνουν στα οργανικά προβλήματα με πολύ μικρή αντίστοιχη προσοχή στα ψυχολογικά ενώ παρατηρείται και μια σχετικά φτωχή συμμόρφωση του ασθενή στην ψυχιατρική αγωγή που συνταγογραφείται από τον γενικό γιατρό⁶. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ, 2001), η εκπαίδευση των λειτουργών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διάγνωση και τη θεραπεία κοινών ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών αποτελεί σημαντικό μέτρο για τη δημόσια υγεία. Πιο ειδικά, η εκπαίδευση των γενικών γιατρών, ως βασικών λειτουργών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τόσο σε διαγνωστικές δεξιότητες όσο και σε δεξιότητες κατάρτισης ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας στο νέο πλαίσιο της επιμεριζόμενης φροντίδας ('shared care') αποτελούν το βασικό περιεχόμενο των σύγχρονων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων⁷. Ωστόσο, η εκπαίδευση των Ελλήνων γενικών γιατρών στην ψυχική υγεία εξασφαλίζει το ελάχιστο δεδομένου ότι η τετραετής εκπαίδευση τους περιλαμβάνει άσκηση στην κοινωνική ψυχιατρική μόνο για ένα τρίμηνο (Π.Δ. 415/94) έναντι της εξάμηνης στη Βρετανία.

Το παράδειγμα της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες λειτουργεί στα πλαίσια της φιλοσοφίας της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας με βασικούς στόχους: α) την καταγραφή των ψυχιατρικών αναγκών του τομέα ευθύνης και την επεξεργασία των επιδημιολογικών δεδομένων, β) τη θεραπευτική απάντηση στην ψυχιατρική νοσηρότητα μέσα από τη συνεργασία με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, και γ) την προαγωγή της ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη κοινωνικών και κοινοτικών δικτύων. Συνοπτικά, οι δράσεις της Κινητής Μονάδας αφορούν πέντε βασικούς τομείς/ άξονες: 1) *θεσμικές – κοινοτικές δράσεις*: ενημέρωση των Κέντρων Υγείας, των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης, των διευθύνσεων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με το έργο της κινητής μονάδας, 2) *θεραπευτικές*: η μονάδα ξεκίνησε την παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας Ιούλιο και Αύγουστο 2003 στη Σύρο και από Σεπτέμβρη 2003 καλύπτει συστηματικά, ένα διήμερο κάθε εβδομάδα και τα νησιά της Τήνου – Μυκόνου – Πάρου/ Αντιπάρου. Διεπιστημονικό κλιμάκιο αποτελούμενο από δύο ψυχολόγους συνεπικουρούμενο από ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα από τα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας. Η Άνδρος λόγω έντονων δυσκολιών προσβασιμότητας αλλά και καιρικών δυσκολιών καλύπτεται από τα μέσα Φεβρουαρίου 2004 συστηματικά δύο μέρες σε δεκαπενθήμερη βάση. 3) *Εκπαιδευτικές*: Η διεπιστημονική ομάδα βρίσκεται κάθε Παρασκευή σε ολομέλεια στη Σύρο όπου: α) δίνεται κλινική επίβλεψη των περιστατικών, β) αξιολογείται ο κοινοτικός σχεδιασμός και επαναπροσδιορίζονται οι κοινοτικές πρωτοβουλίες και ενέργειες, γ) σε 15μερη βάση προγραμματίζεται και υλοποιείται η συνεχιζόμενη εσωτερική εκπαίδευση των επαγγελματιών, δ) σε μηνιαία βάση λαμβάνει χώρα η εποπτεία της ομάδας ενώ έχει σχεδιαστεί και υλοποιείται πρόγραμμα Εκπαίδευσης τριών κύκλων, με θεματικές ενότητες όπως ιατροπαιδαγωγικά θέματα, θέματα επειγόντων περιστατικών και διαχείριση της κρίσης στη κοινότητα, θέματα αναπτυξιακών προγραμματισμών και δημιουργία δικτύων όπου είναι ανοικτό σε λειτουργούς Π.Φ.Υ. καθώς και σε στελέχη κοινωνικών φορέων, 4) *ερευνητικές*: εξωτερική αξιολόγηση της μονάδας από εξωτερικό αξιολογητή και 5) *δράσεις δημοσιότητας και προβολής του έργου της μονάδας*.

