

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Πρόλογος

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες καταγράφεται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία και την αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων. Η ψυχιατρική θεωρείται ακόμα και σήμερα κλάδος της ιατρικής επιστήμης με πολλές ιδιαιτερότητες, λόγω της ενασχόλησής της με τον εγκέφαλο, το πλέον ανεξερεύνητο όργανο του ανθρώπινου οργανισμού. Ο λόγος και η κλινική εικόνα εξακολουθούν να συνιστούν ακόμη εργαλεία διάγνωσης και αντιμετώπισης του συνόλου σχεδόν των περιστατικών, ενώ ακόμα και σήμερα ο ψυχικά πάσχων στιγματίζεται ή και θεωρείται πολίτης «β' κατηγορίας» από πολλές κοινωνικές ομάδες. Κυρίως στις χώρες του δυτικού κόσμου έχουν καταβληθεί πολλές προσπάθειες κατανόησης, περίθαλψης και αντιμετώπισης των ψυχικών παθήσεων, με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να υπάρχει πολύ μεγάλη πρόοδος σε όλο το φάσμα των ψυχικών παθήσεων. Ενδεικτικά αναφέρονται η πρόοδος της ψυχοφαρμακολογίας, η εξειδίκευση ψυχιάτρων και ψυχολόγων σε συγκεκριμένους τομείς της ψυχιατρικής, η σχετική πρόοδος των μηχανημάτων – μετά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία γίνονται προσπάθειες διέγερσης των νευρώνων του εγκεφάλου μέσω του επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού-, η εξειδίκευση εργοθεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών κλπ. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), διάφορες ψυχικές νόσοι όπως η κατάθλιψη και η γεροντική άνοια θεωρούνται ως οι «νόσοι του μέλλοντος», θα καταγράψουν δηλαδή ραγδαία άνοδο και θα απασχολήσουν ακόμα περισσότερο την ιατρική επιστήμη. Επιπλέον, μελέτες έχουν καταδείξει ότι η πανδημία του κορονοϊού πέραν των ψυχολογικών προβλημάτων που επέφεραν οι συνεχείς περιορισμοί (lockdown) και ο φόβος της νόσησης, στους νοσήσαντες από τον κορονοϊό παρουσιάστηκαν πλείστα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ψυχιατρικής φύσεως προβλήματα. Ασθένειες όπως οι ψυχώσεις και η Διπολική Διαταραχή ταλαιπωρούν σταθερά το 2% του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ οι εξαρτήσεις από ουσίες αλλά και λοιπές εθιστικές συμπεριφορές συνεχίζουν να προκαλούν έντονο προβληματισμό στην κοινωνία και κατ'επέκταση να κινητοποιούν τον ιατρικό κόσμο και τα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών. Στην συγκεκριμένη μελέτη αφού γίνουν αναφορές στις επιμέρους ψυχικές παθήσεις θα διερευνηθεί η δυνατότητα

περίθαλψης – φιλοξενίας πολιτών της αλλοδαπής οι οποίοι αντιμετωπίζουν ψυχολογικής ή και ψυχιατρικής φύσεως προβλήματα. Η λογική της προτάσεως θα είναι δια μέσω των σύγχρονων ψυχιατρικών και λοιπών (ψυχολογικών, εργοθεραπευτικών κλπ) παρεμβάσεων, η εξασφάλιση ποιοτικής και συνάμα θεραπευτικής φιλοξενίας – περίθαλψης ανθρώπων με ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα. Η σύμπραξη διαφόρων κλάδων της ιατρικής και των ξενοδοχείων θεωρείται επιβεβλημένη για την επίτευξη του τελικού στόχου. Στην ενότητα της SWOT Analysis θα επεξηγηθούν τα δυνατά σημεία, τα αδύναμα σημεία, οι ευκαιρίες και οι απειλές και εν συνεχεία θα γίνουν προτάσεις για δράσεις οι οποίες μπορούν να αναληφθούν για την προαγωγή του Τουρισμού Υγείας στην Ελλάδα.

A) Γεροντική άνοια

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες κοινωνίες η γήρανση του πληθυσμού επιφέρει τη αύξηση των ανοϊκών συνδρόμων. Σύμφωνα με τους Αντώνιο Πολίτη και λοιπούς: *«Οι άνοιες είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους και ο επιπολασμός τους αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Το σύνδρομο προσβάλλει κατά προσέγγιση 5%-8% των ατόμων άνω των 65 ετών, 15%-20% των ατόμων άνω των 75 ετών και 25%-50% των ατόμων άνω των 85 ετών»* (σχετ. 1, σελ. 12). Σύμφωνα με την ίδια μελέτη (σελ. 13) *«ο επιπολασμός της Ήπιας Νοητικής Έκπτωσης κυμαίνεται από 3% έως 19% σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών»*, ενώ στην σελίδα 16 αναφέρεται ενδεικτικά: *«Συνολικά, το κόστος της άνοιας για το σύστημα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ξεπερνά τα €88 δις ετησίως, με το ετήσιο κόστος ανά ασθενή να κυμαίνεται ανάμεσα σε €8.285 και €32.256 ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου ή από €20.538 έως €88.427 ανά ασθενή εάν συνυπολογιστεί η απώλεια παραγωγικότητας των φροντιστών»*. Ομοίως στην σε μελέτη που δημοσιεύθηκε από τους Paul McCrone και λοιπούς υπό τη επιμέλεια του “King’s Fund” το κόστος υπηρεσιών υγείας των ανοϊκών ασθενών θα αντιπροσωπεύει το 2026 το 73 % του συνολικού κόστους υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθότι θα δαπανούνται 34,79 δις £ εκ των 47,48 δις £, που προβλέπεται ότι θα είναι ο συνολικός προϋπολογισμός (σχετ. 2 σελ. xvii). Τέλος στην Ολλανδία έχουν προχωρήσει στην δημιουργία ενός ολόκληρου χωριού το οποίο φιλοξενεί αποκλειστικά ανοϊκούς ασθενείς. Το προσωπικό αποτελείται

από εξειδικευμένους ιατρούς και φροντιστές, όμως οι πάσχοντες διαβιούν σε ένα χώρο, ο οποίος δεν θυμίζει νοσοκομειακό ίδρυμα ή γηροκομείο. Το συνολικό κόστος αγγίζει τις 8.000 \$ μηνιαίως ανά ασθενή (σχετ. 3). Είναι πρόδηλο εκ των ανωτέρω, ότι λόγω της γήρανσης του πληθυσμού τα συστήματα υγείας δέχονται πολύ μεγάλες πιέσεις, καθότι οφείλουν να εξασφαλίσουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους ηλικιωμένους συνανθρώπους μας. Η Ελλάδα θα μπορούσε να συνεισφέρει σε αυτόν τον τομέα είτε με βραχυπρόθεσμη παραμονή, είτε με μια πιο μακροπρόθεση διαβίωση των ανοϊκών ασθενών.

B) Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Χρήστο Λίονη και λοιπούς στο πόνημα με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», «η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο συχνά νοσήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατέχει την 4η θέση ως αίτιο απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας, και κοινωνικής δυσλειτουργίας, προβλέπεται δε ότι το 2020 θα καταλάβει τη δεύτερη θέση αναπηρίας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια» (σχετ. 4, σελίς 6). Η κατάθλιψη διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, ενώ ανά πάσα στιγμή το 8 % του πληθυσμού της Ελλάδος πάσχει από κατάθλιψη (ομοίως σχετ. 4). Κατά τον Π.Ο.Υ. δε, περισσότεροι από 264 εκατομμύρια ανθρώπων παγκοσμίως, πάσχουν από κάποιας μορφής κατάθλιψη (σχετ. 5). Κατά τον γράφοντα εξειδικευμένα προγράμματα σε αλλοδαπούς ασθενείς με ήπια και ίσως μέτρια κατάθλιψη θα μπορούσαν κάλλιστα να εφαρμοστούν στην Ελλάδα σε ένα βραχυχρόνιο πλαίσιο.

Γ) Πανδημία και ψυχική υγεία

Όσον αφορά την πανδημία, παρότι οι μελέτες είναι σε αρχικό στάδιο, διάφορα χρήσιμα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν. Οι περιορισμοί και ο φόβος της νόσου του κορονοϊού έχουν επιβαρύνει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Επιπλέον και ίσως πιο σημαντικό είναι ότι η ίδια η νόσος προκαλεί νευρολογικά, ψυχιατρικά και γνωστικά προβλήματα (Sanjay Kumar et al, σχετ. 6). Κατά τους συγγραφείς του εν λόγω άρθρου πέραν των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, διαταραχών διάθεσης αμνησίας κλπ, στην οξεία φάση της νόσου, σε μακροπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα το 55 % των

αποθεραπευμένων από την νόσο COVID-19 παρουσίασαν μετατραυματικό στρες, ενώ τα ποσοστά της κατάθλιψης, των κρίσεων πανικού και της διαταραχής πόνου κυμαίνονται σε ποσοστά 32,5% έως 39 %. Το 15, 6 % των αποθεραπευμένων παρουσιάζει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ενώ σε επίπεδο γνωστικών λειτουργιών η απώλεια προσοχής, τα δυσεκτελεστικά συμπτώματα και η δυσλειτουργία της μετωποκροταφικής περιοχής του εγκεφάλου αναφέρονται συχνά. Αν και ακόμα οι όποιες μελέτες είναι σε πρώιμα στάδια φαίνεται ότι ο ιός COVID-19 προκαλεί διάφορες νευροψυχιατρικές διαταραχές τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα.

Δ) Ψυχώσεις – Διπολική Διαταραχή

Σύμφωνα με το Ψυχαργός Γ'(2011 – 2020) ο επιπολασμός των ψυχώσεων και της Διπολικής Διαταραχής ανέρχεται σε 2,1 % του παγκόσμιου πληθυσμού (σχετ. 7, σελ. 5). Η σύγχρονη ψυχιατρική προσέγγιση αφιερώνει ορθώς μεγάλο μέρος των προσπαθειών της στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, στην απόκτηση δεξιοτήτων, στις ομάδες αυτοβοήθειας, στην παραμονή των εν λόγω ασθενών σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα, στην παροχή περίθαλψης στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής του ασθενούς, δηλαδή στην κοινότητα, στην παροχή στον ασθενή επιλογής εναλλακτικών μορφών φροντίδας και θεραπείας και ενίσχυση της δυνατότητάς του για επιλογή κλπ (ομοίως σχετ. 7). Δηλαδή, δίδεται βαρύνουσα σημασία στην αρμονική ένταξη του λειτουργικού ψυχωσικού ή διπολικού ασθενούς στην κοινότητα και των επιμέρους λειτουργιών της. Ο γράφων την παρούσα μελέτη αναγνωρίζει ότι υπάρχει ένα μέρος τέτοιων ασθενών, οι οποίοι είτε επειδή βρίσκονται σε οξεία φάση, είτε επειδή η λειτουργικότητά τους είναι πλέον πολύ περιορισμένη, είτε επειδή έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς η νόσος και είναι καθόλα λειτουργικοί είναι απίθανο να συμβάλλουν σε οποιοδήποτε πλάνο τόνωσης του ιατρικού τουρισμού. Όμως, είναι επιστημονικώς αποδεδειγμένο ότι περίπου ένα 10 % της προαναφερόμενης ομάδας ασθενών είναι άνθρωποι χρόνιοι εν μέρη λειτουργικοί, που ενδεχομένως θα μπορούσαν να συνδυάσουν τις διακοπές τους με ένα δομημένο πρόγραμμα θεραπείας.

Ε) Εξαρτήσεις

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Εξαρτήσεων των Η.Π.Α. (σχετ. 8 – σελίς 11) το ετήσιο κόστος από την κατάχρηση ουσιών ανέρχεται στο ποσό των 600 δις \$ για την συγκεκριμένη χώρα. Διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ψυχιατρικής νόσου. Όποια και εάν επιλεγεί από το ιατρικό προσωπικό οι 90 ημέρες θεωρούνται ως το ελάχιστο χρονικό περιθώριο περίθαλψης του ασθενούς για να υπάρξει έστω κάποια αποτελεσματικότητα ενώ για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα απαιτείται, σαφώς περισσότερος χρόνος. Ένα πολύ αξιόπιστο πλέον μοντέλο αντιμετώπισης της νόσου είναι η βραχυχρόνια νοσηλεία αρχικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον και η συνέχιση της θεραπείας σε άλλη δομή – μη νοσοκομειακή – διάρκειας συνήθως 6 έως 12 μηνών (σχετ. 8 – σελίδες 25 και 26). Στη νοσηλεία του ασθενούς στην νοσοκομειακή δομή επιτυγχάνεται η αποτοξίνωση από τις όποιες εθιστικές ουσίες, αξιολογείται ο ασθενής εάν υπάρχει συννοσηρότητα ή άλλως διπλή διάγνωση, ρυθμίζεται φαρμακευτικά και αξιολογείται ο βαθμός κινητοποίησης του ασθενούς. Η διάρκεια τέτοιων προγραμμάτων κυμαίνονται από 3 έως 6 εβδομάδες και η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από ψυχιάτρους, ειδικευμένους ψυχολόγους, εργοθεραπευτές κλπ. Ανάλογα με την αξιολόγηση και τον βαθμό κινητοποίησης του ασθενούς ο θεραπευτής προτείνει εναλλακτικά θεραπευτικά προγράμματα για συνέχιση της θεραπείας του. Η παραπομπή του ασθενούς σε εξωνοσοκομειακή δομή με διάρκεια θεραπείας τουλάχιστον 6 μηνών θεωρείται ως ένα πολύ καλό πλάνο αντιμετώπισης της νόσου του εθισμού. Σε αυτές τις δομές η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από τις προαναφερόμενες ειδικότητες, όμως η στόχευση αυτών των προγραμμάτων είναι η μακροχρόνια αποχή από τις ουσίες ή τις εθιστικές συμπεριφορές και η βελτίωση της επαγγελματικής, κοινωνικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας του ασθενούς.

Μεγάλη βαρύτητα θα μπορούσε να δοθεί επίσης σε παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας ή Διαταραχές της Ανάπτυξης. Οι συγκεκριμένες παθήσεις εκφεύγουν όμως, του γνωστικού αντικειμένου παροχής υπηρεσιών υγείας της ψυχιατρικής ενηλίκων και γι' αυτό το λόγο δεν πρόκειται να γίνει περαιτέρω ανάλυση. Εκτίμηση όμως του γράφοντα είναι ότι ένα δομημένο πλαίσιο από παιδοψυχιάτρους, παιδοψυχολόγους, λογοθεραπευτές κλπ θα μπορούσε να αποτελέσει έναν ξεχωριστό κλάδο ανάπτυξης του Τουρισμού Υγείας στην Ελλάδα.

S.W.O.T. Analysis

	INTERNAL FACTORS		INTERNAL FACTORS
	STRENGTHS (+)		WEAKNESSES (-)
1	Υψηλού επιστημονικού επιπέδου Ιατρικό και Παραϊατρικό προσωπικό	1	Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού
2	Δυνατό "brand name" του τουριστικού προϊόντος κατά τους θερινούς μήνες	2	Υψηλός συντελεστής Φ.Π.Α. στις ιδιωτικές κλινικές
3	Γλωσσομάθεια	3	Θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο
4	Πολύ καλές υποδομές του ιατρικού κλάδου στα αστικά κέντρα	4	Διαρροή επιστημονικού προσωπικού (brain drain)
5	Εξαιρετικό κλίμα καθόλη τη διάρκεια του έτους	5	Υποχρηματοδότηση του ιδιωτικού συστήματος υγείας (clawback & rebate)
6	Εύκολη πρόσβαση από τις χώρες της αλλοδαπής στα μεγάλα αστικά κέντρα	6	Μισθοδοσία χαμηλότερη των δεξιοτήτων και προσδοκιών του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού παραϊατρικού προσωπικού
7	Πολύ καλές υποδομές του ξενοδοχειακού κλάδου με ποικιλία υπηρεσιών	7	"Χαλαροί" δεσμοί μεταξύ των διάφορων δομών περίθαλψης
8	Υψηλό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών με σχετικά χαμηλό κόστος (cost effectiveness)	8	Απουσία ολοκληρωμένου σχεδίου μάρκετινγκ

9	Αναβαθμισμένες υποδομές (αεροδρόμια, οδικό και τηλεπικοινωνιακό δίκτυο κλπ)	9	Έλλειψη συντονισμού ιδιωτικού και δημόσιου τομέα
10	Σταθερό πολιτικό περιβάλλον (χαμηλός δείκτης πολιτικού κινδύνου της χώρας)	10	Έλλειψη διαφήμισης της χώρας ως προορισμό ιατρικού τουρισμού
11	Επιτυχίες Ελλήνων ιατρών στο εξωτερικό	11	Γραφειοκρατία
12	Απουσία θρησκευτικών περιορισμών		
13	Υψηλή θέση στην κατάταξη του ιατρικού τουρισμού (20 ^η)		
14	Νέοι τρόποι προβολής τουριστικού ιατρικού προϊόντος μέσα από την εφαρμογή νέων τεχνολογιών όπως τη δημιουργία δικτύων ηλεκτρονικής διαχείρισης		
	EXTERNAL FACTORS		EXTERNAL FACTORS
	OPPORTUNITIES (+)		THREATS (-)
1	Πανδημία και διαχείριση των ευκαιριών της	1	Συνέχιση της πανδημίας (περιορισμοί στις μετακινήσεις, αναβολή επενδυτικών έργων κλπ)
2	Στοχευμένο και τμηματοποιημένο "ιατρο-τουριστικό" προϊόν	2	Προβολή καινοτόμων υπηρεσιών -μελετών από ανταγωνιστικές χώρες
3	Ευνοϊκή Στρατηγική της Ε.Ε για βελτίωση του τομέα της Υγείας. Εισροή κονδυλίων από την Ε.Ε. στον τομέα της Υγείας	3	Ενίσχυση του ανταγωνισμού: Χαμηλή φορολογία, ασφαλιστικές εισφορές και υψηλά κίνητρα σε ανταγωνιστικές χώρες

4	Θετικό ισοζύγιο χρηματοδοτήσεων από τις τράπεζες μετά από μία δεκαετία	4	Μεταβολές Συναλλαγματικών ισοτιμιών, όπως ισχυρό Ευρώ, σε χώρες μη μέλη της ΟΝΕ.
5	Νέο παραγωγικό μοντέλο – καινοτομία	5	Οι tour operators και facilitators δεν έχουν ασχοληθεί με την Ελλάδα
6	Αλλαγή κουλτούρας μετά την πανδημία – Οι άνθρωποι είναι πλέον περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα υγείας	6	Άγνωστο το επίπεδο της ιατρικής της Ελλάδας σε πολλές χώρες στο εξωτερικό
7	Συγκριτικό πλεονέκτημα βάσει του λόγου υπηρεσίες/κόστος (Υψηλά κόστη περίθαλψης και νοσηλείας στις χώρες του Βορά της Ε.Ε.) - Ισχυρές πιέσεις στο ασφαλιστικό τους σύστημα	7	Έντονος ανταγωνισμός από άλλες χώρες
8	Υψηλό εισόδημα των πολιτών των χωρών της Ε.Ε.	8	Ασταθές φορολογικό και ασφαλιστικό πλαίσιο
9	Ομογένεια σχεδόν σε όλο τον κόσμο - μπορεί να αποτελέσει δεξαμενή εξειδικευμένων υπηρεσιών του ιαρο-τουριστικού προϊόντος		
10	Σταθερή συναλλαγματική ισοτιμία με χώρες μέλη της Ο.Ν.Ε		
11	Κοινό Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο στην Ε.Ε.		
12	Χαμηλός εσωτερικός ανταγωνισμός που ευνοεί την ανάπτυξη του τομέα		
13	Κλίμα		
14	Γεωγραφική Θέση		

Όσον αφορά την S.W.O.T. Analysis από την άποψη των δυνατών σημείων ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στις γνώσεις και τις δεξιότητες του επιστημονικού και λοιπού προσωπικού, καθώς και στην γλωσσομάθεια αυτών. Επίσης, οι υποδομές τόσο του ιδιωτικού ιατρικού κλάδου όσο και των ξενοδοχειακών μονάδων αποτελούν ένα ισχυρό πλεονέκτημα εάν αναλογιστεί κανείς ότι η προσφερόμενες υπηρεσίες ιδίως του ιατρικού κλάδου μπορούν να προσφερθούν σε χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τις λοιπές ανεπτυγμένες χώρες.

Στον αντίποδα και όσον αφορά τα αδύνατα σημεία, ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στη διαρροή του Επιστημονικού προσωπικού και στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι γνωστό ότι πολλοί ιατροί αλλά και νοσηλευτές προτίμησαν την μετανάστευση σε χώρες της αλλοδαπής για να βρουν καλύτερες επαγγελματικές συνθήκες και υψηλότερους μισθούς. Επίσης, δυσκολίες μεγάλες παρατηρούνται στην εύρεση εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, είτε επειδή έγιναν και γίνονται προσλήψεις στο δημόσιο σύστημα υγείας, είτε επειδή υπομισθοδοτούνται προτιμούν να εργάζονται σε διαφορετικούς κλάδους από τις σπουδές τους. Είναι δεδομένο, ότι τόσο ο υψηλότερος συντελεστής Φ.Π.Α., όσο και οι περικοπές των νοσηλίων λόγω clawback & rebate συνετέλεσαν στην περικοπή των μισθών και εν τέλει στην υποστελέχωση πολλές φορές των ιδιωτικών κλινικών. Επιπλέον, η επιβολή του Φ.Π.Α. στο ύψος του 24 % έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των τιμών της νοσοκομειακής περίθαλψης ιδίως σε δομές εντάσεως εργασίας. Στο σχετικό 9 παρατίθεται μελέτη της Ένωσης Ψυχιατρικών Ελλάδος και επεξηγούνται οι στρεβλώσεις στην αγορά από την επιβολή αυτού του ύψους Φ.Π.Α.

Οι ευκαιρίες και λόγω των ιδιαιτεροτήτων των ψυχικών παθήσεων αλλά και λόγω της σταδιακής ανάκαμψης της χώρας, της αλλαγής της νοοτροπίας και του παραγωγικού μοντέλου είναι πολλές και θα γίνει εκτενέστατη αναφορά στο παρακάτω κεφάλαιο. Η εισοδηματική διαφορά μεταξύ των άλλων ανεπτυγμένων χωρών, καθώς και η σταδιακή αποδέσμευση κεφαλαίων από το τραπεζικό σύστημα αποτελούν πολύ καλούς οριζώντες.

Οι απειλές είναι γνωστές και έχουν αναφερθεί πάρα πολλές φορές και αφορούν σχεδόν όλους τους κλάδους της ελληνικής οικονομίας. Υψηλή φορολογία και υψηλές ασφαλιστικές εισφορές αποτελούν αντικίνητρα για νέες επενδύσεις. Σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον αντίστοιχες δράσεις από χώρες οι οποίες είναι πιο φιλικές στις επενδύσεις έχουν σαφέστερα

ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Η έλλειψη συντονισμού και παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών συντελεί στην προβολή «κοινότυπων» τουριστικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα μεγάλοι tour operators να μην ασχολούνται με την Ελλάδα. Αυτοί όμως θα αποτελέσουν τα κανάλια προβολής για εξειδικευμένες ιατρο-τουριστικές υπηρεσίες.

Εν κατακλείδι για την S.W.O.T. Analysis

Οι ευκαιρίες και οι δυνατότητες είναι πολλές και υπερτερούν των αδυναμιών και των απειλών. Κλειδί για την ευόδωση του στόχου είναι ο επαναπατρισμός εξειδικευμένου προσωπικού και η κινητοποίηση των δυνάμεων του ιατρικού, παραϊατρικού και νοσηλευτικού κόσμου. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται έμπρακτη χρηματοδότηση των ήδη δραστηριοποιούμενων φορέων στην υγεία, για να προβούν και αυτοί σε νέες επενδύσεις τόσο σε ανθρώπινο κεφάλαιο όσο και σε υποδομές. Η μείωση του Φ.Π.Α. και ο εξορθολογισμός του clawback & του rebate αποτελούν προαπαιτούμενες δράσεις για την επίτευξη του τελικού στόχου. Η εκπαίδευση και η επιπλέον εξειδίκευση του υπάρχοντος ανθρωπίνου δυναμικού είναι επίσης κρίσιμος παράγοντας.

ΣΤ) Προτάσεις

Κατόπιν των προαναφερόμενων οι προτάσεις – στόχοι θα διακριθούν σε βραχυπρόθεσμους και μεσομακροπρόθεσμους. Αυτή η διάκριση γίνεται επειδή κάποιοι θεωρούνται γρήγορα επιτεύξιμοι, ενώ άλλοι χρειάζονται περισσότερους πόρους τόσο σε ανθρώπινο κεφάλαιο, όσο και σε λοιπές υποδομές.

1. Βραχυπρόθεσμοι στόχοι: Ηλικιωμένοι με ήπια νοητική έκπτωση ή αρχικό στάδιο άνοιας, ασθενείς με ήπια έως μέτρια μορφή κατάθλιψης και λοιπών συναισθηματικών διαταραχών μπορούν να φιλοξενηθούν σε ξενοδοχειακές μονάδες οι οποίες όμως θα πρέπει απαραίτητως να έχουν προσαρμόσει τις υποδομές τους στις απαιτήσεις αυτών των συγκεκριμένων ομάδων (π.χ. πρέπει να αποφεύγονται οι έντονοι χρωματισμοί, οι πισίνες να είναι φυλασσόμενες κλπ). Απαραίτητως θα πρέπει να υπάρχει συγκεκριμένο πρόγραμμα ψυχοθεραπειών, εργοθεραπειών και λοιπών δραστηριοτήτων με στόχο πέραν της ευχάριστης διαμονής την ψυχική ανάταση των επισκεπτών. Η γνώση του ιατρικού ιστορικού τουλάχιστον από ψυχίατρο και γενικό ιατρό εκάστου επισκέπτη, καθώς και η αξιολόγησή του, είναι απαραίτητη για την επίτευξη του επιθυμητού στόχου. Η συνεργασία με γενική κλινική

αλλά και ψυχιατρική κλινική για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών θεωρείται ότι αποτελεί μία επιπλέον παροχή προς τους επισκέπτες. Επίσης, η εκπαίδευση του προσωπικού της ξενοδοχειακής μονάδος είναι μία επιπλέον δράση, που μπορεί να αναληφθεί προς κατανόηση των συμπτωμάτων εκάστης πάθησης. Οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι διατροφολόγοι και το λοιπό προσωπικό πρέπει να έχουν εξειδίκευση στις συγκεκριμένες ομάδες επισκεπτών και να έχουν προϋπηρεσία στον συγκεκριμένο τομέα. Τέλος, η παρουσία ψυχιατρικού νοσηλευτή όλο το 24ωρο διασφαλίζει την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών. Μία τέτοια δράση ουσιαστικά μετατρέπει μία ξενοδοχειακή μονάδα σε έναν χώρο, όπου πέραν των τουριστικών υπηρεσιών προσφέρει και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το «πακέτο των διακοπών» μετατρέπεται πλέον σε παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας - τουρισμού. Η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων δομών κρίνεται απαραίτητη προς επίτευξη του τελικού στόχου. Η τιμολόγηση μπορεί να είναι υψηλότερη, λόγω της εξειδίκευσης του πακέτου διακοπών και της έλλειψης αντίστοιχων δομών σε άλλες χώρες.

2. Μεσομακροπρόθεσμοι στόχοι: Αυτοί οι στόχοι απαιτούν σαφώς μεγαλύτερη προσπάθεια, συνεργασία κυρίως μεταξύ των ιατρικών φορέων της Ελλάδος και του εξωτερικού και διάθεση μεγαλύτερων πόρων. Ασθενείς που έχουν νοσήσει από COVID-19 και παρουσιάζουν ψυχιατρικής και νευρολογικής φύσεως προβλήματα, μπορεί να αντιμετωπίζουν και άλλα υποκείμενα νοσήματα παθολογικής, πνευμονολογικής, καρδιολογικής κλπ φύσεως. Σε όρους ιατρικού τουρισμού αναφερόμαστε πλέον σε μία ιδιαίτερη περίπτωση, όπου ουσιαστικά οι όποιες δομές οφείλουν να συνδυάζουν την περίθαλψη με την ψυχαγωγία και τις διακοπές. Πλέον, το επιδιωκόμενο είναι ο συγκερασμός των δύο συνιστωσών, αφού η περίθαλψη αυτών των ασθενών απαιτείται να είναι πολυπαραγοντική αλλά συνάμα πρέπει να εξασφαλίζεται και ένα εξωνοσοκομειακό περιβάλλον. Δομές οι οποίες δεν θυμίζουν νοσοκομείο, αλλά έχουν επαρκή υποστήριξη από ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό και διαθέτουν ένα μίνιμουμ ιατρικού εξοπλισμού μπορούν να λειτουργήσουν κάλλιστα ως ένας άρτιος χώρος αποθεραπείας, ο οποίος προσφέρει επαρκή ιατρική υποστήριξη αλλά και προβάλλει συγχρόνως και τον τουρισμό της Ελλάδος. Το κύριο βάρος πλέον φέρουν κυρίως οι διάφορες ιατρικές ειδικότητες, αφού θα πρέπει να υπάρχει πολύ καλή γνώση του ιατρικού

ιστορικού και βεβαίως συνεργασία μεταξύ των επιμέρους ειδικοτήτων. Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχικής φύσεως προβλημάτων ένα δομημένο ημερήσιο πρόγραμμα από εξειδικευμένους επιστήμονες μπορεί να βοηθήσει σε υψηλό βαθμό την ψυχική ανάταση του ασθενούς. Για τους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν μέτρια ή σοβαρή μορφής άνοιας επιδίωξη πρέπει να είναι η μακροχρόνια διαβίωσή τους σε γηροκομεία ή εξειδικευμένες κλινικές. Για ασθενείς με ψυχώσεις ή με διπολική διαταραχή το όποιο εγχείρημα κρίνεται πολύ δύσκολο και απαιτεί επίμονες προσπάθειες σε βάθος χρόνου. Θα μπορούσε να εξεταστεί σε συνεργασία με τις υγειονομικές αρχές των άλλων χωρών η φιλοξενία κάποιων εκ των ασθενών οι οποίοι διαβιούν σε ξενώνες της αλλοδαπής σε αντίστοιχους χώρους στην Ελλάδα. Απαραίτητη κρίνεται η παρουσία κάποιων εκ των φροντιστών τους καθόλη την διάρκεια της διαμονής τους καθώς και η πρότερη εκ του σύνεγγυς «γνωριμία» των Ελλήνων φροντιστών. Ανασταλτικοί παράγοντες σε αυτό το εγχείρημα είναι το στίγμα, που φέρουν οι ψυχωσικοί, ο βαθμός προθυμίας τόσο των φροντιστών όσο και των ίδιων των πασχόντων να ακολουθήσουν τη συγκεκριμένη δράση και η εύρεση της κατάλληλης υποδομής. Στον αντίποδα ένα καλά συντονισμένο σχέδιο προσφέρει θετικά ερείσματα στην κοινωνία για μία ομάδα ανθρώπων, που θεωρείται και πολλές φορές είναι περιθωριοποιημένη. Τέλος, όσον αφορά τις εξαρτήσεις κρίνεται ότι είναι δύσκολο να προβληθεί η βραχυχρόνια νοσηλεία των 3 έως 6 εβδομάδων του ασθενούς. Όμως θα μπορούσαν κάλλιστα να δομηθούν και να προβληθούν στην αλλοδαπή προγράμματα σε εξωνοσοκομειακές δομές διάρκειας 6 μηνών, οι στόχοι των οποίων επεξηγήθηκαν αρχικώς.

Z) Συνέργειες - Συμπράξεις

Εκ των ανωτέρω προκύπτουν διάφορες συνέργειες, ενώ οι συμπράξεις θεωρούνται αναγκαίες για την επίτευξη των επιμέρους στόχων. Παράδειγμα συνεργειών είναι ότι οι συγγενείς αυτών των ομάδων ασθενών πολλές φορές επιθυμούν να τους επισκέπτονται και να τους συναντούν δια ζώσης. Τα αεροπορικά εισιτήρια είναι σε γενικές γραμμές φθηνά, ενώ θα μπορούσαν να προβλεφθούν μέχρι και συγκεκριμένα πακέτα διακοπών για το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Ένας στόχος επίσης που μπορεί να επιτευχθεί είναι η επιμήκυνση της «σεζόν» του ιατρικού τουρισμού, καθότι πολλές εκ των προτεινόμενων δράσεων

αφορούν παρεχόμενες υπηρεσίες καθόλη τη διάρκεια του έτους. Στο σκέλος των συμπράξεων είναι αυτονόητο, ότι επειδή η περίθαλψη αυτής της ομάδας των ασθενών είναι πολλές φορές πολυπαραγοντική η συνεργασία των ιδιωτικών κλινικών, εργαστηρίων και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων είναι αναγκαία. Συγκεκριμένες ξενοδοχειακές μονάδες μπορούν να συμβάλλουν στην επίτευξη των επιμέρους στόχων. Η συνεργασία με τις υγειονομικές αρχές, τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ιατρικούς φορείς των άλλων χωρών θεωρείται και είναι επιβεβλημένη.

H) Συμπερασματικώς

Η ψυχική υγεία θεωρείται ένας κλάδος της ιατρικής με αρκετές ιδιαιτερότητες. Οι προβλέψεις του Π.Ο.Υ., αλλά και των υγειονομικών αρχών των διαφόρων χωρών είναι ότι θα υπάρξει αύξηση διάφορων ψυχικών παθήσεων. Συνήθως αυτές οι ομάδες ασθενών χρειάζονται μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση. Η προσφορά ιατρο-τουριστικών υπηρεσιών παρέχει την ασφάλεια της συνέχισης της θεραπείας τους από την μια μεριά, ενώ από την άλλη προωθεί το τουριστικό προϊόν της πατρίδος μας. Τα επιμέρους προγράμματα πρέπει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων και σε αυτό τον τομέα κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει το ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας μας. Συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, που διενεργούνται από πανεπιστημιακούς καθηγητές, θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην προσπάθεια εκπαίδευσης κυρίως των νοσηλευτών. Η μείωση του Φ.Π.Α. στις ιδιωτικές κλινικές θεωρείται επιβεβλημένη καθότι δημιουργεί στρεβλώσεις στις τιμές και κάνει λιγότερο ανταγωνιστική την προσφερόμενη ιατρική υπηρεσία. Επιπροσθέτως, η πολιτεία οφείλει να προχωρήσει στον εξορθολογισμό του clawback & rebate και να διευκολύνει την πρόσβαση στα χρηματοδοτικά εργαλεία, ούτως ώστε να υπάρξει ρευστότητα και επενδυτικό κίνητρο εκ μέρους των κλινικών. Η μεγαλύτερη επένδυση, όπως ειπώθηκε προηγουμένως, είναι το ανθρώπινο κεφάλαιο, το οποίο είτε μεταναστεύει στο εξωτερικό είτε λιμνάζει σε άλλους κλάδους και παραμένει αναξιοποίητο. Η ανάσχεση του «brain drain» μπορεί να επιτευχθεί με καλύτερους μισθούς και καινοτόμες ιδέες. Με μία γρήγορη αναζήτηση στο διαδίκτυο δεν υπάρχουν εξειδικευμένα τουριστικά προγράμματα στον τομέα της ψυχικής υγείας ή της ήπιας ανοϊκής συνδρομής. Αυτό που υπάρχει είναι κυρίως το άγχος του συγγενικού περιβάλλοντος του πάσχοντος για το πως θα προγραμματίσει και θα διαχειριστεί τις διακοπές του. Ουσιαστικά υπάρχει ένα κενό στην

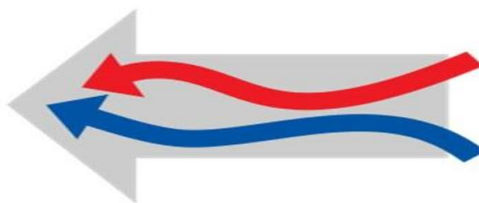
αγορά, που χρειάζεται εξατομίκευση στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό το κενό με συγκεκριμένες ενέργειες μπορεί να καλυφθεί με τις προαναφερόμενες δράσεις και συμπράξεις.

Με τιμή
Για την Κλινική Λυράκου
Ο Πρόεδρος & Δ/νων Σύμβουλος



Ανδρέας Ν. Φωτόπουλος

**Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνομόνων
για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των
Ανοιών**



ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Αντώνης Πολίτης, Ευγενία Κατριτζόγλου, Αντώνης Μούγιας

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:

Αντώνης Πολίτης

Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ,

Βασιλίσσης Σοφίας 74, 11528, Αθήνα, τηλ. 2107289272, email: apolitis@uoa.gr



Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Εκτεταμένη Περίληψη	4
Αναφορά Σύγκρουσης Συμφερόντων	6
1. Εισαγωγή	7
1.1 Συνοπτική περιγραφή ανοιών και συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στις άνοιες.....	7
1.1.1 Διαγνωστική ταξινόμηση	7
1.1.2 Κλινική εικόνα.....	9
1.1.3 Επιδημιολογία.....	12
1.1.4 Φυσική Ιστορία-Πρόγνωση.....	14
1.1.5 Επίδραση στην ποιότητα ζωής – Αναπηρία – Υγειονομικά κόστη	15
1.2 Προσφερόμενες υπηρεσίες εντός του συστήματος υγείας	17
1.2.1 Θεραπευτικές επιλογές.....	17
1.2.2 Προβλήματα στην παροχή φροντίδας.....	17
2. Μεθοδολογία	18
2.1 Περιγραφή των υπό εξέταση παρεμβάσεων	18
2.2 Αναζήτηση τεκμηρίων.....	18
2.3 Μεθοδολογία ταξινόμησης / Επιλογή τεκμηρίων και διαμόρφωσης συστάσεων	19
2.4 Διαδικασία Τελικής Συναίνεσης	24
3. Αποτελέσματα	25
3.1 Περιγραφή τεκμηρίων	25
3.2 Κλινική Αποτελεσματικότητα	27
3.2.1. Αντιμέτωπιση των νοητικών συμπτωμάτων στην άνοια νόσου Alzheimer	27
3.2.2. Αντιμέτωπιση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην άνοια νόσου Alzheimer	28
3.3.1 Αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης.....	39
3.3.2 Μεμαντίνη	40
3.3.3 Αντιψυχωσικά.....	40
3.3.4 Βενζοδιαζεπίνες	42
3.3.5 Αντιεπιληπτικά.....	42
3.3.6 Αντικαταθλιπτικά.....	43
3.3.7 Ντοπαμινεργικοί αγωνιστές	44

3.4 Ειδικές Περιπτώσεις – Αντιμετώπιση των νοητικών και των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στις άλλες άνοιες.....	44
3.4.1 Αγγειακή Άνοια και Μικτής Αιτιολογίας Άνοια	44
3.4.2 Μετωποκροταφική Άνοια – Φλοιοβασική Εκφύλιση – Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση	45
3.4.3 Άνοια Νόσου Parkinson – Άνοια με σωμάτια Lewy.....	45
3.4.4 Άνοια Νόσου Huntington.....	46
3.4.5 Νοσήματα που οφείλονται σε prions	46
3.4.6. Ήπια Νοητική Έκπτωση.....	46
3.4.7 Ειδικές κατηγορίες Συμπεριφορικών και Ψυχολογικών Συμπτωμάτων στις άνοιες	46
3.5 Σύνοψη των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων	47
4. Συζήτηση - Συμπεράσματα	49
4.1 Σύνοψη των κυριότερων ευρημάτων	49
4.1.1 Γενικές αρχές αντιμετώπισης των νοητικών συμπτωμάτων στην άνοια	49
4.1. 2. Γενικές αρχές αντιμετώπισης των συμπεριφορικών συμπτωμάτων στην άνοια	50
4.2 Μεθοδολογικοί περιορισμοί	51
4.3 Τοπικά προβλήματα και εμπόδια στην εφαρμογή των συστάσεων	51
4.4 Τελικά συμπεράσματα.....	52
Βιβλιογραφία	56

Περίληψη

Η γήρανση του πληθυσμού, διεθνώς, και η εκτιμώμενη αύξηση της επίπτωσης των νοσημάτων, που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας, αποτελεί, ήδη, μείζον θέμα για τη δημόσια υγεία και εγείρει ανησυχία σε παγκόσμιο επίπεδο. Η άνοια προσβάλλει το 5,4% των ατόμων άνω των 65 ετών και ο επιπολασμός της αυξάνει με την ηλικία. Εκτιμάται ότι ο αριθμός των πασχόντων από διαφορετικές μορφές άνοιας διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια και θα ανέλθει σε 115 εκατομμύρια μέχρι το 2040 (Alzheimer Disease International World Alzheimer Report 2010).

Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο, διαφορετικής αιτιολογίας, που οδηγεί τελικά σε σημαντική αποδιοργάνωση, έκπτωση της λειτουργικότητας και πλήρη απώλεια της αυτονομίας του ασθενούς. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της πορείας της, εκτός από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής των νοητικών λειτουργιών, σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (behavioral and psychological symptoms-BPSD), που επηρεάζουν αρνητικά την εξέλιξη της νόσου και συμβάλλουν στη διαίωνιση της κακής ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους. Το εγχείρημα της επιτυχούς αντιμετώπισης των νοητικών και των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων αποτελεί σημαντική πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

Το παρόν κεφάλαιο στο εγχειρίδιο «Κατευθυντήριες Οδηγίες – Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τις Ψυχιατρικές Διαταραχές» αποτελεί ένα βοήθημα για τον κλινικό ιατρό στην προσπάθεια διαχείρισης (management) των ανοϊκών ασθενών. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει συνοπτικές πληροφορίες για την κλινική εικόνα, τη διαγνωστική ταξινόμηση, την επιδημιολογία, την πορεία και την πρόγνωση των πιο συχνών ανοϊών καθώς και νεότερα δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την αντιμετώπιση των νοητικών και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων της ευάλωτης αυτής πληθυσμιακής ομάδας, τόσο με μη φαρμακευτικές όσο και με φαρμακευτικές παρεμβάσεις.

Εκτεταμένη Περίληψη

Η άνοια αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο που μπορεί να αποδοθεί σε διαφορετικές αιτιολογίες. Για την αρχική διάγνωση χρειάζεται να συνδυαστούν πληροφορίες από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς και από την αντικειμενική εκτίμηση των νοητικών του λειτουργιών. Για τη διαφορική διάγνωση των ανοϊών θεωρείται απαραίτητη η ολοκληρωμένη εκτίμηση του ασθενούς, δηλαδή αντικειμενική κλινική εξέταση, που περιλαμβάνει και νευρολογική εκτίμηση, καθώς και παρακλινικός έλεγχος (βιοχημικός και απεικονιστικός έλεγχος). Είναι σημαντικό να γίνεται διερεύνηση για να αποκλειστούν αναστρέψιμα αίτια, όπως η έλλειψη βιταμίνης B12. Εφόσον τεθεί η διάγνωση της άνοιας, καλό είναι να γνωστοποιείται στον ασθενή και στην οικογένειά του και να συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση, καθοδήγηση και ψυχολογική υποστήριξη.

Οι ασθενείς με άνοια εμφανίζουν, εκτός από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής των νοητικών λειτουργιών, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, που συμβάλλουν στην κακή ποιότητα ζωής τόσο των ιδίων όσο και των φροντιστών τους. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών απαιτεί εξειδικευμένο και εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, με συχνές επανεκτιμήσεις, καθώς η κλινική εικόνα εξελίσσεται και μεταβάλλεται κατά την πορεία της νόσου.

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα, που να υποστηρίζουν τη χρήση φαρμάκων για την πρόληψη της άνοιας. Σε ασθενείς με άνοια νόσου Alzheimer (NA), κατά τη διάγνωση, συνιστάται η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης (δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη ή γαλανταμίνη) λαμβάνοντας υπόψη την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Σε ασθενείς με μέτρια και σοβαρή άνοια NA προτείνεται και η χρήση της μεμαντίνης, ως εναλλακτική επιλογή. Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, κυρίως στην ήπιου και μέτριου βαθμού άνοια.

Η χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης και της μεμαντίνης δε συνιστάται στη μετωποκροταφική άνοια, δεδομένου ότι δεν έχουν πάρει έγκριση, αν και υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση της ριβαστιγμίνης. Η ριβαστιγμίνη έχει πάρει ένδειξη και συνιστάται στην Άνοια Νόσου Parkinson και πιθανώς να είναι αποτελεσματική και στην Άνοια με σωματίδια Lewy.

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις συνιστώνται ως πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, που εκδηλώνονται στο πλαίσιο της κλινικής εικόνας της νόσου Alzheimer και των υπόλοιπων ανοιών. Η προσεκτική εκτίμηση και αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων (παθολογικών, ψυχιατρικών, ψυχοκοινωνικών ή περιβαλλοντικών) που δυνητικά συνεισφέρουν στην εμφάνιση, επιδείνωση ή διαίωνιση των εκάστοτε παρατηρούμενων διαταραχών συμπεριφοράς θεωρείται πολύ σημαντική. Η επιλογή και έναρξη φαρμακευτικής αγωγής ενδείκνυται για εκείνα τα ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ή κρίνονται κλινικά ως σοβαρού βαθμού, ή θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς ή/και τρίτων ατόμων, ή/και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ή/και τη λειτουργικότητα του ασθενούς ή/και των φροντιστών. Συχνά, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής συνδυάζεται με την εφαρμογή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης και πιο αποτελεσματικής εξατομικευμένης διαχείρισης.

Όταν γίνεται χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων σε ασθενείς με άνοια, ειδική προσοχή χρειάζεται να δοθεί στη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική των φαρμάκων, στην κλινική και διατροφική κατάσταση του ασθενούς, στην ηπατική και νεφρική του λειτουργία καθώς και στη συννόηση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με άνοια παρουσιάζονται πιο ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες πολλών φαρμάκων, ειδικά εκείνων που έχουν κατασταλτική ή αντιχολινεργική δράση, ή προκαλούν εξωπυραμική σημειολογία/συμπτωματολογία. Προτείνονται χαμηλές δόσεις έναρξης, σταδιακή προσαρμογή και μεγάλα διαστήματα μεταξύ των αλλαγών.

Τα αντιψυχωσικά φαρμακευτικά σκευάσματα είναι πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις) καθώς και της ψυχοκινητικής ανησυχίας και της επιθετικότητας. Επισημαίνουμε ότι τόσο τα τυπικά όσο και τα άτυπα αντιψυχωσικά φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί για τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και θνητότητας κατά τη χρήση τους σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια. Θα πρέπει να συνταγογραφούνται μόνο κατόπιν προσεκτικής κλινικής αξιολόγησης, ενώ προτείνεται και η ενημέρωση του ασθενούς και των φροντιστών για τους πιθανούς κινδύνους. Εφόσον κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αντιψυχωσικών, τα άτυπα, που έχουν συνήθως λιγότερες εξωπυραμδικές ανεπιθύμητες ενέργειες- χωρίς να σημαίνει ότι αυτό αποτελεί το μοναδικό κριτήριο για την επιλογής τους- θα πρέπει να προτιμώνται σε σύγκριση με τα τυπικά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση συγκεκριμένων ψυχολογικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων της άνοιας. Τέλος, άλλα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι τα αντικαταθλιπτικά στην κατάθλιψη και στην ψυχοκινητική ανησυχία, αλλά και οι αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης και η μεμαντίνη μπορεί να αποβούν αποτελεσματικοί στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα.

Αναφορά Σύγκρουσης Συμφερόντων

Ο Αντώνιος Πολίτης, την τελευταία εικοσαετία, έχει λάβει μικρές εκπαιδευτικές χορηγίες για μετάβαση σε συνέδρια. Επίσης, έχει λάβει honoaria ως σύμβουλος σε πλαίσιο ομάδας ειδικών (advisory board) και σε εκπαιδευτικές ομιλίες (μέσω ΕΛΚΕ) από ποικίλες εταιρείες όπως Astra, ELPEN, Janssen, Novartis, Pfizer, Sanofi, Servier. Δεν έχει μόνιμη συνεργασία με καμία φαρμακευτική εταιρεία ούτε οικονομικά οφέλη που να προκύπτουν από τη λειτουργία της (π.χ. μετοχές, κλπ).

Η Ευγενία Κατιρτζόγλου, την τελευταία πενταετία, έχει λάβει μικρές εκπαιδευτικές χορηγίες για μετάβαση σε συνέδρια από εταιρείες όπως ELPEN, Janssen, Lilly. Δεν έχει μόνιμη συνεργασία με καμία φαρμακευτική εταιρεία ούτε οικονομικά οφέλη που να προκύπτουν από τη λειτουργία της (π.χ. μετοχές, κλπ).

Ο Αντώνιος Μούγιας, την τελευταία τριετία, έχει λάβει δύο εκπαιδευτικές χορηγίες για μετάβαση σε συνέδρια (εταιρεία Pfiser). Επίσης, έχει συμμετάσχει σε ομάδα ειδικών (advisory board) στην εταιρεία ELPEN. Δεν έχει μόνιμη συνεργασία με καμία φαρμακευτική εταιρεία ούτε οικονομικά οφέλη που να προκύπτουν από τη λειτουργία της (π.χ. μετοχές, κλπ).

1. Εισαγωγή

1.1 Συνοπτική περιγραφή ανοιών και συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στις άνοιες

Η **άνοια** είναι ένα κλινικό σύνδρομο, που δεν οφείλεται σε οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (ντελίριο), και στο οποίο παρατηρείται σημαντική έκπτωση από προηγούμενο επίπεδο σε μία τουλάχιστον ή και περισσότερες νοητικές λειτουργίες, με προεξάρχουσα τις περισσότερες φορές τη μνήμη¹. Συνοδεύεται, από έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας με τελικό αποτέλεσμα την απώλεια της ικανότητας αυτόνομης διαβίωσης του ατόμου. Αν και στα κριτήρια για τη διάγνωση δε συναντώνται τα **συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα-ΣΨΣ (ή νευροψυχιατρικά συμπτώματα-ΝΨΣ)**, ωστόσο, εμφανίζονται στο σύνολο σχεδόν των ασθενών². Περιλαμβάνουν άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, κατάθλιψη, άρση αναστολών, απάθεια, ευφορία, παθολογική κινητική δραστηριότητα, ψυχωσική συμπτωματολογία (παραληρητικές ιδέες, παραληρητικές παραγνώρισεις, ψευδαισθήσεις), διαταραχές ύπνου και αλλαγές των διατροφικών συνθηθειών².

1.1.1 Διαγνωστική ταξινόμηση

A) Άνοιες

Οι άνοιες αποτελούν την κλινική έκφραση πολλών νευροεκφυλιστικών νοσημάτων με πιο συχνή τη νόσο Alzheimer (NA), αλλά και το τελικό αποτέλεσμα ποικίλων άλλων παθολογικών καταστάσεων που πλήττουν την εγκεφαλική λειτουργία είτε πρωτογενώς (π.χ. χωροκατακτητικές εξεργασίες), είτε δευτερογενώς (π.χ. νόσος HIV)¹. Ωστόσο, νεότερα δεδομένα για την αιτιοπαθογένεια, υποστηρίζουν πλέον και την ύπαρξη μικτής αιτιολογίας (για παράδειγμα άνοια νόσου Alzheimer και αγγειακή άνοια ή άνοια νόσου Alzheimer και άνοια με σωματία Lewy), κυρίως σε μεγαλύτερους στην ηλικία ασθενείς, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι διαφορετικές παθολογίες μπορούν να συνεισφέρουν στην εκδήλωση κλινικής συμπτωματολογίας άνοιας³.

Με γνώμονα τη διεθνή βιβλιογραφία, ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης της συμπτωματολογίας, διακρίνεται η **πρώιμης έναρξης άνοια**, που αναφέρεται σε ασθενείς με έναρξη νόσου πριν την ηλικία των 65 ετών και η **όψιμης έναρξης άνοια**, που αναφέρεται σε ασθενείς με έναρξη νόσου άνω της ηλικίας των 65 ετών.

Η σοβαρότητα, ο καθολικός χαρακτήρας καθώς και η εξέλιξη της νοητικής έκπτωσης και κατ'επέκταση η διαταραχή της λειτουργικότητας, είναι τα κύρια στοιχεία που διαχωρίζουν την άνοια από τη νοητική εξασθένιση, που συνοδεύει τη φυσιολογική γήρανση.

Σύμφωνα με το σύγχρονο ταξινομικό σύστημα DSM-V, διακρίνονται δύο μορφές ανοιών, υπό τη γενικότερη ονομασία «Νευρονοητικές Διαταραχές» («Neurocognitive Disorders»): η «Μείζων Νευρονοητική Διαταραχή», που αντιστοιχεί στην άνοια κατά DSM-IV και η «Ελάσσω Νευρονοητική Διαταραχή», οι οποίες χρειάζεται να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια⁴.

Πολλές φορές, οι διαταραχές των νοητικών λειτουργιών μπορεί να εμφανιστούν στο πλαίσιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, που ειδικά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων περιπλέκει τη διαφορική διάγνωση. Στοιχεία που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση είναι η αλληλουχία, ο χρόνος έναρξης και η πορεία των καταθλιπτικών και νοητικών συμπτωμάτων, καθώς και η ανταπόκριση των τελευταίων σε αντικαταθλιπτική αγωγή. Στο παρελθόν, για να περιγραφούν οι αναστρέψιμες νοητικές διαταραχές στο πλαίσιο της κατάθλιψης είχε χρησιμοποιηθεί ο όρος «ψευδοάνοια». Ωστόσο, ακόμη και όταν οι διαταραχές των νοητικών λειτουργιών έπονται της έναρξης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή όταν παρατηρείται ύφεση των συμπτωμάτων με τα αντικαταθλιπτικά, έχει παρατηρηθεί ότι ποσοστό περίπου 50% των ασθενών εμφανίζει αυξημένη

πιθανότητα να αναπτύξει ήπια νοητική έκπτωση ή ακόμη και άνοια μέχρι και αρκετά χρόνια αργότερα⁵.

Πίνακας 1.1 Ταξινόμηση Ανοιών αναλόγως αιτιολογίας¹

Άνοια επί νόσου Alzheimer (NA)
Αγγειακή Άνοια
Μετωποκροταφική Άνοια
Άνοια με σωμάτια Lewy
Άνοια επί νόσου Parkinson
Άνοια επί νόσου Huntington
Νοσήματα που οφείλονται σε Prions – Άνοια επί νόσου των Creutzfeldt – Jacob
Άνοια επί φλοιοβασικής εκφύλισης
Άνοια επί προοδευτικής υπερπυρηνικής παράλυσης
Άνοια επί HIV
Άνοια από κρανιοεγκεφαλική κάκωση
Άνοια από άλλες παθολογικές καταστάσεις π.χ. υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, χωροκατακτητική εξεργασία στον εγκέφαλο, ενδοκράνια ακτινοβολήση, νευροσύφιλη, λοιμώξεις (βακτηριδιακές, μυκητιασικές, ιογενείς), αγγειίτιδες (π.χ. ΣΕΛ), μετά από καρδιακή ανακοπή, κ.α.
Τοξικά, ενδοκρινικά και μεταβολικά αίτια: αλκοόλ, φάρμακα με κατασταλτικές ιδιότητες, αγχολυτικά, υπνωτικά, αντιεπιληπτικά, μόλυβδο, υδράργυρο, μονοξείδιο του άνθρακα, οργανοφωσφορικές ενώσεις, ουσίες με πτητικές ιδιότητες, υποθυρεοειδισμός, υπερασβεστιαϊμία, έλλειψη B12 και φυλλικού οξέος, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, κληρονομικές μεταβολικές παθήσεις (π.χ. νόσος Wilson, λευκοδυστροφίες), κ.α.)
Μικτή άνοια
Ψευδοάνοια

Β) Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα στις άνοιες

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, που ονομάζονται και νευροψυχιατρικά συμπτώματα, έχουν περιγραφεί από πολύ νωρίς ως σημαντικά συστατικά στοιχεία της κλινικής εικόνας των ανοιών (Esquirol, 1838; Alzheimer, 1906)⁶. Ωστόσο, μόλις στις αρχές της δεκαετίας του '80 άρχισαν να συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον των ερευνητών. Το 1999 (Update Consensus Conference – International Psychogeriatric Association) αναθεωρήθηκε ο όρος «Συμπεριφορικά Συμπτώματα» σε «Συμπεριφορικά και Ψυχολογικά Συμπτώματα» (ΣΨΣ), περιλαμβάνοντας «όλα τα συμπτώματα, που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αντίληψης, του περιεχομένου της σκέψης, της διάθεσης ή της συμπεριφοράς, που συχνά εμφανίζονται σε ασθενείς με άνοια»⁶. Στη βιβλιογραφία διαφαίνονται διάφορες προσπάθειες ταξινόμησης των επιμέρους συμπτωμάτων σε μεγαλύτερες ομάδες (για παράδειγμα απάθεια, διάθεση/ανησυχία, ψύχωση), αλλά ακόμη δεν έχει καθιερωθεί επίσημα κάποια από αυτές. Ένας απλός τρόπος ομαδοποίησης αναγράφεται στον **Πίνακα 1**.

Πίνακας 1.2

Συμπεριφορικά συμπτώματα⁶	Επιθετικότητα (φυσική και λεκτική), φωνές, ανησυχία, εκνευρισμός, παθολογική περιπλάνηση, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, άρση αναστολών, χρηστική συμπεριφορά, «σύνδρομο ηλιοβασιλέματος»
Ψυχολογικά συμπτώματα⁶	Άγχος, καταθλιπτική διάθεση, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις

1.1.2 Κλινική εικόνα

A) Άνοιες

Η διάγνωση της άνοιας τίθεται αφού αξιολογηθούν και συνδυαστούν οι πληροφορίες που προέρχονται από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς (η συμβολή των φροντιστών στη συλλογή των πληροφοριών κρίνεται αναγκαία) και από την αντικειμενική εκτίμηση των νοητικών του λειτουργιών². Για τη διαφορική διάγνωση των ανοιών θεωρείται απαραίτητη η ολοκληρωμένη εκτίμηση του ασθενούς (αντικειμενική εξέταση που να συμπεριλαμβάνει και νευρολογική εκτίμηση και παρακλινικός έλεγχος) προκειμένου να αποκλειστούν πιθανά αναστρέψιμα αίτια^{1,2}.

Η άνοια της νόσου Alzheimer, χαρακτηρίζεται από προοδευτική έναρξη των συμπτωμάτων και σταδιακή επιδείνωση της κλινικής εικόνας². Συνήθως, στα αρχικά στάδια εκδηλώνεται με διαφορετικού βαθμού αμνησία, ως αποτέλεσμα δυσλειτουργίας της μνήμης, με δυσκολία στην απόκτηση και ανάκληση νέων πληροφοριών⁷. Η πρώιμη εντόπιση της παθολογοανατομικής βλάβης, που εκφράζεται με τις διαταραχές μνήμης, εμφανίζεται στις ανατομικές δομές του μέσου κροταφικού λοβού και της περιοχής του ιππόκαμπου. Σταδιακά, στην πορεία της νόσου προστίθενται διαταραχές και άλλων φλοιωδών λειτουργιών (λόγος, προσανατολισμός, οπτικοχωρική αντίληψη, κατανόηση και εκτέλεση πολύπλοκων δοκιμασιών, κρίση, εναισθησία)^{1,2}. Οι περισσότεροι ασθενείς με άνοια NA εμφανίζουν σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (ΣΨΣ). Πρόκειται για συμπτώματα, των οποίων η θεραπεία δεν είναι πάντα αποτελεσματική και των οποίων η παρουσία συνδέεται με επιδείνωση της νοητικής λειτουργίας και της λειτουργικότητας^{2,5}. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των νοσηλειών, του ρυθμού ασυλοποίησης και του οικονομικού κόστους^{2,5}. Συνεπώς, αποτελούν σημαντική πηγή άγχους και επιβαρύνουν τόσο τους ασθενείς όσο και τους φροντιστές διαιωνίζοντας την κακή ποιότητα ζωής αυτών. Στα τελευταία στάδια, οι ασθενείς χάνουν την αυτονομία τους και εξαρτώνται αποκλειστικά από τη φροντίδα άλλων.

Η αγγειακή άνοια αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα άνοια^{1,6}. Διάφορες μορφές αγγειακής νόσου του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσουν σε νοητική δυσλειτουργία, όπως μεγάλα έμφρακτα, κενотоπιώδη έμφρακτα, κυστικά έμφρακτα, νόσος μικρών αγγείων⁵. Νεότερα δεδομένα εισάγουν τον όρο «Αγγειακή Νοητική Έκπτωση»⁸. Μπορεί να οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων, που προσβάλλουν τον εγκέφαλο, και είναι δυνατό να έχει οξεία εμφάνιση. Αν και θεωρείται ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένο νευροψυχολογικό προφίλ που να χαρακτηρίζει την αγγειακή άνοια, ωστόσο πιο συχνά εμφανίζεται με προοδευτική επιδείνωση της προσοχής και των επιτελικών λειτουργιών (σχεδιασμός, οργάνωση, σύνθεση, συνεπαγωγή, συνόψιση) ενώ οι διαταραχές της μνήμης μπορεί να μην προεξάρχουν⁵. Εστιακή νευρολογική σημειολογία/ συμπτωματολογία αντίστοιχη της ανατομικής βλάβης ή παρακλινικά ευρήματα ενδεικτικά αγγειακής εγκεφαλικής νόσου απαιτούνται για τη διάγνωση^{1,4}. Η εκδήλωση ΣΨΣ, κυρίως κατάθλιψης, συναισθηματικής αστάθειας και/ή απάθειας, είναι πολύ συχνή⁶. Υπάρχουν ενδείξεις ότι σε μεγάλο ποσοστό ασθενών με αγγειακή άνοια συνυπάρχουν βλάβες NA^{5,6}. Σε αυτή τη περίπτωση χρησιμοποιείται ο όρος «μικτή άνοια»⁵.

Σε αντίθεση με τη βρεγματο-κροταφική κυρίως εντόπιση της νόσου Alzheimer, η μετωποκροταφική άνοια (ή νόσος Pick παλαιότερα), χαρακτηρίζεται από ατροφία των μέτωπο-κροταφικών ανατομικών εγκεφαλικών δομών¹. Σήμερα, η μετωποκροταφική άνοια δεν θεωρείται ενιαία νοσολογική οντότητα, αλλά αποτελείται από διαφορετικούς φαινότυπους, ανάλογα με την τοπογραφική κατανομή της εγκεφαλικής βλάβης (μετωπιαία ή κροταφικά)⁷. Οι κλινικές παραλλαγές είναι διακριτές πρώιμα στην πορεία της νόσου, όταν οι βλάβες περιορίζονται σε συγκεκριμένες ανατομικές περιοχές. Όσο, όμως, η νόσος εξελίσσεται πολλοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα που προσλαμβάνουν χαρακτηριστικά και άλλων κλινικών παραλλαγών της ασθένειας. Αρχικά εκδηλώνεται με αλλαγές στην προσωπικότητα και συμπεριφορικές διαταραχές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, αυξημένη στοματική συμπεριφορά, απάθεια, άμβλυση του

συναισθήματος, κατάθλιψη ή/και ασταθής, ευμετάβλητη διάθεση, άρνηση προσωπικής υγιεινής, κοινωνική έκπτωση, άρση αναστολών, απουσία επίγνωσης, μειωμένη κρίση, διαταραχές των επιτελικών λειτουργιών και διαταραχές λόγου/προοδευτική αφασία (κυρίως στην κροταφική μορφή)^{7,8}. Η αμνησία και η απραξία συνήθως εμφανίζονται σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου⁵. Καθώς η νόσος προοδεύει, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν σημαντική ψυχοκινητική ανησυχία, επιθετική συμπεριφορά και διαταραχή στο λόγο και την προσοχή με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η εξέταση των νοητικών λειτουργιών⁵.

Η άνοια με σωματία Lewy, αν και αρκετά συχνή, αποτελεί για τον κλινικό ιατρό διαγνωστική πρόκληση, παρά την ύπαρξη συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων. Σημαντικά κλινικά στοιχεία που συμβάλλουν στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνουν οπτικές ψευδαισθήσεις, που εμφανίζονται σχετικά νωρίς, παρκινσονική σημειολογία, επαναλαμβανόμενες πτώσεις, διακυμάνσεις στις διαταραχές των νοητικών λειτουργιών (κυρίως προσοχής, οπτικοχωρικής αντίληψης και επιτελικών λειτουργιών), οι οποίες μπορεί να διαρκούν από ώρες έως και μέρες, διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και γρήγορη εξέλιξη της νόσου^{5,8}. Οι ασθενείς έχουν μεγάλη ευαισθησία στις εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών, γεγονός που καθιστά την ορθή διάγνωση πολύ σημαντική.

Η νόσος Parkinson είναι η δεύτερη πιο συχνή νευροεκφυλιστική διαταραχή μετά τη νόσο Alzheimer⁷. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση νευρολογικής συμπτωματολογίας, προοδευτικά επιδεινούμενης, που περιλαμβάνει βραδυκίνηση, τρόμο, δυσκαμψία και στα τελικά στάδια διαταραχή της ισορροπίας^{7,8}. Οι περισσότεροι ασθενείς με νόσο Parkinson βιώνουν κάποιο βαθμού νοητικό έλλειμμα, από ήπιες επιλεκτικές διαταραχές μέχρι άνοια⁷. Πρώιμα στην πορεία της νόσου, εξασθενούν οι επιτελικές λειτουργίες, η μνήμη (ιδιαίτερα αυτή που σχετίζεται με λεκτικές πληροφορίες και εικόνες), η προσοχή και η οπτικοχωρική αντίληψη^{5,8}. Στην καθημερινή ζωή του ασθενούς αυτό εκδηλώνεται με αποδιοργάνωση, προβλήματα ιεράρχησης προτεραιοτήτων, λησμοσύνη και διάσπαση προσοχής⁷. Άλλοι τομείς που πλήττονται είναι η επεξεργασία των πληροφοριών (επιβράδυνση σκέψης) και η λεκτική ευφράδεια⁷. Οι νοητικές διεργασίες, όπως και οι κινητικές, είναι αργές και οι ασθενείς καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια να συγκεντρωθούν. Περιγράφονται τρεις μορφές. Η πρώτη περιλαμβάνει την επίταση επιλεκτικών ελλειμμάτων, ειδικά της μνήμης και της επεξεργασίας των πληροφοριών⁷. Η δεύτερη εμπλέκει τις λειτουργίες του φλοιού, με αφασία, απραξία και διαταραχές στη μνήμη, παρ' όλο που η πορεία και η εικόνα είναι διαφορετικές από της νόσου Alzheimer⁷. Η τρίτη έχει χαρακτηριστικά, τόσο της νόσου Parkinson, όσο και της νόσου Alzheimer, με ιδιαίτερα έντονα τα ευρήματα στην ομιλία⁷. Η άνοια με σωματία Lewy διαφοροποιείται από την άνοια της νόσου Parkinson επειδή η νοητική δυσλειτουργία είτε προηγείται του παρκινσονισμού είτε αναπτύσσεται εντός του πρώτου έτους από την εμφάνιση των κινητικών προβλημάτων⁷. Τα πλέον συχνά ΣΨΣ στη νόσο του Parkinson είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές και μπορεί να προηγούνται της εμφάνισης των νοητικών ελλειμμάτων^{5,7,8}. Συχνή είναι και η ψυχωσική συμπτωματολογία (παραληρήματα, οπτικές κυρίως ψευδαισθήσεις)^{7,8}. Άλλες νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν συναισθηματική ακράτεια ή ευμεταβλητότητα, απάθεια, μανία, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων, καταναγκαστικές συμπεριφορές⁷.

Η νόσος Huntington (NH) είναι μία κληρονομική νευροεκφυλιστική ασθένεια, που προσβάλλει τα βασικά γάγγλια, κυρίως τον κερκοφόρο πυρήνα και το κέλυφος του φακοειδούς πυρήνα, δηλαδή το ραβδωτό σώμα και σε μικρότερο ποσοστό και άλλες υποφλοιώδεις δομές^{7,8}. Χαρακτηρίζεται από την τριάδα: κινητική διαταραχή (χοραιοαθετωσικές κινήσεις), άνοια και ψυχιατρικές εκδηλώσεις⁷. Ορισμένοι ασθενείς, ωστόσο, δεν εκδηλώνουν χορεία αλλά παρκινσονισμό⁷. Η νοητική έκπτωση, συχνά συνοδευόμενη από ψυχιατρική συμπτωματολογία, μπορεί να εμφανιστεί πριν την έναρξη των κινητικών δυσκολιών αλλά μπορεί και να παραμείνει ήπια ακόμη και σε όψιμα στάδια⁸. Συνήθως έχει τα χαρακτηριστικά της υποφλοιώδους άνοιας, δηλαδή οι ασθενείς έχουν μεγάλες δυσκολίες στις επιτελικές λειτουργίες και στις δοκιμασίες που απαιτούν προσοχή και

συγκέντρωση^{7,8}. Χάνεται γρήγορα η ικανότητα οργάνωσης της ζωής τους καθώς και η ικανότητα ορθούς κρίσης⁸. Η επεισοδιακή μνήμη συχνά παραβλάπτεται ενώ ανέπαφα διατηρούνται ο λόγος και η σημασιολογική μνήμη^{7,8}. Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα συνήθως προηγούνται⁶ και περιλαμβάνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, παρορμητικότητα, απάθεια ή συναισθηματική ευμεταβλητότητα, κατάθλιψη, μανία, μειωμένη λειτουργικότητα^{6,7}. Η ψυχωσική συμπτωματολογία είναι λιγότερο συχνή⁷, ενώ σημαντικά είναι τα ποσοστά των αποπειρών αυτοκαταστροφής και των αυτοκτονιών¹.

Η νόσος των Creutzfeldt – Jacob αποτελεί μία ταχέως εξελισσόμενη νευρολογική διαταραχή οφειλόμενη σε λοίμωξη από πρωτεΐνη prion^{1,5}. Διακρίνονται η σποραδική και η οικογενής μορφή. Κλινικά εμφανίζονται, αρχικά, μη χαρακτηριστικά συμπτώματα με ευμετάβλητο και καταθλιπτικό συναίσθημα, εύκολη κόπωση, διαταραχές του ύπνου και προοδευτικά επιδεινούμενη διαταραχή της μνήμης^{8,9}. Ακολουθούν αντικειμενικά νευρολογικά συμπτώματα, όπως διαταραχές του μυϊκού τόνου, πυραμιδικά σημεία, εξωπυραμιδικά και παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα, έκπτωση νευροψυχολογικών λειτουργιών, δεσμιδώσεις και αργότερα μυοκλονίες⁹. Διαταραχές της αντίληψης και περιστασιακά ψευδαισθήσεις είναι δυνατό να εμφανιστούν^{8,9}. Παράλληλα, αυξάνουν σε ένταση τα ανοϊκά συμπτώματα και εκπίπτουν οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες, μέχρι που ο ασθενής να φτάσει τελικά σε κατάσταση αποφλοώσης και κώματος⁹. Στο 1/3 των αρρώστων (κυρίως επί ιατρογενούς μεταβίβασης) προεξάρχουν στην αρχική φάση της νόσου διαταραχές της όρασης και των παρεγκεφαλιδικών λειτουργιών⁹. Χαρακτηριστικά είναι τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα^{8,9}.

Η φλοιοβασική εκφύλιση αποτελεί σπάνια, προοδευτικά εξελισσόμενη νευρολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από παρκινσονικά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται αρχικά ετερόπλευρα και επιδεινώνονται ταχέως^{8,9}. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ανταποκρίνεται σε φαρμακευτική αγωγή με λεβοντόπα⁸. Χαρακτηριστική είναι, επίσης, η παρουσία διαταραχών φλοιωδών λειτουργιών, όπως αφασία, στερεοαγνωσία, πυραμιδικά σημεία και μεγάλη αύξηση του λανθάνοντα χρόνου οριζοντίων σακκαδικών κινήσεων⁹. Παρατηρούνται, ακόμα, δυστονικά συμπτώματα, τρόμος και το σύνδρομο «μέλος φάντασμα» («alien limb syndrome»)⁹. Η άνοια, συχνά, δεν εμφανίζεται στα αρχικά αλλά σε πιο προχωρημένα στάδια⁸.

Η προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των νοσημάτων που οφείλονται σε ανώμαλη πρωτεΐνη tau (tau-πάθειες). Περιλαμβάνει ακινητικά παρκινσονικά συμπτώματα και πάρεση του βλέμματος^{8,9}. Κατά κανόνα, οι ασθενείς παρουσιάζουν αρχικά ελάττωση των αυτοματικών κινήσεων με προοδευτική εξέλιξη, που οδηγεί σε ένα ή περισσότερα χρόνια σε βαριά ακινησία⁹. Η διαταραχή της οφθαλμοκινητικότητας οδηγεί τελικά σε μία φαινομενικά πλήρη εξωτερική οφθαλμοπληγία. Συχνά, εγκαθίστανται βαθμηδόν ανοϊκά συμπτώματα με υποφλοιώδη χαρακτηριστικά, που είναι συγκρίσιμα με την ψυχοπαθολογική εικόνα μετά από αμφοτερόπλευρη βλάβη του μετωπιαίου λοβού: διαταραχές των επιτελικών λειτουργιών, που εμφανίζονται σχετικά γρήγορα και επιμένουν, επιβράδυνση των λειτουργιών της σκέψης και του λόγου, απάθεια με περιστασιακές εκρήξεις θυμού και αλλαγές στην προσωπικότητα^{8,9}. Οι διαταραχές της μνήμης είναι συνήθως πιο ήπιες και παραβλάπτεται περισσότερο η ελεύθερη ανάκληση^{8,9}. Η άνοια μπορεί να αποτελεί το προεξάρχον σύμπτωμα και η διαταραχή της οφθαλμοκινητικότητας να εμφανιστεί αργότερα ή και ποτέ^{8,9}.

Ο όρος Ήπια Νοητική Έκπτωση (HNE) περιλαμβάνει ένα σύνολο ηπιότερων συνδρόμων, που χαρακτηρίζονται από μικρότερη σε σχέση με την άνοια, αλλά ανιχνεύσιμη, έκπτωση μίας ή περισσότερων νοητικών λειτουργιών συγκριτικά με την αναμενόμενη για την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου που εξετάζεται⁵. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διατήρηση της ικανότητας του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες, αν και για την επιτέλεση των πολυπλοκότερων εξ' αυτών μπορεί να απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια ή χρήση αντισταθμιστικών μηχανισμών⁵. Οι ασθενείς αυτοί δεν πρέπει να πληρούν τα κριτήρια της άνοιας⁵.

Για πολλούς αντιπροσωπεύει προ-κλινική μορφή ανοϊκής διαταραχής και θεωρείται ένα ενδιάμεσο μεταβατικό στάδιο μεταξύ φυσιολογικού γήρατος και άνοιας, του οποίου, ωστόσο, τα ακριβή όρια είναι δύσκολο να καθοριστούν⁵. Στην προσφάτως αναθεωρημένη έκδοση του ταξινομικού συστήματος DSM-5 αναφέρεται ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα (υπό την ονομασία «Ήπια Νεύρο-νοητική Διαταραχή», «Mild Neurocognitive Disorder»), με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια⁴, γεγονός που αναμένεται να βοηθήσει σημαντικά την έρευνα σχετικά με την παθοφυσιολογία και τη νευροβιολογία της νόσου καθώς και την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτής. Στην πραγματικότητα, περιλαμβάνει έναν ετερογενή πληθυσμό ασθενών με διαφορετική εξέλιξη για κάθε ασθενή. Σημαντικό ποσοστό των ατόμων που διαγιγνώσκονται με HNE εκδηλώνουν άνοια νόσου Alzheimer ή άλλες μορφές ανοιών αλλά δεν είναι απίθανο να παρατηρηθεί σταθεροποίηση ή και υποχώρηση των συμπτωμάτων, ενώ για κάποιους από αυτούς θα μπορούσε να τεθεί και η διάγνωση «ανοϊκής συνδρομής σε αρχικά στάδια»⁵. Η HNE διακρίνεται σε υποκατηγορίες ανάλογα με το χαρακτήρα της προεξάρχουσας συμπτωματολογίας («αμνησιακού τύπου - amnestic» και «μη αμνησιακού τύπου - non-amnestic», αντίστοιχα αν κυριαρχούν ή όχι οι διαταραχές μνήμης) και ανάλογα με τους τομείς που παραβλάπτονται («ενός πεδίου - single-domain» και «πολλαπλών πεδίων - multiple-domain»)⁵.

B) Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα στις άνοιες

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, που εμφανίζονται στο πλαίσιο των ανοιών, θεωρούνται από τα πλέον σημαντικά συμπτώματα της κλινικής εικόνας, αφού εκδηλώνονται στο συντριπτικό ποσοστό των ανοϊκών ασθενών συμβάλλοντας στην κακή ποιότητα ζωής τόσο των ιδίων όσο και των φροντιστών¹⁰. Οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της νόσου και ανεξάρτητα από το στάδιο αυτής, αν και έχει παρατηρηθεί πως ορισμένα ΣΨΣ εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε συγκεκριμένες άνοιες και σε συγκεκριμένα στάδια⁶. Πολύ συχνά, περισσότερα του ενός συμπτώματα συνυπάρχουν και συνήθως ακολουθούν μία πορεία με υφέσεις και εξάρσεις^{6,10}. Η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή δεν επιτυγχάνεται πάντα^{5,6,10}.

1.1.3 Επιδημιολογία

A) Άνοιες

Οι άνοιες είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους και ο επιπολασμός τους αυξάνει δραματικά με την ηλικία⁵. Το σύνδρομο προσβάλλει κατά προσέγγιση 5%-8% των ατόμων άνω των 65 ετών, 15%-20% των ατόμων άνω των 75 ετών και 25%-50% των ατόμων άνω των 85 ετών⁵.

Η άνοια της νόσου Alzheimer αποτελεί την πλέον συχνή μορφή άνοιας. Αντιπροσωπεύει περίπου τα δύο τρίτα (50%-75%) του συνόλου των περιπτώσεων άνοιας στους ενήλικες⁵. Ο επιπολασμός της νόσου αυξάνει από 1% για τις ηλικίες των 60-65 ετών μέχρι 13% για τις ηλικίες 80-85 ετών και 32% για τις ηλικίες 90-95 ετών³. Επίσης, η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία και υπολογίζεται περίπου 0,5% το χρόνο για τις ηλικίες των 65-69 ετών, 1% το χρόνο για τις ηλικίες των 70-74 ετών, 2% το χρόνο για τις ηλικίες των 75-79 ετών, 3% το χρόνο για τις ηλικίες των 80-84 ετών και 8% για τις ηλικίες άνω των 85 ετών⁵. Ο επιπολασμός είναι αυξημένος μεταξύ των γυναικών, όπως φαίνεται να είναι και η επίπτωση³. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών με NA εμφανίζει τη διαταραχή σε μεγαλύτερη ηλικία, συνήθως στη διάρκεια της εβδομής, ή όγδοης δεκαετίας της ζωής και η νόσος χαρακτηρίζεται ως σποραδική^{1,5}. Σε ένα μικρότερο ποσοστό τα συμπτώματα εκδηλώνονται σε νεότερη ηλικία (<65 ετών), εμφανίζεται ισχυρή επικράτηση σε οικογένειες, παρέχοντας ενδείξεις για γενετική αιτιολογία και η νόσος χαρακτηρίζεται ως οικογενής^{1,5}.

Η αγγειακή άνοια θεωρείται η δεύτερη πιο συχνή μορφή άνοιας⁵. Ο επιπολασμός της ποικίλλει και εξαρτάται από τον εκάστοτε χρησιμοποιούμενο ορισμό. Τόσο για την άνοια αποκλειστικά αγγειακής αιτιολογίας όσο και για τη μικτή μορφή της νόσου (αγγειακή άνοια και άνοια νόσου Alzheimer) ο επιπολασμός υπολογίζεται γύρω στο 5-20%^{5,9}. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα ηλικίας

60-70 ετών και πιο συχνά σε άνδρες¹. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, υψηλός αιματοκρίτης (>45%) και τα καρδιοαγγειακά νοσήματα¹¹.

Παρόλο που οι πληθυσμιακές επιδημιολογικές μελέτες για τη μετωποκροταφική άνοια αναφέρουν επιπολασμό σχεδόν 5-10 ανά 100.000 σε ασθενείς άνω των 50 ετών, από αναφορές σειρών περιστατικών βασισμένων στην αυτοψία, έχει φανεί ότι σχεδόν 5-15% των ασθενών με άνοια έχουν μετωποκροταφική εκφύλιση, μια ασυμφωνία που δείχνει ότι πολλές περιπτώσεις προχωρούν χωρίς να έχουν τη σωστή διάγνωση⁷. Πρόσφατες εξελίξεις στην κλινική-παθολογο-ανατομική συσχέτιση απέκάλυψαν ότι ένας αριθμός νευρολογικών καταστάσεων, που θεωρούνται ανεξάρτητες νοσολογικές οντότητες, όπως η προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση, η φλοιοβασική εκφύλιση και η σκλήρυνση του υπόκαμπτου θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο φάσμα της μετωποκροταφικής άνοιας⁷. Η νόσος εμφανίζεται συνήθως σε νεότερα άτομα (ηλικίας 50-60 ετών), ωστόσο δεν αποκλείεται η εκδήλωσή της σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ηλικίες⁹.