Στόχοι του άρθρου

Στα πλαίσια της συστηματικής συνεργασίας της κινητής μονάδας με την πρωτοβάθμια περίθαλψη με στόχο τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχιατρικής νοσηρότητας του συγκεκριμένου τομέα ευθύνης διεξήχθη μια ποιοτική μελέτη με αντικείμενο τις αντιλήψεις των λειτουργών της Π.Φ.Υ. της περιοχής των Β.Α. Κυκλάδων για τις ψυχικές διαταραχές και τον τρόπο αντιμετώπισης τους στο συγκεκριμένο πλαίσιο καθώς και των εκπαιδευτικών τους αναγκών στο πεδίο της ψυχικής υγείας. Της συγκεκριμένης μελέτης ακολούθησε εκπαιδευτική παρέμβαση με αντικείμενο την κατάρτιση των γενικών γιατρών σε βασικά στοιχεία της κλινικής ψυχιατρικής. Το παρόν άρθρο αποβλέπει να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της ποιοτικής αυτής μελέτης αλλά και της εκπαιδευτικής παρέμβασης που έλαβε χώρα αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης κατάρτισης των γενικών γιατρών και γενικότερα των λειτουργών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ψυχική υγεία.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Ημι-δομημένες συνεντεύξεις με ανοιχτού-τύπου ερωτήσεις διεξήχθησαν με 17 λειτουργούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (03 γυναίκες, 14 άνδρες): 04 γενικοί γιατροί, 04 αγροτικοί γιατροί, 03 παθολόγοι, 03 παιδίατροι, 01 νευρολόγος, 01 ειδικευόμενος γενικός γιατρός, 01 νοσηλεύτρια. Οι ανοιχτού-τύπου ερωτήσεις που διατυπώθηκαν από τους συνεντευκτές κάλυπταν τις ακόλουθες θεματικές ενότητες: 1) το είδος των ψυχικών διαταραχών με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι, 2) η εκτίμηση της σοβαρότητας τους, 3) το είδος των θεραπευτικών χειρισμών που εφαρμόζονται, 4) το είδος των παραπομπών που προτείνουν, 5) οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες, και τέλος οι αντιλήψεις τους για την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια. Για την κωδικοποίηση των απαντήσεων εφαρμόστηκε θεματική ανάλυση. Η θεματική ανάλυση αποτελεί ποιοτική τεχνική ανάλυσης, συστηματοποίησης και ταξινόμησης του καθημερινού λόγου με σκοπό τη δημιουργία θεματικών εννοιών που θα βασίζονται σε μια κοινή εννοιολογική κατηγορία⁸. Ο μέσος χρόνος των συνεντεύξεων διήρκησε περί τα 25 λεπτά.

Μετά τη διεξαγωγή της ποιοτικής αυτής μελέτης, διεξήχθη εκπαιδευτική παρέμβαση η οποία είχε τη μορφή του διήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου με προφορικές εισηγήσεις από ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους και ψυχολόγους, προερχόμενοι, οι περισσότεροι, από την ακαδημαϊκή κοινότητα (06). Το

εκπαιδευτικό υλικό βασίστηκε σε σχετικό πακέτο εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και οι διαλέξεις περιλάμβαναν τις ακόλουθες θεματικές ενότητες:

- 1) σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές του συναισθήματος, 2) οργανικές ψυχικές διαταραχές – ψυχογηριατρική, 3) αγχώδεις διαταραχές / νευρώσεις, 4) τηλεϊατρική, Π.Φ.Υ και ψυχική υγεία, 5) ζητήματα ανάπτυξης και ψυχοπαθολογίας του παιδιού, 6) εφηβεία και ψυχική υγεία, 7) σοβαρές ψυχικές διαταραχές- σχιζοφρένεια, 8) πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και λειτουργία δικτύου. Οι εκπαιδευόμενοι ήταν 18 λειτουργοί της Π.Φ.Υ. των Κυκλάδων: 06 γενικοί γιατροί, 06 αγροτικοί γιατροί, 01 παθολόγος, 01 παιδίατρος, 01 παιδοψυχίατρος, 01 νοσηλεύτης, 01 καρδιολόγος και 01 δεν ανέφερε ειδικότητα. Όσον αφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους: έλαβαν μέρος 08 άνδρες και 10 γυναίκες με ηλικιακό εύρος 24-51 έτη και χρόνια εργασιακής εμπειρίας από 03 μήνες έως 23 χρόνια. Στη λήξη του διήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου, χορηγήθηκε στους εκπαιδευόμενους ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης το οποίο περιλάμβανε τις ακόλουθες κατηγορίες λημμάτων: 1) ατομικά στοιχεία, 2) οργάνωση του σεμιναρίου, 3) εκπαιδευτικό υλικό, 4) μεθοδολογία της εκπαιδευτικής παρέμβασης, 5) εκπαιδευτές / τρεις, 6) γνώσεις / πληροφορίες, 7) πρακτικές εφαρμογές και πρακτική άσκηση, 8) γενική αξιολόγηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα των ημι-δομημένων συνεντεύξεων παρουσιάζονται ανά θεματική ενότητα.

1) Χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. για την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων

Όλοι οι συμμετέχοντες / ουσες συμφώνησαν πως το κοινό χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. για την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και μάλιστα τρεις επεσήμαναν πως η γεωγραφική ιδιαιτερότητα των Κυκλάδων επιτείνει τη συγκεκριμένη ανάγκη.

2) Ποσοστό χρήσης υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Οι ενορατικές εκτιμήσεις των λειτουργών της Π.Φ.Υ. για το ποσοστό χρήσης υπηρεσιών της Π.Φ.Υ κυμάνθηκε σε επίπεδα της τάξεως 1% έως 70%. Εννέα συμμετέχοντες έδωσαν ποσοστά 10%-30% ενώ οι παιδίατροι δήλωσαν πως το σχετικό ποσοστό είναι πιο χαμηλό. Τα ποσοστά αυτά διατυπώθηκαν με σχετικές επιφυλάξεις και αβεβαιότητα.

3) Είδος ψυχολογικών προβλημάτων

Όλοι ($n = 14$), με εξαίρεση τους παιδίατρος (03), συμφώνησαν πως η κατάθλιψη μαζί με τις αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν την υψηλότερη συχνότητα ενώ δύο ανέφεραν και τις διπολικές διαταραχές. Οι παιδίατροι ανέφεραν διαταραχές συμπεριφοράς στα παιδιά, διαταραγμένες σχέσεις γονέων και εφήβων, και προβλήματα λόγου.

4) Εκτίμηση σοβαρότητας των ψυχολογικών προβλημάτων

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ($n = 11$) εκτίμησαν το πρόβλημα της κατάθλιψης ως το σοβαρότερο ενώ υπήρξε και μια μειοψηφία ($n = 03$) που εκτίμησε τις αγχώδεις και νευρωσικές διαταραχές ως τις πλέον σοβαρές. Οι παιδίατροι ($n = 02$) αξιολόγησαν τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών και τις ενδο-οικογενειακές διενέξεις ως ιδιαίτερα σοβαρά.

5) Θεραπευτικοί χειρισμοί που προτείνονται

Οι θεραπευτικοί χειρισμοί που προτάθηκαν από τους ερωτώμενους /ες περιλαμβάνουν συμβουλευτική και 'συζήτηση' με περιεχόμενο ψυχολογικής υποστήριξης και παραπομπή σε ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή ψυχολόγο) ($n = 13$) ενώ οι δύο παιδίατροι ανέφεραν την αγωγή και την ενημέρωση της οικογένειας. Επτά αναγνώρισαν τη συμβολή της φαρμακευτικής αγωγής (πχ. αντικαταθλιπτικά) αλλά επεσήμαναν πως οι νέες τροποποιήσεις του νομοσχεδίου δεν τους επιτρέπουν σχετική συνταγογράφηση.

6) Τρόποι αντιμετώπισης των συναισθηματικών διαταραχών, της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων από τους γιατρούς στην Π.Φ.Υ.

Οι απαντήσεις των λειτουργών υποδεικνύουν μια συναίνεση, δηλαδή για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας παραπομπή σε ψυχίατρο ($n = 10$) ενώ για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών, συμβουλευτική ($n = 04$) αλλά και την συνταγογράφηση αγχολυτικών ($n = 10$). Η παραπομπή σε 'ειδικούς', όπως οι ίδιοι αναφέρουν αποτελεί τον πλέον προσιτό τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας ($n = 14$).

7) Πότε οι γιατροί της Π.Φ.Υ. θα πρέπει να παραπέμπουν σε ειδικούς?

Οι παραπομπές θα πρέπει να γίνονται όταν οι χειρισμοί των γενικών γιατρών αποτύχουν ($n = 02$) ή όταν τα συμπτώματα είναι επίμονα με φτωχή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και επιπλέον διαφαίνονται πως από αυτά προκύπτουν αρνητικές επιπλοκές ($n = 03$). Επίσης, συνέστησαν την παραπομπή σε ειδικούς σε περιπτώσεις διάγνωσης κατάθλιψης ή ψύχωσης ($n = 05$).

8) Που παραπέμπουν οι γιατροί

Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσει κανείς πως οι περισσότεροι γιατροί, εκτός Σύρου, ανέφεραν γεωγραφικούς προορισμούς ως παραπομπές (Σύρος, Αθήνα) ($n = 07$) αλλά και τύπο επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο / ψυχολόγο) ($n = 06$). Τρεις δήλωσαν πως παραπέμπουν στην Κινητή Μονάδα. Οι γιατροί της Σύρου βρέθηκαν να παραπέμπουν σε ψυχίατρο εάν το πρόβλημα είναι ψύχωση, και σε ψυχολόγο εάν το πρόβλημα είναι νεύρωση ή συναισθηματική διαταραχή ($n = 05$).