Η άνοια με σωματίδια Lewy είναι εξίσου συχνή με τις άλλες άνοιες και υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύει περίπου το 20% των περιστατικών με άνοια⁹, αν και ποσοστά που κυμαίνονται από 7%-26%, ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται, περιγράφονται επίσης⁵. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Ο επιπολασμός της άνοιας στη νόσο Parkinson κυμαίνεται από 25% έως 40% και η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνει με την εξέλιξη της νόσου⁷. Έτσι, περίπου το 75% των ασθενών με νόσο Parkinson και 10ετή επιβίωση εμφανίζουν ανοϊκή διαταραχή⁷.

Η νόσος Huntington θεωρείται η πλέον συχνή κληρονομική νευροεκφυλιστική πάθηση των ενηλίκων, προσβάλλοντας 1 ανά 15000 πληθυσμού⁹. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 30-50 έτη^{7,9}, αλλά σε μερικές περιπτώσεις η συμπτωματολογία μπορεί να εμφανιστεί από την ηλικία των 20 ετών με συμπεριφορικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες (Juvenile Huntington's Disease; JHD) ή και μετά την ηλικία των 50 ετών⁹.

Η νόσος των Creutzfeldt – Jacob παρουσιάζει επίπτωση 0,5-2 ανά εκατομμύριο κατοίκων ανά έτος και είναι η συχνότερη νόσος που οφείλεται σε prions⁹. Εκδηλώνεται σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα, με μέση ηλικία έναρξης τα 65 χρόνια⁹. Στο 85% των περιπτώσεων εμφανίζεται σποραδικά και στο 15% οικογενώς⁹.

Η έναρξη των συμπτωμάτων στη φλοιοβασική εκφύλιση συμβαίνει συνήθως μεταξύ της 6^{ης} και 8^{ης} δεκαετίας⁹.

Ο επιπολασμός της προϊούσας υπερπυρηνικής παράλυσης ανέρχεται σε 5 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού⁹. Αποτελούν το 4% των παρκινσονικών ασθενών. Είναι συνήθως σποραδική και μόνο κατ' εξαίρεση οικογενής⁹. Κλινικά προσβάλλονται συνήθως άρρενες σε ηλικία μεταξύ 50 και 70 ετών. Νοητική εξασθένηση εμφανίζει ποσοστό μέχρι και 70% των ασθενών⁹.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμό της κοινότητας ο επιπολασμός της Ήπιας Νοητικής Έκπτώσης κυμαίνεται από 3% έως 19% σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, διακύμανση που μπορεί να οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε μελέτης, όπως τα εκάστοτε διαγνωστικά κριτήρια, το είδος του δείγματος και τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται¹². Σημαντική διακύμανση παρατηρείται και στην επίπτωση συνολικά όλων των υποκατηγοριών της νόσου, που υπολογίζεται στο 8-76.8 ανά 1000 άτομα κατά έτος¹³.

B) Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα στις άνοιες

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, στο σύνολό τους, εμφανίζονται σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών με άνοια, ανεξαρτήτου μορφής. Ακόμη και στα αρχικά στάδια της HNE περιγράφονται σε ποσοστό 35%-85%¹⁰. Η αναφερόμενη συχνότητα των ΣΨΣ εξαρτάται από τα

χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού. Σε ασθενείς της κοινότητας είναι λιγότερο συχνά (56%-98%) συγκριτικά με ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή ασθενείς σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων¹⁰. Στη μελέτη των Devanand et al (1997) αναφέρεται ότι το 64% των ασθενών με νόσο Alzheimer, που συμπεριελήφθησαν, εμφάνιζαν ένα ή περισσότερα νευροψυχιατρικά συμπτώματα κατά την αρχική εκτίμηση⁶. Σύμφωνα με τη μελέτη των Lyketsos et al (2000), ασθενείς της κοινότητας με άνοια είχαν 40 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπεριφορικές διαταραχές σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό⁶. Το 61% των ασθενών παρουσίαζε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα ενώ το 31% εμφάνιζε σοβαρή συμπτωματολογία⁶. Όσον αφορά στα επιμέρους συμπτώματα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ο επιπολασμός τους διαφέρει ανάλογα με τη μορφή της άνοιας⁶.

1.1.4 Φυσική Ιστορία-Πρόγνωση

A) Άνοιες

Η έναρξη και η πορεία της νόσου εξαρτάται από την υποκείμενη αιτιολογία. Οι ασθενείς με άνοια εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για παθολογική συννόσηση ενώ η ίδια η άνοια αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου (ντελίριο).

Η νόσος Alzheimer εμφανίζει ύπουλη έναρξη με σταδιακή εγκατάσταση της συμπτωματολογίας και προοδευτική επιδείνωση τόσο των νοητικών λειτουργιών όσο και της λειτουργικότητας του ασθενούς γενικά. Η νοητική έκπτωση είναι συνήθως ταχύτερη στους ασθενείς με πρώιμη έναρξη συγκριτικά με τους ασθενείς όψιμης έναρξης⁵. Οι συμπεριφορικές και ψυχολογικές διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, αν και παρουσιάζουν την τάση να γίνονται πιο συνήθεις όσο η ασθένεια επιδεινώνεται⁶. Η πορεία της ασθένειας μπορεί να εμφανίσει διακυμάνσεις αλλά πάντοτε η τελική κατάληξη είναι η πλήρης απώλεια της αυτονομίας του ασθενούς². Το προσδόκιμο ζωής σε άτομα με άνοια NA μειώνεται σημαντικά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με μέση διάρκεια ζωής από την έναρξη των συμπτωμάτων περίπου τα 8.5 έτη⁵.

Παρομοίως, η μετωποκροταφική άνοια και η άνοια με σωματία Lewy εμφανίζουν προοδευτική έναρξη και σταδιακή επιδείνωση⁹. Ωστόσο, η πορεία της άνοιας με σωματία Lewy παρουσιάζει χαρακτηριστικές διακυμάνσεις των νοητικών διαταραχών. Η παρκινσονική συμπτωματολογία επιδεινώνεται με την εξέλιξη της νόσου, αν και στο ένα τέταρτο των ασθενών μπορεί να μην εκδηλωθεί καν⁹. Ο συνδυασμός των νοητικών και κινητικών διαταραχών προκαλεί πολύ μεγαλύτερη δυσλειτουργία από ό,τι αναμένεται, ανάλογα με το βαθμό της υπάρχουσας νοητικής έκπτωσης⁹.

Στην περίπτωση της αγγειακής άνοιας, η έναρξη μπορεί να είναι πιο οξεία⁵. Η πορεία της είναι λιγότερο προβλέψιμη καθώς η σταθεροποίηση του υποκείμενου αιτιολογικού παράγοντα δυνητικά μπορεί να συμβάλλει και στη σταθεροποίηση ή στην πιο αργή επιδείνωση της νόσου, αν και οξεία επιδείνωση σε περίπτωση νέου οξέος αγγειακού συμβάματος δε θεωρείται απίθανη⁹. Ωστόσο, τελικά, όπως φαίνεται σε μελέτες, ο ρυθμός έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών είναι περίπου ο ίδιος και στις τρεις βασικές μορφές ανοιών (νόσος Alzheimer, άνοια με σωματία Lewy και αγγειακή άνοια), με απώλεια 3-4 βαθμών ετησίως στη κλίμακα Βραχείας Εκτίμησης της Νοητικής Καταστασης (Mini Mental State Examination - MMSE)⁵.

Η νόσος Parkinson αποτελεί προοδευτικό νόσημα. Μέσα σε μερικά χρόνια οδηγεί στην αναπηρία. Σε μια ιαπωνική μελέτη, η διάρκεια της νόσου ανήλθε κατά μέσο όρο στα 7.4 έτη⁷. Η θνησιμότητα είναι 2-5 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και μάλιστα μεγαλύτερη σε ασθενείς με προεξάρχοντα τα υποκινητικά συμπτώματα⁹.

Η νόσος Huntington ακολουθεί μία προοδευτικά επιδεινούμενη πορεία και καταλήγει στο θάνατο με μέση διάρκεια των συμπτωμάτων περίπου τα 20 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης⁹.

Η οικογενής μορφή της νόσου Creutzfeldt – Jacob χαρακτηρίζεται από πιο πρόωμη έναρξη και πιο βραδεία εξέλιξη. Γενικά, η μέση διάρκεια της ασθένειας από τη στιγμή της διάγνωσης είναι 8 μήνες και μόνο το 4% των ασθενών επιζούν περισσότερο από 2 χρόνια⁹.

Η μέση επιβίωση για τους ασθενείς με φλοιοβασική εκφύλιση υπολογίζεται ότι είναι περίπου τα 7 χρόνια. Η νόσος ακολουθεί σταδιακά επιδεινούμενη πορεία⁹.

Στην προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση, η πρόγνωση είναι κακή και οι περισσότεροι ασθενείς χάνουν σταδιακά την αυτονομία τους μέσα σε 3-4 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης⁹. Ο ρυθμός και ο βαθμός νοητικής έκπτωσης είναι ανεξάρτητος από την εξέλιξη των κινητικών συμπτωμάτων⁹.

Η πορεία της Ήπιας Νοητικής Έκπτωσης παρουσιάζει έντονη ετερογένεια, από ύφεση της συμπτωματολογίας μέχρι σταθεροποίηση αυτής ή εξέλιξη σε νόσο Alzheimer ή άλλες ανοϊκές διαταραχές. Τα ποσοστά μετάπτωσης σε άνοια ποικίλλουν ανάμεσα στις διάφορες μελέτες, για παράδειγμα από 10%-15% έως και 40% ανά έτος, όσον αφορά στην εξέλιξη σε άνοια νόσου Alzheimer¹⁴, ενώ άλλες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι ποσοστό μέχρι και 44% των ασθενών που διαγνώστηκαν με HNE παρουσίασαν ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε ένα έτος¹². Αιτίες των διακυμάνσεων αυτών αποτελούν και πάλι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του χρησιμοποιούμενου δείγματος, η διάρκεια παρακολούθησης, το εύρος των διαγνωστικών κριτηρίων και οι υποκατηγορίες που μελετώνται, καθώς και η εξειδίκευση του ερευνητικού κέντρου. Ως προγνωστικοί παράγοντες για εξέλιξη σε άνοια αναφέρονται η ηλικία άνω των 77 ετών, αρχικό αποτέλεσμα στο MMSE μικρότερο του 28, σημαντική διαταραχή της ελεύθερης ανάκλησης, πτωχή επίδοση στη δοκιμασία ρολογιού, έκπτωση των επιτελικών λειτουργιών, εκδήλωση ΣΨΣ, κυρίως κατάθλιψη και απάθειας, ατροφία στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και μειωμένος μεταβολισμός στην τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων του μέσου κροταφικού λοβού, καθώς και η παρουσία του αλληλίου e4 του γονιδίου της απολιποπρωτεΐνης E^{12,15}.

B) Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα στις άνοιες

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα στην άνοια χαρακτηρίζονται από μία πορεία με υφέσεις και εξάρσεις, αν και ορισμένα παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιμονή όπως η ευερεθιστότητα στην ήπια έως μέτριας βαρύτητας νόσο Alzheimer⁶. Μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της διαταραχής αλλά έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένα από αυτά εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε συγκεκριμένα στάδια⁶. Η διαταραχή της διάθεσης εμφανίζεται πιο νωρίς στην πορεία της νόσου. Η ανησυχία και η ψύχωση είναι πιο συχνές σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας άνοια και γίνονται λιγότερο εμφανείς όσο η ασθένεια επιδεινώνεται⁶. Η απάθεια είναι παρούσα στο 50% των ασθενών στα αρχικά και ενδιάμεσα στάδια και μπορεί να παρουσιάσει αυξητικές τάσεις με την επιδείνωση της νόσου⁶.

1.1.5 Επίδραση στην ποιότητα ζωής – Αναπηρία – Υγειονομικά κόστη

Οι ασθενείς με άνοια εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για παθολογική συννόσηση και η ίδια η νόσος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου (ντελίριο)¹. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν σε αυτό. Συγκεκριμένα, τόσο η πιθανότητα εκδήλωσης χρόνιου παθολογικού νοσήματός όσο και η πιθανότητα ανάπτυξης ανοϊκής διαταραχής αυξάνουν με την ηλικία, οπότε είναι σύνηθες αυτές οι καταστάσεις να συνυπάρχουν. Η αγγειακή άνοια όσο και η άνοια με σωματία Lewy, συχνά, εκδηλώνονται σε άτομα με ήδη επιβεβαρωμένη σωματική υγεία (π.χ. από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή νόσο του Parkinson)⁹, ενώ η ίδια η νόσος Alzheimer, κατά τη διάρκεια της προοδευτικά επιδεινούμενης πορείας της, έχει συνδεθεί με την εμφάνιση διαταραχών του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ύπνου, όρεξης και διατροφικών συνθηκών καθώς και με την εμφάνιση νευρολογικής σημειολογίας⁹. Οι κινητικές δυσκολίες σε συνδυασμό με την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και της γενικότερης λειτουργικότητας, τα διατροφικά προβλήματα και πολλές φορές η εκσεσημασμένη απώλεια βάρους στα όψιμα στάδια καθώς και η

συχνά παρατηρούμενη κακή συμμόρφωση των ασθενών με τη φαρμακευτική αγωγή και την ιατρική παρακολούθηση καθιστούν το συγκεκριμένο πληθυσμό ευάλωτο σε σημαντικό αριθμό ασθενειών και συννοσηρών καταστάσεων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, καθώς και η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι νοητικές δυσκολίες σε συνδυασμό με τη δυσχέρεια λεκτικής έκφρασης του ατόμου περιπλέκουν ακόμη περισσότερο την ιατρική εκτίμηση και την αντιμετώπιση πιθανών παθολογικών καταστάσεων.

Εξ' ορισμού, η νόσος επιδρά στην ικανότητα του ατόμου να φέρει εις πέρας τις καθημερινές του δραστηριότητες, από την ήπια δυσκολία στα αρχικά στάδια μέχρι την πλήρη απώλεια της αυτονομίας του στα όψιμα στάδια, οπότε πλέον χρειάζεται υποστήριξη για την αυτοεξυπηρέτησή του.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, κατά την πορεία της ανοϊκής διαταραχής το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εκδηλώνουν συμπεριφορικές και ψυχολογικές διαταραχές, που συχνά αντιμετωπίζονται δύσκολα και αποτελούν σημαντική πηγή άγχους τόσο για τους ίδιους όσο και για τους φροντιστές. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν, αδιαμφισβήτητα, και διακινδυνεύουν την κακή ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από άνοια αλλά και όσων ασχολούνται με την καθημερινή τους φροντίδα.

Η άνοια αποτελεί παγκοσμίως την τρίτη πιο δαπανηρή νόσο, μετά τα καρδιοαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο. Το σημαντικότερο ποσοστό του κόστους της ασθένειας αποτελεί το κόστος των φροντιστών (ποσοστό που κυμαίνεται από 75-80%) και ακολουθεί το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης (13%), των ιατρικών επισκέψεων (4%), καθώς και το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής και των αναλώσιμων υλικών που χρησιμοποιούνται για τη νόσο (6%)^{16,17}.

Συνολικά, το κόστος της άνοιας για το σύστημα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ξεπερνά τα €88 δις ετησίως, με το ετήσιο κόστος ανά ασθενή να κυμαίνεται ανάμεσα σε €8.285 και €32.256 ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου¹⁸ ή από €20.538 έως €88.427 ανά ασθενή εάν συνυπολογιστεί η απώλεια παραγωγικότητας των φροντιστών¹⁹. Στην Αγγλία το μέσο ετήσιο κόστος της νόσου Alzheimer ανά ασθενή εκτιμάται από €24.283 για περιπτώσεις ήπιας μορφής έως €54.5243 για περιπτώσεις σοβαρής μορφής της νόσου²⁰. Στην Ισπανία, οι Lopez-Bastida et al (2006)¹⁷ εκτίμησαν ότι το μέσο ετήσιο κόστος της νόσου Alzheimer αγγίζει τα €28.198, και οι Beerl et al (2002)²¹ στο Ισραήλ υπολόγισαν το ετήσιο κόστος φροντίδας ασθενή με νόσο Alzheimer στα €17.873. Κοινό σημείο των παραπάνω μελετών αποτελεί η ένδειξη ότι το άμεσο μη υγειονομικό κόστος, στο οποίο περιλαμβάνεται το κόστος των φροντιστών, αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού κόστους της νόσου²².

Στη χώρα μας, έχουν πραγματοποιηθεί δύο μελέτες για το κόστος της άνοιας. Η πρώτη²³ πραγματοποιήθηκε μέσω αξιοποίησης απόψεων εμπειρογνομόνων, στο πλαίσιο μιας ομάδας ειδικών (expert panel). Το κόστος της νόσου (φαρμακευτική αγωγή, ιατρικά έξοδα, έξοδα μεταφοράς και έξοδα διαβίωσης) εκτιμήθηκε έως και €20.996 ετησίως ανά ασθενή στα πιο σοβαρά στάδια της νόσου. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη των Καϊτελίδου και συν.²⁴, το συνολικό ετήσιο κόστος της νόσου εκτιμήθηκε σε €12.140 για το ήπιο στάδιο, €13.735 για το μέτριο στάδιο και σε €22.666 για το σοβαρό στάδιο της άνοιας (θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν περιελάμβανε ιδρυματοποιημένους ασθενείς). Το μεγαλύτερο διαμορφωτή του κόστους (cost driver) αποτέλεσε το κόστος του φροντιστή με ποσοστό πάνω από 75% (50% του κύριου και 25% του δευτερεύοντα), 10% ήταν το κόστος των φαρμάκων, 5% των αναλώσιμων, ενώ το κόστος των ιατρικών και νοσηλευτικών επισκέψεων αποτέλεσαν μόλις το 3% και 2% αντίστοιχα του συνολικού κόστους.

1.2 Προσφερόμενες υπηρεσίες εντός του συστήματος υγείας

1.2.1 Θεραπευτικές επιλογές

Η φροντίδα των ασθενών με άνοια στη χώρα μας γίνεται στο σπίτι, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Λόγω της απουσίας συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης (απουσία οικογενειακών ιατρών) στα μεγάλα αστικά κέντρα, ειδικοί ιατροί (παθολόγοι, νευρολόγοι και ψυχίατροι) αποτελούν συχνά τους θεράποντες ιατρούς των ασθενών με άνοια. Στην επαρχία, γενικοί ιατροί αναλαμβάνουν τη θεραπεία των ανοϊκών ασθενών. Σύμφωνα με την μελέτη των Τριανταφύλλου και συν. (2006)²⁵, ελάχιστο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων στη χώρα μας που απολαμβάνουν επιπλέον υπηρεσίες στο σπίτι ή και την κοινότητα. Η φροντίδα των ηλικιωμένων εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την οικογένεια και σε σημαντικό βαθμό από ανειδίκευτους, συνήθως αλλοδαπούς, επαγγελματίες βοηθούς στο σπίτι.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν δημιουργηθεί στη χώρα μας εξειδικευμένες δομές για τη διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση των ασθενών. Επίσης, στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαργώς δημιουργήθηκαν Κέντρα Ημέρας για την άνοια, στα οποία προσφέρονται πλήθος μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Συνολικά λειτουργούν 26 ιατρεία μνήμης σε ολόκληρη την χώρα, 7 σε γενικά νοσοκομεία, 5 σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, 2 σε ιδιωτικά νοσοκομεία και 12 σε Κέντρα Ημέρας μη κερδοσκοπικών οργανώσεων. 14 Κέντρα Ημέρας για την άνοια προσφέρονται μόνο από Μη Κερδοσκοπικούς Φορείς (7 στην Αθήνα, 4 στην Θεσσαλονίκη, και από 1 σε Βόλο, Χανιά και Ρόδο) και παρέχουν διάφορες υπηρεσίες: καθημερινή δημιουργική απασχόληση των ασθενών, νοητική ενδυνάμωση, ενημέρωση και εκπαίδευση των φροντιστών, καθώς και άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαργώς λειτουργούν επίσης τρία ολοκληρωμένα Κέντρα για την άνοια (δύο στην Αθήνα και ένα στο Βόλο), τα οποία διαθέτουν κρεβάτια για τη βραχεία ή τη μακρά νοσηλεία ασθενών με άνοια.

Οι δωρεάν υπηρεσίες είναι σαφώς λιγότερες όσον αφορά στις μονάδες μακράς φροντίδας για ασθενείς με άνοια. Το μεγαλύτερο βάρος έχει αναλάβει η εκκλησία, με εκκλησιαστικά γηροκομεία και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (19 ψυχογηριατρικά οικοτροφεία 15 ασθενών το καθένα στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαργώς). Επίσης, απουσιάζουν πλήρως δομές ανακουφιστικής φροντίδας ανοϊκών ασθενών στα τελευταία στάδια της νόσου. Σαν αποτέλεσμα, αυτοί οι ασθενείς νοσηλεύονται σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων - ΜΦΗ (269 ΜΦΗ με περισσότερους από 10.000 ενοίκους, εκ των οποίων υπολογίζεται πως περισσότεροι από τους μισούς πάσχουν από άνοια), σε παθολογικές κλινικές, ακόμα και σε ψυχιατρικές κλινικές.

1.2.2 Προβλήματα στην παροχή φροντίδας

Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των ασθενών, των ιδιαίτερων συμπτωμάτων της νόσου (αλλαγή σταδίων, έλλειψη εναισθησίας, διαταραχές συμπεριφοράς, σημαντική απώλεια λειτουργικότητας) και του μεγάλου κόστους δημιουργίας και λειτουργίας σχετικών δομών, τα προβλήματα στην παροχή φροντίδας είναι σημαντικά. Παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια, οι δομές που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα δεν επαρκούν.

Όσον αφορά στα ιατρεία μνήμης και τα Κέντρα Ημέρας υπάρχει πολύ μεγάλη ζήτηση για τις σχετικές υπηρεσίες με τα προβλήματα που αυτή συνεπάγεται, όπως η μεγάλη αναμονή για τα πρώτα και τα επαναληπτικά ραντεβού και η δυσκολία τακτικών και έκτακτων επισκέψεων. Σε άλλες, μη εξειδικευμένες, δομές του συστήματος υγείας προκύπτουν προβλήματα λόγω της έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης στην άνοια και τη γηριατρική. Δεν υπάρχουν εξειδικευμένα, επίσημα προγράμματα εκπαίδευσης στην άνοια, αλλά ούτε και στη γηριατρική και γεροντολογία. Η γηριατρική δεν αναγνωρίζεται στη χώρα μας ως ιατρική ειδικότητα, αλλά ούτε και ως εξειδίκευση. Στην επαρχία τα προβλήματα είναι ακόμη περισσότερα λόγω έλλειψης εξειδικευμένων κέντρων και

ειδικών ιατρών, με ελάχιστες εξαιρέσεις προγραμμάτων τηλεϊατρικής, που προσπαθούν να προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε δύσκολα περιστατικά.

Ακόμα περισσότερα είναι τα προβλήματα στη μακροχρόνια περίθαλψη. Οι δομές είναι ελάχιστες και δεν έχουν καμία εξειδίκευση στην άνοια. Στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων δεν υπάρχουν ειδικά τμήματα για ασθενείς με άνοια, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Χειρότερα από πλευράς εκπαίδευσης είναι τα πράγματα στις ψυχιατρικές και παθολογικές κλινικές, όπου συχνά νοσηλεύονται οι ασθενείς με άνοια στα τελευταία στάδια της νόσου, λόγω ανυπαρξίας δομών ανακουφιστικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες βοηθοί στο σπίτι των ηλικιωμένων δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, συχνά δεν μιλούν καλά την ελληνική γλώσσα. γεγονός που δυσχεραίνει την επικοινωνία τους με τον ανοϊκό ασθενή. Τα προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι, τέλος, δεν προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για την άνοια.

2. Μεθοδολογία

2.1 Περιγραφή των υπό εξέταση παρεμβάσεων

Οι παρεμβάσεις, που θα εξετασθούν σε αυτές τις οδηγίες, περιλαμβάνουν όλες τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι διαθέσιμες στους κλινικούς για την αντιμετώπιση των νοητικών και συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, που εκδηλώνονται στο πλαίσιο των ανοϊκών διαταραχών.

Οι οδηγίες αυτές δεν θα καλύψουν τις διάφορες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, που χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένες ενδείξεις. Η επιστημονική ομάδα σύνταξης των παρόντων οδηγιών θεωρεί αυτές τις παρεμβάσεις απαραίτητες για την ολιστική (με βάση τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση) αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών και σε αρκετές περιπτώσεις οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι εξίσου ή πιο αποτελεσματικές από τις βιολογικές. Τις περισσότερες φορές, η ιδανική αντιμετώπιση περιλαμβάνει συνδυασμό των διαθέσιμων θεραπειών, ενώ στην εξατομικευμένη φροντίδα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει, επίσης, η προτίμηση του ασθενούς και η τοπική διαθεσιμότητα των θεραπειών.

Η εστίαση αυτών των οδηγιών στις φαρμακευτικές κυρίως παρεμβάσεις οφείλεται στην καθολική, εντός του συστήματος φροντίδας υγείας, διαθεσιμότητα των αντίστοιχων θεραπειών. Όπως αναφέρεται σε προηγούμενη ενότητα, η διαθεσιμότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην Ελλάδα για τις περισσότερες ενδείξεις είναι περιορισμένη εντός του δημόσιου συστήματος και αρκετά συχνά και εντός του ιδιωτικού συστήματος, ιδιαίτερα όσο κάποιος απομακρύνεται από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Για το λόγο αυτό, απαιτείται ιδιαίτερη μελέτη για τη δυνατότητα τοπικής εφαρμογής οδηγιών για τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη χώρα μας, η οποία δεν έχει ακόμη διεξαχθεί.

2.2 Αναζήτηση τεκμηρίων

Έγινε αναζήτηση στο Pubmed προηγούμενων κατευθυντήριων οδηγιών και όταν χρειαζόταν μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων μελετών, σχετικών με τις υπό εξέταση παρεμβάσεις για διευκρινιστικούς λόγους. Μεμονωμένες τυχαιοποιημένες μελέτες επίσης ανακτήθηκαν όταν α) ήταν πιο πρόσφατες από τις δημοσιευμένες οδηγίες και τα αποτελέσματά τους επέφεραν κάποια αλλαγή στην τεκμηρίωση, β) σε εξειδικευμένες περιπτώσεις, όπως ειδικές υπο-ομάδες ασθενών, που μπορεί να μην καλύπτονταν από τις προηγούμενες οδηγίες, γ) επρόκειτο για πολύ σημαντικές μελέτες στη βιβλιογραφία. Η αναζήτηση των οδηγιών περιορίστηκε στα τελευταία 10 έτη (2004 - 2014) και στην Αγγλική γλώσσα (ανεξάρτητα από τη χώρα προέλευσης).

2.3 Μεθοδολογία ταξινόμησης / Επιλογή τεκμηρίων και διαμόρφωσης συστάσεων

Όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία, οι διάφορες κατευθυντήριες οδηγίες (NICE^{3,28}, APA⁵, IPA⁶, EFNS^{8,26,27}, ENS⁸, SIGN²⁹, WFSBP¹¹) αναφέρονται στην ταξινόμηση των βιβλιογραφικών τεκμηρίων σε κατηγορίες (Category of Evidence) και στην ιεράρχηση των συστάσεων σε επίπεδα (Grade of Recommendation), χρησιμοποιώντας διαφορετικά συστήματα, που όμως συγκλίνουν σημαντικά όσον αφορά στις τελικές συστάσεις.

Στον πίνακα 2.1 παρατίθενται, συνοπτικά, πληροφορίες για τις κατευθυντήριες οδηγίες των οργανισμών APA, NICE, EFNS, ENS, SIGN, WFSBP σχετικά με τον τίτλο, την ημερομηνία έκδοσης και το σύστημα ταξινόμησης των βιβλιογραφικών τεκμηρίων σε κατηγορίες και ιεράρχησης των συστάσεων σε επίπεδα, που χρησιμοποιούν. Στον πίνακα δεν συμπεριλαμβάνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες του οργανισμού IPA, καθώς αναφέρονται ειδικά στα νευροψυχιατρικά συμπτώματα, που εμφανίζονται στη ΝΑ και στις άλλες άνοιες.

Πίνακας 2.1

Τίτλος Κατευθυντήριων Οδηγιών	Practice Guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other Dementias	DEMENTIA A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care	Recommendations for the diagnosis and management of AD and other disorders associated with dementia: EFNS guideline
Οργανισμός	APA	NICE	EFNS
Ημερομηνία έκδοσης	2007	2007	2007
Περιεχόμενο (Disease-Condition)	ΝΑ και άλλες άνοιες	ΝΑ και άλλες άνοιες	ΝΑ και άλλες άνοιες
Ταξινόμηση των βιβλιογραφικών τεκμηρίων σε κατηγορίες (Category of Evidence)	Βλ. Am J Psychiatry 2007 Dec;164(12 Suppl):5-56	Βλ. http://www.scie.org.uk/pyblicatio nsmisc/dementia/dementia-fullguidelinepdf?res=true	Βλ. European Journal of Neurology 2007,14:e1-e26
Ιεράρχηση των συστάσεων σε επίπεδα (Grade of Recommendation)	Βλ. Am J Psychiatry 2007 Dec;164(12 Suppl):5-56	Βλ. http://www.scie.org.uk/pyblicatio nsmisc/dementia/dementia-fullguidelinepdf?res=true	Βλ. European Journal of Neurology 2007,14:e1-e26

Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia	Guidelines for the diagnosis and management of AD	Donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of AD			
EFNS-ENS	EFNS	NICE	SIGN	WFSBP	
2007 – αναθεώρηση 2012	2007 – αναθεώρηση 2010	2001 – αναθεώρηση 2011	1998 – αναθεώρηση 2006	2011	
Άλλες άνοιες	NA	NA	NA και άλλες άνοιες	NA και άλλες	
Βλ. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38470 (European Journal of Neurology 2012, 19: 1159-1179)	Βλ. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38471	Βλ. http://www.nicw.org.uk	Βλ. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=8809#Section427	Βλ. The World Journal of Biological Psychiatry, 2011; 12: 2–32	
Βλ. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38470	Βλ. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38471	Βλ. http://www.nicw.org.uk	Βλ. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=8809#Section427	Βλ. The World Journal of Biological Psychiatry, 2011; 12: 2–32	

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του οργανισμού APA⁵ αναφέρονται σε όλο το φάσμα των ανοϊκών διαταραχών αλλά δεν έχουν αναθεωρηθεί πρόσφατα. Χρησιμοποιείται ένα σύστημα, όπου ο βαθμός σύστασης βασίζεται σε μία κλίμακα τριών διαβαθμίσεων. Ένα φάρμακο ή μια θεραπεία συστήνονται με: σημαντικό βαθμό κλινικής εμπιστοσύνης (I), με μέτριο βαθμό εμπιστοσύνης (II) ή θα μπορούσαν να συσταθούν στη βάση εξατομικευμένων συνθηκών (III).

Στις κατευθυντήριες οδηγίες των οργανισμών NICE²⁸ και NICE-SCIE³, το αντίστοιχο σύστημα δε διατίθεται.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του οργανισμού SIGN²⁹, επίσης, αναφέρονται σε όλο το φάσμα των ανοϊκών διαταραχών, αλλά η αναθεωρημένη έκδοσή τους χρονολογείται το 2006. Στο σύστημα, που χρησιμοποιείται, τόσο οι κατηγορίες ταξινόμησης των βιβλιογραφικών τεκμηρίων (levels of evidence 1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) όσο και τα επίπεδα των συστάσεων (grades A, B, C, D, good practice point) είναι περισσότερα από τα αντίστοιχα των κατευθυντήριων οδηγιών EFNS και ENS, χωρίς, ωστόσο, τα τελικά αποτελέσματα να διαφοροποιούνται σημαντικά.

Οι οργανισμοί EFNS^{8,26,27} και ENS⁸ στις κατευθυντήριες οδηγίες τους χρησιμοποιούν το ίδιο σύστημα, καλύπτουν όλο το φάσμα των ανοϊκών διαταραχών (NA και άλλες άνοιες) και επιπλέον οι εκδόσεις τους ανήκουν στις πιο πρόσφατα αναθεωρημένες.

Τέλος, οι κατευθυντήριες οδηγίες του οργανισμού WFSBP¹¹ αναφέρονται σε όλες τις ανοϊκές διαταραχές (NA και άλλες άνοιες) και επίσης, έχουν εκδοθεί το 2011.

Από όλες τις έγκυρες κατευθυντήριες οδηγίες επιλέχθηκαν αυτές που έχουν διεθνή απήχηση και δεν αποτελούν κατευθυντήριες οδηγίες χωρών ή και περιοχών χωρών, που ανήκουν στη ΕΕ. Στο πλαίσιο αυτό, τόσο οι οργανισμοί EFNS^{8,26,27} και ENS⁸ όσο και ο οργανισμός WFSBP¹¹, αν και χρησιμοποιούν διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης στις κατευθυντήριες οδηγίες τους, καλύπτουν όλο το φάσμα των ανοϊκών διαταραχών (NA και άλλες άνοιες) και επιπλέον οι εκδόσεις τους ανήκουν στις πιο πρόσφατα αναθεωρημένες. Δεδομένου ότι οι άνοιες αποτελούν κοινό τόπο νευρολόγων και ψυχιάτρων, στο παρόν κεφάλαιο, για την πληρέστερη γνώση των συστάσεων θα παρατεθούν τόσο το σύστημα κατευθυντήριων οδηγιών, που έχει διαμορφωθεί από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νευρολογικών Εταιρειών (European Federation of Neurological Societies) «EFNS-ENS guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia», «EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer’s disease», όσο και από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Εταιρειών Βιολογικής Ψυχιατρικής (World Federation of Societies of Biological Psychiatry) «Guidelines for the biological treatment of Alzheimer’s disease and other dementias».

- Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιρειών, ο βαθμός τεκμηρίωσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες: **(Evidence Classification Scheme for Therapeutic Interventions)**

Κατηγορία I: Στοιχεία από στατιστικά σημαντική προοπτική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη κλινική μελέτη με τυφλή αξιολόγηση αποτελέσματος σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού ή στατιστικά σημαντική συστηματική ανασκόπηση προοπτικών, τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων κλινικών μελετών με τυφλή αξιολόγηση αποτελέσματος σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού. Χρειάζεται να ισχύουν τα ακόλουθα για κάθε μελέτη:

Να εξασφαλίζεται και να αναφέρεται ξεκάθαρα η τυχαιοποίηση των ασθενών

Να αναφέρεται ξεκάθαρα ο πρωταρχικός σκοπός της μελέτης

Να αναφέρονται ξεκάθαρα τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Να υπάρχει επαρκής παρακολούθηση για ελαχιστοποίηση πιθανότητας υποκειμενικότητας και

Να αναφέρονται ξεκάθαρα τα επιμέρους χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας ασθενών και να είναι ισοδύναμα

Κατηγορία II: Στοιχεία από προοπτική κλινική μελέτη κοόρτης σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού με τυφλή αξιολόγηση αποτελέσματος που πληροί τα προαναφερθέντα κριτήρια 1-5 ή τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού που δεν πληροί το πολύ ένα από τα προαναφερθέντα κριτήρια 1-5.

Κατηγορία III: Όλες οι άλλες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού, όπου η εκτίμηση της έκβασης είναι ανεξάρτητη από το είδος της θεραπείας.

Κατηγορία IV: Μη ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, αναφορές σειρών περιστατικών, μεμονωμένες αναφορές περιστατικών ή γνώμη των ειδικών (expert opinion).

Με βάση την παραπάνω κατηγοριοποίηση, η ταξινόμηση των συστάσεων γίνεται στα εξής **Επίπεδα Συστάσεων (Rating of Recommendations for a Therapeutic Intervention):**

Σύσταση Επιπέδου A: (Η θεραπευτική παρέμβαση χαρακτηρίζεται ως αποτελεσματική, μη αποτελεσματική ή επιβλαβής). Απαιτείται τουλάχιστον μία κλινική μελέτη Κατηγορίας I ή τουλάχιστον δύο κλινικές μελέτες κατηγορίας II.

Σύσταση Επιπέδου B: (Η θεραπευτική παρέμβαση χαρακτηρίζεται ως πιθανώς αποτελεσματική, πιθανώς μη αποτελεσματική ή πιθανώς επιβλαβής). Απαιτείται τουλάχιστον μία κλινική μελέτη Κατηγορίας II ή Κατηγορίας III.

Σύσταση Επιπέδου C: (Η θεραπευτική παρέμβαση χαρακτηρίζεται ως δυνητικά αποτελεσματική, δυνητικά μη αποτελεσματική ή δυνητικά επιβλαβής). Απαιτούνται τουλάχιστον δύο κλινικές μελέτες Κατηγορίας III.

Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» (Good Practice Points-GPP: Όπου δεν υπάρχει επαρκής επιστημονική απόδειξη, αλλά υπάρχει σαφής ομοφωνία μεταξύ των ειδικών.

- Σύμφωνα με την ταξινόμηση των Bandelow et al. (2008), που χρησιμοποιείται από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Εταιρειών Βιολογικής Ψυχιατρικής και όπως τροποποιήθηκε από την επιτροπή των παρόντων οδηγιών, τα **βιβλιογραφικά τεκμήρια** μπορούν να **ταξινομηθούν** στις εξής **Κατηγορίες Τεκμηρίωσης** (Category of Evidence):

Κατηγορία A: Εκτεταμένα Στοιχεία από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (Randomized Controlled Trials - RCTs). Το κριτήριο αυτό ικανοποιείται με την ύπαρξη **2 ή περισσότερων** θετικών **RCTs** έναντι **placebo** ΚΑΙ μιας τουλάχιστον ισοδύναμης σύγκρισης με άλλη παρέμβαση, που θεωρείται πρότυπη ή κλινικά έγκυρη. Μπορεί να υπάρχουν αρνητικές μελέτες (π.χ. με placebo), αλλά στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να υπάρχει μετα-ανάλυση όλων των μελετών που να δείχνει υπεροχή της εν λόγω παρέμβασης σε σύγκριση τουλάχιστον με το placebo

Κατηγορία B: Υπάρχει μία τουλάχιστον θετική RCT έναντι placebo ή μια RCT ισοδυναμίας (non-inferiority) με δείγμα ισχυρό για την εν λόγω σύγκριση ΚΑΙ απουσία αρνητικών μελετών ΚΑΙ ανάλογη κλινική εμπειρία. Αν δεν υπάρχει επαρκής κλινική εμπειρία, η επιτροπή προτείνει την ταξινόμηση στην κατηγορία Δ. Η επιτροπή των παρόντων οδηγιών πρότείνει ότι στην περίπτωση, που υπάρχει μία μόνο μελέτη έναντι placebo και καμιά άλλη τεκμηρίωση (αλλά θετική κλινική εμπειρία), να γίνει η σήμανση B- (πλην), εκτός εάν πρόκειται για μελέτη με πολύ μεγάλο δείγμα (συνήθως πάνω από 100 ασθενείς) και απώλειες στην παρακολούθηση (follow-up) <25%, οπότε μπορεί να διατηρηθεί στο B. Ανάλογο κριτήριο εφαρμόστηκε και για τις μοναδικές μελέτες ισοδυναμίας. Στην κατηγορία B- η επιτροπή προτείνει επίσης την ταξινόμηση μεμονωμένων RCTs άλλου σχεδίου (π.χ. μία μόνο μελέτη πρόληψης της υποτροπής χωρίς άλλες RCTs έναντι placebo ή έναντι άλλου πρότυπου φαρμάκου)

Κατηγορία Γ: Υπάρχουν βιβλιογραφικά τεκμήρια τουλάχιστον από προοπτικές σειρές περιστατικών (prospective case series) με ικανό αριθμό ασθενών (10 ή περισσότεροι) και μεθοδολογία που κρίνεται δόκιμη για την εκτίμηση της έκβασης ή από συγκριτικές μελέτες χωρίς τυχαιοποίηση που είναι θετικές. Δεν θα πρέπει να υπάρχουν αρνητικές RCTs ή αρνητικές μελέτες με ομάδα ελέγχου ακόμη και χωρίς τυχαιοποίηση. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών σημαντική κλινική εμπειρία για την χρήση αυτής της παρέμβασης (εάν δεν υπάρχει σημαντική κλινική εμπειρία τότε θα πρέπει να θεωρείται αβέβαιη η χρήση και να γίνεται με ευθύνη του κλινικού, δηλαδή Κατηγορία ΣΤ). Να σημειωθεί ότι μεμονωμένες αναφορές περιστατικών δεν γίνονται δεκτές ως βιβλιογραφικό τεκμήριο.