9) Κατά πόσο οι θεραπευτικοί χειρισμοί είναι επαρκείς

Οι περισσότεροι συμφώνησαν πως οι θεραπευτικοί χειρισμοί των γιατρών στην Π.Φ.Υ. δεν είναι επαρκείς ($n = 10$) ενώ υπήρξαν και ορισμένοι που την αξιολόγησαν σε σχετικά αποδεκτά επίπεδα ($n = 06$).

10) Ποιες είναι οι ανάγκες των γενικών γιατρών και τι είδους παρεμβάσεις προτείνουν

Όλοι συμφώνησαν πως οι ανάγκες των γενικών γιατρών αφορούν στην εκπαίδευση, την επιμόρφωση και γενικότερα την ανανέωση, επέκταση και συμπλήρωση του περιορισμένου επιπέδου γνώσης που έχουν σε θέματα ψυχικής υγείας. Επομένως, ως παρεμβάσεις πρότειναν τα επιμορφωτικά σεμινάρια και τη δικτύωση με σχετικές υπηρεσίες και φορείς.

11) Αντιλήψεις των λειτουργών για την 'τρέλα'

Επτά εξέφρασαν δυσκολίες να εννοιολογήσουν τον όρο 'τρέλα' καθώς δήλωσαν πως δεν είναι όρος 'ιατρικός'. Υπήρξαν τρεις γιατροί που ταύτισαν την τρέλα με 'νόσο' που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με 'ψυχοφάρμακα'.

12) Αντιλήψεις των λειτουργών για την κατάθλιψη

Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσει κανείς πως κανένας από τους συμμετέχοντες /ουσες δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς στο να περιγράψει την κατάθλιψη. Οι απαντήσεις περιλάμβαναν όρους, όπως νόσος ($n = 04$), άσχημη κατάσταση ($n = 04$), φαινόμενο ($n = 04$), πρόβλημα ($n = 01$). Όλοι, ωστόσο, συμφώνησαν πως είναι πολύ συχνή, πως αφορά τον καθένα από εμάς και για την αντιμετώπιση της χρειάζεται συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης. Τέλος, επισημάνθηκε από έναν γιατρό πως πολύ συχνά δεν γίνεται σωστή διάγνωση.

13) Αντιλήψεις των λειτουργών για τη σχιζοφρένεια

Οι περισσότεροι περιέγραψαν τη σχιζοφρένεια ως 'ψυχική νόσο', 'πάθηση', ή 'αρρώστια' ($n = 10$) που είναι χρόνια και χρειάζεται εξειδικευμένη αντιμετώπιση από ειδικούς γιατρούς ($n = 06$) σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ($n = 04$).

14) Οι κυρίαρχες αντιλήψεις των λειτουργών της Π.Φ.Υ για την τρέλα, την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια (σύμφωνα με τις απόψεις των ερωτωμένων)

Ορισμένοι δήλωσαν πως η κυρίαρχη αντίληψη των γιατρών της Π.Φ.Υ. για την τρέλα συνδυάζεται με την ‘αρρώστια’, τη ‘σχιζοφρένεια’ ή τη ‘μανία’ (n = 02) επισημαίνοντας συνάμα ότι πολλοί δεν έχουν κατάρτιση και ενδεχομένως να γίνονται λάθη στη διάγνωση (n = 08). Όσον αφορά την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια, μολονότι εξέφρασαν τις επιφυλάξεις τους προκειμένου να εκφράσουν απόψεις συναδέλφων (n = 02), ένας αριθμός δήλωσε πως οι γιατροί της Π.Φ.Υ., αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη ως μια διαταραχή που για την αντιμετώπιση της χρειάζεται ένας συνδυασμός ψυχολογικής υποστήριξης, συμβουλευτικής και φαρμακευτικής αγωγής (n = 04). Για τη σχιζοφρένεια, υποστήριξαν πως οι γιατροί της Π.Φ.Υ. την προσεγγίζουν ως μια νόσο που χρήζει κυρίως ψυχιατρικής βοήθειας υπογραμμίζοντας, συνάμα, πως οι χειρισμοί για την αντιμετώπιση της, τις περισσότερες φορές, δεν είναι κατάλληλοι (n = 07).

15) Οι κυρίαρχες αντιλήψεις της κοινότητας για την τρέλα, την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια (σύμφωνα με τις απόψεις των συνεντευξιαζομένων)

Περισσότεροι από τους μισούς (n = 09) συμφώνησαν πως δεν υπάρχει γνώση του κοινού για θέματα ψυχικής διαταραχής. Για την ‘τρέλα’ διατύπωσαν την άποψη πως το κοινό τη συνδέει με τη μανία ή τη σχιζοφρένεια ενώ υπήρξε σαφής γνωστικός διαχωρισμός μεταξύ κατάθλιψης και σχιζοφρένειας. Τα επίπεδα ανοχής της κοινότητας για την κατάθλιψη αναφέρθηκαν να είναι υψηλά (n = 10), ενδεχομένως και με αισθήματα συμπόνιας και συμπαράστασης για το άτομο με κατάθλιψη ενώ χαμηλότερη βρέθηκε να είναι η ανοχή για τη σχιζοφρένεια η οποία συνδέθηκε με μεγαλύτερο στίγμα, απομόνωση και προκατάληψη (n = 02). Σε γενικές γραμμές, υπήρξε η τάση να θεωρούν τους δεσμούς της κοινότητας ως προστατευτικό μηχανισμό μειώνοντας τον αποκλεισμό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε μικρές κοινότητες όπως αυτές των νησιών (n = 10).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το αίτημα των λειτουργών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για εκπαίδευση και κατάρτιση σε θέματα ψυχικής υγείας απαντήθηκε από την Κινητή Μονάδα με την οργάνωση και υλοποίηση διήμερου εκπαιδευτικού σεμιναρίου στη Σύρο στο οποίο συμμετείχαν 18 λειτουργοί της Π.Φ.Υ. των Κυκλάδων. Από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου βρέθηκε πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n = 13) εξέφρασε συνολικά την υψηλή ικανοποίηση της με την εκπαιδευτική παρέμβαση καθώς θεώρησε ότι αποκόμισε σημαντικές γνώσεις προσαρμοσμένες στις επαγγελματικές τους ανάγκες ενώ τους δόθηκε κίνητρο για περαιτέρω συνέχιση της κατάρτισης τους σε θέματα ψυχικής υγείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όλοι οι ερωτώμενοι λειτουργοί της Π.Φ.Υ. συμφώνησαν πως οι πολίτες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων επισημαίνοντας πως η γεωγραφική ιδιαιτερότητα των Κυκλάδων σε συνδυασμό με την απουσία των εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιτείνει τη χρήση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Με εξαίρεση τους παιδίατρος, όλοι συμφώνησαν πως η κατάθλιψη μαζί με τις αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν την υψηλότερη συχνότητα ενώ δύο ανέφεραν και τις διπολικές διαταραχές. Οι παιδίατροι ($n = 02$) ανέφεραν ως συχνότερα ψυχολογικά προβλήματα τις διαταραχές συμπεριφοράς στα παιδιά καθώς και προβλήματα λόγου. Το πρόβλημα της κατάθλιψης εκτιμήθηκε ως το σοβαρότερο ενώ υπήρξε και ένας αριθμός γιατρών ($n = 03$) που θεώρησε τις αγχώδεις και νευρωσικές διαταραχές ως τις πλέον σοβαρές. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί που προτάθηκαν από τους ερωτώμενους γιατρούς περιλαμβάνουν συμβουλευτική και 'συζήτηση' με περιεχόμενο ψυχολογικής υποστήριξης αλλά και παραπομπή σε ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή ψυχολόγο) κυρίως για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας αλλά και, όταν οι χειρισμοί των γενικών γιατρών αποτύχουν ή όταν τα συμπτώματα είναι επίμονα με φτωχή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Είναι ενδιαφέρον, ωστόσο, πως οι περισσότεροι λειτουργοί της Π.Φ.Υ. ($n = 10$) στις συνεντεύξεις τους συμφώνησαν πως οι θεραπευτικοί χειρισμοί των γιατρών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι επαρκείς τονίζοντας την υψηλή αναγκαιότητα για οργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων με αντικείμενο θέματα ψυχικής υγείας μέσα από επιμορφωτικά σεμινάρια και ενεργή δικτύωση με σχετικές υπηρεσίες και φορείς. Όταν ρωτήθηκαν για το περιεχόμενο των αντιλήψεων τους σε σχέση με την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια, παρατηρήθηκε μια σχετική αδυναμία επιστημονικής διατύπωσης για τη φύση τόσο της κατάθλιψης όσο και της σχιζοφρένειας. Η κατάθλιψη αποδόθηκε με όρους, όπως 'νόσος', 'άσχημη κατάσταση', 'φαινόμενο' ή απλά 'πρόβλημα' ενώ για τη σχιζοφρένεια, οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 'ψυχική νόσος', 'πάθηση', ή 'αρρώστια' με κύρια χαρακτηριστικά τη χρονιότητα και την ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής.