Κατηγορία Δ: Υπάρχουν τυχαιοποιημένες μελέτες οι οποίες εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στην περίπτωση τέτοιων αποτελεσμάτων, μπορεί να γίνονται δεκτά τα αποτελέσματα μετα-αναλύσεων (ιδιαίτερα εάν οι μεμονωμένες μελέτες έχουν μικρά δείγματα). Εάν, ωστόσο, υπάρχουν μόνο δύο μελέτες (μία αρνητική και μία θετική) ή υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής ετερογένειας που καθιστούν την ερμηνεία της μετα-ανάλυσης προβληματική, τότε η παρέμβαση μπορεί, επίσης, να ταξινομηθεί στην Κατηγορία Δ. Επισημαίνεται ότι, φάρμακα που εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία έχουν πολύ περισσότερες βιβλιογραφικές ενδείξεις από την κατηγορία Γ, αλλά επί του παρόντος δεν είναι δυνατό να αποφασιστεί εάν μπορούν να συσταθούν ή όχι.

Κατηγορία E: Υπάρχουν μόνο αρνητικές μελέτες με placebo ή μετα-ανάλυση όλων των μελετών, που βγαίνει αρνητική χωρίς ετερογένεια. Εάν υπάρχει μόνο μία αρνητική μελέτη με placebo, σε

περίπτωση που υπάρχει σημαντική κλινική εμπειρία με θετικό αποτέλεσμα, μπορεί να γίνει προσωρινή ταξινόμηση στην κατηγορία ΣΤ. Τα φάρμακα της κατηγορίας Ε δεν συστήνονται για τη συγκεκριμένη ένδειξη.

Κατηγορία ΣΤ: Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την τεκμηρίωση της χρήσης. Να σημειωθεί ότι σε αυτή την κατηγορία εμπίπτουν παρεμβάσεις μόνο με μεμονωμένες αναφορές περιστατικών.

Με βάση την ταξινόμηση των βιβλιογραφικών τεκμηρίων, προτείνεται η ταξινόμηση των συστάσεων στα εξής **Επίπεδα Συστάσεων (Grade of Recommendation)**:

Σύσταση Επιπέδου 1: Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης Α ΚΑΙ καλό προφίλ ανοχής - ασφάλειας - κλινικής εμπειρίας

Σύσταση Επιπέδου 2: Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης Α ΚΑΙ μέτριο προφίλ ανοχής - ασφάλειας - κλινικής εμπειρίας

Σύσταση Επιπέδου 3: Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης Β

Σύσταση Επιπέδου 4: Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης [B-] ή Γ

Σύσταση Επιπέδου 5: Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης Δ

Πίνακας 2.2

Κατηγορίες Τεκμηρίωσης των μελετών και Επίπεδα Σύστασης (Category of Evidence)* (Τροποποιημένο από Bandelow et al. 2008)	
Περιγραφή	Κατηγορία
<p>Εκτεταμένα Στοιχεία από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs): 2 ή περισσότερες θετικές RCTs έναντι placebo ΚΑΙ 1 τουλάχιστον RCT ισοδύναμης σύγκρισης (non-inferiority) με άλλη παρέμβαση που θεωρείται πρότυπη ή κλινικά έγκυρη.</p>	A
<p>Περιορισμένα Στοιχεία από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs): 1 τουλάχιστον θετική RCT έναντι placebo Ή μια RCT ισοδυναμίας (non-inferiority) με δείγμα ισχυρό για την εν λόγω σύγκριση ΚΑΙ απουσία αρνητικών μελετών ΚΑΙ ανάλογη κλινική εμπειρία.</p>	B
<p>Στοιχεία μόνο από μη τυχαιοποιημένες ή ανοικτές μελέτες χωρίς συγκριτικά δείγματα Βιβλιογραφικά τεκμήρια τουλάχιστον από προοπτικές σειρές ασθενών (prospective case series) με ικανό αριθμό ασθενών (10 ή περισσότεροι) και μεθοδολογία που κρίνεται δόκιμη για την εκτίμηση της έκβασης (Μεμονωμένες αναφορές περιστατικών δεν γίνονται δεκτές ως βιβλιογραφικό τεκμήριο). Ή συγκριτικές μελέτες χωρίς τυχαιοποίηση που είναι θετικές.</p>	Γ
<p>Αντικρουόμενα Αποτελέσματα από RCTs RCTs με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στην περίπτωση τέτοιων αποτελεσμάτων</p>	Δ

<p>μπορεί να γίνονται δεκτά τα αποτελέσματα μετα-αναλύσεων (ιδιαίτερα εάν οι μεμονωμένες μελέτες έχουν μικρά δείγματα). Εάν ωστόσο υπάρχουν μόνο δύο μελέτες (μία αρνητική και μία θετική) ή υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής ετερογένειας που καθιστούν την ερμηνεία της μετα-ανάλυσης προβληματική, τότε η παρέμβαση μπορεί επίσης να ταξινομηθεί στην Κατηγορία Δ. Επισημαίνεται ότι φάρμακα που εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία έχουν πολύ περισσότερες βιβλιογραφικές ενδείξεις από την κατηγορία Γ, αλλά επί του παρόντος δεν είναι δυνατό να αποφασιστεί εάν μπορούν να συσταθούν ή όχι.</p>	
<p>Δεν συστήνονται Υπάρχουν μόνο αρνητικές μελέτες με placebo ή μετα-ανάλυση όλων των μελετών που με αρνητικό αποτέλεσμα χωρίς σημαντική ετερογένεια. Τα φάρμακα της κατηγορίας E δεν συστήνονται για την συγκεκριμένη ένδειξη</p>	E
<p>Έλλειψη Βιβλιογραφικών Τεκμηρίων Δεν υπάρχουν επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα για την τεκμηρίωση της χρήσης (μεμονωμένες αναφορές περιστατικών ταξινομούνται εδώ).</p>	ΣΤ

Πίνακας 2.3

Κατηγοριοποίηση των συστάσεων (Grade of Recommendation)	
Περιγραφή Σύστασης	Επίπεδο Σύστασης
Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης [A] ΚΑΙ καλό προφίλ ανοχής - ασφάλειας - κλινικής εμπειρίας	1
Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης [A] ΚΑΙ μέτριο προφίλ ανοχής - ασφάλειας - κλινικής εμπειρίας	2
Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης [B]	3
Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης [B-] ή [Γ]	4
Παρεμβάσεις με κατηγορία τεκμηρίωσης [Δ]	5

2.4 Διαδικασία Τελικής Συναίνεσης

Το κείμενο των τελικών οδηγιών συντάχθηκε από την ειδική ομάδα συγγραφής και στη συνέχεια εστάλη στα μέλη των ομάδων συγγραφής των οδηγιών των υπολοίπων διαγνωστικών κατηγοριών για κριτική αξιολόγηση. Σχόλια και παρατηρήσεις ενσωματώθηκαν στο τελικό κείμενο. Σε περίπτωση διαφωνίας, το θέμα συζητήθηκε μεταξύ των υπευθύνων όλων των ομάδων και υπήρξε διαδικασία συναίνεσης μεταξύ τους.

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφή τεκμηρίων

Στον Πίνακα 3.1 αναφέρονται συνοπτικά τα βιβλιογραφικά τεκμήρια, τα οποία ελήφθησαν υπόψη για τη σύνταξη των κατευθυντήριων οδηγιών, σχετικά με την αντιμετώπιση των νοητικών και των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, που εκδηλώνονται στο πλαίσιο των ανοιών.

Πίνακας 3.1

Είδος	Συγγραφείς	Έτος	Χώρα	Οργανισμός	Τίτλος	Σχετική Δημοσίευση
Κατευθυντήριες Οδηγίες						
1.	J. Hort et al.	2007 – αναθεώρηση 2010	Europe	European Federation of Neurological Societies (EFNS)	EFNS Guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer’s disease	European Journal of Neurology 2010, 17: 1236-1248 *1
2.	S.Sorbi et al.	2007 – αναθεώρηση 2012	Europe	European Federation of Neurological Societies – European Neurological Society (EFNS-ENS)	EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia	European Journal of Neurology 2012, 19: 1159-1179 *2
3.	International Psychogeriatric Association (IPA)	2012	World	IPA Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Shared Interest Forum	The IPA Complete Guides to BPSD – Specialists Guide	*3
4.	National Institute for Health and Clinical Excellence - Social Care Institute for Excellence (NICE-SCIE)	2007	GB	National Collaborating Centre for Mental Health – National Institute for Health and Clinical Excellence	DEMENTIA The NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care	*4
5.	Work group on Alzheimer’s Disease and other Dementias	2007	US	American Psychiatric Association (APA)	Practice Guideline for the treatment of patients with Alzheimer’s Disease and	Am J Psychiatry 2007 Dec;164(12 Suppl):5-56

					other Dementias	
6.	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	1998 – αναθεώρηση 2006	Scotland	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Management of patients with dementia. A national clinical guideline	*5
7.	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	2001 – αναθεώρηση 2011	GB	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	Donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of Alzheimer's disease	*6
8.	G. Waldemar, et al	2007	Europe	European Federation of Neurological Societies (EFNS)	Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline	European Journal of Neurology 2007,14:e1-e26
9.	Ralf Ihl, et al	2011	World	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)	Guidelines for the biological treatment of Alzheimer's Disease and other dementias	The World Journal of Biological Psychiatry, 2011; 12: 2–32

*1: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38471>

*2: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38470>

*3: <http://www.ipa-online.org>

*4: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34279>

*5: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=8809#Section427>

*6: <http://www.nicw.org.uk>

3.2 Κλινική Αποτελεσματικότητα

Παρακάτω αναλύονται συνοπτικά τα βιβλιογραφικά τεκμήρια των φαρμάκων, που έχουν χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση των νοητικών και των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, τα οποία εκδηλώνονται στο πλαίσιο της άνοιας νόσου Alzheimer, ενώ οι αντίστοιχες φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τις άλλες ανοϊκές διαταραχές θα αναφερθούν στην παράγραφο για τις «Ειδικές Περιπτώσεις».

3.2.1. Αντιμετώπιση των νοητικών συμπτωμάτων στην άνοια νόσου Alzheimer

Ο πρωταρχικός σκοπός της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής για τα νοητικά συμπτώματα στην άνοια νόσου Alzheimer είναι η προσπάθεια καθυστέρησης της εξέλιξης αυτών και διατήρησης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της λειτουργικότητας των ασθενών, καθώς έχει αναδειχτεί ότι κανένα φάρμακο δεν σταματά την πρόοδο της νευροεκφύλισης.

3.2.1.1 Αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης

Η τακρίνη ήταν το πρώτο φάρμακο που πήρε έγκριση για την αντιμετώπιση των νοητικών συμπτωμάτων στην άνοια της νόσου Alzheimer (1993). Πρόκειται για αναστρέψιμο αναστολέα της ακετυλχολινεστεράσης, η αποτελεσματικότητα του οποίου έχει υποστηριχθεί από πολλές διπλά-τυφλές μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο⁵. Πλέον, δεν χρησιμοποιείται λόγω της ηπατοτοξικότητας, που προκαλεί ως ανεπιθύμητη ενέργεια και του δοσολογικού σχήματος (λήψη 4 φορές την ημέρα).

Η donepezil, η ριβαστιγμίνη και η γαλανταμίνη πήραν αντίστοιχα έγκριση το 1997, 2000 και 2001. Πρόκειται για αναστρέψιμους αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης, Η γαλανταμίνη, επιπλέον, δρα ως θετικός αλλοστερικός αγωνιστής του νικοτινικού υποδοχέα της ακετυλοχολίνης και η ριβαστιγμίνη αναστέλλει, επίσης, τη βουτυρυλχολινεστεράση. Στοχεύουν στην ενίσχυση της χολινεργικής δραστηριότητας σε μια προσπάθεια αντιστροφής του βασικού χολινεργικού ελλείμματος των ασθενών με νόσο Alzheimer. Έχουν διεξαχθεί αρκετές μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο με τη donepezil, τη ριβαστιγμίνη και τη γαλανταμίνη, που έχουν δείξει μέτρια αποτελεσματικότητα στα νοητικά συμπτώματα και στη λειτουργικότητα σε ασθενείς με ήπιου και μέτριου βαθμού νόσο (MMSE: 16-26)^{5,26-28}. RCTs υποστηρίζουν κάποια αποτελεσματικότητα των αναστολέων και σε σοβαρού βαθμού νόσο (MMSE < 10)²⁶⁻²⁸. Ωστόσο, μόνο η donepezil έχει πάρει έγκριση από τον FDA (2006). Αποτελέσματα από μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δεν υποστηρίζουν την υπεροχή κάποιου αναστολέα (δύο μελέτες συγκρίνουν τη donepezil με τη ριβαστιγμίνη και δύο τη donepezil με τη γαλανταμίνη)⁵, αλλά πρόκειται για μικρές μελέτες με μεθοδολογικά προβλήματα. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί σε συγκεκριμένο αναστολέα ή αναγκάζονται να διακόψουν λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών μπορεί να βελτιωθούν με άλλο αναστολέα⁵. Η βιβλιογραφία δεν είναι αρκετή για να τεκμηριώσει την πιθανή τροποποιητική δράση των αναστολέων επί της νόσου, γεγονός που αποτελεί αντικείμενο ευρείας συζήτησης, ούτε το απαραίτητο χρονικό διάστημα λήψης αυτών. Μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο έχουν δείξει ωφέλεια σε χρήση της donepezil από 6 μήνες μέχρι δύο χρόνια, μέχρι ένα χρόνο για τη ριβαστιγμίνη και μέχρι 6 μήνες για τη γαλανταμίνη^{5,28}. Ωστόσο, στην κλινική πράξη επί ελλείψεως επαρκούς τεκμηρίωσης η απόφαση διακοπής των αναστολέων εξατομικεύεται ανάλογα με τον ασθενή. Ανεπαρκή είναι και τα βιβλιογραφικά τεκμήρια, όσον αφορά στη μετάβαση από τον ένα αναστολέα στον άλλο.

3.2.1.2 Μεμαντίνη

Η μεμαντίνη είναι ένας ανταγωνιστής του NMDA (N-μεθυλ-D-ασπαραγινικό) υποδοχέα, που έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές RCTs μελέτες²⁶⁻²⁸. Κλινικές δοκιμές σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή νόσο έχουν δείξει καλύτερα αποτελέσματα από μελέτες ασθενών με ήπια έως μέτρια νόσο, καθώς,

στην πρώτη περίπτωση, η βελτίωση κάλυπτε όχι μόνο τις νοητικές δυσλειτουργίες αλλά και τις συμπεριφορικές διαταραχές και τη γενική λειτουργικότητα^{26,27}. Ως εκ τούτου, η μεμαντίνη έχει λάβει έγκριση για την αντιμετώπιση των νοητικών συμπτωμάτων της μέτριας και σοβαρής ΝΑ. Η λήψη μία φορά ημερησίως αποδεικνύεται εξίσου αποτελεσματική με τη λήψη του φαρμάκου δύο φορές την ημέρα, που είχε καθιερωθεί αρχικά. Το ζήτημα της επιπλέον ωφέλειας κατά την προσθήκη μεμαντίνης στην ήδη λαμβάνουσα αγωγή με αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης παραμένει αντιφατικό. Μία παλαιότερη μελέτη ανέφερε θετικά αποτελέσματα αλλά μία πιο πρόσφατη^{26,27}, με περισσότερους από 400 ασθενείς, δεν ανέδειξε καμία ωφέλεια κατά την προσθήκη μεμαντίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου σε σταθεροποιημένους ασθενείς που ελάμβαναν κάποιον από τους τρεις αναστολείς. Επίσης, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνει το χρονικό διάστημα λήψης του σκευάσματος. Οι υπάρχουσες κλινικές δοκιμές έχουν μελετήσει τη λήψη έως 6 μήνες^{5,26}.

3.2.1.3 Ginkgo Biloba

Αρκετό ενδιαφέρον έχει συγκεντρώσει το φυτικό σκεύασμα Ginkgo Biloba, το οποίο διατίθεται χωρίς ιατρική συνταγή. Τα τελευταία χρόνια, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές κλινικές μελέτες, που όμως είχαν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα και παρουσίαζαν αντικρουόμενα αποτελέσματα⁵. Πρόσφατες ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο μελετών (RCTs) και μετα-αναλύσεις καταλήγουν ότι το σκεύασμα Ginkgo Biloba (EGb 761) φαίνεται πως σταθεροποιεί ή επιβραδύνει τη νοητική, λειτουργική και συμπεριφορική έκπτωση, μετά από θεραπεία²²⁻²⁶ εβδομάδων, τόσο στην ΗΝΕ όσο και στην άνοια ΝΑ, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΣΨΣ^{33,34}. Επιπλέον, δεν αναφέρονται σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου³³. Ωστόσο, όσον αφορά στη χρήση του στην άνοια ΝΑ, δεν υπάρχει σαφής ομοφωνία μεταξύ των συστάσεων των διαφόρων οργανισμών.

3.2.2. Αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην άνοια νόσου Alzheimer

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος, όσον αφορά στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, ενέχει σημαντικό βαθμό δυσκολίας. Σε κάθε περίπτωση, η επιλογή στηρίζεται σε ενδείξεις από την κλινική και ερευνητική πρακτική ότι συγκεκριμένο σύμπτωμα ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένη φαρμακευτική παρέμβαση.

Η εκτίμηση του ασθενούς με σκοπό τον καθορισμό και την αναγνώριση συγκεκριμένου συμπτώματος/ων στόχου/ων καθώς και η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που στοχεύουν σε διαφορετικά συμπτώματα, προκειμένου να αποφευχθεί η πολυφαρμακία, θεωρείται υψίστης σημασίας.

Σε περίπτωση φαρμακευτικών παρεμβάσεων, εξίσου σημαντική κρίνεται η τακτική επανεκτίμηση του ασθενούς και η προσαρμογή της δοσολογίας αν χρειάζεται, τόσο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας όσο και για την αποφυγή εκδήλωσης σημαντικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Συνιστάται η επανεκτίμηση να γίνεται τουλάχιστον κάθε τρίμηνο ή και νωρίτερα αν καταστεί αναγκαίο και σε περίπτωση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών ή μη βελτίωσης, η δόση του φαρμακευτικού σκευάσματος να μειώνεται ή να διακόπτεται η αγωγή όσο το δυνατό νωρίτερα και εφόσον αυτό καθίσταται δυνατό.

Στον Πίνακα 3.2 αναγράφονται τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται καθώς και τα συνήθη συμπτώματα-στόχοι.

Πίνακας 3.2

Κατηγορία Φαρμάκων	Συμπτώματα-Στόχοι
Αντιψυχωσικά	
Άτυπα αντιψυχωσικά	Ψυχωσική συμπτωματολογία, επιθετικότητα, ανησυχία, δ/χές του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης
Τυπικά αντιψυχωσικά	Ψυχωσική συμπτωματολογία, επιθετικότητα, ανησυχία, δ/χές του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης
Αντικαταθλιπτικά	
Τραζοδόνη	Δ/χές του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης, ανησυχία, επιθετικότητα, άγχος, καταθλιπτική συμπτωματολογία
Επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης	Καταθλιπτική συμπτωματολογία, ανησυχία, εκνευρισμός, ψυχωσική συμπτωματολογία
Άλλα αντικαταθλιπτικά (π.χ. μιρταζαπίνη, βουπροπρόνη)	Καταθλιπτική συμπτωματολογία
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά	Καταθλιπτική συμπτωματολογία
Φάρμακα ενισχυτικά της νοητικής ικανότητας (cognitive enhancers)	
Αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης	Νοητικές δ/χές, απάθεια, παθολογική κινητική συμπεριφορά, άγχος, καταθλιπτική συμπτωματολογία, ψυχωσική συμπτωματολογία
Μεμαντίνη	Νοητικές δ/χές, επιθετικότητα, ανησυχία, εκνευρισμός, ψυχωσική συμπτωματολογία
Άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα	
Αντιεπιληπτικά	Επιθετικότητα, ανησυχία, μανιακόμορφη συμπτωματολογία, δ/χές ύπνου
Βενζοδιαζεπίνες	Άγχος, ανησυχία, δ/χές ύπνου

3.2.2.1 Αντιψυχωσικά

Διακρίνονται δύο ευρύτερες κατηγορίες αντιψυχωσικών φαρμακευτικών σκευασμάτων:

- Τα τυπικά (κλασικά) αντιψυχωσικά (νευροληπτικά)
- Τα άτυπα αντιψυχωσικά

Τα πρώτα ασκούν κυρίως τη δράση τους συνδεδεμένα με τους D2 ντοπαμινεργικούς υποδοχείς και αποκλείοντάς τους, ενώ τα δεύτερα επιδρούν και σε άλλα νευρομεταβιβαστικά συστήματα, στα οποία περιλαμβάνεται κυρίως το σεροτονινεργικό.

Με βάση τη βιβλιογραφία (evidence-based), τα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας, της επιθετικότητας και της ανησυχίας, συμπτώματα τα οποία, συχνά, συνυπάρχουν σε ασθενείς με άνοια, ενώ έχει δειχθεί ότι εμφανίζουν μέτρια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των γενικότερων διαταραχών συμπεριφοράς στην άνοια⁶. Αποτελούν την κύρια διαθέσιμη επιλογή φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ψυχωσικής συμπτωματολογίας στην άνοια. Επίσης, αποτελούν την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη αλλά και περισσότερο μελετημένη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ανησυχίας/επιθετικότητας στις άνοιες.

Η επιλογή της έναρξης φαρμακευτικής αγωγής σε ανοϊκούς ασθενείς με ψυχωσική συμπτωματολογία θα στηριχθεί στο βαθμό, που η τελευταία επιβαρύνει τον ασθενή η/και το περιβάλλον του και στην επικινδυνότητα που παρουσιάζει τόσο για τον ίδιο όσο και για τρίτα άτομα. Εάν η επιβάρυνση δεν είναι σημαντική και τα ψυχωσικά συμπτώματα δε συνοδεύονται από

ανησυχία ή/και επιθετικότητα, συνιστώνται μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις⁵. Εάν, ωστόσο, η επιβάρυνση είναι σημαντική ή κρίνεται ότι η συμπεριφορά του ασθενούς θέτει τον ίδιο ή τρίτους σε κίνδυνο, επιλέγεται η έναρξη αντιψυχωσικής αγωγής⁵. Το ίδιο συνιστάται και σε περίπτωση έντονης, επίμονης ανησυχίας ή/και επιθετικότητας, ακόμη και χωρίς την εμφάνιση ψύχωσης⁵.

Οι ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους προκύπτουν, κυρίως, από μελέτες διάρκειας⁶⁻¹² μηνών σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και ασθενείς που διαμένουν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων⁵. Δεν υπάρχει σημαντική βιβλιογραφία σχετικά με μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, δεν υποστηρίζεται σημαντικά η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια συγκεκριμένου σκευάσματος έναντι των υπολοίπων^{5,6,8}. Τόσο τα άτυπα όσο και, πιο πρόσφατα, τα τυπικά αντιψυχωσικά έχουν συνδεθεί με αυξημένο αριθμό σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών κατά τη χρήση τους σε ανοϊκούς ασθενείς και για αυτό το λόγο θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή και στις χαμηλότερες αποτελεσματικές δόσεις, ενώ η χρήση τους αποκλειστικά και μόνο σε διαταραχές ύπνου και άγχος θα πρέπει να αποφεύγεται⁵. Συνήθως, καλό είναι να επιλέγεται το σκεύασμα, το οποίο, εφόσον ληφθεί υπόψη το παθολογικό προφίλ του ασθενούς, αναμένεται να έχει τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Πιο συχνά, προτιμώνται τα άτυπα αντιψυχωσικά.

Οι γενικές αρχές που διέπουν τη χορήγηση φαρμάκων σε ανοϊκούς ασθενείς με ΣΨΣ θα πρέπει να ακολουθούνται²⁷. Επιπλέον, εφόσον κριθεί απαραίτητη η λήψη αντιψυχωσικής αγωγής, η αποδεκτή συνήθης κλινική πρακτική περιλαμβάνει τη συστηματική και όχι περιστασιακή χορήγηση αντιψυχωσικών, εκτός αν πρόκειται για σοβαρά συμπτώματα που δεν εμφανίζονται συχνά. Η χορήγηση από του στόματος προτιμάται, αν και η παρεντερική (συνήθως ενδομυϊκή) χορήγηση μπορεί να χρειαστεί σε επείγοντα περιστατικά ή σε περιπτώσεις που θεωρείται αδύνατη η κατάποση⁵. Η διαθέσιμη μορφή του αντιψυχωσικού μπορεί να συνεισφέρει στην τελική επιλογή. Συνιστώνται χαμηλές δόσεις έναρξης και αργή αύξηση δόσεων, καθώς η ταχεία αύξηση είναι πιο πιθανό να οδηγήσει στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών παρά σε αυξημένη αποτελεσματικότητα⁵. Αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ανοϊκοί ασθενείς ανταποκρίνονται σε δόσεις χαμηλότερες των μέγιστων επιτρεπτών, νεότεροι και με λιγότερα παθολογικά προβλήματα ασθενείς καθώς και περιστατικά με σοβαρά συμπτώματα επιθετικότητας μπορούν να λάβουν υψηλότερες δόσεις. Σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, κρίνεται απαραίτητη η άμεση μείωση ή/και διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφική τεκμηρίωση σχετικά με το χρονικό διάστημα λήψης των αντιψυχωσικών και τότε θεωρείται ασφαλής η διακοπή χορήγησης αυτών⁵. Είναι πολύ σημαντικό, με το δεδομένο ότι τα ΣΨΣ στην άνοια εμφανίζουν συχνά κυμαινόμενη πορεία, να γίνονται περιοδικές προσπάθειες μείωσης ή/και διακοπής της αγωγής (συνήθως κάθε 3 μήνες), εφόσον κρίνεται δυνατό και εφόσον έχει συμπεριληφθεί υπόψη η επικινδυνότητα του συμπτώματος και η πιθανότητα υποτροπής του^{5,6}. Σκευάσματα με σημαντικές αντιχολινεργικές ιδιότητες καλό είναι να αποφεύγονται.

Συνήθως η λήψη γίνεται κατά τις απογευματινές/βραδινές ώρες έτσι ώστε η επίτευξη των υψηλότερων επιπέδων στο αίμα να συνδυαστεί χρονικά με την αντιμετώπιση διαταραχών ύπνου και διαταραχών συμπεριφοράς, που συχνά κορυφώνονται κατά τις βραδινές ώρες (“σύνδρομο ηλιοβασιλέματος”)⁵. Τα περισσότερα από αυτά τα σκευάσματα έχουν μακρύ χρόνο ημίσειας ζωής και συνήθως η λήψη τους μία φορά το 24ωρο είναι επαρκής (με εξαίρεση την κουετιαπίνη, που συνήθως χορηγείται δύο φορές το 24ωρο). Ωστόσο, αν κρίνεται αναγκαίο, σε ασθενείς με διαφορετικό προφίλ συμπτωμάτων είναι δυνατή και η πρωινή λήψη ή λήψη δύο φορές το 24ωρο.

Σε κάθε περίπτωση, η τελική επιλογή καθορίζεται τόσο από το παθολογικό προφίλ του ασθενούς όσο και από το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών του σκευάσματος.

I. Τυπικά αντιψυχωσικά

Με βάση τη βιβλιογραφία, τα συμπτώματα που ανταποκρίνονται καλύτερα στα τυπικά αντιψυχωσικά είναι η επιθετικότητα, οι ψευδαισθήσεις και η εχθρότητα, τα οποία συχνά συνυπάρχουν σε ασθενείς με άνοια^{5,6}.

Η μετα-ανάλυση των Schneider et al. (1990), που συμπεριέλαβε 7 μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, έδειξε μικρή αλλά στατιστικά σημαντική υπεροχή των αντιψυχωσικών. Χρησιμοποιήθηκαν σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων^{5,6}. Η σύγκριση της αλοπεριδόλης ή της θειοριδαζίνης με άλλα αντιψυχωσικά δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική υπεροχή μεταξύ των 2 αυτών σκευασμάτων και των υπολοίπων.

Μία άλλη μετα-ανάλυση (Lanctot et al. 1998) συμπεριέλαβε 16 μελέτες που χρησιμοποίησαν τυπικά αντιψυχωσικά⁶. Το 61% των ασθενών, που έλαβαν αντιψυχωσική αγωγή, έδειξε ανταπόκριση έναντι του 34% των ασθενών, που έλαβαν εικονικό φάρμακο. Οι δόσεις των αντιψυχωσικών ήταν και πάλι σχετικά χαμηλές. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά στην ανταπόκριση μεταξύ των διαφόρων σκευασμάτων αλλά παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο, χωρίς όμως, σημαντικές διαφορές στο ποσοστό απόσυρσης.

Μία ανασκόπηση 5 μελετών (Lonergan et al. 2002), στις οποίες χρησιμοποιήθηκε αλοπεριδόλη για την αντιμετώπιση ανησυχίας/επιθετικότητας στην άνοια, έδειξε ότι η αλοπεριδόλη ήταν αποτελεσματική στη μείωση της επιθετικότητας αλλά όχι της ανησυχίας⁶. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά απόσυρσης μεταξύ αλοπεριδόλης και εικονικού φαρμάκου.

Οι Kindermann et al. (2002) σε μία ανασκόπηση μελετών, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν και άτυπα αντιψυχωσικά, ανέδειξαν ότι ο δείκτης μέσης βελτίωσης ήταν 61% για τα αντιψυχωσικά και 35% για placebo⁵.

Στις παραπάνω μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις μελετών το μέτριο θεραπευτικό αποτέλεσμα, γενικά, συμβαδίζει με τα αποτελέσματα από κλινικές δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο για τα άτυπα αντιψυχωσικά. Υπάρχουν λίγες μελέτες που να συγκρίνουν τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά⁶. Οι περισσότερες έχουν βρει αντίστοιχη αποτελεσματικότητα μεταξύ άτυπων και τυπικών, αν και μερικές αναφέρουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των άτυπων⁶. Τα άτυπα, ωστόσο, φαίνεται να έχουν συνδεθεί με μικρότερη εμφάνιση εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών σε σχέση με τα τυπικά.

II. Άτυπα αντιψυχωσικά

Υπάρχουν αρκετές τυχαίοποιημένες, διπλά-τυφλές κλινικές μελέτες για ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, αριπιπραζόλη και κουετιαπίνη σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία των ΣΨΣ σε ηλικιωμένους ασθενείς με νόσο Alzheimer και αρκετές μετααναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις μελετών (Ballard and Waite, 2006; Schneider et al, 2006a; Lee et al, 2004; Herrmann and Lanctot, 2007; Sink et al, 2005b)⁶.

Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα μελέτη που έχει εξετάσει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των άτυπων αντιψυχωσικών για τα ΣΨΣ είναι η CATIE-AD³⁰, στην οποία έγινε σύγκριση ρισπεριδόνης, ολανζαπίνης, κουετιαπίνης και εικονικού φαρμάκου για την αντιμετώπιση της ανησυχίας στη νόσο Alzheimer. Πρωταρχικός σκοπός ήταν ο χρόνος διακοπής της θεραπείας για οποιαδήποτε αιτία και βρέθηκε παρόμοιος και για τις τέσσερις ομάδες ασθενών, αν και συγκριτικά η ρισπεριδόνη και η ολανζαπίνη εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά διακοπής λόγω ανεπαρκούς αποτελεσματικότητας. Τα συμπτώματα που βρέθηκε ότι ανταποκρίνονταν καλύτερα ήταν: θυμός, επιθετικότητα, ψύχωση⁶.

Η ρισπεριδόνη σε δόση 1 mg ημερησίως βρέθηκε ανώτερη του εικονικού φαρμάκου και της αλοπεριδόλης, κυρίως για τα συμπτώματα της ψύχωσης και της επιθετικότητας⁶. Σε αυτή τη δοσολογία ήταν καλύτερα ανεκτή από τους ασθενείς, με προφίλ ασφάλειας παρόμοιο με του εικονικού φαρμάκου. Η μελέτη των Mintzer et al. (2006) δεν ανέδειξε υπεροχή της ρισπεριδόνης έναντι του εικονικού φαρμάκου ούτε η μελέτη των Deberdt et al. (2005), που συνέκρινε τη ρισπεριδόνη και την ολανζαπίνη με εικονικό φάρμακο⁶.

Μελέτες για την ολανζαπίνη έναντι εικονικού φαρμάκου είχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι Street et al. (2000) ανέφεραν υπεροχή του φαρμάκου κυρίως για τη θεραπεία της ανησυχίας και της επιθετικότητας σε δόσεις 5-10 mg και, μάλιστα, η δόση των 5 mg βρέθηκε αποτελεσματικότερη, ενώ οι De Deyn et al. (2004) δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική υπεροχή του φαρμάκου⁶.

Από τρεις μελέτες για την κουετιαπίνη, φαίνεται ότι στη μία από αυτές παρουσίασε υπεροχή έναντι του εικονικού φαρμάκου στη δόση των 200 mg, ενώ οι υπόλοιπες απέτυχαν να επιβεβαιώσουν το παραπάνω αποτέλεσμα ούτε ανέδειξαν υπεροχή έναντι της αλοπεριδόλης και της ριβασιγμίνης⁶. Η κουετιαπίνη ήταν καλύτερα ανεκτή από την αλοπεριδόλη αλλά συνδέθηκε με μεγαλύτερη νοητική έκπτωση σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο⁶.

Δύο μελέτες για την αριπιπραζόλη ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο παρουσίασαν, επίσης, αντικρουόμενα αποτελέσματα⁶. Η μελέτη με τα θετικά αποτελέσματα ανέδειξε υπεροχή του φαρμάκου στη δόση των 10 mg, ενώ τα 2 mg και τα 5 mg κρίθηκαν αναποτελεσματικά. Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Ανοιχτές κλινικές δοκιμές για τη ζιπρασιδόνη ανέφεραν υπεροχή του φαρμάκου, αν και συνδέθηκε με υψηλό ποσοστό εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών⁶.

Όσον αφορά στο απαιτούμενο χρονικό διάστημα λήψης των αντιψυχωσικών η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν επαρκεί για πλήρη τεκμηρίωση. Ωστόσο, έχουν γίνει αρκετές τυχαίοποιημένες μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο σχετικά με την ασφαλή διακοπή των αντιψυχωσικών, που λαμβάνονται ήδη για μεγάλο χρονικό διάστημα⁶. Οι περισσότερες από αυτές έχουν δείξει ότι μετά τη διακοπή των αντιψυχωσικών, τα ΣΨΣ των ασθενών με άνοια ΝΑ παραμένουν σταθερά ή δεν επιδεινώνονται. Μία μόνο κλινική δοκιμή διήρκησε 6 μήνες και ανέδειξε ότι η διακοπή συνδέθηκε με μειωμένη θνητότητα. Προγνωστικοί παράγοντες επιτυχούς διακοπής αποτελούν η μικρή δόση ημερήσιας λήψης και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τη στιγμή της διάγνωσης⁶.

3.2.2.2 Αντικαταθλιπτικά

Η αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με άνοια και η αντιμετώπισή της είναι πολύ σημαντική, καθώς η εμφάνιση της κατάθλιψης έχει συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά δυσλειτουργίας, πτωχότερη ποιότητα ζωής και αυξημένη θνητότητα⁵. Κατά τη διαγνωστική εκτίμηση αυτών των ασθενών, ο κλινικός ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη χρονική διακύμανση των συμπτωμάτων καθώς και την έλλειψη ευχαρίστησης, την παρουσία εκνευρισμού, κοινωνικής απόσυρσης και απομόνωσης ως πιθανής μοναδικής συμπτωματολογίας, ενώ συμπτώματα όπως διαταραχές από το αυτόνομο, αυτοκτονικός ιδεασμός και παραλήρημα/ψευδαισθήσεις σύντονα με το συναίσθημα αναδεικνύουν πιο σοβαρή νόσο και απαιτούν διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η κατάθλιψη, επιπλέον, επιδεινώνει τη νοητική λειτουργία και ένας από τους βασικούς στόχους της αντιμετώπισής της σε ασθενείς με άνοια είναι η παράλληλη βελτίωση ή και ύφεση των νοητικών συμπτωμάτων⁵. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό (έως και 50%) των ασθενών με κατάθλιψη αναπτύσσουν, τελικά, άνοια μέσα στα επόμενα 5 χρόνια⁵, οπότε κατά την πρώτη εκτίμηση ηλικιωμένων που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και διαταραχή της νοητικής κατάστασης (ιδιαίτερα στην περίπτωση που πρόκειται για πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο

σε μεγάλη ηλικία) υψίστης σημασίας αποτελεί ο αποκλεισμός υποκείμενης λανθάνουσας ανοϊκής διαταραχής.

Η επιτυχής αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην άνοια συμβάλλει πολλές φορές στη βελτίωση και άλλων συνοδών ΣΨΣ, όπως άγχους, ανησυχίας, επιθετικότητας, απάθειας και ψύχωσης.

Τέλος, απαραίτητη θεωρείται η συνολική εκτίμηση του ασθενούς προς αποκλεισμό άλλων καταστάσεων, που μπορεί να προκαλούν ή να συνεισφέρουν στην εμφάνιση κατάθλιψης, όπως άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες), νευρολογικές παθήσεις (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος Parkinson), συστηματικά παθολογικά νοσήματα (θυρεοειδοπάθειες, καρδιοπάθειες, κακοήθειες) καθώς και η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων (όπως για παράδειγμα κορτικοστεροειδή ή βενζοδιαζεπίνες).

I. Τραζοδόνη

Τόσο ανοιχτές μελέτες (open-label studies), όσο και κλινικές δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο (placebo-controlled trials) έχουν δείξει ότι, η τραζοδόνη μπορεί να έχει μέτρια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της ανησυχίας των ασθενών με άνοια ΝΑ, ενώ οι κατασταλτικές της ιδιότητες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου που εμφανίζουν αυτοί οι ασθενείς⁶. Δε συνιστάται στη θεραπεία επιθετικότητας και ψυχωσικής συμπτωματολογίας λόγω ανεπαρκούς τεκμηρίωσης⁵.

II. Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης

Συμπεριφορικά και Ψυχολογικά Συμπτώματα στην άνοια ΝΑ: Μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο της σιταλοπράμης και της σερτραλίνης ανέφεραν μέτρια βελτίωση των ΣΨΣ, ενώ μία μικρή μελέτη με φλουοξετίνη είχε αρνητικά αποτελέσματα⁶. Κλινικές δοκιμές σύγκρισης σερτραλίνης και φλουοξετίνης με αλοπεριδόλη βρήκαν συγκρίσιμα αποτελέσματα μεταξύ των αντικαταθλιπτικών και καλύτερη ανεκτικότητα αυτών⁶. Πιο πρόσφατες μελέτες σύγκρισης της σιταλοπράμης με περφαιναζίνη και ρισπεριδόνη κατέληξαν σε αντίστοιχη αποτελεσματικότητα της σιταλοπράμης με τα αντιψυχωσικά όσον αφορά στα ΣΨΣ⁶. Ωστόσο, περισσότερες μελέτες χρειάζονται για επίσημη σύσταση αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη για την αντιμετώπιση της ανησυχίας και της επιθετικότητας.

Κατάθλιψη στην άνοια ΝΑ: Μία τυχαίοποιημένη μελέτη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο ανέφερε ότι η παροξετίνη ήταν το ίδιο αποτελεσματική αλλά καλύτερα ανεκτή από την ιμιπραμίνη στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια ΝΑ⁶. Η αρχική μελέτη DIADS³¹, έδειξε σημαντική αποτελεσματικότητα της σερτραλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου στη θεραπεία της κατάθλιψης στην άνοια ΝΑ, αλλά μία μεταγενέστερη επανάληψη δεν επιβεβαίωσε το αποτέλεσμα⁶, ενώ και δεύτερη τυχαίοποιημένη μελέτη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο απέτυχε να αναδείξει στατιστικά σημαντική αποτελεσματικότητα για τη σερτραλίνη⁶. Σε τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου της φλουοξετίνης με εικονικό φάρμακο, η φλουοξετίνη δε φάνηκε αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην άνοια ΝΑ⁶.

III. Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης

Μία μελέτη, που συνέκρινε τη σερτραλίνη και τη βενλαφαξίνη σε ανοϊκούς ασθενείς με κατάθλιψη, ανέφερε παρόμοια αποτελεσματικότητα και για τα δύο φάρμακα⁵. Η κλινική εμπειρία όσον αφορά στη χρήση της ντουλοξετίνης σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη είναι περιορισμένη και δεν υπάρχουν μελέτες σε καταθλιπτικούς ασθενείς με άνοια⁵.

IV. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Σε μία μελέτη η ιμιπραμίνη δε φάνηκε να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην άνοια, ενώ η χλωριμιπραμίνη φάνηκε ανώτερη του εικονικού φαρμάκου⁶. Ωστόσο, τα

τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά εμφανίζουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες (με σημαντικότερες τις καρδιαγγειακές και αντιχολινεργικές), ιδιαίτερα στους ανοϊκούς ασθενείς και η χρήση τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Συνιστώνται μόνο όταν άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών αποτυγχάνουν ή αντενδείκνυται.

V. Άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών

Η **μιρταζαπίνη**, ένα νοραδρενεργικό και ειδικό σεροτονινεργικό φάρμακο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια και κατάθλιψη, δεδομένης της κατασταλτικής και αγχολυτικής της δράσης⁶. Επιπλέον, η πρόσληψη βάρους, που δυνητικά προκαλεί, μπορεί να αποδειχτεί ευεργετική, ειδικά στα όψιμα στάδια της νόσου.

Η **μοκλοβεμίδη**, ένας αναστρέψιμος αναστολέας της μονοαμινοξειδάσης A, έχει βρεθεί μέτρια αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ανοϊκούς ασθενείς⁶, ωστόσο η χρήση της κατηγορίας αυτής των αντικαταθλιπτικών, όπως και των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών πρέπει να γίνεται με προσοχή λόγω των αυξημένων ανεπιθύμητων ενεργειών.

Παρά τα αντικρουόμενα και ασαφή αποτελέσματα των μελετών σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην άνοια, ανοϊκοί ασθενείς με κλινικά σημαντική, επίμονη καταθλιπτική διάθεση δικαιούνται την έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής^{5,6}. Γενικά, αν κάποιο αντικαταθλιπτικό πρόκειται να συνταγογραφηθεί, προτιμώνται οι SSRIs ως φάρμακα πρώτης εκλογής, καθώς φαίνεται πως γίνονται καλύτερα ανεκτοί σε σχέση με άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών²⁷. Σε περίπτωση που η γρήγορη αποκατάσταση δεν είναι το άμεσο ζητούμενο, η δόση έναρξης πρέπει να είναι χαμηλή και η αύξηση αργή, καθώς αυξάνονται οι πιθανότητες για καλύτερη ανεκτικότητα. Σε μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο, η αγωγή πρέπει να συνεχιστεί για 1-2 χρόνια για την αποφυγή υποτροπής³². Τα αντικαταθλιπτικά που θεωρούνται πιο ασφαλή λόγω μειωμένων αντιχολινεργικών ανεπιθύμητων ενεργειών, μειωμένης αλληλεπίδρασης με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα και μεγαλύτερης ασφάλειας σε περίπτωση ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας είναι τα παρακάτω: σιταλοπράμη, εσιταλοπράμη, σετραλίνη, βενλαφαξίνη, μιρταζαπίνη⁶. Μετά από μακροχρόνια χορήγηση, η σταδιακή μείωση προς διακοπή του αντικαταθλιπτικού κρίνεται αναγκαία προκειμένου να αποφευχθούν συμπτώματα απόσυρσης. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει και τακτικός έλεγχος των επιπέδων Na, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος υπονατριάμιας.

3.2.2.3 Φάρμακα ενισχυτικά της νοητικής ικανότητας (cognitive enhancers)

I. Αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης

Σε μία ανασκόπηση μελετών (Rodda et al, 2009), από τις 14 μελέτες που εντάχθηκαν, μόνο οι τρεις βρέθηκε ότι ανέδειξαν σημαντική αποτελεσματικότητα των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης στην αντιμετώπιση των ΣΨΣ στην άνοια⁶. Μία μετα-ανάλυση 9 τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών υποστήριξε στατιστικά σημαντική αποτελεσματικότητα των αναστολέων σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο, αλλά τα αποτελέσματα έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικά όταν στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν μόνο οι μελέτες που εξέταζαν τη μέτριας βαρύτητας έως σοβαρή άνοια⁶.

Ωστόσο, μελέτες που εξέτασαν συγκεκριμένα ΣΨΣ και όχι το σύνολο αυτών, βρήκαν ότι η απάθεια, η παθολογική κινητική δραστηριότητα, οι ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα, η κατάθλιψη και το άγχος δυνητικά ανταποκρίνονται καλύτερα σε αγωγή με αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης⁶.

Επιπλέον, η μελέτη των Holmes et al (2004) έκανε λόγο για πιθανή επιδείνωση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών διαταραχών σε διακοπή του αναστολέα⁶.

II. Μεμαντίνη

Πληροφορίες σχετικά με την πιθανή επίδραση της μεμαντίνης στα ΣΨΣ παρέχονται από αναδρομικές αναλύσεις καθώς και από κλινικές δοκιμές, στις οποίες η επίδραση της μεμαντίνης

ήταν δευτερεύων στόχος⁶. Όπως προέκυψε από μία μετα-ανάλυση πέντε μελετών, η χρήση της είχε μέτρια αποτελεσματικότητα στα ΣΨΣ στην άνοια (μείωση κατά 2 βαθμούς του αποτελέσματος της διαγνωστικής κλίμακα NPI)⁶. Μελέτες, που εξέτασαν μεμονωμένα συμπτώματα, βρήκαν ότι καλύτερη ανταπόκριση παρουσίασαν οι ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα, η ανησυχία, η επιθετικότητα και ο εκνευρισμός⁶. Στη μεγαλύτερη από αυτές τις μελέτες, η αποτελεσματικότητα της μεμαντίνης στην αντιμετώπιση της ανησυχίας βρέθηκε παρόμοια με αυτή των αντιψυχωσικών⁶, ενώ μία μεγάλη μελέτη παρατήρησης (observational study) στη Γαλλία ανέφερε μειωμένη συνταγογράφηση άλλων ψυχοτρόπων φαρμάκων με τη χρήση της μεμαντίνης⁶. Σε ορισμένες μελέτες, η μεμαντίνη συγκρινόμενη με εικονικό φάρμακο φάνηκε να καθυστερεί την εμφάνιση ΣΨΣ σε ανοϊκούς ασθενείς και ιδιαίτερα της ανησυχίας σε ασθενείς που δεν εμφάνιζαν το συγκεκριμένο σύμπτωμα κατά τη στιγμή της διάγνωσης⁶. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξε και μία μελέτη κατά την οποία η μεμαντίνη συγχωρηγήθηκε με δονεπεζίλη. Ωστόσο, πρόκειται για αναδρομικές, post-hoc αναλύσεις (retrospective, post-hoc analyses) και τα αποτελέσματά τους χρειάζεται να επιβεβαιωθούν σε ελεγχόμενες προοπτικές κλινικές δοκιμές (prospective controlled trials).

3.2.2.4 Αντιεπιληπτικά

Τα αντιεπιληπτικά σκευάσματα αποτελούν πιθανή εναλλακτική λύση σε περίπτωση που, δεν υπάρχει ανταπόκριση σε άλλη φαρμακευτική αγωγή. Τα περισσότερα δεδομένα προκύπτουν από ανοιχτές μελέτες (open-label studies) και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (randomized controlled trials) και κυρίως για τα παλαιότερα φάρμακα, όπως η καρβαμαζεπίνη.

Αναφορές μεμονωμένων περιστατικών καθώς και προοπτικές, ανοιχτές μελέτες (open-label prospective studies) αναφέρουν ότι η **καρβαμαζεπίνη** μπορεί να χρησιμοποιηθεί με αρκετά καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας, της ανησυχίας, μανιακόμορφων εκδηλώσεων και της σεξουαλικά ανάρμοστης συμπεριφοράς⁶. Ωστόσο, τα περιορισμένα δεδομένα καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου και οι αλληλεπιδράσεις του με άλλα σκευάσματα είναι δυνατό να περιορίσουν τη χρησιμότητά του και δε συνιστάται στην καθημερινή κλινική πράξη.

Δεδομένα από αναφορές μεμονωμένων περιστατικών, αναδρομικές αναφορές σειρών περιστατικών (retrospective case series), μικρής κλίμακας ανοιχτές μελέτες αλλά και 5 προοπτικές, τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες, «τυφλές» κλινικές δοκιμές (prospective, blinded, randomized controlled trials) σχετικά με τη χρήση του **βαλπροϊκού οξέος** στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας, της ανησυχίας και των μανιακόμορφων συμπτωμάτων κυρίως στη νόσο Alzheimer έχουν υπάρξει αντιφατικά. Επιπλέον, υπάρχουν αναφορές για αυξημένο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών, με αποτέλεσμα να μη συνιστάται η χρήση του βαλπροϊκού οξέος για την αντιμετώπιση των ΣΨΣ σε ασθενείς με άνοια.

Παρ' όλα αυτά η καρβαμαζεπίνη ή το βαλπροϊκό οξύ θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε μεμονωμένους ασθενείς, όταν για παράδειγμα δεν υπάρχει ανταπόκριση ή καλή ανεκτικότητα στα αντιψυχωσικά, οι ασθενείς έχουν σημαντικούς αγγειακούς παράγοντες κινδύνου ή όταν εκδηλώνεται μέτριου βαθμού ανησυχία χωρίς ψυχωσική συμπτωματολογία^{5,27}. Με δεδομένη την πιθανή τοξικότητα των φαρμάκων αυτών, η χρήση τους θα πρέπει να συνοδεύεται από καθορισμό συγκεκριμένου συμπτώματος-στόχου, συχνές επανεκτιμήσεις του ασθενούς και διακοπή της αγωγής σε περίπτωση μη ανταπόκρισης.

Μία διπλά-τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη ελέγχου με εικονικό φάρμακο (double-blind, randomized, placebo-controlled trial), που χρησιμοποίησε την **οξυκαρβαμαζεπίνη** δεν ανέφερε θετικά αποτελέσματα⁶.

Η επιτυχής χρήση της **γκαμπαπεντίνης** για την αντιμετώπιση της ανησυχίας, της υπερσεξουαλικότητας ή των διαταραχών ύπνου έχει αναφερθεί σε περιγραφή μεμονωμένων

περιστατικών και σειράς περιστατικών⁶, αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να τεκμηριωθεί. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι δύο ασθενείς με άνοια με σωματία Lewy, που έλαβαν γκαμπαπεντίνη, παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση της ασθένειας⁶.

Αναφορές μεμονωμένων περιστατικών και αναδρομικές ανασκοπήσεις μελετών (retrospective reviews) προτείνουν τη **λαμοτριγίνη** ως πιθανή θεραπεία των ΣΨΣ. Σε όλες τις μελέτες η λαμοτριγίνη ήταν καλά ανεκτή σε ημερήσιες δόσεις που ξεκινούσαν από 12,5-25 mg/ημ έως 300 mg/ημ (σε δύο δόσεις)⁶.

Η **τοπιραμάτη** μελετήθηκε σε μία ανοιχτή αναδρομική μελέτη (open-label retrospective study) με 15 ασθενείς με άνοια, ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματική θεραπεία, σε δόσεις 25-150 mg την ημέρα και οδήγησε σε σημαντική μείωση της ανησυχίας⁶.

Τέλος, σε μία ανοιχτή, αναδρομική μελέτη (retrospective, open-label study)⁶, η χρήση της **λεβετιρακετάμης** συνοδεύτηκε από βελτίωση μανιακόμορφων συμπτωμάτων (άρση αναστολών, συναισθηματική αστάθεια, εκνευρισμός, ανησυχία, επιθετικότητα), ανθεκτικών σε άλλες θεραπείες αλλά και από σημαντική μείωση των αποτελεσμάτων στο MMSE, λήθαργο και παράδοση αύξηση της ανησυχίας σε μία άλλη ανοιχτή, προοπτική μελέτη (open-label, prospective study)⁶.

3.2.2.5 Αγχολυτικά – Υπνωτικά φάρμακα

Οι **βενζοδιαζεπίνες**, δυνητικά, εμφανίζουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μικρότερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τα αντιψυχωσικά, ωστόσο, περιστασιακά μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ανησυχίας σε συγκεκριμένους ασθενείς με άνοια (για παράδειγμα, όταν τα περιστατικά ανησυχίας εμφανίζονται σποραδικά ή χρειάζεται να κατασταλεί ο ασθενής προκειμένου να πραγματοποιηθεί παρακλινικός έλεγχος, στον οποίο αντιδρά)⁵. Συνιστάται να χρησιμοποιούνται βραχυχρόνια και στις χαμηλότερες δυνατές δόσεις⁵. Οι βενζοδιαζεπίνες με μικρό χρόνο ημίσειας ζωής (λοραζεπάμη, οξαζεπάμη) προτιμώνται. Αν η χορήγηση παραταθεί χρονικά πέραν των 4-6 εβδομάδων, απαιτείται σταδιακή διακοπή προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα απόσυρσης^{5,6}.

Διάφορες μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο έχουν αναδείξει ότι οι βενζοδιαζεπίνες, όταν χρησιμοποιούνται βραχυχρόνια, μειώνουν τις συμπεριφορές ανησυχίας και εκνευρισμού σε παραπλήσιο βαθμό με τα αντιψυχωσικά⁶. Μία μελέτη, που συνέκρινε IM ολανζαπίνη (2,5 mg ή 5 mg), λοραζεπάμη (1 mg) και εικονικό φάρμακο για την αντιμετώπιση οξείας ανησυχίας στην άνοια, έδειξε ότι τόσο η ολανζαπίνη όσο και η λοραζεπάμη οδήγησαν σε σημαντική μείωση της ανησυχίας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, με παρόμοιο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών⁶.

Η **βουσπιρόνη** είναι ένας μερικός 5-HT_{1A} σεροτονινεργικός αγωνιστής και έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της ανησυχίας στην άνοια σε μεμονωμένα περιστατικά και μικρές ανοιχτές μελέτες με σχετικά αντιφατικά αποτελέσματα⁶. Η χρήση της συνεπώς δεν τεκμηριώνεται ακόμη βιβλιογραφικά.

3.2.2.6 Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Ντοπαμινεργικοί Αγωνιστές

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι ντοπαμινεργικοί αγωνιστές όπως τα διεγερτικά του ΚΝΣ (μεθυλφαινιδάτη, δεξτροαμφεταμίνη), η αμανταδίνη, η βρωμοκρυπτίνη και η βουπροπιόνη μπορούν να βελτιώσουν τη σοβαρή απάθεια στη ΝΑ. Τα διεγερτικά του ΚΝΣ, επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί και σε κλινικές δοκιμές αντιμετώπισης της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς με σοβαρά παθολογικά προβλήματα και έχουν δείξει σχετικά καλά αποτελέσματα⁵.

3.2.2.7 Άλλα φάρμακα

Η **μελατονίνη** έχει προταθεί για την αντιμετώπιση της ανησυχίας και των διαταραχών ύπνου που εμφανίζουν οι ασθενείς με άνοια, κυρίως λόγω των δυσλειτουργιών στο κύκλωμα της μελατονίνης,

που συνοδεύουν τις ανοϊκές διαταραχές. Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για την επίδραση του φαρμάκου στις νοητικές διαταραχές της νόσου. Αναφέρεται μέτρια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των ΣΨΣ⁶. Δύο μελέτες ελέγχου με εικονικό φάρμακο, όσον αφορά στην επίδραση της μελατονίνης στις διαταραχές του ύπνου στην άνοια, απέτυχαν να αναδείξουν στατιστικά σημαντική αποτελεσματικότητα⁶.

Τα δεδομένα από μελέτες που έχουν δημοσιευθεί για τη χρήση του **λιθίου** στην αντιμετώπιση της ανησυχίας είναι λίγα, ανεπαρκή και αντικρουόμενα^{5,6}.

Οι **β-αδρενεργικοί ανταγωνιστές** (προπρανολόλη, μετοπρολόλη, πινδολόλη, πραζοσίνη) έχουν χρησιμοποιηθεί σε λίγες σχετικά μελέτες για την αντιμετώπιση της ανησυχίας και της επιθετικότητας (δύο μη ελεγχόμενες μελέτες, μία μικρή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, όπου χρησιμοποιήθηκε η προπρανολόλη και μία ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο όπου χρησιμοποιήθηκε η πραζοσίνη) και αναφορές μεμονωμένων περιστατικών με σχετικά καλά αποτελέσματα, αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την τεκμηριωμένη χρήσης τους^{5,6}. Οι περισσότεροι ασθενείς στα μεμονωμένα περιστατικά φαίνεται πως είχαν άτυπα κλινικά χαρακτηριστικά, γεγονός που δημιουργεί ερωτήματα για τη γενίκευση των συμπερασμάτων. Επιπλέον, μεγάλες δόσεις προπρανολόλης έχουν χρησιμοποιηθεί (200-300 mg/ημέρα) που δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (βραδυκαρδία, υπόταση, οργανικό ψυχοσύνδρομο) στους ηλικιωμένους ασθενείς⁵. Συνεπώς, η χρήση των β-αδρενεργικών ανταγωνιστών για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια δε συνιστάται στην καθημερινή κλινική πράξη.

Η **σελεγιλίνη**, ένα φάρμακο με ντοπαμινεργική δράση, που χρησιμοποιείται στη νόσο Parkinson, σε χαμηλές δόσεις έχει δράση αναστρέψιμου αναστολέα της μονοαμινοοξειδάσης Β. Αν και μερικές μικρές, ανοιχτές μελέτες έδειξαν καλή αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε ασθενείς με άνοια, δύο μεγαλύτερες μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο είχαν αρνητικά αποτελέσματα^{6,11}.

3.2.2.8 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Αναφορές μεμονωμένων περιστατικών, σειράς περιστατικών και προοπτικών μελετών αναφέρουν ότι η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε περιπτώσεις σοβαρής μείζονος κατάθλιψης ή μη ανταποκρινόμενης στη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με άνοια μπορεί να είναι αποτελεσματική και πολύ βοηθητική⁶. Γενικά, η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε ανοϊκούς ασθενείς είναι περιορισμένη εξαιτίας της μεγάλης πιθανότητας εμφάνισης οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου σε αυτό τον πληθυσμό. Η επιμήκυνση του διαστήματος μεταξύ των συνεδριών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο⁶. Επιπλέον, η τοποθέτηση των ηλεκτροδίων ετερόπλευρα θα μπορούσε να συνοδεύεται από μικρότερη διαταραχή των νοητικών λειτουργιών, αν και σε τέτοια περίπτωση απαιτούνται περισσότερες συνεδρίες σε σύγκριση με την αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση⁶. Ένα ακόμη σημαντικό θέμα είναι η προσκόμιση της συγκατάθεσης του ασθενούς. Καλό θα είναι στην απόφαση αυτή να συμμετέχει και ο φροντιστής του ασθενούς.

3.3 Ασφάλεια – Ανοχή – Δοσολογικό εύρος

Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν δυνητικά μειωμένη ηπατική και νεφρική λειτουργία, πολλαπλές συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις και λήψη άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Κατά συνέπεια, όλοι οι παραπάνω παράγοντες πρέπει να συνεκτιμηθούν κατά την έναρξη αγωγής σε ασθενείς με άνοια. Χαμηλές δόσεις έναρξης, σταδιακή προσαρμογή και μεγάλα διαστήματα μεταξύ των αλλαγών θεωρούνται απαραίτητα.

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ) των πλέον χρησιμοποιούμενων σκευασμάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια περιγράφονται στον **Πίνακα 3.3**^{5,6,26-28}.

Πίνακας 3.3

Φάρμακα	Ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ)
Αναστολείς Ακετυλχολινεστεράσης	Γαστρεντερικές δ/χές (ναυτία, έμετος, διαρροϊκές κενώσεις), βραδυκαρδία, μειωμένη όρεξη, απώλεια βάρους, αυξημένη έκκριση γαστρικού οξέος, μυϊκές κράμπες, πρόκληση ή επιδείνωση απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος, επιδείνωση άσθματος και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, επιληπτικές κρίσεις, πρόκληση ή επιδείνωση δ/χών ύπνου, επίταση της δράσης μυοχαλαρωτικών κατά την αναισθησία Τακρίνη: Ηπατοτοξικότητα
Μεμαντίνη	Σύγχυση, ζάλη, κεφαλαλγία, καταστολή, ανησυχία, πτώσεις, δυσκοιλιότητα
Τυπικά Αντιψυχωσικά	Εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακαθησία, παρκινσονισμός, όψιμη δυσκινησία, αντιχολινεργική δράση (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, δυσουρία, θάμβος όρασης), καταστολή, πτώσεις, ορθοστατική υπόταση, δ/χες στην καρδιακή αγωγιμότητα, ελάττωση του ουδού πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων, κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο, delirium, ΑΕΕ, θάνατος
Άτυπα Αντιψυχωσικά	Δυσλιπιδαιμία, μικρή ανοχή στη γλυκόζη και κίνδυνος ανάπτυξης ΣΔ, πρόσληψη βάρους, πτώσεις, καταστολή, ορθοστατική υπόταση, υψηλός κίνδυνος ΑΕΕ και αγγειακών συμβαμάτων, πνευμονία, θάνατος Λιγότερο συχνά: δ/χές στην καρδιακή αγωγιμότητα, αντιχολινεργική δράση, εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακαθησία, παρκινσονισμός, όψιμη δυσκινησία, κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο, delirium Ολανζαπίνη: μεγαλύτερη πρόσληψη βάρους, δυσλιπιδαιμία, αντιχολινεργική δράση Ρισπεριδόνη: σε υψηλότερες δόσεις μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών, ορθοστατικής υπότασης, καταστολης Κουετιαπίνη: μεγαλύτερη πρόσληψη βάρους, καταστολή, ορθοστατική υπόταση Ζιπρασιδόνη: επιμήκυνση του QTc Κλοζαπίνη: αντιχολινεργική δράση, ορθοστατική υπόταση, ακοκκιοκυτταραιμία
SSRIs	Ναυτία, έμετος, διαρροϊκές κενώσεις, υπονατριαιμία, σεξουαλική δυσλειτουργία, ανησυχία, άγχος, ακαθησία και παρκινσονική συμπτωματολογία, διαταραχές ύπνου, αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας κυρίως από το γαστρεντερικό σύστημα (ειδικά σε περίπτωση συγχορήγησης αντιαιμοπεταλιακών σκευασμάτων), πτώσεις, σεροτονινεργικό σύνδρομο
SNRIs	Αρτηριακή υπέρταση σε υψηλές δόσεις
Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά	Καρδιοαγγειακές (ορθοστατική υπόταση, διαταραχές αγωγιμότητας) και αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες (θάμβος όρασης, ταχυκαρδία, ξηροστομία, δυσουρία, δυσκοιλιότητα, καταστολή, επιδείνωση νοητικών δυσλειτουργιών), delirium
MAOIs	Κίνδυνος υπερτασικής κρίσης με πρόσληψη τυραμίνης, σεροτονινεργικό σύνδρομο με συγχορήγηση SSRIs
Τραζοδόνη	Υπνηλία, ορθοστατική υπόταση, ξηροστομία, πιο σπάνια πριαπισμός
Μιρταζαπίνη	Καταστολή, πρόσληψη βάρους, πιο σπάνια ηπατοτοξικότητα και ουδετεροπενία

Αντιεπιληπτικά	<p>Καρβαμαζεπίνη: γαστρεντερικές δ/χές, αταξία, πτώσεις, υπνηλία, καταστολή, σύγχυση, ακοκκιοκυτταραιμία, απλαστική αναιμία, ηπατοτοξικότητα, υπονατριαιμία, σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, εξάνθημα που μπορεί να εξελιχθεί σε σύνδρομο Stevens-Johnson, παγκρεατίτιδα, επίδραση στην ταχύτητα αγωγής στο μυοκάρδιο, αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα μέσω της δράσης της στο κυτόχρωμα P450</p> <p>Βαλπροϊκό οξύ: καταστολή, υπνηλία, γαστρεντερικές διαταραχές, σύγχυση, αταξία, τρόμος, πτώσεις, καταστολή του μυελού των οστών, θρομβοπενία, υπονατριαιμία, ηπατοτοξικότητα, αύξηση βάρους</p> <p>Λαμοτριγίνη: ζάλη, καταστολή, υπνηλία, αταξία, αίσθημα κόπωσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση, εξάνθημα που μπορεί να εξελιχθεί σε σύνδρομο Stevens-Johnson</p> <p>Γκαμπαπεντίνη: ζάλη, καταστολή, υπνηλία, αταξία, αίσθημα κόπωσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση</p> <p>Τοπιραμάτη: ζάλη, καταστολή, υπνηλία, αταξία, αίσθημα κόπωσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση, νεφρολιθίαση, δ/χές νοητικών λειτουργιών</p>
Βενζοδιαζεπίνες	Ανάπτυξη ανοχής, συμπτώματα απόσυρσης κατά τη διακοπή, ημερήσια υπνηλία, έντονη αϋπνία ως φαινόμενο ανάδρασης, καταστολή, αταξία, επιδείνωση νοητικών λειτουργιών, σύγχυση, άρση αναστολών, πτώσεις, delirium
Βουσπιρόνη	Κεφαλαλγία, ναυτία, ζάλη
B-ανταγωνιστές	Σε μεγάλες δόσεις βραδυκαρδία, αρτηριακή υπόταση, delirium
Λίθιο	Πολυουρία, πολυδιψία, γαστρική δυσφορία, διάρροια, τρόμος, κατακράτηση υγρών και αύξηση του βάρους, αίσθημα καταβολής, ήπια δ/χή των νοητικών λειτουργιών, ήπια αύξηση του αριθμού των λευκοκυττάρων, σημεία τύπου υποκαλιαιμίας στο ΗΚΓ, υποθυρεοειδισμός, νεφρική ανεπάρκεια
Διεγερτικά του ΚΝΣ και ντοπαμινεργικοί αγωνιστές	Ταχυκαρδία, αρρυθμίες, αρτηριακή υπέρταση, ανησυχία, ακαθυσία, δ/χές ύπνου, ψύχωση, σύγχυση, δυσκινησίες, μείωση της όρεξης
Αμανταδίνη	Σημαντικές αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες

3.3.1 Αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης

Από τις πιο συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης αποτελούν οι γαστρεντερικές διαταραχές. Σε τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 10%-20% των ασθενών που έλαβαν την αγωγή⁵. Η βραδυκαρδία εμφανίζεται πιο σπάνια, αλλά ήδη υπάρχον μειωμένος καρδιακός ρυθμός αποτελεί αντένδειξη για έναρξη της αγωγής⁵. Κύρια αντένδειξη για τη χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης είναι η ύπαρξη γνωστής υπερευαισθησίας στο φάρμακο. Σε γενικές γραμμές, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με την ενεργοποίηση του χολινεργικού συστήματος τείνουν να απαλείφονται μέσα σε 2-4 ημέρες από την έναρξη της αγωγής.

Η donepezil χορηγείται μία φορά ημερησίως με δόση έναρξης 5 mg/ημέρα, η οποία μπορεί να αυξηθεί στα 10 mg/ημέρα, εφόσον είναι καλά ανεκτή. Μερικοί κλινικοί ψυχίατροι ξεκινούν την αγωγή με 2.5 mg/ημέρα σε ευάλωτους ή πολύ ευαίσθητους σε ανεπιθύμητες ενέργειες ασθενείς και αυξάνουν τη δόση κατά 2.5 mg τη φορά^{5,6}. Χαμηλότερη αποτελεσματική δόση είναι τα 5 mg/ημέρα.

Η γαλανταμίνη χορηγείται δύο φορές ημερησίως με δόση έναρξης 8 mg/ημέρα και μπορεί να αυξηθεί στα 16-24 mg/ημέρα, εφόσον είναι καλά ανεκτή, αν και μερικοί ασθενείς δύνανται να

ωφεληθούν από δόσεις μέχρι 32 mg/ημέρα^{5,6}. Χαμηλότερη αποτελεσματική δόση είναι τα 16 mg/ημέρα.

Η ριβαстиγμίνη χορηγείται δύο φορές ημερησίως με δόση έναρξης 3 mg/ημέρα και μπορεί να αυξηθεί στα 6-12 mg/ημέρα. Χαμηλότερη αποτελεσματική δόση είναι τα 6 mg/ημέρα^{5,6}.

Η αύξηση των δόσεων συνήθως γίνεται ανά 4 εβδομάδες, αν και η πιο αργή τιτλοποίηση βοηθάει στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών, εφόσον υπάρχουν. Σε ασθενείς, που δεν έχουν ωφεληθεί από τις χαμηλότερες δόσεις γίνεται προσπάθεια αύξησης του φαρμάκου προκειμένου να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της αγωγής⁵.

3.3.2 Μεμαντίνη

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν αναφερθεί είναι συνήθως ήπιες και όχι τόσο συχνές και περιγράφονται στον **Πίνακα 3.3**.

Η μεμαντίνη χορηγείται αρχικά σε δόση 5 mg μία φορά ημερησίως και αυξάνεται κατά 5 mg ανά εβδομάδα μέχρι τη δόση των 10 mg δύο φορές ημερησίως⁵. Το εύρος της θεραπευτικής δόσης δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως. Μία μελέτη έδειξε αποτελεσματικότητα σε δόση 10mg/ημέρα⁵, ενώ δόσεις άνω των 20mg/ημέρα δεν έχουν μελετηθεί. Επειδή αποβάλλεται κυρίως από τους νεφρούς, η προσαρμογή της δόσης σε χαμηλότερα επίπεδα (10 mg/ημέρα) συνιστάται σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία.

Πίνακας 3.4

	Δοσολογικό Εύρος (mg/ημ)	Συνήθης δόση (mg/ημ)
<i>Αναστολείς Ακετυλχολινεστεράσης</i>		
Δονεπεζίλη	2,5-10	5-10
Ριβαстиγμίνη	8-32	16-24
Γαλανταμίνη	3-12	6-12
<i>NMDA ανταγωνιστής</i>		
Μεμαντίνη	5-20	10

3.3.3 Αντιψυχωσικά

Ο κλινικός ιατρός οφείλει να είναι πολύ προσεκτικός με την έναρξη της αντιψυχωσικής αγωγής σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια λόγω των πολλαπλών και δυνητικά σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, που μπορεί να εμφανιστούν (**Πίνακας 3.3**). Η έναρξη σε χαμηλές δόσεις, η συχνή επανεκτίμηση του ασθενούς και η μείωση των δόσεων σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών συμπεριλαμβάνονται στη συνήθη κλινική πρακτική. Μέγιστο χρονικό διάστημα λήψης είναι συνήθως οι 12 εβδομάδες⁵. Εάν στις 4-6 εβδομάδες λήψης επαρκούς δόσης αντιψυχωσικού δεν έχει υπάρξει καμία βελτίωση στη συχνότητα ή σοβαρότητα της νευροψυχιατρικής συμπτωματολογίας μπορεί να γίνει δοκιμή άλλου αντιψυχωσικού σκευάσματος⁵. Τα αντιψυχωσικά φαρμακευτικά σκευάσματα είναι πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις) καθώς και της ψυχοκινητικής ανησυχίας και της επιθετικότητας. Καλό είναι να χρησιμοποιούνται όταν η συμπτωματολογία είναι έντονη και δεν έχει ανταποκριθεί σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ή όταν άλλα φάρμακα δεν ενδείκνυνται. Δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως πρωταρχική θεραπεία σε διαταραχές ύπνου ή αγχώδεις εκδηλώσεις⁵. Επίσης, αντιψυχωσικά, που προκαλούν έντονες αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες, χρειάζεται να αποφεύγονται.

Συνιστώνται χαμηλές δόσεις έναρξης (αλοπεριδόλη 0.25-0.5 mg/ημέρα, ρισπεριδόνη 0.25-1.0 mg/ημέρα, κλοζαπίνη 12.5 mg/ημέρα, ολανζαπίνη 1.25-5.0 mg/ημέρα, κουετιαπίνη 12.5-50 mg/ημέρα)⁵. Οι καλύτερες δόσεις έναρξης για την αριπιπραζόλη και τη ζιπρασιδόνη δεν είναι γνωστές. Από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, φαίνεται πως η αριπιπραζόλη σε δόση 5 mg/ημέρα είναι ασφαλής για τους περισσότερους ασθενείς⁵. Οι συνήθως χρησιμοποιούμενες μέγιστες δόσεις σε ασθενείς με άνοια είναι: αλοπεριδόλη 2 mg/ημέρα, ρισπεριδόνη 1.5-2 mg/ημέρα, κλοζαπίνη 75-100 mg/ημέρα, κουετιαπίνη 200-300 mg/ημέρα, ολανζαπίνη 10 mg/ημέρα και αριπιπραζόλη 15 mg/ημέρα⁵. Επιπλέον, η ρισπεριδόνη φαίνεται πως προκαλεί λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες στη δόση του 1 mg/ημέρα σχετικά με υψηλότερες δόσεις^{5,6}. Η μέγιστη χρησιμοποιούμενη δόση, ωστόσο, πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ασθενή. Γενικά, συνιστάται η αύξηση των δόσεων να γίνεται το πολύ μία φορά εβδομαδιαίως, εκτός εάν η σοβαρότητα των συμπτωμάτων απαιτεί πιο ταχεία αντιμετώπιση. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει ότι η εμφάνιση της αποτελεσματικότητας μπορεί να καθυστερήσει και ότι η γρήγορη αύξηση της δόσης μπορεί να οδηγήσει πιο συχνά σε εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών παρά σε καλύτερη αποτελεσματικότητα.

Νεότεροι και λιγότερο ευάλωτοι ασθενείς με άνοια, καθώς και ασθενείς με έντονη ψυχοκινητική ανησυχία μπορεί να ανεχθούν καλύτερα υψηλότερες δόσεις. Αντιθέτως, ασθενείς με άνοια και νόσο του Parkinson ή Lewy body είναι πιο ευαίσθητοι στην εκδήλωση εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών και τα αντιψυχωσικά πρέπει να χρησιμοποιούνται με μεγάλη προσοχή.

Επιδράσεις των τυπικών αντιψυχωσικών στη νοητική λειτουργία⁶: Θεωρείται πιθανό, η μακρόχρονη χρήση τυπικών αντιψυχωσικών, ενώ βελτιώνει τις διαταραχές συμπεριφοράς, να συνοδεύεται από επιδείνωση της νοητικής λειτουργίας και της λειτουργικότητας, γενικά. Θεραπεία με αλοπεριδόλη για χρονικό διάστημα άνω των 6-8 εβδομάδων συνοδεύτηκε από νοητική επιδείνωση (MMSE) (Devanand et al, 1989). Αρκετές μελέτες κάνουν λόγο για σύνδεση της εμφάνισης ψύχωσης ή ΣΨΣ στην άνοια με πιο γρήγορο ρυθμό νοητικής επιδείνωσης (McShane et al, 1997)⁶. Έως ένα βαθμό, αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη νοητική και λειτουργική επιδείνωση, που συνοδεύουν τη χρήση τυπικών αντιψυχωσικών, πιθανώς μέσω αντιχολινεργικών ανεπιθύμητων ενεργειών (McShane et al, 1997; Stern et al, 1987; Chui et al, 1994)⁶.

Θνητότητα και καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες⁵: Το 2005, ο οργανισμός FDA, στηριζόμενος σε μία μετα-ανάλυση 17 κλινικών δοκιμών άτυπων αντιψυχωσικών σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια, που κατέδειξε άυξηση του κινδύνου θανάτου στο συγκεκριμένο πληθυσμό, κυρίως λόγω αγγειακών ή λοιμωδών αιτιών, εξέδωσε προειδοποίηση και απαγόρευση (black box warning) της χρήσης άτυπων αντιψυχωσικών σε ηλικιωμένους ανοϊκούς ασθενείς. Το 2008, η προειδοποίηση αυτή, συμπεριέλαβε και τα τυπικά αντιψυχωσικά, μετά από αναλύσεις σχετικών μελετών, που ανέδειξαν τον ίδιο ή και πιο αυξημένο κίνδυνο θανάτου.

Πίνακας 3.5

Αντιψυχωσικά	Δοσολογικό Εύρος (mg/ημ)
Ρισπεριδόνη	0,25-2
Ολανζαπίνη	1,25-10
Αριπιπραζόλη	5-15
Κουετιαπίνη	12,5-300
Αλοπεριδόλη	0,25-2
Κλοζαπίνη	12,5-100

3.3.4 Βενζοδιαζεπίνες

Η χρήση των βενζοδιαζεπινών σχετίζεται με την εμφάνιση περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών (Πίνακας 3.3) και μικρότερο όφελος σε σχέση με τα αντιψυχωσικά. Η μακροχρόνια χρήση τους καλό είναι να αποφεύγεται αλλά μπορούν να αποδειχτούν χρήσιμες στη συμπτωματική αντιμετώπιση ασθενών με σποραδικά επεισόδια έντονης ψυχοκινητικής ανησυχίας. Δεδομένου του κινδύνου εμφάνισης άρσης αναστολών και συνεπαγόμενης επιδείνωσης συγκεκριμένων συμπεριφορικών συμπτωμάτων, καταστολής, πτώσεων, παράδοξης αντίδρασης ή οργανικού ψυχοσυνδρόμου, καλό είναι η χρήση τους να είναι περιορισμένη, με μέγιστες δόσεις 1-3 mg/ημέρα λοραζεπάμης (ή άλλης ισοδύναμης βενζοδιαζεπίνης)⁵.

Πολλοί κλινικοί ιατροί χρησιμοποιούν κυρίως σκευάσματα όπως λοραζεπάμη ή οξαζεπάμη, που δεν έχουν ενεργούς μεταβολίτες. Η τεμαζεπάμη διαθέτει, επίσης, αυτή την ιδιότητα αλλά δεν προτιμάται λόγω του μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής. Η λοραζεπάμη (από του στόματος ή ενδομυκικά σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης) χορηγείται περιστασιακά σε δόσεις 0.5-1.0 mg κάθε 4-6 ώρες την ημέρα και συστηματικά (από του στόματος) σε δόσεις 0.5-1.0 mg, 1 έως 4 φορές την ημέρα⁵. Η οξαζεπάμη απορροφάται πιο αργά και έτσι η περιστασιακή χορήγηση δεν προτιμάται. Χορηγείται συστηματικά σε δόσεις 7.5-15.0 mg 1 έως 4 φορές την ημέρα⁵. Μερικοί κλινικοί ιατροί προτιμούν βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης, όπως κλοναζεπάμη σε δόσεις από 0.5 mg/ημέρα μέχρι 2 mg/ημέρα⁵, αλλά η χορήγησή τους πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί η επίτευξη σταθερών επιπέδων του φαρμάκου στον οργανισμό, κυρίως στους ηλικιωμένους, καθυστερεί. Σε περίπτωση χρήσης του, η δόση έναρξης πρέπει να είναι η χαμηλότερη δυνατή και η αύξηση της δόσης πολύ αργή.

Τέλος, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε τον κίνδυνο εμφάνισης εξάρτησης, οπότε σε περίπτωση που ένας ηλικιωμένος ασθενής με άνοια λαμβάνει ήδη μακροχρόνια βενζοδιαζεπίνες (περισσότερο από 4-6 εβδομάδες) επιβάλλεται η σταδιακή μείωση αυτών παρά απότομη διακοπή προς αποφυγή εμφάνισης συμπτωμάτων απόσυρσης.

Πίνακας 3.6

Βενζοδιαζεπίνες	Μη συστηματική χορήγηση	Συστηματική χορήγηση
Λοραζεπάμη	0,5-1 mg κάθε 4-6 ώρες	0.5-1 mg από 1 έως 4 φορές την ημέρα
Οξαζεπάμη	Δεν προτιμάται	7,5-15 mg από 1 έως 4 φορές την ημέρα

3.3.5 Αντιεπιληπτικά

Η καρβαμαζεπίνη χορηγείται από 2 έως 4 φορές την ημέρα με συνολική δόση έναρξης 50-100 mg/ημέρα και σταδιακή αύξηση ανάλογα με τη βελτίωση των συμπτωμάτων ή την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών ή μέχρι τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα να φτάσουν τα 8-12 ng/ημέρα^{5,6}.

Το βαλπροϊκό οξύ χορηγείται σε 2 ή 3 δόσεις την ημέρα με συνολική δόση έναρξης 125-250 mg/ημέρα και σταδιακή αύξηση ανάλογα με τη βελτίωση των συμπτωμάτων ή την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών ή μέχρι τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα να φτάσουν τα 50-60 ng/ημέρα (ή πιο σπάνια 100 ng/ημέρα)^{5,6}.

Η λαμοτριγίνη φαίνεται να είναι καλά ανεκτή σε ημερήσιες δόσεις που ξεκινούν από 12,5-25 mg έως 300 mg (δύο φορές/ημ)⁶. Η τοπιραμάτη, που έχει μελετηθεί σε μία ανοιχτή προοπτική μελέτη

με 15 ασθενείς με άνοια ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματική θεραπεία, χρησιμοποιήθηκε σε δόσεις 25-150 mg την ημέρα⁶.

Γενικά, όταν αντιεπιληπτικά φαρμακευτικά σκευάσματα χορηγούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, καθώς ο συγκεκριμένος πληθυσμός μπορεί να είναι πιο ευάλωτος στην ανάπτυξη ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ η ανίχνευση των πρώιμων σημείων και συμπτωμάτων τους γίνεται ακόμη πιο δύσκολη όταν η ικανότητα επαρκούς επικοινωνίας του ασθενούς διαταράσσεται.

3.3.6 Αντικαταθλιπτικά

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της τραζοδόνης περιλαμβάνουν ορθοστατική υπόταση, καταστολή και ξηροστομία, ενώ ο πριαπισμός εμφανίζεται πιο σπάνια. Η τραζοδόνη, συνήθως, χορηγείται πριν τη βραδινή κατάκλιση αλλά μπορεί να χωριστεί και σε 2 ή 3 δόσεις ημερησίως. Η δόση έναρξης είναι 25-50 mg/ημέρα με σταδιακή αύξηση στη μέγιστη δόση των 150-250 mg/ημέρα^{5,6}.

Σε σύγκριση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τους MAOIs, τα SSRIs τείνουν να επιδεικνύουν ένα καλύτερο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών, κυρίως όσον αφορά στις εξωπυραμιδικές και καρδιαγγειακές ΑΕ. Ωστόσο, έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση ναυτίας και εμέτων, εκνευρισμού και ανησυχίας, σεροτονινεργικού συνδρόμου, ακαθής και εξωπυραμιδικής συμπτωματολογίας, σεξουαλικής δυσλειτουργίας, απώλειας βάρους, υπονατριαιμίας και ειδικά στους ηλικιωμένους με αυξημένο ποσοστό πτώσεων, ενώ μεγάλης σημασίας είναι και οι πιθανές αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα εξαιτίας του μεταβολισμού τους στο κυτόχρωμα P450^{5,6}.

Η βενλαφαζίνη (SNRI) δεν παρουσιάζει σημαντικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, αλλά έχει συνδεθεί με αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες δόσεις⁵. Για το λόγο αυτό προτιμάται το σκεύασμα βραδείας αποδέσμευσης. Η κλινική εμπειρία όσον αφορά στη χρήση της ντουλοξετίνης (SNRI) σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη είναι περιορισμένη και δεν υπάρχουν μελέτες με καταθλιπτικούς ασθενείς με άνοια⁵.

Η μιρταζαπίνη μπορεί να προκαλέσει καταστολή και αύξηση βάρους, ειδικά σε χαμηλότερες δόσεις, κάτι που δυνητικά μπορεί να ωφελήσει τους ασθενείς με διαταραχές ύπνου και όρεξης⁵. Πιο σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες της μιρταζαπίνης αποτελούν η ηπατοτοξικότητα και η ουδετεροπενία⁵. Χρειάζεται προσοχή κατά τη χορήγηση σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια καθώς και ασθενείς που εμφανίζουν σημεία λοίμωξης⁵.

Η βουπροπιόνη (NDRI) έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο επιληπτικών κρίσεων, ειδικά σε μεγαλύτερες δόσεις, σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία ή νευρολογικές παθήσεις⁵.

Αν και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή οι MAOIs μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια όταν άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών δεν αποδεικνύονται αποτελεσματικές ή αντενδείκνυνται, ωστόσο, δεν αποτελούν πρώτη ή δεύτερη επιλογή λόγω των καρδιαγγειακών και αντιχολινεργικών ΑΕ που δυνητικά προκαλούν (**Πίνακας 3.3**)^{5,6}. Από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά η νορτριπτιλίνη χρησιμοποιείται πιο συχνά, ενώ σκευάσματα, όπως η ιμιπραμίνη και η αμιτριπτιλίνη, καλό είναι να αποφεύγονται. Από τους MAOIs, μόνο η μοκλοβεμίδη έχει μελετηθεί σε καταθλιπτικούς ανοϊκούς ασθενείς⁶.

Όπως και με τα υπόλοιπα φάρμακα, **συνιστώνται οι χαμηλότερες δόσεις για την έναρξη της θεραπείας, σταδιακή προσαρμογή και μεγάλα διαστήματα μεταξύ των αλλαγών**. Η σιταλοπράμη χορηγείται με δόση έναρξης 5-10 mg/ημέρα και σταδιακή αύξηση μέχρι τη δόση των 40 mg/ημέρα. Η σερτραλίνη χορηγείται με δόση έναρξης 12,5-25 mg/ημέρα και σταδιακή αύξηση μέχρι τη δόση των 150-200 mg/ημέρα⁵.

Η βενλαφαξίνη χορηγείται σε δόση έναρξης 25 mg/ημέρα (σκεύασμα βραδείας αποδέσμευσης 37,5 mg/ημέρα) και σταδιακή αύξηση μέχρι τα 375 mg/ημέρα σε δύο δόσεις (σκεύασμα βραδείας αποδέσμευσης 225 mg/ημέρα). Η προσεκτική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς συνιστάται. Η ντουλοξετίνη χορηγείται με δόση έναρξης 20-40 mg/ημέρα και σταδιακή αύξηση μέχρι 60-80 mg/ημέρα σε δύο δόσεις (στην Ελλάδα διατίθενται τα σκευάσματα των 30 mg και 60 mg)⁵.

Η μιρταζαπίνη χορηγείται με δόση έναρξης 7.5 mg/ημέρα κατά τη βραδινή κατάκλιση και σταδιακή αύξηση (κατά 7.5 mg ή 15 mg) μέχρι τη δόση των 45-60 mg/ημέρα. Μικρότερη καταστολή επιτυγχάνεται κυρίως με δόσεις άνω των 15 mg⁵.

Η βουπροπιόνη χορηγείται σε δόση έναρξης 37.5 mg, 1 ή 2 φορές ημερησίως (σκεύασμα βραδείας αποδέσμευσης 100 mg/ημέρα) και αργή σταδιακή αύξηση μέχρι τα 300 mg/ημέρα σε δύο δόσεις (σκεύασμα βραδείας αποδέσμευσης 300 mg/ημέρα)⁵.

Πίνακας 3.7

Αντικαταθλιπτικά	Δοσολογικό Εύρος (mg/ημ)
Τραζοδόνη	25-300
Σιταλοπράμη	5-40
Σερτραλίνη	12,5-200
Βενλαφαξίνη	25-375
Μιρταζαπίνη	7,5-60
Ντουλοξετίνη	20-80
Βουπροπιόνη	37,5-300
Μοκλοβεμίδη	150-600

3.3.7 Ντοπαμινεργικοί αγωνιστές

Γενικά, τα φάρμακα αυτά έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση ταχυαρρυθμιών, υπέρτασης, ανησυχίας, εκνευρισμού, διαταραχών ύπνου, ψυχωσικών συμπτωμάτων, σύγχυσης, δυσκινησίας και διαταραχής της όρεξης, ειδικά σε υψηλές δόσεις. Η αμανταδίνη, δυνητικά, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι δόσεις έναρξης της δεξτροαμφεταμίνης και της μεθυλφαινιδάτης είναι 2.5-5.0 mg μία φορά ημερησίως (πρωί) και η δόση αυτή μπορεί να αυξηθεί κατά 2,5 mg κάθε 2-3 ημέρες μέχρι τα 30-40 mg/ημέρα⁵.

3.4 Ειδικές Περιπτώσεις – Αντιμετώπιση των νοητικών και των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στις άλλες άνοιες

Γενικά, δεν υπάρχει επιβεβαιωμένη φαρμακευτική αγωγή που να έχει πάρει έγκριση για τα νοητικά ή τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα των άλλων ανοϊκών διαταραχών.

3.4.1 Αγγειακή Άνοια και Μικτής Αιτιολογίας Άνοια

Κλινικές δοκιμές με αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης σε ασθενείς με αγγειακή και μικτή άνοια (αγγειακή άνοια και νόσο Alzheimer) αναδεικνύουν αντικρουόμενα και ανεπαρκή αποτελέσματα⁵. Επιπλέον, η χρήση των φαρμάκων αυτών στο συγκεκριμένο πληθυσμό εγείρει ανησυχίες για την ασφάλειά τους και υπόνοιες για αυξημένη θνητότητα⁵. Ως αποτέλεσμα, δε συνιστώνται στην καθημερινή κλινική πράξη αν και εξατομικευμένοι ασθενείς δύνανται να ωφεληθούν από τη χρήση τους¹¹.

Περισσότερες μελέτες χρειάζονται και για τη χρήση της μεμαντίνης⁵.

Συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις που θεωρούνται αγγειακοί παράγοντες κινδύνου, όπως αρτηριακή υπέρταση, αρρυθμίες, στένωση καρωτίδων, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τη συνήθη κλινική πρακτική με σκοπό την πρόληψη από πιθανή περαιτέρω εγκεφαλική βλάβη¹¹. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά για την ήδη εγκατεστημένη νοητική έκπτωση.

3.4.2 Μετωποκροταφική Άνοια – Φλοιοβασική Εκφύλιση – Προϊούσα Υπερπυρηνική

Παράλυση

Καμία φαρμακευτική αγωγή δεν έχει πάρει έγκριση για κάποιον από τους υπότυπους της κατηγορίας αυτής. Παρά την έλλειψη βιβλιογραφικών τεκμηρίων, ωστόσο, μία μελέτη έδειξε ότι η χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης και μεμαντίνης στην καθημερινή κλινική πράξη δεν είναι ασυνήθης. Πέντε ανοιχτές μελέτες (τρεις, κάθε μία με έναν αναστολέα ακετυλχολινεστεράσης και δύο με μεμαντίνη) δεν κατάφεραν να αναδείξουν ισχυρές ενδείξεις για σημαντική αποτελεσματικότητα κάποιων από αυτά τα φάρμακα⁸. Ορισμένες έχουν αναφέρει ήπια βελτίωση των νοητικών συμπτωμάτων, αν και οι συμπεριφορικές διαταραχές μπορεί να επιδεινώνονται⁶. Μία ανοιχτή μελέτη με τη μεμαντίνη έκανε λόγο για νοητική και συμπεριφορική βελτίωση αλλά χρειάζονται περισσότερες κλινικές δοκιμές για να μη θεωρείται η χρήση τους αμφίβολης αποτελεσματικότητας⁶.

Μία ανασκόπηση μελετών ανέφερε ότι η χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής βελτίωσε σημαντικά τις συμπεριφορικές και ψυχολογικές διαταραχές, αλλά οι περισσότερες μελέτες ήταν μικρές και μη ελεγχόμενες⁸. Η αγωγή με SSRIs, που έχει μελετηθεί περισσότερο, έχει δείξει αντικρουόμενα αποτελέσματα στη συμπεριφορά αλλά κανένα αποτέλεσμα στη νοητική κατάσταση των ασθενών αυτών⁸. Το σκεύασμα, που αναδεικνύεται ως πιο αποτελεσματικό σε όλες τις ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες, είναι η τραζοδόνη⁶. Η φλουοξετίνη και η σερτραλίνη συνοδεύονται από βελτίωση των συμπτωμάτων σε μη ελεγχόμενες μελέτες, ενώ για την παροξετίνη αναφέρονται μικτά αποτελέσματα⁶. Τα άτυπα αντιψυχωσικά αριπιπραζόλη, ολανζαπίνη και κουετιαπίνη έχουν δείξει κάποια οφέλη σε μεμονωμένα περιστατικά και ανοιχτές μελέτες⁶.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για τη φλοιοβασική εκφύλιση⁸.

Μία ανοιχτή μελέτη και μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με δονεπεζίλη δεν ανέδειξαν σημαντικά αποτελέσματα για την προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση⁸.

3.4.3 Άνοια Νόσου Parkinson – Άνοια με σωματίδια Lewy

Οι ασθενείς με Άνοια με σωματίδια Lewy φαίνεται ότι ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης, όσον αφορά τόσο στα νοητικά συμπτώματα όσο και στα ΣΨΣ⁸. Μία τυχαιοποιημένη μελέτη ελέγχου με εικονικό φάρμακο ανέδειξε βελτίωση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων με ριβασιγμίνη⁶. Οι δόσεις και η αύξηση αυτών είναι ίδια όπως και στη ΝΑ.

Ωστόσο, οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων με παρατηρούμενη σημαντική αύξηση νοσηρότητας και θνητότητας⁸. Αναφορές για τη χρήση ρισπεριδόνης έχουν υπάρξει αμφιλεγόμενες⁶. Η ολανζαπίνη σε δόσεις 5 mg και 10 mg έχει βρεθεί πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των ΣΨΣ από το εικονικό φάρμακο και χωρίς να επιδεινώνει την κινητική λειτουργία των ασθενών^{5,8}. Η κουετιαπίνη έχει αναφορές για καλή αποτελεσματικότητα στην ψυχωσική συμπτωματολογία, αν και όχι από όλες τις μελέτες, αλλά επιπλέον κινητική επιδείνωση έχει παρατηρηθεί σε ποσοστό ίσο με το 1/3 των ασθενών⁶.

Μία ανασκόπηση μελετών από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων Cochrane (Cochrane Library), σχετικά με τη χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης σε ασθενείς με Άνοια Νόσου Parkinson, συμπεριέλαβε μόνο τη μελέτη EXPRESS και κατέληξε ότι η ριβαστιγμίνη παρουσιάζει μέτρια αποτελεσματικότητα στα νοητικά συμπτώματα, αν και αναφέρθηκαν ανησυχίες για την ανεκτικότητα στις ανεπιθύμητες ενέργειες⁸. Η ριβαστιγμίνη είναι το μόνο φάρμακο που έχει πάρει έγκριση από τον FDA για την ήπια έως μέτρια Άνοια επί Νόσου Parkinson⁵. Επιπλέον, μία μελέτη με ριβαστιγμίνη έδειξε βελτίωση των ΣΨ⁵. Αν και εκφράζεται η άποψη ότι και οι άλλοι αναστολείς θα έχουν παρόμοιο όφελος, μία μελέτη με δονεπεζίλη απέτυχε να την υποστηρίξει⁵. Υπάρχουν 3 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που χρησιμοποίησαν τη μεμαντίνη⁸. Στην πιο μικρή μελέτη, ένα σημαντικό μικρότερο ποσοστό των ασθενών με Άνοια Νόσου Parkinson που έλαβαν μεμαντίνη, συγκριτικά με όσους έλαβαν εικονικό φάρμακο, παρουσίασε επιδείνωση στο τέλος της θεραπείας⁸. Στις άλλες δύο μελέτες (μία με μέτριο δείγμα και μία με μεγάλο αριθμό αρρώστων), που συμπεριέλαβαν ασθενείς με Άνοια Νόσου Parkinson και Άνοια με σωματίδια Lewy, η μεμαντίνη εμφάνισε σημαντικά καλή αποτελεσματικότητα και στις δύο ομάδες⁸.

Η κλοζαπίνη είναι το φάρμακο που υποστηρίζεται περισσότερο για την ψυχωσική συμπτωματολογία σε ασθενείς με νόσο Parkinson. Γενικά για σοβαρά συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, χαμηλές δόσεις από τα νεότερα αντιψυχωσικά, όπως κουετιαπίνη 6,25 mg, ολανζαπίνη 2.5 mg ή κλοζαπίνη 6,25 mg μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αλλά χρειάζονται συχνές επανεκτιμήσεις του ασθενούς για την αποφυγή ανάπτυξης ανεπιθύμητων ενεργειών⁶.

3.4.4 Άνοια Νόσου Huntington

Μια ανασκόπηση μελετών από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων Cochrane (Cochrane Library), που συμπεριέλαβε 22 τυχαιοποιημένες, διπλά-τυφλές, μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο (συνολικά 1254 ασθενείς με άνοια νόσου Huntington), στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν διάφορες φαρμακευτικές αγωγές, κατέληξε ότι δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση των νοητικών συμπτωμάτων στη ΝΗ⁸.

3.4.5 Νοσήματα που οφείλονται σε prions

Δεν υπάρχουν ανασκοπήσεις μελετών από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων Cochrane (Cochrane Library). Μία συστηματική ανασκόπηση συγκέντρωσε 33 δημοσιευμένες μελέτες, που περιέγραφαν τη χρήση 14 φαρμάκων, τα 10 από τα οποία είχαν χρησιμοποιηθεί σε κλινικές δοκιμές 3-4 ασθενών. Δεν υποστηρίζεται κάποια συγκεκριμένη θεραπεία που να συνιστάται κατά την παρούσα φάση για την κατηγορία αυτή των νοσημάτων⁸.

3.4.6. Ήπια Νοητική Έκπτωση

Δεν υπάρχουν φάρμακα που να έχουν λάβει έγκριση για την ΗΝΕ στην παρούσα φάση. Κλινικές δοκιμές με αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης, αν και έχουν συμπεριλάβει έναν πολύ πιο εξειδικευμένο ορισμό της νόσου από αυτόν που χρησιμοποιείται στην καθημερινή κλινική πράξη, δεν κατάφεραν να προσφέρουν ισχυρές ενδείξεις, που να υποστηρίζουν τη χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων⁵. Δεδομένης της έλλειψης έγκρισης και των δυνητικά σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών σε αυτό τον πληθυσμό καμία συγκεκριμένη σύσταση δεν μπορεί να γίνει, αν και μεμονωμένοι ασθενείς δύνανται να ωφεληθούν από τη χρήση των αναστολέων⁵.

3.4.7 Ειδικές κατηγορίες Συμπεριφορικών και Ψυχολογικών Συμπτωμάτων στις άνοιες

I. Διαταραχές Ύπνου

Περίπου το 25%-50% των ασθενών με άνοια εκδηλώνουν διαταραχές ύπνου. Στις βασικές αιτίες συμπεριλαμβάνονται παθοφυσιολογικές διαταραχές που συνδέονται με την ηλικία, συνυπάρχουσες παθολογικές/ ψυχιατρικές καταστάσεις, ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, άλγος

που δεν έχει θεραπευθεί και κακή υγιεινή ύπνου. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί η υπνική άπνοια, καθώς εμφανίζεται σε σημαντικό ποσοστό (33%-70%) των ανοϊκών ασθενών⁵. Τα υπάρχοντα περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών προέρχονται από λίγες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει συμπεριφορικές τεχνικές, περιβαλλοντικές παρεμβάσεις και φαρμακευτικές αγωγές⁵. Ο ψυχίατρος που καλείται να αντιμετωπίσει έναν ασθενή με άνοια και διαταραχές ύπνου πρέπει να συνυπολογίσει τις ανάγκες του ασθενούς και του φροντιστή, να εκτιμήσει τον ασθενή για συνυπάρχοντα παθολογικά / ψυχιατρικά προβλήματα ή φάρμακα που δυνητικά επιδεινώνουν τον ύπνο και να κάνει τις απαραίτητες παρεμβάσεις, να συνδυάσει μη φαρμακευτικές και φαρμακευτικές θεραπείες και να φροντίσει να αποφύγει την πολυφαρμακία. Βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν την προσπάθεια να υιοθετηθεί ο ασθενής συγκεκριμένη ώρα αφύπνισης και κατάκλισης, να μειώσει τις ώρες του ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, να αποφεύγει τη λήψη υγρών πριν την κατάκλιση και να ασχολείται περισσότερο με σωματική και πνευματική άσκηση μέσα στην ημέρα. Αν το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει ο ασθενής επιτρέπει τη συνεχή επιτήρησή του και εφόσον δεν αποτελεί ενόχληση προς τρίτα άτομα μπορεί να υιοθετηθεί το πρόγραμμά του, δηλαδή έγερση τις νυχτερινές ώρες και κατάκλιση τις πρωινές⁵. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση ενδείκνυται όταν οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχουν αποτύχει. Σε περίπτωση που συνυπάρχει άλλο ΣΨΣ, το οποίο απαιτεί αγωγή με φάρμακο που έχει κατασταλτικές ιδιότητες τότε αυτό είναι προτιμότερο να λαμβάνεται, εφόσον είναι εφικτό, κατά τις βραδινές ώρες. Όσον αφορά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση, μερικοί κλινικοί ιατροί προτιμούν την τραζοδόνη (25-100 mg) πριν την κατάκλιση, ενώ άλλοι χρησιμοποιούν τα μη βενζοδιαζεπινικά υπνωτικά, όπως τη ζολπιδέμη (5-10 mg) ή τη ζαλεπλόνη (5-10 mg) πριν την κατάκλιση⁵. Οι βενζοδιαζεπίνες (0,5-1 mg λοραζεπάμης ή 7,5-15 mg οξαζεπάμης) μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αλλά γενικά συνιστώνται για βραχυχρόνια χρήση εξαιτίας της πιθανότητας ανάπτυξης ανοχής και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους⁵. Έντονη αϋπνία ως φαινόμενο ανάδρασης και ημερήσια υπνηλία δυνητικά συνοδεύουν οποιοδήποτε από τα παραπάνω σκευάσματα.

II. Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά

Στο πλαίσιο των κλινικών εκδηλώσεων της άνοιας είναι δυνατό να παρατηρηθεί ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά. Αρχικά χρειάζεται να διευκρινιστεί εάν πρόκειται για φυσιολογική σεξουαλική συμπεριφορά, η οποία όμως εκδηλώνεται σε πλαίσιο άρσης αναστολών και επηρεασμένης κριτικής ικανότητας του ασθενούς ή για υπερσεξουαλική συμπεριφορά⁶. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις από ανοιχτές μελέτες και περιγραφές μεμονωμένων περιστατικών που υποστηρίζουν τη χρήση των γκαμπαπεντίνης, καρβαμαζεπίνης, τραζοδόνης, παροξετίνης, σιταλοπράμης, και σιμετιδίνης για την αντιμετώπιση της πρώτης⁶ ενώ για την υπερσεξουαλική συμπεριφορά ανδρών ασθενών με άνοια φαίνεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μεδροξυπρογεστερόνη⁶.

3.5 Σύνοψη των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων

Η ευρύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς με άνοια εμπεριέχει και ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, γενικών και ειδικών, που απευθύνονται τόσο στον ίδιο όσο και στους φροντιστές.

Οι γενικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον πάσχοντα και σχέσης εμπιστοσύνης και συμμαχίας με την οικογένεια, τη σαφή ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια και την πορεία της, την αντιμετώπιση, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τις πιθανές παρενέργειες από τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, την εκπαίδευση για αναγνώριση επικίνδυνων καταστάσεων, καθώς και για τα κέντρα στα οποία μπορούν να απευθυνθούν σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, την ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντα και της οικογένειάς του και τη διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας ζωής αμφότερων.

Οι ειδικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες. Τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών (behavior oriented), τις

παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση του συναισθήματος και στην προσπάθεια διαχείρισης των απωλειών που συνοδεύουν την ασθένεια (emotion oriented: reminiscence therapy, validation therapy, supportive psychotherapy, sensory integration, simulated presence therapy), τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση συγκεκριμένων νοητικών λειτουργιών (cognition oriented: reality orientation, cognitive training, skills training) και τέλος, τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στη δημιουργία κινήτρων (stimulation oriented: recreational activities or therapies, art therapies, music therapies, pet therapies, exercise)⁵. Αν και διαφέρουν μεταξύ τους σε φιλοσοφία και μεθόδους, αποτελούν ωστόσο ανθρωποκεντρικές παρεμβάσεις που δίνουν σημασία στην κατανόηση του πάσχοντα και μοιράζονται τον κοινό στόχο της βελτίωσης τόσο της ποιότητας ζωής του ασθενούς όσο και της καθημερινής του λειτουργικότητας και πολλές από αυτές τον επιπλέον στόχο της ενίσχυσης των νοητικών λειτουργιών, της διάθεσης ή της συμπεριφοράς. Συνήθως λαμβάνουν χώρα σε καθημερινό ή εβδομαδιαίο πλαίσιο και μπορούν να παρασχεθούν περισσότερες από μία μαζί. Λίγες από αυτές τις παρεμβάσεις έχουν χρησιμοποιηθεί σε διπλά-τυφλές, τυχαιοποιημένες μελέτες⁵.

Οι συμπεριφορικές θεραπείες, που έχουν μελετηθεί σε μικρές κλινικές δοκιμές και μεμονωμένα περιστατικά, φαίνεται να έχουν βραχυχρόνια αποτελέσματα και όχι τόσο στη λειτουργικότητα του ασθενούς αλλά σε συγκεκριμένες προβληματικές συμπεριφορές⁵. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να αναδεικνύουν υπεροχή είτε των συμπεριφορικών είτε των φαρμακευτικών παρεμβάσεων⁵. Οι μελέτες συνδυασμού τους είναι ελάχιστες, ωστόσο στην καθημερινή κλινική πράξη συνδυάζονται συχνά.

Μία ανασκόπηση μελετών (Cochrane), που χρησιμοποίησαν παρεμβάσεις που στόχευαν στη βελτίωση του συναισθήματος, δεν ανέδειξε ως σημαντική την αποτελεσματικότητά τους⁵. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, κυρίως στα αρχικά στάδια της ανοϊκής διαταραχής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διαχείριση των «απωλειών» που συνοδεύουν τη νόσο⁵.

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών φαίνεται να έχουν μέτρια αποτελεσματικότητα, αλλά χωρίς μακροχρόνια ισχύ⁵. Επιπλέον, σε μεμονωμένα περιστατικά έχουν συνοδευτεί από συναισθήματα θυμού, κατάθλιψης και απογοήτευσης⁵.

Για τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην κινητοποίηση του ασθενούς μέσω της προσφοράς κινήτρων, υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση τους βελτιώνει τις προβληματικές συμπεριφορές και τη διάθεση των ασθενών⁵. Αλλά τα δεδομένα προέρχονται από λίγες μελέτες με μικρό αριθμό ασθενών ή από μελέτες που συνδυάζουν διαφορετικές μορφές παρεμβάσεων με αποτέλεσμα η εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων να μην είναι ασφαλής.

4. Συζήτηση - Συμπεράσματα

4.1 Σύνοψη των κυριότερων ευρημάτων

4.1.1 Γενικές αρχές αντιμετώπισης των νοητικών συμπτωμάτων στην άνοια

- Η διάγνωση της ανοϊκής διαταραχής καλό είναι να γνωστοποιείται στον ασθενή και στην οικογένειά του και να συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση, καθοδήγηση και ψυχολογική υποστήριξη.
- Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα, που να υποστηρίζουν τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό την πρόληψη από τη νόσο. Οι αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης, η βιταμίνη E, το ginkgo biloba και τα οιστρογόνα δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που διαγιγνώσκονται με Ήπια Νοητική Έκπτωση.
- Σε ασθενείς με άνοια Νόσου Alzheimer, τα δεδομένα υποστηρίζουν την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης (δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη ή γαλανταμίνη) κατά τη διάγνωση, αφού ληφθεί υπόψη το αναμενόμενο θεραπευτικό όφελος σε συνδυασμό με την ασφάλεια του ασθενούς. Έχει φανεί ότι τα φάρμακα αυτά συμβάλλουν στη βελτίωση τόσο των νοητικών όσο και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ήπια, μέτρια ή σοβαρή νόσο. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει να συζητηθούν με τον ασθενή και τους φροντιστές.
- Σε ασθενείς με μέτρια και σοβαρή άνοια NA η χρήση της μεμαντίνης αποτελεί πιθανή επιλογή, αφού ληφθεί υπόψη το αναμενόμενο θεραπευτικό όφελος σε συνδυασμό με την ασφάλεια του ασθενούς. Έχει φανεί αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε νοητικά και συμπεριφορικά συμπτώματα. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει να συζητηθούν με τον ασθενή και τους φροντιστές.
- Επιβάλλεται ο ασθενής να επανεκτιμάται σε συχνά και τακτά χρονικά διαστήματα για την ανίχνευση τόσο της αποτελεσματικότητας ή μη της αγωγής όσο και της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, καθώς και για την εκτίμηση της προόδου της νόσου.
- Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη) δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως θεραπεία των ασθενών με άνοια NA, αν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προφύλαξη σε ασθενείς με καρδιοαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Η βιταμίνη E δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως θεραπεία σε ασθενείς με άνοια NA. Δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφική τεκμηρίωση για τη χρήση άλλων σκευασμάτων όπως αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, άλλων νοοτρόπων, σελεγγίνης, οιστρογόνων, στατινών για τη θεραπεία ή πρόληψη της NA.
- Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, κυρίως σε ήπια και μέτρια νόσο.
- Η χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης ή των SSRIs σε οποιονδήποτε από τους υπότυπους του φάσματος της μετωποκροταφικής άνοιας, είναι, μάλλον, αναποτελεσματική για τα νοητικά συμπτώματα. Η χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης και της μεμαντίνης δε συνιστάται στη μετωποκροταφική άνοια. Υπάρχουν λίγα δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση της ριβαστιγμίνης.
- Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη χρήση οποιασδήποτε θεραπευτικής τεχνικής στη φλοιοβασική εκφύλιση.
- Η ριβαστιγμίνη έχει πάρει ένδειξη και συνιστάται στην Άνοια Νόσου Parkinson. Πιθανώς να είναι αποτελεσματική και στην Άνοια με σωματία Lewy. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη χρήση της γαλανταμίνης στην Άνοια Νόσου Parkinson και στην Άνοια με σωματία Lewy, ενώ η μεμαντίνη είναι πιθανό ότι είναι αποτελεσματική καθώς έχει αναφερθεί βελτίωση στη συνολική λειτουργικότητα των ασθενών.

4.1. 2. Γενικές αρχές αντιμετώπισης των συμπεριφορικών συμπτωμάτων στην άνοια

- Γενικά, οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις συνιστώνται ως πρώτη γραμμή αντιμετώπιση των ΣΨΣ που εκδηλώνονται στο πλαίσιο της κλινικής εικόνας της νόσου Alzheimer και των υπόλοιπων ανοιών.
- Το πρώτο βήμα στη διαχείριση των ΣΨΣ στην άνοια περιλαμβάνει την προσεκτική εκτίμηση και αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων (παθολογικών, ψυχιατρικών, ψυχοκοινωνικών ή περιβαλλοντικών) που δυνητικά συνεισφέρουν στην εμφάνιση, επιδείνωση ή διαιώνιση των εκάστοτε παρατηρούμενων διαταραχών συμπεριφοράς.
- Η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής ενδείκνυται για εκείνα τα ΣΨΣ που δεν ανταποκρίνονται σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ή είναι μέτρια έως πολύ σοβαρά, ή θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς ή/και τρίτων ατόμων, ή/και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ή/και τη λειτουργικότητα του ασθενούς ή/και του/των φροντιστή/ών. Συχνά, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής συνδυάζεται με την εφαρμογή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης και πιο αποτελεσματικής αντιμετώπισης.
- Πριν τη λήψη της απόφασης σχετικά με την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής τα παρακάτω ερωτήματα χρειάζεται να έχουν απαντηθεί:
 1. Το συγκεκριμένο σύμπτωμα ή συμπεριφορά δικαιολογεί τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γιατί;
 2. Είναι πιθανό το συγκεκριμένο σύμπτωμα ή συμπεριφορά να ανταποκριθεί στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής;
 3. Ποια κατηγορία φαρμακευτικών σκευασμάτων θεωρείται πλέον κατάλληλη για το συγκεκριμένο σύμπτωμα ή συμπεριφορά;
 4. Ποιες είναι οι αναμενόμενες και ποιες οι ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες της συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής;
 5. Ποια θα πρέπει να είναι η διάρκεια της λήψης φαρμακευτικής αγωγής;
- Της έναρξης φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να έχει προηγηθεί προσεκτική εκτίμηση του ασθενούς (παθολογικά, ψυχιατρική) και το συγκεκριμένο σύμπτωμα ή συμπεριφορά δεν πρέπει να έχει αποδοθεί σε: παθολογικό αίτιο, ανεπιθύμητη ενέργεια άλλης φαρμακευτικής αγωγής ή/και ψυχοκοινωνικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες, και θα πρέπει να μην έχει ανταποκριθεί σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ή/και να έχει κριθεί κατάλληλο για φαρμακευτική αντιμετώπιση. Επιπλέον, πρέπει να έχει προηγηθεί εκτενής συζήτηση και ενημέρωση του ίδιου του ασθενούς ή/και του/των φροντιστή/ών σχετικά με τη αγωγή, τα αναμενόμενα κλινικά αποτελέσματα και την εμφάνιση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών και να έχει ζητηθεί συναίνεση (προφορική/ γραπτή).
- Η δόση έναρξης του φαρμακευτικού σκευάσματος θα πρέπει να είναι μικρότερη της συνήθως χρησιμοποιούμενης σε νεότερους ασθενείς ή φυσιολογικούς ηλικιωμένους και η προσαρμογή της δόσης θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και αργά με τακτική παρακολούθηση του ασθενούς. Γενικότερα, οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία ετερογενή ομάδα πληθυσμού και συχνά απαιτείται η εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Όταν γίνεται χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων σε ασθενείς με άνοια ειδική προσοχή θα πρέπει να δοθεί στη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική αυτών, στην κλινική και διατροφική κατάσταση του ασθενούς, στην ηπατική και νεφρική του λειτουργία καθώς και στις οποιοσδήποτε διαταραχές των παραπάνω λόγω ηλικίας ή νόσου.
- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με άνοια παρουσιάζονται πιο ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων, ειδικά εκείνων που μπορούν να προκαλέσουν καταστολή, νοητική εξασθένηση, αντιχολινεργική δράση ή εξωπυραμική σημειολογία/συμπτωματολογία.
- Ειδικοί πληθυσμοί ηλικιωμένων ασθενών με άνοια, όπως στην Άνοια με Σωμάτια Lewy και στην Άνοια της νόσου Parkinson, εμφανίζουν δυνητικά αυξημένη ευαισθησία στα αντιψυχωσικά

φαρμακευτικά σκευάσματα (ειδικά στα τυπικά πρώτης γενεάς αντιψυχωσικά) που οφείλεται σε υποκείμενες διαταραχές του ντοπαμινεργικού νευρομεταβιβαστικού συστήματος.

- Τα αντιψυχωσικά φαρμακευτικά σκευάσματα είναι πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις) καθώς και της ψυχοκινητικής ανησυχίας και της επιθετικότητας. Καλό είναι να χρησιμοποιούνται όταν η συμπτωματολογία είναι έντονη και δεν έχει ανταποκριθεί σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ή όταν άλλα φάρμακα δεν ενδείκνυνται.
- Τόσο τα τυπικά όσο και τα άτυπα αντιψυχωσικά φαρμακευτικά σκευάσματα φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών συμβαμάτων και θνητότητα κατά τη χρήση τους σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια. Θα πρέπει να συνταγογραφούνται μόνο κατόπιν ενδελεχούς ενημέρωσης των πιθανών κινδύνων και ωφελειών και να γίνονται συχνές επανεκτιμήσεις του ασθενούς.
- Τα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν συνήθως λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες και η χρήση τους προτιμάται σε σύγκριση με τα τυπικά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των ΣΨΣ της άνοιας.
- Τα αντικαταθλιπτικά φαρμακευτικά σκευάσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση τόσο της κατάθλιψης όσο και της ψυχοκινητικής ανησυχίας στην άνοια.
- Οι αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης και η μεμαντίνη δυνητικά χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των ΣΨΣ στην άνοια εμφανίζοντας επιπλέον δράση και στη νοητική λειτουργία συγκριτικά με τα υπόλοιπα φαρμακευτικά σκευάσματα.
- Από τα αντιεπιληπτικά φαρμακευτικά σκευάσματα, η καρβαμαζεπίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις ψυχοκινητικής ανησυχίας που δεν ανταποκρίνεται σε άλλη φαρμακευτική αγωγή, ενώ η σύγχρονη βιβλιογραφία δεν υποστηρίζει τη χρήση του βαλπροϊκού οξέος.

4.2 Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Ένας μεθοδολογικός περιορισμός των παρόντων οδηγιών είναι ότι τα τεκμήρια δεν προέρχονται από τη λεπτομερή ανάλυση όλων των μελετών που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διαμόρφωση των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.

4.3 Τοπικά προβλήματα και εμπόδια στην εφαρμογή των συστάσεων

Η τοπική εφαρμογή των παραπάνω συστάσεων συναντά διάφορα εμπόδια. Η ανεπάρκεια του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης (απουσία εξειδικευμένων, επαρκώς καταρτισμένων ιατρών) τόσο στα μεγάλα αστικά κέντρα, όσο και στην επαρχία, η υποστελέχωση των εξειδικευμένων κέντρων καθώς και η έλλειψη αυτών, κυρίως στην ελληνική περιφέρεια, αποτελούν μερικά από τα πλέον σημαντικά προβλήματα. Χρειάζεται να υποσημειωθεί, επίσης, η απουσία ψυχογηριατρικής ειδικότητας στη χώρα μας και η έλλειψη επαγγελματιών υγείας εκπαιδευμένων σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την οικογένεια και σε σημαντικό βαθμό από ανειδίκευτους, συνήθως αλλοδαπούς, επαγγελματίες βοηθούς στο σπίτι, ενώ οι δωρεάν υπηρεσίες είναι σαφώς λιγότερες όσον αφορά στις μονάδες μακράς φροντίδας για ασθενείς με άνοια. Επίσης, απουσιάζουν πλήρως δομές ανακουφιστικής φροντίδας ανοϊκών ασθενών στα τελευταία στάδια της νόσου, με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων - ΜΦΗ, σε παθολογικές κλινικές, ή ψυχιατρικές κλινικές.

Τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαργός, έχουν γίνει προσπάθειες δημιουργίας εξειδικευμένων δομών για τη διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση των ασθενών καθώς και Κέντρων Ημέρας για την άνοια, στα οποία προσφέρονται πλήθος μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Η πρόσφατη θέσπιση του

Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Άνοια αποτελεί ένα σημαντικό ελπιδοφόρο βήμα προς τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών τόσο στους ασθενείς όσο και στους φροντιστές τους.

4.4 Τελικά συμπεράσματα

- **Συστάσεις κατά EFNS-ENS**

Η διάγνωση της ανοϊκής διαταραχής πρέπει να γνωστοποιείται στον ασθενή και στην οικογένειά του (**Σύσταση Επιπέδου Β**) και να συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση, καθοδήγηση και ψυχολογική υποστήριξη (**Σύσταση Επιπέδου Α**).

Πρέπει να γίνονται συχνές επανεκτιμήσεις του ασθενούς, που να συμπεριλαμβάνουν και τη χρήση της κλίμακας «Βραχεία Εκτίμηση των Νοητικώνλειτουργιών – MMSE» για την ανίχνευση τόσο της αποτελεσματικότητας ή μη της αγωγής όσο και της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, καθώς και για την εκτίμηση της προόδου της νόσου (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**).

Ήπια Νοητική Έκπτωση

Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για να υποστηριχθεί η χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου στην πρόληψη της άνοιας. Οι αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης, η βιταμίνη Ε, το ginkgo biloba και η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με ήπια νοητική έκπτωση (**Σύσταση Επιπέδου Α**).