Όσον αφορά στη γενικότερη θετική αξιολόγηση της εκπαιδευτικής παρέμβασης του σεμιναρίου από τους συμμετέχοντες/ λειτουργούς, εξασφαλίζεται

επιχείρημα το οποίο τεκμηριώνει ότι τέτοιες παρεμβάσεις αποτελούν παράδειγμα καλής πρακτικής που θέτει ως στόχους τα ακόλουθα:

- Βελτίωση των δεξιοτήτων των γενικών γιατρών της Π.Φ.Υ. στην αναγνώριση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών,
- Βελτίωση των ειδικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην λειτουργία τους ως σύνδεσμοι με το δίκτυο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των δύο δικτύων (ψυχική υγεία και πρωτοβάθμια περίθαλψη) και την εμπέδωση μιας κοινής στάσης, θεραπευτικής πρακτικής και ιατρικής δεοντολογίας απέναντι στη διαχείριση των δύσκολων ψυχιατρικών περιστατικών,
- Ενδυνάμωση της προσπάθειας απόκτησης κοινής γλώσσας και κοινής αποδεκτής τακτικής αμοιβαίων παραπομπών (referral – back referral) και ορθολογική χρήση των διαγνωστικό-θεραπευτικών πόρων και εργαλείων,
- Εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης κατάρτισης σε θέματα δικτύωσης, επιμεριζόμενης φροντίδας και γενικότερα θεραπευτικού χειρισμού,
- Συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της διασύνδεσης Π.Φ.Υ. και υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα από την υιοθέτηση ενός συναινετικά επεξεργασμένου πρωτοκόλλου παρακολούθησης μεταξύ των δύο συστημάτων.

Είναι γεγονός, ωστόσο, ότι στην Ελλάδα, οι συνθήκες ανάπτυξης αυτής της συνεργασίας και απαρτίωσης μεταξύ Π.Φ.Υ. και Ψυχιατρικής βρίσκονται ακόμα και σε πρώιμο στάδιο με βασικούς παράγοντες αντίστασης τα ακόλουθα:

1. Γενικότερη έλλειψη κουλτούρας δικτύου και συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών υγείας (πρώτο-, δεύτερο-, τριτοβάθμιας) και ψυχικής υγείας, όπως επίσης και έλλειψη θεσμικά προσδιορισμένων κανόνων και όρων συνεργασίας τόσο σε περιφερειακό επίπεδο όσο και σε τοπικό επίπεδο.
2. Η αδυναμία των πόρων, καθώς και η ανταγωνιστικότητα (δυστυχώς όχι η συνεργασία - συμπληρωματικότητα) με τον ιδιωτικό και τον μη κερδοσκοπικό τομέα στον χώρο της υγείας. Το ασαφές θεσμικό πλαίσιο έχει σαν ορατό αποτέλεσμα την ανομοιογένεια των πρακτικών, της αδύνατης θέσης στο σύστημα του γενικού γιατρού ως κύριου προσώπου αναφοράς ανάληψης ευθύνης για την υγεία ενός ορισμένου πληθυσμού. Το Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο δεν αναγνωρίζει την αυτοδυναμία του γενικού / οικογενειακού γιατρού στο μέγιστο δυνατό καθώς η οριοθέτηση μεταξύ γενικού γιατρού και ειδικού, μέσα από συγκεκριμένα πρωτόκολλα τα οποία θα

συντάσσονται από μεικτές επιτροπές και θα καθορίζουν τα όρια της συνταγογράφησης για κάθε νοσολογική οντότητα παραμένει σε εκκρεμότητα. Η έλλειψη οργάνωσης, κωδικοποίησης και αξιολόγησης ενός συστήματος διασύνδεσης μεταξύ Π.Φ.Υ. και ψυχιατρικής είναι απειλητική του θεραπευτικού συνεχούς αλλά και της ολιστικής προσέγγισης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας.

3. Η ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (τομεοποιημένες). Στην ελληνική πραγματικότητα κυριαρχεί η αντίφαση να απευθύνεται άμεσα ο πολίτης σε «θεωρητικά» τομεοποιημένες (βάσει του νόμου 2716/1999) υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χωρίς να παραπέμπεται σε αυτές μέσα από το σύστημα της Π.Φ.Υ., το οποίο στην πράξη υποσκελίζεται διαρκώς (φαινόμενο by-pass). Συνεπώς, η περαιτέρω συρρίκνωση του ρόλου και του ειδικού βάρους του Γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας έχει σαν αποτέλεσμα τη μη οργανωμένη παραπομπή από αυτόν ψυχιατρικών περιστατικών και την μη συνέχεια της συνεργασίας και παραπομπής (back – referral) από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο δίκτυο Π.Φ.Υ. Ο στιγματισμός του ψυχιατρικού αιτήματος του ατόμου και της οικογένειάς του, εφ' όσον απευθύνεται απ' ευθείας στις ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, χωρίς την διαμεσολάβηση του φυσικού αποδέκτη όλων των προβλημάτων υγείας, δηλαδή το δίκτυο της Π.Φ.Υ. αποτελεί μια ορατή συνέπεια⁹.