Άνοια Νόσου Alzheimer – Νοητικά συμπτώματα

Σε ασθενείς με άνοια ΝΑ, κατά τη διάγνωση, συνιστάται η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης (δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη ή γαλανταμίνη) λαμβάνοντας υπόψη την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια (**Σύσταση Επιπέδου Α**). Θεραπευτικό όφελος τόσο στα νοητικά όσο και στα μη - νοητικά συμπτώματα έχει δείχτει σε ασθενείς με ήπια, μέτρια και σοβαρή νόσο (**Σύσταση Επιπέδου Α**). Το ρεαλιστικά αναμενόμενο κλινικό αποτέλεσμα καθώς και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να γνωστοποιούνται και να συζητηθούν με τον ασθενή και τους φροντιστές (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**).

Σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή άνοια ΝΑ, ο κλινικός ιατρός πρέπει να σκεφτεί την πιθανότητα έναρξης φαρμακευτικής αγωγής με μεμαντίνη λαμβάνοντας υπόψη την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια (**Σύσταση Επιπέδου Α**). Θεραπευτικό όφελος σε νοητικά και μη - νοητικά συμπτώματα έχει δείχτει και φαίνεται ότι ορισμένα μη – νοητικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, ανησυχία) ανταποκρίνονται καλύτερα (**Σύσταση Επιπέδου Β**). Το ρεαλιστικά αναμενόμενο κλινικό αποτέλεσμα καθώς και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να γνωστοποιούνται και να συζητηθούν με τον ασθενή και τους φροντιστές (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**).

Η ασπιρίνη δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται σαν θεραπεία της άνοιας ΝΑ (**Σύσταση Επιπέδου Α**), αν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που έχουν άλλες ενδείξεις (όπως η προφύλαξη από καρδιαγγειακά επεισόδια). Η βιταμίνη Ε δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σαν θεραπεία της άνοιας ΝΑ (**Σύσταση Επιπέδου Α**). Έως τώρα, υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα για τα σκευάσματα ginkgo biloba, σελεγγιλίνη, νοοτρόπα φάρμακα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, στατίνες, πεντοξυφυλλίνη και ορμονική υποκατάσταση με οιστρογόνα και αντικρουόμενα αποτελέσματα για τα σκευάσματα EGb 761 και Cerebrolysin στη θεραπεία ή την προφύλαξη από τη νόσο (**Σύσταση Επιπέδου Α**).

Από τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, η νοητική ενδυνάμωση ή η νοητική αποκατάσταση μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια άνοια ΝΑ (**Σύσταση Επιπέδου**

«Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point). Η εργοθεραπεία φαίνεται ότι βελτιώνει τη λειτουργικότητα των ασθενών (**Σύσταση Επιπέδου B**).

Άλλες Άνοιες – Νοητικά συμπτώματα

Η χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης, της μεμαντίνης ή των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης σε οποιονδήποτε υποτύπο της μετωποκροταφικής άνοιας φαίνεται πως δε συνεισφέρει στη βελτίωση των νοητικών συμπτωμάτων (**Σύσταση Επιπέδου C**) και γι' αυτό δε συνιστώνται.

Η ριβαστιγμίνη αποτελεί τον αναστολέα ακετυλχολινεστεράσης, που έχει πάρει έγκριση για την αντιμετώπιση των νοητικών συμπτωμάτων της άνοιας επί νόσου Parkinson (**Κατηγορία I**). Η διάγνωση της άνοιας επί νόσου Parkinson δικαιολογεί τη χρήση της ριβαστιγμίνης (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**). Η ριβαστιγμίνη πιθανώς να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των νοητικών συμπτωμάτων στην άνοια με σωματία Lewy (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**). Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη χρήση της γαλανταμίνης στην άνοια επί Νόσου Parkinson και στην άνοια με σωματία Lewy. Η μεμαντίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματική τόσο στην άνοια νόσου Parkinson όσο και στην άνοια με σωματία Lewy σε επίπεδο συνολικής επίδοσης σε ψυχομετρικές δοκιμασίες αλλά όχι στα νοητικά συμπτώματα (**Σύσταση Επιπέδου B**).

Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου στην άνοια επί νοσημάτων που οφείλονται σε prions.

Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση που να υποστηρίζει τη χρήση μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Άνοια Νόσου Alzheimer – Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα

Το πρώτο βήμα στη διαχείριση των ΣΨΣ στην άνοια ΝΑ περιλαμβάνει την προσεκτική εκτίμηση και αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων (παθολογικών, ψυχιατρικών, ψυχοκοινωνικών ή περιβαλλοντικών) που δυνητικά συνεισφέρουν στην εμφάνιση, επιδείνωση ή διαιώνιση των εκάστοτε παρατηρούμενων διαταραχών συμπεριφοράς και όπου είναι δυνατό θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση φαρμακευτικής αγωγής (**Σύσταση Επιπέδου C**).

Τα αντιψυχωσικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για μέτρια έως σοβαρά ΣΨΣ, που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες φαρμακευτικές (όπως αναστολείς ακετυλχολινεστεράσης) ή μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ή όταν δεν ενδείκνυται η χρήση άλλων φαρμάκων, ή θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς ή/και τρίτων ατόμων, ή/και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ή/και τη λειτουργικότητα του ασθενούς ή/και του/των φροντιστή/ών (**Σύσταση Επιπέδου A**). Χαμηλές δόσεις άτυπων αντιψυχωσικών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο αφού τα αναμενόμενα αποτελέσματα και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες συζητηθούν με τον ασθενή και τους φροντιστές (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**).

Τα άτυπα αντιψυχωσικά εμφανίζουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και δεν αποτελούν ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή αυξημένη θνητότητα από τα τυπικά (**Σύσταση Επιπέδου B**).

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης θα πρέπει να προτιμώνται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην άνοια ΝΑ σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (**Σύσταση Επιπέδου B**).

Άλλες άνοιες – Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα

Τα αντιψυχωσικά τυπικά και άτυπα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πρακτική για την αντιμετώπιση της ανησυχίας, της επιθετικότητας και της ψύχωσης (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**). Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις διαταραχές διάθεσης και τα συμπεριφορικά συμπτώματα (**Σύσταση Επιπέδου «Ενδεδειγμένης Πρακτικής» – Good practice point**).

Ωστόσο, τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά τεκμήρια δεν επαρκούν για ακριβείς συστάσεις.

- **Συστάσεις κατά WFSBP**

Άνοια Νόσου Alzheimer και άλλες άνοιες – Νοητικά συμπτώματα

Πρόληψη: Σε ασθενείς κάτω των 70 ετών, τα δεδομένα για τη χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης (δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη, γαλανταμίνη), μεμαντίνης και Ginkgo biloba στην πρόληψη της άνοιας NA και των άλλων ανοιών είναι ανεπαρκή (**Κατηγορία ΣΤ**). Σε ασθενείς άνω των 70 ετών, η χρήση του Ginkgo biloba προληπτικά έχει οδηγήσει σε αντιφατικά αποτελέσματα (**Κατηγορία Δ**). Ομοίως, για τα υπόλοιπα φαρμακευτικά σκευάσματα δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την προληπτική τους χρήση σε οποιαδήποτε μορφή άνοιας (**Κατηγορία ΣΤ**). Επιπλέον, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί στις διάφορες μελέτες σχετικά με την πρόληψη της HNE δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Συνεπώς, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την πρόληψη τόσο της άνοιας NA και άλλων ανοιών, όσο και της HNE δεν συνιστάται.

Ενδείξεις για θεραπεία: Δεν υπάρχουν φάρμακα που να χρησιμοποιούνται ή να συνιστώνται για την αιτιολογική θεραπεία ή την ανακοπή της πορείας της άνοιας NA, της αγγειακής άνοιας ή άλλων ανοιών νευροεκφυλιστικής αιτιολογίας.

Στη συμπτωματική θεραπεία της άνοιας NA, η χρήση των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης, της μεμαντίνης και του Ginkgo biloba έχει δείξει μέτρια αποτελεσματικότητα αυτών και για περιορισμένο χρονικό διάστημα σε ένα τμήμα του συνόλου των ασθενών (**Κατηγορία Β**). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αναστολέων ακετυλχολινεστεράσης συνήθως δεν είναι πολύ σοβαρές, ενώ η μεμαντίνη και το Ginkgo biloba φαίνεται να εμφανίζουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (**Κατηγορία Β**). Συνεπώς, τα παραπάνω σκευάσματα συστήνονται για τη συμπτωματική θεραπεία της άνοιας NA (**Σύσταση Επιπέδου 3**).

Σε πολλές χώρες, τα φάρμακα που ενισχύουν τη νοητική ικανότητα δεν έχουν ένδειξη για την αγγειακή άνοια. Ωστόσο, σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα θα μπορούσαν να συσταθούν (**Σύσταση Επιπέδου 3**).

Στην άνοια με σωματία Lewy η ριβαστιγμίνη μπορεί να συσταθεί (**Σύσταση Επιπέδου 3**). Για τη χρήση άλλων φαρμάκων στην άνοια με σωματία Lewy και στη μετωποκροταφική άνοια τα δεδομένα είναι ανεπαρκή. Παρ' όλα αυτά, τα φάρμακα που ενισχύουν τη νοητική ικανότητα μπορούν να αποτελέσουν θεραπευτική επιλογή (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**).

Επιλογή φαρμάκου: Κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα παρουσιάζει συγκεκριμένη αποτελεσματικότητα και συγκεκριμένο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών (**Κατηγορία Β**). Η επιλογή του φαρμάκου καλό είναι να εξατομικεύεται για κάθε ασθενή ανάλογα με το είδος των συμπτωμάτων που εκδηλώνει, το στάδιο της νόσου και την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**).

Δόσεις: Οι θεραπευτικές δόσεις που συνιστώνται είναι οι εξής: δονεπεζίλη 10 mg/ημ, γαλανταμίνη 24 mg/ημ, ριβαστιγμίνη 12 mg/ημ (διαδερμικό επίθεμα 13,3 mg/ημ), μεμαντίνη 20 mg/ημ, Ginkgo biloba 240 mg/ημ (**Σύσταση Επιπέδου 3**). Ωστόσο, η εκδήλωση παρενεργειών από τη φαρμακευτική

αγωγή δύναται να μην επιτρέψει την επαρκή τιτλοποίηση των φαρμάκων από όλους τους ασθενείς (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**).

Μέγεθος Επίδρασης (Effect Size): Έχει φανεί ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις άνοιες εμφανίζουν, γενικά, μία μέση βελτίωση της τάξης των 2,3 βαθμών στην κλίμακα ADAS-cog-scale σε χρονικό διάστημα έξι μηνών (**Κατηγορία Β**). Η επίδραση αυτή θεωρείται μέτριου βαθμού βελτίωση για περιορισμένο χρονικό διάστημα σε ένα τμήμα του συνόλου των ασθενών.

Έναρξη, παρακολούθηση και τερματισμός της θεραπείας: Μετά τη διάγνωση της νόσου, πρέπει να καθορίζονται συγκεκριμένοι θεραπευτικοί στόχοι και να γίνεται έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**). Ο τερματισμός της θεραπείας, ωστόσο, αποτελεί μία απόφαση που εξατομικεύεται ανάλογα με τον ασθενή (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**). Η αγωγή πρέπει να διακόπτεται στην περίπτωση εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών ή μετά από συνεννόηση με τον ασθενή και τους φροντιστές (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**). Η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς, κατά τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής ή κάθε τροποποίηση της δόσης, θεωρείται αναγκαία (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**), όπως επίσης και η επανεκτίμηση της κατάστασής του μετά την πάροδο 3-6 μηνών λήψης της ανώτατης δόσης που συστήνεται και είναι καλά ανεκτή (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**). Σε περίπτωση σημαντικής επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς, συνιστάται η επανεκτίμησή του προς επαναπροσδιορισμό της διάγνωσης ή ανίχνευση συνοδών νοσημάτων, αλλά όχι η άμεση διακοπή της αντιανοϊκής φαρμακευτικής αγωγής. Όλοι οι ασθενείς σε μακροχρόνια θεραπεία πρέπει να επανεκτιμώνται τουλάχιστον κάθε έξι μήνες (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**).

Συνδυασμοί φαρμάκων: Υπάρχουν ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της θεραπείας με συνδυασμό φαρμάκων που ενισχύουν τη νοητική ικανότητα, και τα οποία εμφανίζουν διαφορετικό μηχανισμό δράσης (**Κατηγορία Γ**). Λαμβάνοντας, πάντα, υπόψη τη σοβαρότητα της νόσου, η συνδυασμένη θεραπεία μπορεί να αποτελέσει σημαντική εναλλακτική επιλογή (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**).

Επιπρόσθετες Συστάσεις στην Αγγειακή άνοια: Η αρτηριακή υπέρταση, οι καρδιοαγγειακές διαταραχές, ο υψηλός αιματοκρίτης (>45%) και ο σακχαρώσης διαβήτης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση τόσο αγγειακής άνοιας, όσο και αγγειακού εγκεφαλικού εμφράκτου (ΑΕΕ). Σε περίπτωση που υποκείμενη αγγειακή νόσος ή ΑΕΕ οδηγούν σε εκδήλωση άνοιας, τότε συνιστάται οποιαδήποτε πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια πρόληψη της αγγειοεγκεφαλικής νόσου (**Σύσταση Επιπέδου 4**). Συνεπώς, εκτός από τη συμπτωματική αντιμετώπιση της αγγειακής άνοιας, η δευτεροβάθμια πρόληψή της αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο πεδίο (**Σύσταση Επιπέδου 4**).

Άνοια Νόσου Alzheimer και άλλες άνοιες – Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα

Η εφαρμογή των παρακάτω συστάσεων προϋποθέτει ότι έχει προηγηθεί η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που ενισχύουν τη νοητική ικανότητα, όπως συστήνεται στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Όταν κατά την πορεία της άνοιας εκδηλώνονται συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, αρχικά θα πρέπει να ελεγχθούν παράγοντες που δυνητικά συνεισφέρουν στην πρόκληση τους (για παράδειγμα: συνυπάρχουσες νόσοι, βασικές ανάγκες όπως πείνα και δίψα, ψυχοκοινωνικά αίτια, όπως ανεπαρκής φροντίδα και προσοχή καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η θερμοκρασία περιβάλλοντος, (**Σύσταση Επιπέδου 3**) και θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια εξάλειψής τους, εφόσον υπάρχουν, και εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (**Σύσταση Επιπέδου 3**).

Σε περίπτωση που τα παραπάνω αποτύχουν, η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί την τελική επιλογή (**Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**), σε αυτή τη περίπτωση η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ώστε να ελαχιστοποιείται η χρήση των φαρμάκων (**Κατηγορία Α, Σύσταση Επιπέδου 1**).

Αν και ενδεδειγμένα φάρμακα για την ψυχοκινητική ανησυχία, εφόσον τηρούνται οι βασικές γενικές αρχές που διέπουν τη χορήγηση φαρμάκων σε ανοϊκούς ασθενείς με ΣΨΣ (τακτική παρακολούθηση του ασθενούς για την εμφάνιση παρενεργειών, διατήρηση χαμηλών δόσεων και όσο το δυνατό πιο μικρής χρονικής διάρκειας φαρμακευτική αγωγή, **Κατηγορία Γ, Σύσταση Επιπέδου 4**), είναι : ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, σιταλοπράμη, τραζοδόνη και καρβαμαζεπίνη, η ψυχοκινητική ανησυχία, που περιλαμβάνει λεκτική και σωματική επιθετικότητα, συχνά δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στη φαρμακευτική αγωγή (**Κατηγορία Γ**). Το βαλπροϊκό οξύ και το λίθιο δε συνιστώνται (**Κατηγορία Ε**). Σχετικά με την κατάθλιψη στην άνοια, δεν υπάρχει RCT που να αποδεικνύει ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών δεν είναι αποτελεσματική (**Κατηγορία Ε**). Οι αρχές που διέπουν την αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής ανησυχίας ισχύουν και στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, που μπορεί να εμφανιστούν στο πλαίσιο της άνοιας. Όσον αφορά στην απάθεια, δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά δεδομένα (**Κατηγορία ΣΤ**).

Γενικά, ο κλινικός ιατρός, ο οποίος έχει υπό την επίβλεψή του ασθενείς με άνοια πρέπει να προγραμματίζει τακτικές επανεκτιμήσεις (American Psychiatric Association 2002; Rosen et al. 2002) θέτοντας τους παρακάτω στόχους (Waldemar et al. 2000):

- Την προσπάθεια αντιμετώπισης των νοητικών και συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, που εκδηλώνονται στο πλαίσιο της άνοιας
- Την εκτίμηση και προσπάθεια κατάλληλης αντιμετώπισης πιθανών επιπλοκών της βασικής νόσου (άνοιας)
- Την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων καθώς και των πιθανών παρενεργειών και την αντιμετώπιση αυτών
- Την παροχή συμβουλών και υποστήριξης τόσο στους ασθενείς όσο και στους φροντιστές
- Την ανεύρεση κατάλληλων φορέων παροχής φροντίδας και υποστήριξης, όταν αυτό χρειάζεται καθώς και την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στους φροντιστές.

Βιβλιογραφία

1. Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Λυκουρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Αθήνα 2013
2. Λύκουρας Ε, Πολίτης Α, Γουρνάλλης Ρ, Μαΐλλης Α. Στοιχεία Ψυχογηριατρικής. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Αθήνα 2011
3. DEMENTIA. The NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Developed by: National Collaborating Centre for Mental Health and Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit. Commissioned by: Social Care Institute for Excellence and National Institute for Health and Clinical Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Great Britain 2007
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
5. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias. Work group on Alzheimer's Disease and other Dementias. American Psychiatric Association (APA). US 2007
6. The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. The International Psychogeriatric Association (IPA). US 1998, 2002, 2010, 2012
7. Lyketsos CG, Rabins PV, Lipsey JR, Slavney PR. Ψυχιατρική των Νευρολογικών Παθήσεων. Πρακτικές προσεγγίσεις για τη φροντίδα του ασθενούς. Μετάφραση – Επιμέλεια Πολίτης ΑΜ. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Αθήνα 2013
8. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. S. Sorbi, et al. European Journal of Neurology 2012, 19:1159-1179

9. Mumenthaler M, Mattle H. Νευρολογία. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Αναστασόπουλος Α. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2006
10. Cerejeira J, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, May 2012, 3 (73)
11. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's Disease and other dementias. Ralf Ihl, et al. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2011;12:2-32
12. Gauthier S, et al. Mild Cognitive Impairment. *Lancet* 2006;367:1262-70
13. Luck T, et al. Incidence of mild cognitive impairment: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;29:164-175
14. Panza F, et al. Current epidemiology of mild cognitive impairment and other predementia syndromes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(8):633-643
15. Portet F, et al. Mild cognitive impairment in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:714-718
16. Rice DP, et al. The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs* 1993;12(2):164-176
17. Lopez-Bastida J, et al. Social-economic costs and quality of life of Alzheimer disease in the Canary Islands, Spain. *Neurology* 2006;67:2186-2191
18. Sadik K, Wilcock G. The Increasing Burden of Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17, S75-S79
19. Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC. Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2001;56 (4): 219-228.
20. Knapp M, Prince M. Dementia UK: A Report to the Alzheimer's Society on the Prevalence and Economic Cost of Dementia in the UK Produced by King's College London and London School of Economics. Alzheimer's Society: London 2007.
21. Beerli MS, Werner P, Adar Z, Davidson M, Noy S. Economist cost of Alzheimer's disease in Israel. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2002;16 (2): 73-80.
22. Castro DM, Dillon C, Machnicki G, Allegri RF. The economic cost of Alzheimer's disease. Family or public-health burden?. *Dementia & Neuropsychologia* 2010;4(4):262-267.
23. Κυριόπουλος Ι., Βανδώρου Χ., Ζάβρας Α. και Δανιηλίδου Ν. Το κόστος της Άνοιας Τύπου Alzheimer στην Ελλάδα. Στο: Τσολάκη Μ. και Κάζης Α. (εκδ). Άνοια: Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, 2005;29-35
24. Καϊτελίδου Δ, Καλογεροπούλου Μ, Μούγιας Α και συν. Κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: πιλοτική μελέτη. *Νοσηλεία και έρευνα* 2013;35: 72-82
25. Τριανταφύλλου Τ, Μεσθενέου Ε, Προύσκας Κ και συν. (2006). Eurofamcare. Η οικογένεια που φροντίζει Εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα. Περίληψη της ελληνικής έκθεσης
26. Recommendations for the diagnosis and management of AD and other disorders associated with dementia: EFNS guideline-2006
27. Guidelines for the diagnosis and management of AD (EFNS)-2010
28. Donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of AD (NICE)
29. Management of patient with dementia. A national clinical guideline (SIGN)
30. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, Ryan JM, Stroup TS, Sultzer DL, Weintraub D, Lieberman JA; CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2006, 12;355(15):1525-38.
31. Lyketsos CG, Sheppard JM, Steele CD, Kopunek S, Steinberg M, Baker AS, Brandt J, Rabins PV. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of sertraline in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease: initial results from the Depression in Alzheimer's Disease study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1686-1689.

32. Canadian Coalition for Senior's Mental Health. National Guidelines for Senior's Mental Health: The assessment and Treatment for Depression, 2006
33. Tan MS, et al. Efficacy and adverse effects of Ginkgo Biloba for cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*, 2015 Jan 1;43(2):589-603
34. Solfrizzi V, Panza F. Plant-based Nutraceutical Interventions against Cognitive Impairment and Dementia: Meta-analytic Evidence of Efficacy of a Standardized Ginkgo Biloba Extract. *J Alzheimers Dis*, 2015 Jan 1;43(2):605-11

Σχετ. 2

PAYING THE PRICE

The cost of mental health care in England to 2026

Paul McCrone
Sujith Dhanasiri
Anita Patel
Martin Knapp
Simon Lawton-Smith

King's Fund

© King's Fund 2008

First published 2008 by the King's Fund

Charity registration number: 207401

All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form

ISBN: 978 1 857175 714

A catalogue record for this publication is available from the British Library

Available from:

King's Fund
11–13 Cavendish Square
London W1G 0AN
Tel: 020 7307 2591
Fax: 020 7307 2801
Email: publications@kingsfund.org.uk
www.kingsfund.org.uk/publications

Edited by Edwina Rowling
Typeset by Andrew Haig & Associates
Printed in the UK by Charlesworth

Contents

List of figures and tables	vii
About the authors	xiii
Foreword	xv
Executive summary	xvii
Background	xvii
Methods	xvii
Findings	xviii
1 Introduction	1
Background	1
Rationale for the review	5
Aims of the review	6
Structure of report	6
2 Methods	7
Quantifying mental health need	7
Estimation of service provision	8
Estimation of service and total costs	9
Intervention modelling	9
3 Projected demographic change in England, 2007–2026	11
Population projections by ethnic group	13
Summary	14
4 Depression	15
Summary	15
Introduction	15
Prevalence estimates	16
Population estimates	18
Service costs and lost employment	20
Projected costs	25
Scenario modelling	27
5 Anxiety disorders	35
Summary	35
Introduction	35
Prevalence estimates	36
Population estimates	38
Service costs and lost employment	38

Projected costs	43
Scenario modelling	43
6 Schizophrenic disorders	51
Summary	51
Introduction	51
Prevalence estimates	52
Population estimates	54
Service costs and lost employment	56
Projected costs	61
Scenario modelling	63
7 Bipolar disorder and related conditions	69
Summary	69
Introduction	69
Prevalence estimates	70
Population estimates	71
Service costs and lost employment	72
Projected costs	77
Scenario modelling	77
8 Eating disorders	81
Summary	81
Introduction	81
Prevalence estimates	82
Population estimates	83
Service costs and lost employment	84
Projected costs	88
Scenario modelling	88
9 Personality disorders	91
Summary	91
Introduction	91
Prevalence estimates	92
Population estimates	94
Service costs	94
Projected costs	98
Scenario modelling	98
10 Disorders affecting children and adolescents	99
Summary	99
Introduction	99
Prevalence estimates	100
Population estimates	102
Service costs and lost employment	104
Projected costs	109
Scenario modelling	110

11 Dementia	111
Summary	111
Introduction	111
Prevalence estimates	113
Population estimates	113
Service costs and lost employment	113
Projected costs	115
Scenario modelling	115
12 Conclusions, discussion and recommendations	117
Introduction	117
Conclusions	117
Summary of results from scenarios modelling	119
Discussion	121
Recommendations	124
Appendix 1 Feedback from consultation	127
Appendix 2 Treatment recommendations	129
References	135

List of figures and tables

Figure 1	Distribution of NHS spending on mental health services, 2006/7	1
Figure 2	Distribution of planned investment in adult mental health services in England, 2006/7	2
Figure 3	Change in number of people in England by age group, 2007 to 2026	11
Figure 4	Proportion of population who are male in England, 2007 to 2026	12
Figure 5	Percentage of population aged 16–44 by ethnic group	12
Figure 6	Percentage of population aged 45–59 by ethnic group	13
Figure 7	Percentage of population aged over 60 years old by ethnic group	14
Figure 8	Prevalence of depressive disorders by age group and gender	16
Figure 9	Prevalence of depression in general practice by age group and gender	17
Figure 10	Prevalence of depression by gender and age group	18
Figure 11	Projected change in number of people with depression, 2007 to 2026	19
Figure 12	Percentage of people with depression by ethnic group and gender	19
Figure 13	Number of psychiatric inpatient bed days by age and gender, 2004/5	21
Figure 14	Average service costs for depression, 2005/6	22
Figure 15	Average service and total costs for depression by age group, 2005/6	23
Figure 16	Aggregate costs of depression by age group, 2005/6	24
Figure 17	Distribution of service costs for depression	25
Figure 18	Projected service costs for depression, 2007 to 2026	26
Figure 19	Projected total costs for depression, 2007 to 2026	26
Figure 20	Decision model of costs of reducing non-treatment among people with depression in contact with services	28
Figure 21	Impact of providing medication to those who are in contact but not receiving treatment for depression	29
Figure 22	Impact of providing psychological therapy and medication to those who are in contact but not receiving treatment for depression	30
Figure 23	Cost savings due to providing medication for those in contact with services but not currently receiving treatment for depression	31
Figure 24	Cost savings due to providing psychological therapy and medication for those in contact with services but not currently receiving treatment for depression (assuming a 2 per cent annual real earnings increase)	31
Figure 25	Cost savings due to providing psychological therapy and medication for those in contact with services but not currently receiving treatment for depression (assuming a 1 per cent annual real earnings increase)	32
Figure 26	Impact on total service costs of increasing proportion in treatment for depression (increase occurs immediately)	33
Figure 27	Impact on total service costs of increasing proportion in treatment for depression (increase occurs gradually)	33
Figure 28	Prevalence of anxiety disorders in the community by age group	36
Figure 29	Prevalence of anxiety disorders in general practice by age group and gender	37

Figure 30	Prevalence of anxiety disorders by age group and gender	37
Figure 31	Projected change in number of people with anxiety disorders, 2007 to 2026	38
Figure 32	Average service costs for anxiety disorders, 2007	39
Figure 33	Distribution of service costs for anxiety disorders	40
Figure 34	Service costs for anxiety disorders by gender and age, 2005/6	40
Figure 35	Average service and total costs for anxiety disorders by age, 2005/6	41
Figure 36	Aggregate costs for anxiety disorders by age group	42
Figure 37	Projected service costs for anxiety disorders, 2007 to 2026	42
Figure 38	Projected total costs for anxiety disorders, 2007 to 2026	43
Figure 39	Decision model of costs of reducing non-treatment among people with anxiety disorders in contact with services	44
Figure 40	Impact of providing medication to those who are in contact but not receiving treatment for anxiety disorders	45
Figure 41	Impact of providing medication and psychological therapy to those who are in contact but not receiving treatment for anxiety disorders	46
Figure 42	Cost savings due to providing medication for those in contact with services but not currently receiving treatment for anxiety disorders, 2007 to 2026	46
Figure 43	Cost savings due to providing combined medication and psychological therapy for those in contact with services but not currently receiving treatment for anxiety disorders (assuming a 2 per cent annual real earnings increase), 2007 to 2026	47
Figure 44	Cost savings due to providing combined medication and psychological therapy for those in contact with services but not currently receiving treatment for anxiety disorders (assuming a 1 per cent annual real earnings increase), 2007 to 2026	48
Figure 45	Impact on service costs of increasing proportion in treatment for anxiety disorders (increase occurs immediately), 2007 to 2026	49
Figure 46	Impact on service costs of increasing proportion in treatment for anxiety disorders (increase occurs gradually), 2007 to 2026	49
Figure 47	Prevalence of schizophrenic disorders per 1,000 population	53
Figure 48	Number of people with schizophrenic disorders by age and gender, 2007	55
Figure 49	Projected change in number of people with schizophrenic disorders, 2007 to 2026	55
Figure 50	Inpatient bed days per person with schizophrenic disorders	57
Figure 51	Mean annual service costs for people with schizophrenic disorders, 2005/6	58
Figure 52	Distribution of service costs for schizophrenic disorders	59
Figure 53	Distribution of service costs by age for schizophrenic disorders, 2005/6	59
Figure 54	Projected service costs for schizophrenic disorders, 2007 to 2026	60
Figure 55	Distribution of societal costs of schizophrenic disorders by age	61
Figure 56	Projected societal costs of schizophrenic disorders, 2007 to 2026	62
Figure 57	Projected growth in costs of schizophrenic disorders, 2007 to 2026	62
Figure 58	Potential savings from expanding provision of crisis resolution teams for schizophrenic disorders, 2007 to 2026	63
Figure 59	Model to assess economic impact of early intervention services for schizophrenic disorders	64
Figure 60	Potential savings from expanding provision of early intervention teams for schizophrenic disorders, 2007 to 2026	65
Figure 61	Potential savings from expanding provision of early detection services for schizophrenic disorders, 2007 to 2026	66

Figure 62	Twelve-month prevalence of bipolar disorder and related conditions by age group	70
Figure 63	Twelve-month prevalence of bipolar disorder and related conditions by gender	71
Figure 64	Projected change in number of people with bipolar disorder and related conditions, 2007 to 2026	72
Figure 65	Inpatient bed days per person with bipolar disorder	73
Figure 66	Mean annual service costs for people with bipolar disorder and related conditions, 2005/6	74
Figure 67	Distribution of total service costs for people with bipolar disorder and related conditions	74
Figure 68	Distribution of service costs for bipolar disorder and related conditions by age, 2005/6	75
Figure 69	Projected service cost for bipolar disorder and related conditions, 2007 to 2026	76
Figure 70	Projected total cost for bipolar disorder and related conditions, 2007 to 2026	77
Figure 71	Projected savings from increasing percentage of people with bipolar disorder and related conditions in crisis for whom home treatment is considered	78
Figure 72	Potential savings from expanding provision of early intervention teams for bipolar disorder and related conditions	78
Figure 73	Potential savings from expanding provision of early detection services for bipolar disorder and related conditions	79
Figure 74	Age distribution of people with anorexia nervosa and bulimia nervosa attending primary care clinics	82
Figure 75	Prevalence of eating disorders by age	83
Figure 76	Change in number of people with eating disorders, 2007 to 2026	84
Figure 77	Mean service costs for patients in contact with services for anorexia nervosa and bulimia nervosa, 2005/6	86
Figure 78	Projected service costs for people with anorexia nervosa and bulimia nervosa, 2007 to 2026	86
Figure 79	Projected total cost of eating disorders, 2007 to 2026	87
Figure 80	Impact on service costs of increased use of outpatient services by people with anorexia nervosa, 2007 to 2026	88
Figure 81	Impact on service costs of increased use of outpatient services by people with bulimia nervosa, 2007 to 2026	89
Figure 82	Prevalence of personality disorder in United Kingdom by age	92
Figure 83	Prevalence of personality disorder in Australia by age and gender	93
Figure 84	Change in number of people with personality disorder, 2007 to 2026	93
Figure 85	Inpatient bed use by people with personality disorders in England	94
Figure 86	Average service costs for personality disorder, 2005/6	95
Figure 87	Distribution of service costs for personality disorder	96
Figure 88	Average service costs for personality disorder by age, 2005/6	96
Figure 89	Projected service costs for personality disorder, 2007 to 2026	97
Figure 90	Projected total costs for personality disorder, 2007 to 2026	98
Figure 91	Prevalence of conduct disorder in children	100
Figure 92	Prevalence of hyperkinetic disorder in children	101
Figure 93	Prevalence of emotional disorder in children	101
Figure 94	Prevalence of co-morbid disorder in children	102

Figure 95	Change in number of cases of conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder	103
Figure 96	Change in number of cases of conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder by age	103
Figure 97	Mean GP costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2005/6	104
Figure 98	Mean A&E costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2005/6	105
Figure 99	Mean outpatient costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2005/6	106
Figure 100	Total inpatient costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder and emotional disorder, 2005/6	106
Figure 101	Mean medication costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2005/6	107
Figure 102	Mean non-inpatient costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2005/6	108
Figure 103	Projected non-inpatient costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2007 to 2026	108
Figure 104	Distribution of service costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder	109
Figure 105	Projected total costs for conduct disorder, hyperkinetic disorder, emotional disorder and co-morbid disorder, 2007 to 2026	110
Figure 106	Prevalence of dementia in men and women over 65 years of age	112
Figure 107	Change in number of people with dementia, 2007 to 2026	112
Figure 108	Annual cost of services used by people with late-onset dementia by setting and severity, 2005/6	113
Figure 109	Distribution of service costs for dementia	114
Figure 110	Projected cost of dementia care in England, 2007 to 2026	114
Figure 111	Impact on service costs of reducing prevalence of dementia among 65–74 and 65–84-year-olds	115
Figure 112	Annual service costs of mental ill health by sector	119
Table 1	Number of people with specific disorders and current and projected costs	xviii
Table 2	Potential annual savings from interventions to treat depression, anxiety disorders, schizophrenia, bipolar disorder and dementia	xx
Table 3	The National Service Framework for Mental Health, 1999	4
Table 4	Number (%) of PMS respondents with depression by gender and age	20
Table 5	Percentage of people with depression who are unemployed or economically inactive	24
Table 6	Receipt of pharmacological and psychological treatment by people with moderate or severe depression in contact with services	27
Table 7	Receipt of pharmacological and psychological treatment by people with anxiety disorders in contact with services	44
Table 8	The course of schizophrenia	52
Table 9	Prevalence of treated schizophrenia in general practice	53
Table 10	Incidence of schizophrenia by ethnic group	54
Table 11	Bed days used by patients with eating disorders, 2004/5	85
Table 12	Inpatient costs for patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa	85
Table 13	Prevalence (%) of mental health problems in children by age	100

Table 14	Number of people with specific disorders and current and projected costs	118
Table 15	Potential annual savings from interventions to treat depression, anxiety disorders, schizophrenia, bipolar disorder and dementia	120

About the authors

Paul McCrone has worked at the Institute of Psychiatry, King's College London, since 1992 and was previously based in the Personal Social Services Research Unit (University of Kent). His main focus is on conducting economic evaluations in the areas of psychosis, neurology, palliative care and primary care based services. He works collaboratively with colleagues from the Institute of Psychiatry, elsewhere in the United Kingdom and internationally, and is participating in a number of multi-site European studies. A particular interest is in the use of the net-benefit approach for assessing the cost-effectiveness of new interventions.

Sujith Dhanasiri joined the Institute of Psychiatry, King's College London, in 2006 where he has worked on various mental health studies. He is also researching and studying the social and economic burden of depression (in developing countries) towards his PhD. Previously, he trained as a dentist but has mostly worked with NGOs focusing on health policy and advocacy, programme monitoring and evaluation, organisational development and strategy and public health research. He also briefly worked at Merck Co & Inc, in the United States. Sujith has a BDS and M Phil (in hospital and health systems management) from India and an MSc (International Health Policy and Health Economics) from the London School of Economics.

Anita Patel joined the Centre for the Economics of Mental Health at the Institute of Psychiatry, King's College London as an honorary researcher in 1996, and then as a full-time staff member in 1998. She has worked on the health economic aspects of a number of projects covering a wide range of clinical areas. In addition to studies of psychological and pharmacological treatments for depression and schizophrenia, she is also involved in evaluations of interventions in the areas of osteoarthritis, stroke and diabetes. Prior to joining the CEMH, Anita completed an MSc in Health Economics in 1994, then held two posts at King's College School of Medicine and Dentistry, first as a research assistant in the Department of General Practice and Primary Care, and then as a health economist in the Community Division.

Martin Knapp is Professor of Health Economics and Director of the Centre for the Economics of Mental Health at the Institute of Psychiatry, King's College London. He is also Professor of Social Policy and Chair of LSE Health and Social Care at the London School of Economics. His research and teaching activities range across a number of subjects. For many years he has been working in the fields of long-term care, social care more generally and mental health policy and practice. Current activities include economic evaluations of a wide range of treatments and other interventions; studies of the developing 'mixed economy' of care (in particular commissioning arrangements and their consequences); and analyses of health and social care policy.

Simon Lawton-Smith was Senior Fellow in Mental Health at the King's Fund from 2004 to 2008, where he was responsible for the Fund's mental health work programme. He has been involved in mental health policy development for more than 10 years and has written extensively on a range of mental health issues. Having previously worked in the Department of Health, the Northern Ireland Office and the Cabinet Office, and as Head of Public Affairs at the mental health service-provider charity Together, he has recently been appointed Head of Policy at the Mental Health Foundation.

Foreword

Mental health is big business. Direct costs of mental health in England are now around £22.5 billion a year – that includes spending in health and social care and a variety of other agencies, but not the indirect costs of the impact on the criminal justice system and in lost employment. Within the NHS it accounts for more than 12 per cent of the total budget. What is more we are now spending more than ever, with an unprecedented expansion over the past few years.

Much of the spending on mental health has been directed at trying to raise the level and quality of services provided, and the evidence suggests that there have been significant improvements. Nevertheless, serious questions remain about the nature of the current provision and the extent to which it is fit for purpose, as well as about how mental health services should respond to future demands. That is why we commissioned this review, which followed our 2006 report into the funding of social care *Securing Good Care for Older People: Taking a long-term view* (King's Fund 2006).

With this report our aim has been to understand more clearly what future needs might be and to reflect on where investment, or indeed disinvestment, could take place. Like all such studies involving projections, there is a significant degree of uncertainty – the assumptions of today do not always turn into the societal changes of tomorrow – but it does provide a picture of a possible future and underlines the importance of starting to plan for it right now.

In some respects the message of *Paying the Price* is reassuring – in spite of some alarming commentary from various quarters about the state of the nation's mental health, there is no evidence that we are becoming more anxious or depressed or that many more of us are suffering from serious conditions such as schizophrenia and severe personality disorders.

What it does reveal, however, are some significant challenges.

First is the rise in dementia and a growing population of older people – a product of the success in extending the average lifespan. Dementia will drive spending in current prices from less than £15 billion in 2007 to nearly £24 billion in 2026 – and considerably more if the real cost increases of employing staff at that time are included. Second, many people who currently need help are not in touch with services – for example, it is estimated that a third of those with depression and half of those with anxiety disorders remain undiagnosed and untreated. Third, a great deal more work needs to be done to demonstrate when and whether mental health promotion works in reducing prevalence of mental disorders.

The review also suggests that there are ways in which we could increase investment in evidence-based interventions, which could produce net savings through increased employment. We also need to find ways of encouraging government to think more about how effective investment in one area can produce real savings in another.

The lesson of this report is that without the right level and type of investment we will all pay the price – not just in wasted resources but also in wasted lives. We therefore hope this report will be used to encourage informed debate about the future nature and shape of mental health support.

Niall Dickson
Chief Executive, King's Fund

Executive summary

Background

In 1999 the government made mental health one of its three clinical priorities, alongside cancer and heart disease. It created a National Service Framework for Mental Health and appointed a National Director for Mental Health to oversee its implementation. Since then, backed by an increase in investment of more than £1.5 billion (around a 50 per cent increase), which has helped to fund growth in all the main mental health staff groups, mental health services in England have seen considerable change, in particular in the development of specialist secondary care services for people living in the community.

Recognising the significance of mental health in terms of both the health of the population and the cost to the government and taxpayer, in 2006 the King's Fund commissioned a review to estimate mental health expenditure in England for the next 20 years, to 2026. The review had the following broad aims. To:

- assess the current need for mental health services and the costs of services provided
- project needs and costs to the year 2026
- assess the impact that specific interventions may have on these costs.

Methods

Mental health need was assessed by obtaining prevalence data on specific conditions covering major mental health problems and combining these prevalence rates with population projections for England. The conditions included are those targeted by mainstream services and for which there is a reasonable evidence base as to the effectiveness of interventions. However, substance misuse was excluded. We included all age groups in the study with the exception of those aged below 5.