4. Ένα άλλο σοβαρό εμπόδιο αποτελεί το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γενικών γιατρών σε θέματα ψυχιατρικής διαγνωστικής και σε κλινικές κατευθύνσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως και η συχνή έλλειψη διαθεσιμότητας των ψυχιάτρων να θέσουν σε επερώτηση την πρακτική τους, με την «εμπλοκή» νέων εταίρων. Επίσης τα όρια και η λειτουργία της ψυχιατρικής διάγνωσης (ταξινόμησης, κατηγοριοποίηση) και η χαμηλή προσαρμοστικότητα και αποτελεσματικότητα στην κλινική πράξη των γενικών γιατρών της Π.Φ.Υ. των συστημάτων ψυχιατρικής ταξινόμησης, δημιουργούν σοβαρό πρόβλημα.

Στα πλαίσια του σχεδίου της διοικητικής μεταρρύθμισης της Π.Φ.Υ το οποίο προβλέπει την ενίσχυση του θεσμού του γενικού/ οικογενειακού γιατρού και την ενιαία παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας από φορείς που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας, οι Σουλιώτης και Λιονής¹⁰ προτείνουν ένα σύστημα λειτουργικής ανασυγκρότησης της Π.Φ.Υ. με κεντρικό ζητούμενο την εξασφάλιση σε όλους τους πολίτες σε μια ισότιμη βάση μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών που θα προσφέρει ο προσωπικός γιατρός σε κάθε συμβεβλημένο με το σύστημα. Η προτεινόμενη δέσμη

υπηρεσιών μετατοπίζει την έμφαση από τις παραδοσιακές κλινικο-εργαστηριακές δραστηριότητες σε παρεμβάσεις πρόληψης, προαγωγής υγείας, διαχείρισης των περισσότερο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, με βάση το τοπικό επιδημιολογικό πρότυπο, τη διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου και την παροχή ενός ελάχιστου αριθμού υπηρεσιών στο σπίτι. Η μεθοδολογία για την υλοποίηση της προτεινόμενης λειτουργικής ανασυγκρότησης περιλαμβάνει τη βραχεία εκπαίδευση των προσωπικών γιατρών στη χρήση κλινικών πρωτοκόλλων, τον έλεγχο της κλινικής αποτελεσματικότητας τους και τη διαμόρφωση μιας βάσης πληροφοριών και τεκμηρίωσης διασφαλίζοντας την επανατροφοδότηση του συστήματος. Το γνωστικό κεφάλαιο της ελληνικής ακαδημαϊκής κοινότητας στο πεδίο των γενικών αρχών οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ είναι σημαντικό αλλά εκκρεμεί η θεσμική του αποτύπωση και η εμπέδωση του στην κλινική πράξη. Μελλοντικές κατευθύνσεις χρειάζεται να προωθήσουν τη συνεργασία μεταξύ των φορέων που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και την αποδοτική διασύνδεση τους αναγνωρίζοντας ως πλέον σημαντική παράμετρο την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης κατάρτισης των λειτουργών της σε δεξιότητες και νέα επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται τόσο με το περιεχόμενο των υπηρεσιών φροντίδας όσο και με τη μεθοδολογία οργάνωσης και διανομής τους.

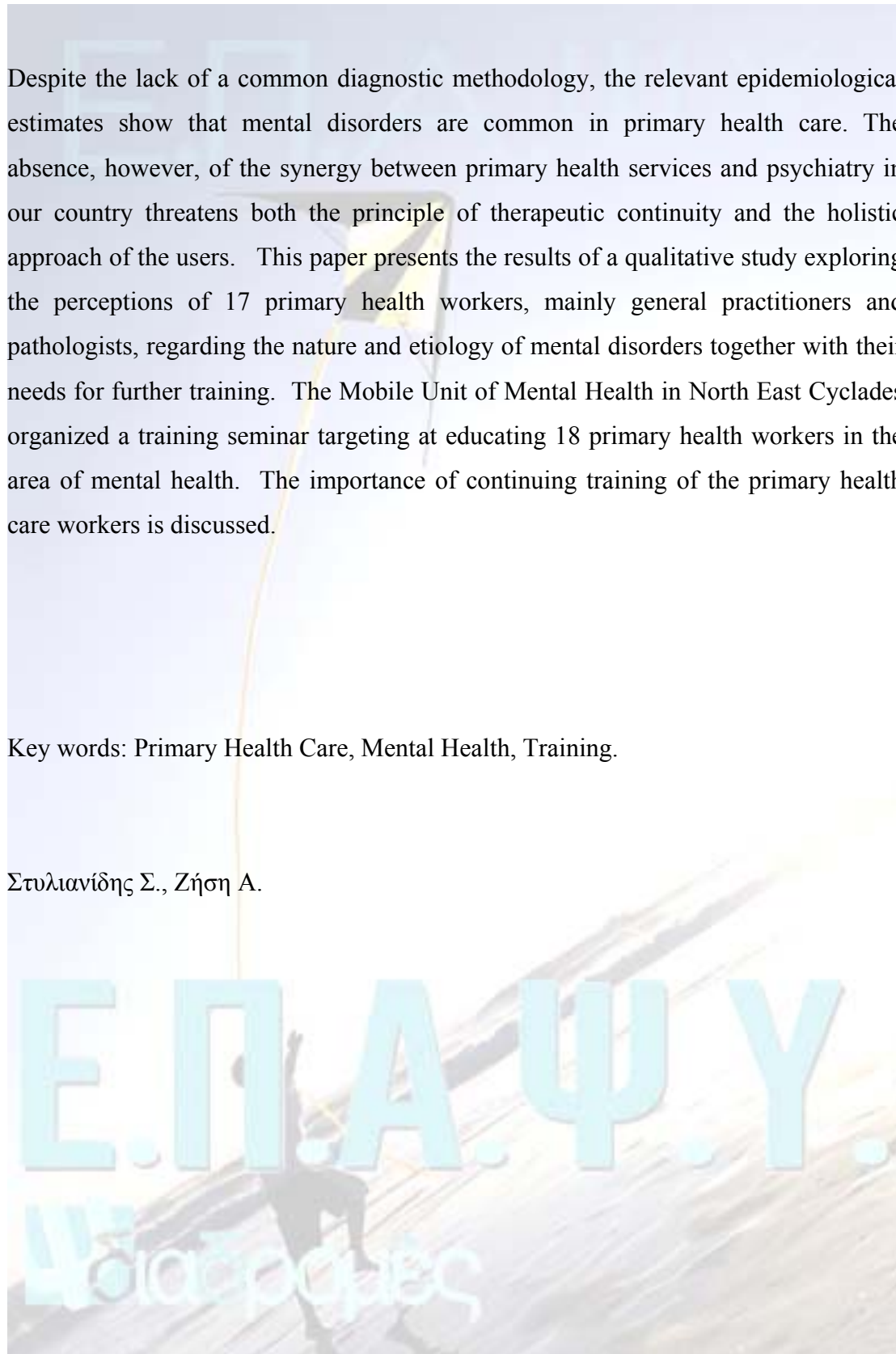


SUMMARY

Despite the lack of a common diagnostic methodology, the relevant epidemiological estimates show that mental disorders are common in primary health care. The absence, however, of the synergy between primary health services and psychiatry in our country threatens both the principle of therapeutic continuity and the holistic approach of the users. This paper presents the results of a qualitative study exploring the perceptions of 17 primary health workers, mainly general practitioners and pathologists, regarding the nature and etiology of mental disorders together with their needs for further training. The Mobile Unit of Mental Health in North East Cyclades organized a training seminar targeting at educating 18 primary health workers in the area of mental health. The importance of continuing training of the primary health care workers is discussed.

Key words: Primary Health Care, Mental Health, Training.

Στυλιανίδης Σ., Ζήση Α.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. R. Jenkins, & G. Strathdee. The Integration of Mental Health Care with Primary Care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23:277-291, 2000.
2. R. Jenkins, G. Lewis, P. Bebbington, T. Bruha, M. Farrell, B. Gill, & H. Meltzer. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – Initial findings from the Household Survey. *Psychological Medicine*, 27:775-789, 1997.
3. Χ. Λιονής. Συχνότητα των Ψυχικών Διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο Ρόλος του Ιατρού Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής: Εμπειρίες από την Ελλάδα. *Hellenic Psychiatry General Hospital*, 1:20-23, 2003.
4. Σ. Στυλιανίδης και Π. Χονδρός. Σημεία αναφοράς για τη λειτουργία τοπικών δικτύων ψυχικής υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, (υπό δημοσίευση).
5. AH. Afana, OS. Dalgard, B. Grunfeld, E. Hauff. The Prevalence and Associated Socio-demographic Variables of Post – traumatic Stress Disorder among Patients attending Primary Health Care Centres in the Gaza Strip. *Journal of Refugee Studies*, 15:283-295, 2002.
6. P. Nutting, K. Rost, M. Dickinson. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 17:103-111, 2002.
7. B. Hodges, C. Inch, I. Silver. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *American Journal of Psychiatry*, 158:1579-1586, 2001.
8. Bromley, D.B. *Personality Description in Ordinary language*. London: Wiley, 1977.
9. Π. Σκαπινάκης και Β. Μαυρέας. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18:444-445, 2001.
10. Κ. Σουλιώτης και Χ. Λιονής. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):466-476, 2003.

Ευχαριστίες: Οι συγγραφείς θα ήθελαν να εκφράσουν τις ευχαριστίες τους στον κ. Δ. Μιχάλη, Πρόεδρο της Ένωσης Γενικών Γιατρών για τις χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την εκπαίδευση των γενικών γιατρών και την οριοθέτηση μεταξύ γενικού και ειδικού γιατρού.