Typical service packages were defined from survey data and individual studies and costs were calculated. These were then combined with the numbers of people in each disorder group to measure the overall costs of services.

'Service costs' and 'total costs' were estimated. The former included direct health and social care costs, and, where possible, informal care and criminal justice services; the latter is service costs plus the costs of lost employment (considered relevant where a significant proportion of those experiencing the mental disorder were of working age).

It has been assumed that health and social care costs increase at an annual rate of 2 per cent above general inflation (the GDP deflator) – which is in line with similar reports. To estimate the cost of lost employment we also assumed that earnings in the population as a whole increase by 2 per cent a year over and above the GDP deflator.

TABLE 1: NUMBER OF PEOPLE WITH SPECIFIC DISORDERS AND CURRENT AND PROJECTED COSTS

Disorder	Number of people (million)		Service costs (£ billion)			Lost earnings (£ billion)			Total costs (£ billion)		
	2007	2026	2007	2026 (2007 prices)	2026 including real pay and price effect ^c	2007	2026 (2007 prices)	2026 including real pay and price effect ^c	2007	2026 (2007 prices)	2026 including real pay and price effect ^c
Depression	1.24	1.45	1.68	2.03	2.96	5.82	6.31	9.19	7.50	8.34	12.15
Anxiety disorders	2.28	2.56	1.24	1.40	2.04	7.7	8.34	12.15	8.94	9.74	14.19
Schizophrenic disorders	0.21	0.244	2.23	2.52	3.67	1.78	1.94	2.83	4.01	4.46	6.5
Bipolar disorder/ related conditions	1.14	1.23	1.64	1.8	2.63	3.57	3.83	5.58	5.21	5.63	8.21
Eating disorders	0.117	0.122	0.016	0.016	0.024	0.035	0.036	0.052	0.051	0.052	0.076
Personality disorder ^a	2.47	2.64	0.7	0.78	1.13	7.2	7.65	11.16	7.9	8.43	12.29
Child/adolescent disorders ^b	0.61	0.69	0.14	0.16	0.24	0	0	0	0.14	0.16	0.24
Dementia ^b	0.58	0.94	14.85	23.88	34.79	0	0	0	14.85	23.88	34.79
Total	8.65	9.88	22.5	32.59	47.48	26.1	28.1	40.97	48.6	60.69	88.45

Notes: ^a The costs for personality disorders related to 64.6 per cent of people with the condition (see Chapter 9). ^b The total costs are the same as the service costs as we have assumed that there is no lost employment for people with these conditions. ^c It has been assumed that real pay and prices increase by two percentage points above the GDP deflator.

Specific interventions for which there was an evidence base – such as the use of psychological therapies and home treatment teams – and for which data were available were then modelled to assess their impact on costs.

There are some limitations to the review and thus this report. These include:

- costs were estimated on the basis of primary diagnoses only
- children aged 0–4 were omitted
- less common diagnoses for which data were unlikely to be available were excluded (although the number of people with these other conditions is unclear, the Hospital Episode Statistics for 2004/5 show that they accounted for 2.2 million bed days out of a total of 8.7 million)
- learning disability was not included
- data on some services (including informal care and the criminal justice system) were not available for all conditions. However, we consider that non-health service costs will be incurred to some extent for all conditions.

These limitations mean the estimates of current and projected service costs made in this report are likely to be slight underestimates of the true figures.

Findings

Key findings from the review are shown in Table 1 above.

Summary of key findings

- The number of people in England who experience a mental health problem within the diagnostic groups studied is projected to increase by 14.2 per cent from 8.65 million in 2007 to 9.88 million in 2026 – a rise of more than 1.2 million people. On the whole, this increase in numbers simply reflects the expected increase in population by 15.1 per cent from 50.98 million currently to 58.68 million people in 2026.
- Prevalence rates for all mental disorders within all age groups are likely to remain broadly stable. The proportion of people with a mental disorder will fall very slightly from 17.0 per cent to 16.8 per cent of the total population.
- Although not the largest group of people with a mental disorder, those with dementia will see the largest increase in numbers, as a result of an increasingly ageing population, in particular people aged 75 and over. The service costs associated with dementia are far higher than all other conditions put together. They currently make up 66 per cent of all mental health service costs; by 2026 it is estimated that they will make up 73 per cent of all mental health service costs (at 2007 prices).
- Current service costs, estimated to be £22.50 billion, are projected to increase by 45 per cent to £32.6 billion in 2026 (at 2007 prices). This is primarily due to an estimated increase in service costs for people with dementia of £9.0 billion. Costs will increase by 111 per cent to £47.5 billion if the real pay and price effect (a 2 per cent annual increase in health prices over and above GDP deflator) is taken into account – again, primarily due to the impact of dementia.
- Many people with mental disorders are either not in contact with services or are in contact but are not receiving any treatment. It is estimated, for example, that 35 per cent of those with depression and 51 per cent of those with anxiety disorders are not in contact with services, and many conduct disorders and eating disorders among children and adolescents are undiagnosed and untreated. This means there is a significant potential to treat more people with these mental disorders if diagnostic services are accessible, treatment is available, and the individuals concerned are willing to accept it. Net savings are likely to occur if treatment is given to those currently not receiving treatment as reductions in lost employment costs should outweigh treatment costs. However, it is important to recognise that while the costs of care fall to primary care trusts (PCTs), the benefits largely accrue elsewhere, in terms of increased employment and tax revenue, and reduced benefits payments.
- The cost of lost employment, currently estimated to be £26.1 billion, is projected to increase by 7.7 per cent to £28.1 billion by 2026 (at 2007 prices). Although a relatively small increase (it is not affected by the rise in numbers of people with dementia, who may almost all be assumed to be beyond retirement age), this confirms the major adverse economic impact of poor mental health, which currently outstrips the direct NHS and social care service costs of supporting people with mental disorders.
- A number of service interventions might lead potentially to reductions in costs. For depression and anxiety disorders, increasing the number of people who are currently in treatment and who receive evidence-based interventions would increase service costs but could result in savings in total costs if treatment is effective and results in

TABLE 2: POTENTIAL ANNUAL SAVINGS FROM INTERVENTIONS TO TREAT DEPRESSION, ANXIETY DISORDERS, SCHIZOPHRENIA, BIPOLAR DISORDER AND DEMENTIA

Condition and interventions	2007	2026
<i>Depression</i>		
Medication for those currently untreated	£5–36 million	£8–61 million
Medication plus psychological therapy for those currently untreated	£1–9 million	£2–16 million
<i>Anxiety disorders</i>		
Medication for those currently untreated	£8–66 million	£13–102 million
Medication plus psychological therapy for those currently untreated	£1–7 million	£2–11 million
<i>Schizophrenia</i>		
Expansion of crisis intervention teams	£4–22 million	£7–37 million
Expansion of early intervention services	£0 million	£13–65 million
Introduction of early detection services	£0 million	Up to £19 million
<i>Bipolar disorder</i>		
Expansion of crisis intervention teams	£2–10 million	£3–16 million
Expansion of early intervention services	£0 million	£8–31 million
Introduction of early detection services	£0 million	Up to £4 million
<i>Dementia</i>		
Reduction in prevalence among those aged 65–74	£0.2–0.6 billion	£0.4–1.2 billion
Reduction in prevalence among those aged 65–84	£0.8–2.4 billion	£1.7–5.2 billion

The range of potential savings depends on how many more patients are treated and how quickly new services come online

increased employment. Increasing the number of people receiving medication provides a much greater economic gain than psychological therapies, which may produce similar benefits compared to medication but are far more expensive. Such savings are shown in Table 2 above.

- With regard to schizophrenia and bipolar disorder and related conditions, savings (mainly in reduced inpatient costs) could be realised by expanding the use of crisis intervention and early intervention services. Early detection and intervention services for psychosis can lead to a reduced need for services at a later stage and therefore cost savings.
- All the evidence-based interventions examined had the potential to reduce costs and should be pursued, so that scarce resources can be directed to best effect. However, in no cases would any savings from such interventions – which might be counted in millions of pounds – make a significant impact on the overall level of mental health costs, which can be counted in billions of pounds. The one exception would be reducing the prevalence of dementia in those aged under 85.

- Recommendations include:
 - a commitment from future governments to ensure that funding meets expected increased costs
 - a sustained effort to support people with mental health needs of working age who are not in employment to return to work
 - the expansion of evidence-based interventions in primary care settings for people with depression and anxiety disorders, crisis services in the community and early intervention services for psychosis
 - the establishment of better systems of early detection and treatment of dementia
 - more research into the cost-effectiveness of a range of interventions, including mental health promotion and prevention initiatives.

1

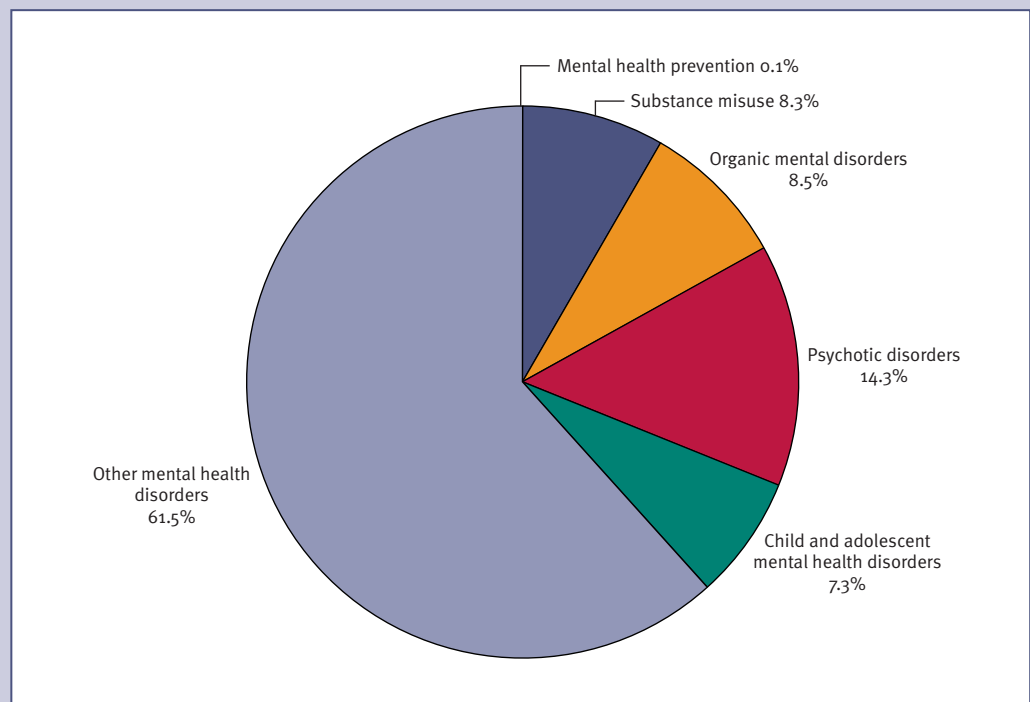
Introduction

Background

People with mental disorders experience significant difficulties in leading ordinary lives and participating in their communities, and their conditions can have a significant economic impact. Even mild levels of mental ill health can result in social and occupational problems. Providing effective treatment for affected individuals creates potential benefits for the patients themselves; for employers, through reduced absenteeism and higher productivity; for family members and friends, through a lower 'burden' of care; and for government, through reduced social security benefits.

Ten years ago mental health was designated a top NHS priority (Boardman 2005), alongside cancer and heart disease. The government's White Paper *Modernising Mental Health Services: Safe, Sound and Supportive* (Department of Health 1998) made clear the intention to modernise mental health services, invest an additional £700 million in care over three years, and to create a National Service Framework for Mental Health (NSFMH) for

1 DISTRIBUTION OF NHS SPENDING ON MENTAL HEALTH SERVICES, 2006/7



Source: Department of Health 2007d

working-age adults, the implementation of which was to be overseen by a national director for mental health.

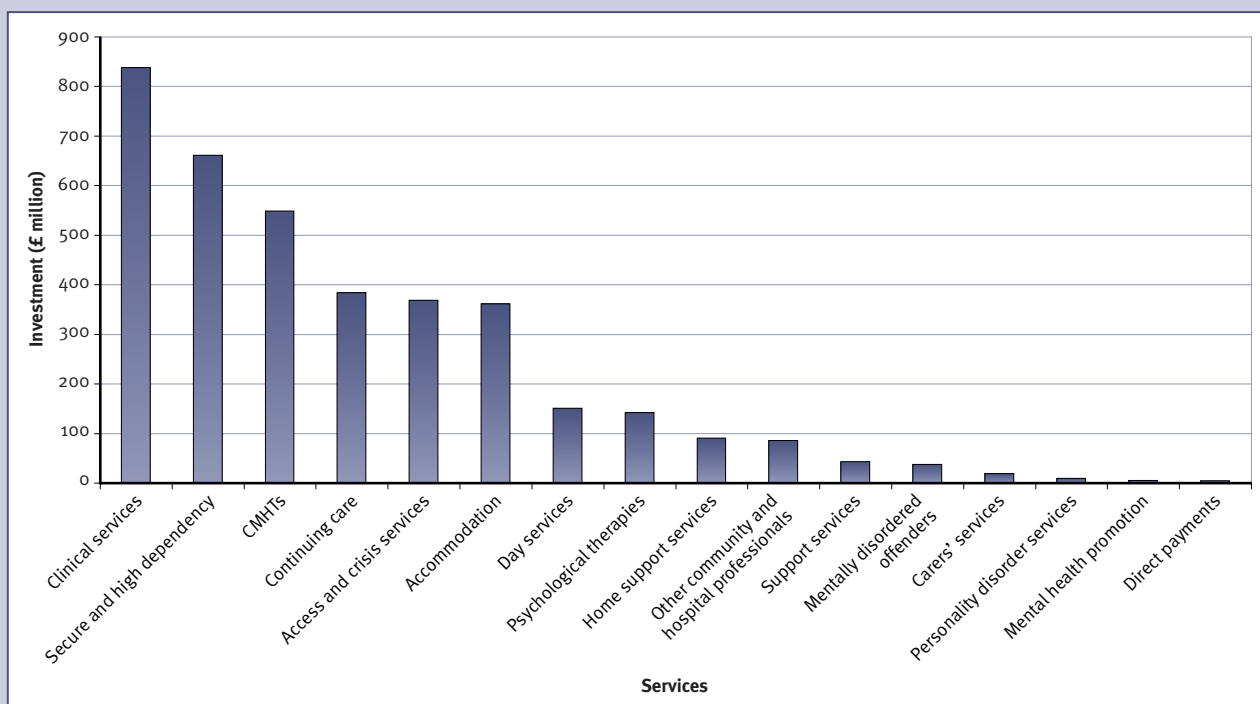
Funding

In 2006/7 NHS organisations budgeted to spend £8.4 billion on mental health services (for all age groups), which accounts for 12.4 per cent of all spending (Department of Health 2007d). The distribution of mental health spending across different areas is shown in Figure 1 (see p 1). Two-thirds of expenditure is on the ‘other’ category which includes depression and anxiety disorders. Very little expenditure was specifically for preventive interventions.

Backed by an increase in investment of more than £1.5 billion since 1999, with growth in all the main mental health staff groups, NHS mental health services in England have seen considerable change in recent years, in particular in the development of specialist secondary care services for people living in the community. The government’s 2007 Comprehensive Spending Review (CSR) suggests that the NHS budget will be increased by 4 per cent per year in real terms for the next three years, which will enable more investment in mental health services (HM Treasury 2007).

The CSR also announced a smaller (1 per cent) increase in spending on adult social care. Overall local authority funding – from which adult social care, including care for people with mental disorders, is funded – is to increase by £2.6 billion by 2010/11. In addition, direct funding from the Department of Health for social care for older people – again, many

2 DISTRIBUTION OF PLANNED INVESTMENT IN ADULT MENTAL HEALTH SERVICES IN ENGLAND, 2006/7



Source: Mental Health Strategies (2007)

of whom will have mental disorders – and support services for carers will increase by £190 million to £1.5 billion by 2010.

It has been estimated that planned investment in direct mental health services for adults of working age only in 2006/7 was £4.0 billion (Mental Health Strategies 2007). This clearly differs substantially from the figure of £16.4 billion above. This is due to: first, the latter including figures for older people and children and adolescents and second, expenditure on infrastructure investment probably not being picked up in the service costs. (The NHS costs we report in Chapter 12 are higher than the Mental Health Strategies figure because we have included dementia and conditions affecting children and adolescents. However, our costs – which are similar to those reported elsewhere (Sainsbury Centre for Mental Health 2003b) are similar to the £8.4 billion stated above for the reasons already cited and also because we have not included certain disorders.)

Figure 2, opposite, shows the distribution of this planned investment and it can clearly be seen that certain services such as those for carers and mental health promotion receive substantially less funding than acute services.

National Service Frameworks

The NSFMH (Department of Health 1999) laid out a series of minimum standards for mental health services (see Table 3 overleaf).

The separate National Service Framework for Older People (Department of Health 2001a) highlighted levels of depression and dementia among older people, and set its own mental health standard, Standard 7: 'Older people who have mental health problems have access to integrated mental health services, provided by the NHS and councils to ensure effective diagnosis, treatment and support, for them and their carers'. A report produced jointly by the Healthcare Commission, the Audit Commission and the Commission for Social Care Inspection has found that progress against this standard has been patchy (Commission for Healthcare Audit and Inspection 2006).

The later National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (Department of Health 2004a) also included its own standard for children, namely: 'All children and young people, from birth to their eighteenth birthday, who have mental health problems and disorders have access to timely, integrated, high quality, multi-disciplinary mental health services to ensure effective assessment, treatment and support, for them and their families'. A target to establish a comprehensive Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) by the end of 2006 was not achieved, although a review of this National Service Framework published in November 2007 (Department of Health 2007d) claims that, despite significant variations in service across the country, proxy targets have been met and significant progress has been made towards commissioning a comprehensive mental health service for children and adolescents.

The NSFMH standards were elaborated and specified further in the *NHS Plan* (Department of Health 2000), which included specific targets for numbers of new services and numbers of people who would be supported by such services. The *Mental Health Policy Implementation Guide* (Department of Health 2001b) set out service specifications for crisis resolution/home treatment teams, assertive outreach teams and early intervention

TABLE 3: THE NATIONAL SERVICE FRAMEWORK FOR MENTAL HEALTH, 1999

Standard	Aims
1 Mental health promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Good mental health should be promoted. • Discrimination and social exclusion as a result of mental health problems should be combated.
2 Primary care and access to services	<ul style="list-style-type: none"> • Patients contacting primary care team should have their condition assessed and be offered appropriate treatment.
3 Primary care and access to services	<ul style="list-style-type: none"> • Patients should be able to contact services around the clock. • NHS Direct should be available as a first option for advice.
4 Effective services for people with severe mental illness	<ul style="list-style-type: none"> • Patients on the Care Programme Approach should receive care which optimises engagement, prevents/anticipates crises, and reduces risk. • Patients should receive a care plan and be able to access services at all times.
5 Effective services for people with severe mental illness	<ul style="list-style-type: none"> • Patients who require admission should have access to a bed in the least restrictive environment that is consistent with safety to themselves and others. • Inpatient stays should be as close to home as possible. • On discharge patients should receive a written care plan.
6 Individuals who care for people with mental health problems	<ul style="list-style-type: none"> • Carers should have an assessment of their own needs. • Carers should have their own written care plan.
7 Preventing suicide	<ul style="list-style-type: none"> • The above standards should be applied to prevent suicide. • Prison staff should be supported to prevent suicide in prisoners. • Staff should be able to assess risk of suicide in those most at risk. • Local suicide audit systems should be developed.

Source: Department of Health (1999)

teams. Since then the Department of Health has published a number of further guidance documents about specific types of services.

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) has also published a number of reports setting out the best evidence of cost-effective interventions for a range of mental disorders (NICE 2002; NICE 2004b; NICE 2005a; NICE 2005b; NICE 2006; NICE 2007a; NICE 2007c). Much of this evidence was used in the review to estimate the impact on costs of implementing recommended interventions.

Some reports (*see, for example, Sainsbury Centre for Mental Health 2003a*) have pointed out that increased funds were not necessarily resulting in improved or expanded services. A five-year review of the NSFMH (Department of Health 2004b) showed progress towards

some of the targets but also acknowledged challenges in other areas and pointed to the diversion of money and existing inequities across the country. However a more recent 10-year review of mental health care reform (Department of Health 2007c) emphasises the £1.5 billion increase in funding and staff numbers.

Rationale for the review

The King's Fund has a core interest in the improvement of health and the delivery of health services – a key factor in which is the costs of services. In 2002, HM Treasury published a report it had commissioned from Sir Derek Wanless on future health care funding needs over a 20-year period (Wanless 2002). This was followed by a further report focusing on the public health aspects of the review's recommendations (Wanless 2004). To build on this work, in 2005 the King's Fund commissioned Sir Derek to undertake a review of the future social care needs of older people over a 20-year period, including identifying the resources that would be required and how such social care might be funded (Wanless 2006). Most recently, the Fund invited Sir Derek to chair the Steering Group for its own review of progress in the five years following the first Wanless report, looking at how the extra money was spent and what had been achieved (Wanless 2007).

This mental health expenditure review builds on these earlier reports. Mental health problems affect more than 8 million people in England, and account for more NHS expenditure than any other health programme. They also have a huge impact outside direct publicly funded health and social care spending in terms of informal care costs and lost employment costs. In order to promote better treatment and the most effective use of limited resources, a thorough understanding of the costs associated with mental health problems is required, against which specific interventions can be assessed.

There is currently little work available on the future costs of mental health care. One costing study, undertaken by the Sainsbury Centre for Mental Health, does touch on this area (Boardman and Parsonage 2007), although it was limited to specific NSFMH standards and only looked across seven years. The study assessed the resources needed to deliver key objectives of current mental health policy, organised around the seven standards of the NSFMH. The report estimated that there needed to be an increase in resources from £3.3 billion in 2002/3 to £6.4 billion by 2010/11 to meet the objectives of the National Service Framework (NSF) – an average annual increase of 8.8 per cent. Cost of illness studies have, though, been criticised as they do not directly inform decisions about how resources should be allocated – this is more properly facilitated by cost-effectiveness studies. Data from such studies can, however, help with policy decisions if used as a benchmark against which specific interventions can be assessed.

Recognising the significance of mental health both in terms of the health of the population and the cost to the NHS, the government and the taxpayer, and the lack of existing work in this area, in 2006 the King's Fund commissioned the Centre for the Economics of Mental Health (Institute of Psychiatry, King's College London) to undertake a review of current mental health expenditure in England, and to estimate future mental health costs over the 20 year period to 2026.

Aims of the review

The aims of the review were to:

- assess current needs for, and costs of, mental health services
- estimate the number of people in England with specific mental disorders over the 20-year period between 2007 and 2026
- examine the evidence on rates of treated prevalence in order to make projections of trends in contact rates over the same period
- define typical service packages for people with these disorders based on current service configurations, including impacts outside the NHS
- estimate the cost of these services over the 20-year period
- change key parameters in the model to take account of possible technological advances in mental health care treatment and provision
- discuss the policy implications of these predicted expenditure needs.

It would have been useful to examine the impact on patient outcomes of different mental health care interventions, but time precluded this being part of the remit.

Structure of report

Chapter 2 describes the general methodology of the review. Chapter 3 describes how the demography of England is expected to change over the next 20 years – key to projecting future costs. Specific conditions are covered in Chapters 4–11. Finally, Chapter 12 summarises the key findings, identifies implications and makes recommendations on the basis of the findings.

2

Methods

In order to estimate mental health expenditure we took the following four steps:

- quantification of mental health need
- estimation of service provision for each group of conditions
- estimation of service and total costs
- modelling of interventions to assess their impact on costs.

This chapter provides a general overview of the methods used. However, given differences in data sources and availability each of the following chapters contains a detailed description of the methods applied and the data used for that condition.

Quantifying mental health need

A key part of the review was to estimate the number of people (adults and children/adolescents) with specific mental health conditions for each of the years from 2007 to 2026. The following conditions (with relevant ICD-10 codes where appropriate) were included, covering most major mental health problems:

- depressive disorders (F320 to F31X)
- anxiety disorders (F400 to F411, F418 to F42X)
- schizophrenia and other functional psychoses (F200 to F29X)
- bipolar disorder and related conditions (F300 to F31X)
- eating disorders (F500 to F503)
- personality disorders (F600 to F61X)
- conditions affecting children and adolescents (hyperkinetic disorders, conduct disorder, emotional disorders)
- dementia (F000 to F03X)

Some key disorders or groups of disorders were excluded. In particular, we have not included drug or alcohol abuse. Other exclusions are post-traumatic stress disorder (PTSD), mixed anxiety and depression (which is considered to reflect some symptoms but which do not reach a 'threshold' for depression or anxiety), and eating disorders other than anorexia nervosa and bulimia nervosa (due to lack of data). The omission of PTSD is a limitation. Establishing the prevalence is problematic as this is influenced in part by the occurrence of external events. Given its link to migration it is arguably going to become an increasingly prevalent disorder in England. However, we are not aware of any data sources that would enable us to estimate costs of treatment associated with PTSD. As such the costs reported in this study are an underestimate of the total costs of mental disorder in England.

It is not uncommon for someone with one mental health problem to have an additional disorder. However, co-morbidities have not been teased out due to the methodological

complexities in doing this. Instead we have focused on primary diagnoses and recognise that some of the associated costs may be due to other conditions.

Age- and gender-specific prevalence rates were estimated for the above conditions. Data were obtained from the large-scale Psychiatric Morbidity Survey (PMS) for the prevalence of depressive disorders and anxiety disorders (Singleton *et al* 2001). The PMS was conducted in 2000 and involved interviewing more than 8,000 adults aged 16–74 living in the community. A diagnostic tool (the CIS-R) was used to establish the presence or not of common mental disorders. In addition, questions were asked to identify possible cases of psychosis. Due to the low numbers of people with probable psychosis we obtained prevalence data for schizophrenic disorders from both the PMS and other figures from the published literature. For bipolar disorder and related conditions prevalence data were obtained from a community survey conducted in the United States, the National Co-morbidity Survey Replication (Merikangas *et al* 2007). This was used due to the lack of appropriate epidemiological data from England. Prevalence estimates for eating disorders were obtained from published papers, while those for personality disorders were adapted from an Australian study (Andrews *et al* 1999). Prevalence rates for child and adolescent disorders were estimated from another large-scale community survey, conducted in 1999 (Meltzer *et al* 2000). Finally, we used figures from a recent report by the Alzheimer’s Society for the prevalence of dementia (Alzheimer’s Society 2007).

To estimate the number of people with the above conditions in England for each year from 2007 to 2026 we multiplied the derived age- and gender-specific prevalence rates by the most recent population projections (using 2006 as a base year) produced by the Government Actuary’s Department (www.gad.gov.uk). These projections do not show how the distribution of different ethnic groups may change and, because this is potentially important for some disorders, we obtained projections by ethnic group from another source (Rees and Parsons 2006).

A valid criticism of the above methodology would be that focusing on specific diagnoses results in too narrow an approach. People with mental health problems will often have changing diagnoses and tools used to determine diagnosis differ. This is reflected in the very different prevalence figures that various studies report. There is also a school of thought that is opposed to the very idea of ‘labelling’ people with diagnoses. While recognising these views we felt that the approach used was appropriate from a practical point of view given that most of the data available were also linked to specific diagnoses.

Estimation of service provision

The objective of this component of the study was to derive ‘typical’ annual service packages for each disorder and, where possible, to produce these for males and females and each age group separately. Recognising that mental health problems necessitate service responses from a variety of agencies, we adopted a comprehensive approach to costing. Where data allowed, and where this was considered an important component, we included not only health care services but also social care, criminal justice services and informal care from family members. In addition, we also included the costs associated with lost employment as a result of mental health problems. Data sources for service use information included the PMS, the national survey for children and adolescents and individual studies conducted by the authors or colleagues using similar methodologies

(examples of such studies can be found at: www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=355). Most of these sources provided data on services used by people with mental health problems but what we could not disentangle was the service use that was specifically due to the disorder. Inpatient data were obtained from the Department of Health's *Hospital Episode Statistics*. However, these do not include private beds and therefore the inpatient costs in this report are underestimates.

Estimation of service and total costs

In attaching monetary values to service packages it is important that they reflect the true economic costs of services. We used the Personal and Social Services Research Unit (PSSRU) costs in our estimation as these attempt to take into consideration the opportunity costs of providing services (Curtis and Netten 2006). All of the data sources for service use were for periods before 2007 and therefore costs had to be inflated (to 2005/6 values, the latest available from the PSSRU at the time of writing). Informal care costs were calculated for schizophrenic disorders and bipolar and related disorders. Informal care is not generally paid for but it clearly still has an economic value and we used the cost of a homecare worker to reflect this value. Lost employment was costed using the human capital approach. This assumes that lost work time can be valued using wage rates. There is some debate regarding the different methods used to value lost work. If unemployment is high then lost work may not actually result in an economic loss as someone who was previously unemployed could take the place of the person who is out of work due to mental health problems. However, at the time of writing unemployment in England is relatively low and there is also the possibility that a replacement employee would previously have been working elsewhere. In this report we used gender-specific average earnings to represent the cost of lost employment. We have, though, assumed that in the absence of depression, anxiety disorders, schizophrenia, bipolar disorder and personality disorder the prevailing unemployment rate would apply. Lost employment costs for eating disorders were estimated in a different way as described in Chapter 8.

A key issue concerns the way in which changes in the input wages and prices of health and social care are dealt with in making projections and in particular assumptions about future inflation. In this study it has been assumed that health and social care costs are likely to grow at a faster rate than inflation in the economy as a whole as measured by the GDP deflator. One reason for this is that productivity increases in a labour-intensive industry such as health care are more difficult to achieve than in other areas, and yet there is pressure for wage increases to keep pace with those elsewhere (Baumol 1995). To account for this we have assumed that health and social care costs (pay and prices) will increase at an annual rate of 2 per cent above general inflation (the GDP deflator) – which is in line with similar reports conducted by the Personal Social Services Research Unit, London School of Economics (for example, Malley *et al* 2006; Comas-Herrera *et al* 2007). To estimate the cost of lost employment we assumed that earnings in the population as a whole increase by 2 per cent per year over and above the GDP deflator. (Again, this follows the methods used by the Personal Social Services Research Unit, London School of Economics.)

Intervention modelling

The final component of the study has been to estimate the impact that different interventions have on the costs of different disorders. After constructing a 'base case'

model of projected service provision and costs from the current configuration of health and social care services, we estimated changes that would occur by implementing and expanding evidence-based interventions and other interventions for which there is more anecdotal support. Scenario 1 interventions are those which are either based on official recommendations or for which there is a clear evidence base. Scenario 2 interventions include those where the evidence base regarding effectiveness is weaker.

For some disorders no such interventions could feasibly be modelled. To inform this component we conducted interviews with people from key mental health organisations and also asked organisations to contact us with their views as to the direction that mental health services should take in the future. In the event, most of the intervention modelling was based on interventions for which reasonably strong evidence already exists, with the consultative process serving to identify areas which require further analysis. Appendix 1 (see pp 127–128) provides details of the interviews and feedback received.

3

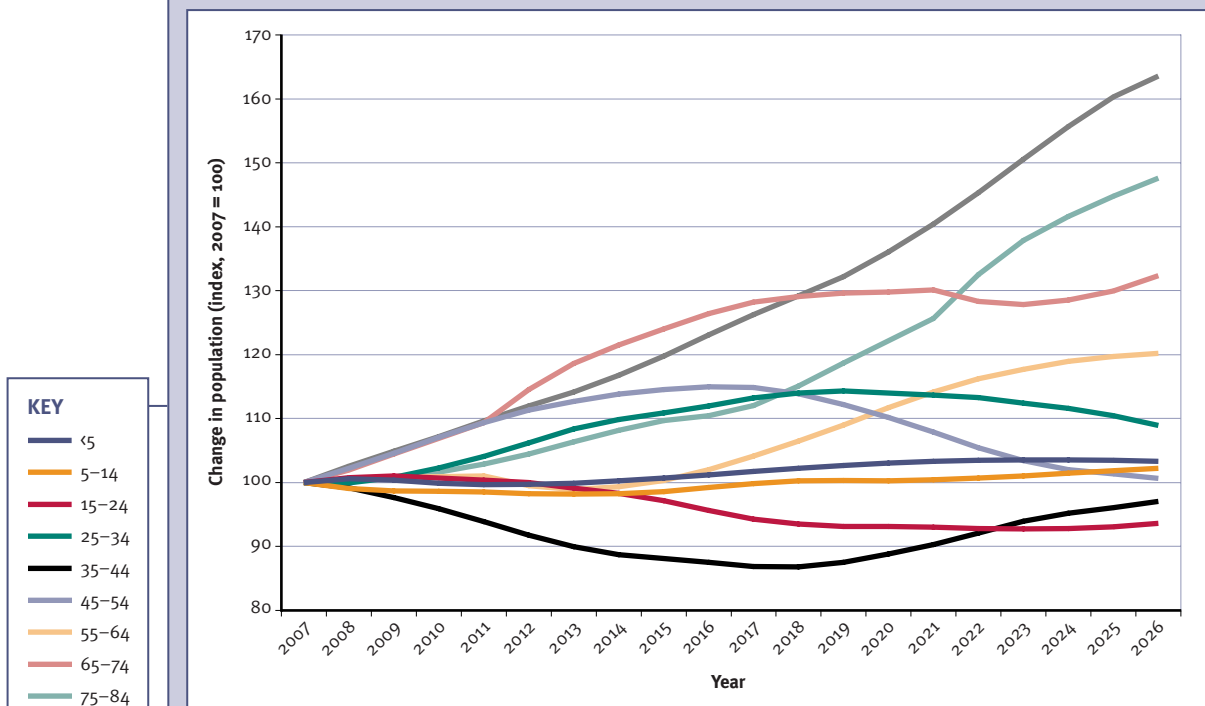
Projected demographic change in England, 2007–2026

Projecting mental health need is clearly dependent on demographic change. The Government Actuary’s Department (GAD) produces population projections for England by age and gender up to 2074. It is estimated that there are currently 50.80 million people living in England. This number is expected to increase steadily over the next 20 years, reaching 58.68 million by 2026.

It is often stated that the population is becoming relatively older. This is illustrated in Figure 3, which shows that those aged 75 to 84 and 85+ are increasing in number at a greater rate than those in other age groups. There is projected to be a decline in those aged 15 to 24 over time. Figure 3 is interesting in that it indicates a non-linear rate of change in some age groups. For example, we see growth in those aged 45–54 until around 2016 and then a decrease, whilst the opposite applies to those aged 35–44.

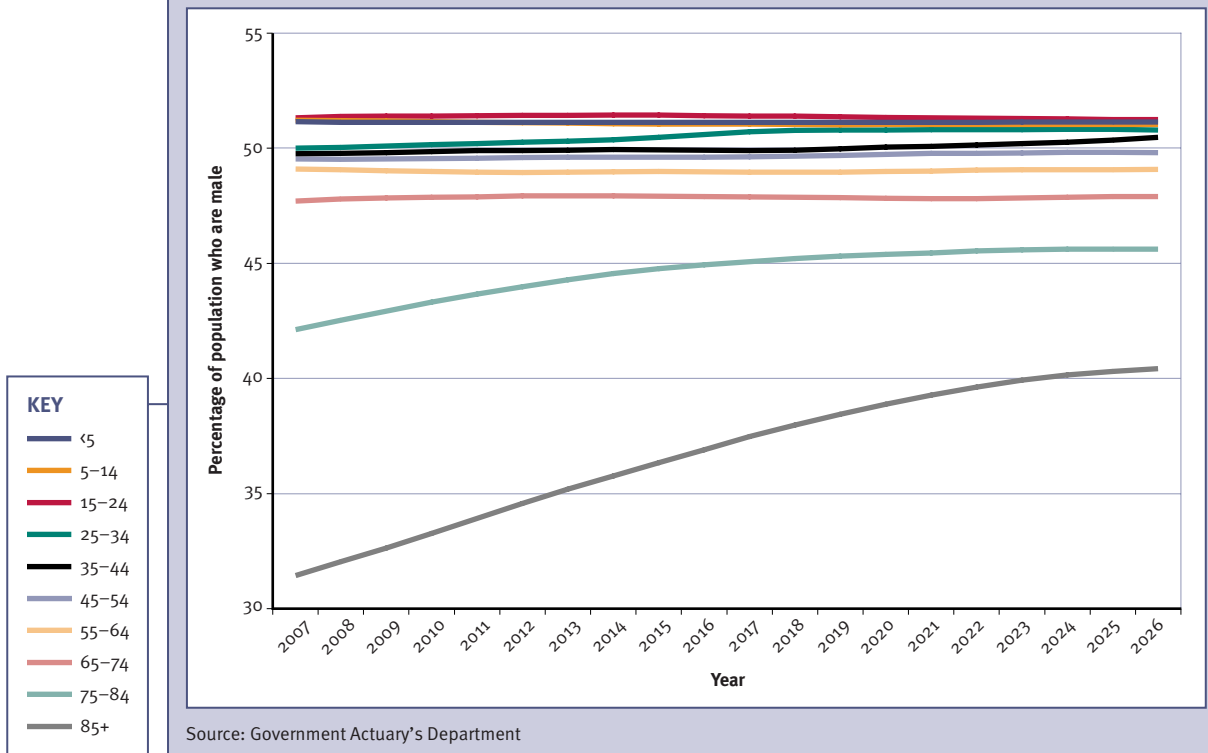
The gender distribution for most age groups is fairly even, but currently men account for only 31 per cent of all people aged 85 and over and 42 per cent of those aged 75 to 84

3 CHANGE IN NUMBER OF PEOPLE IN ENGLAND BY AGE GROUP, 2007 TO 2026

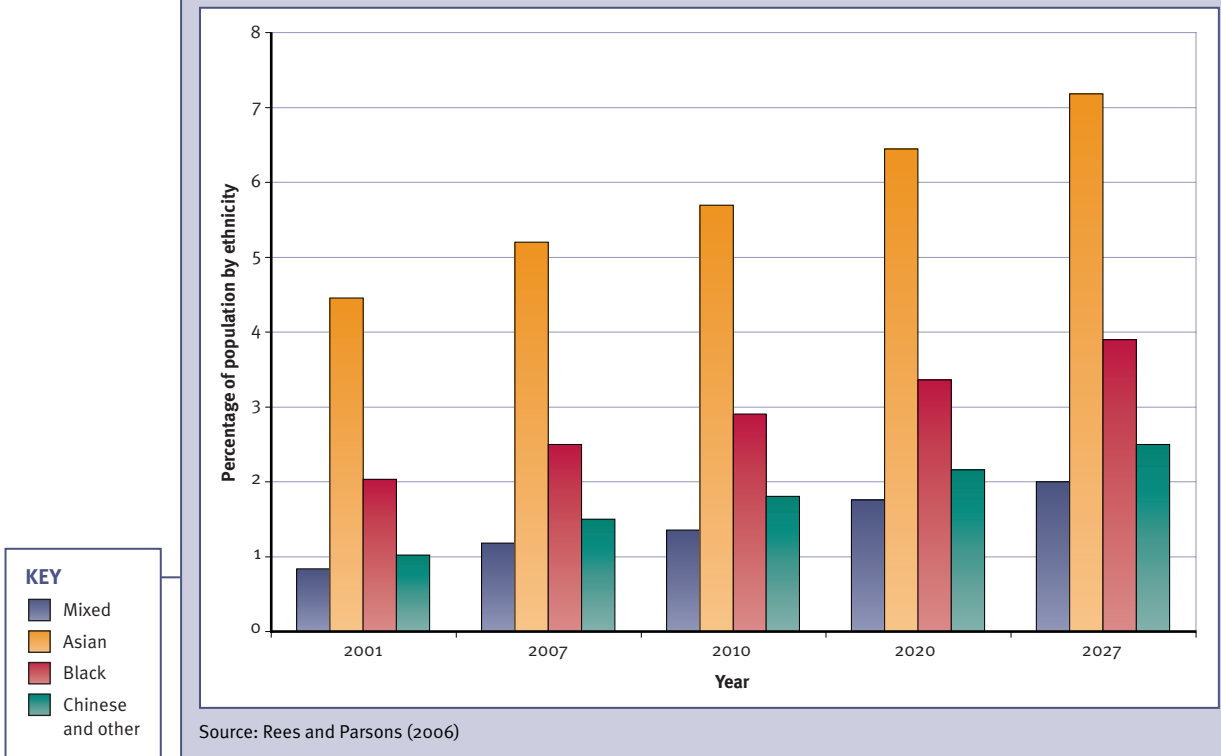


Source: Government Actuary’s Department

4 PROPORTION OF POPULATION WHO ARE MALE IN ENGLAND, 2007 TO 2026



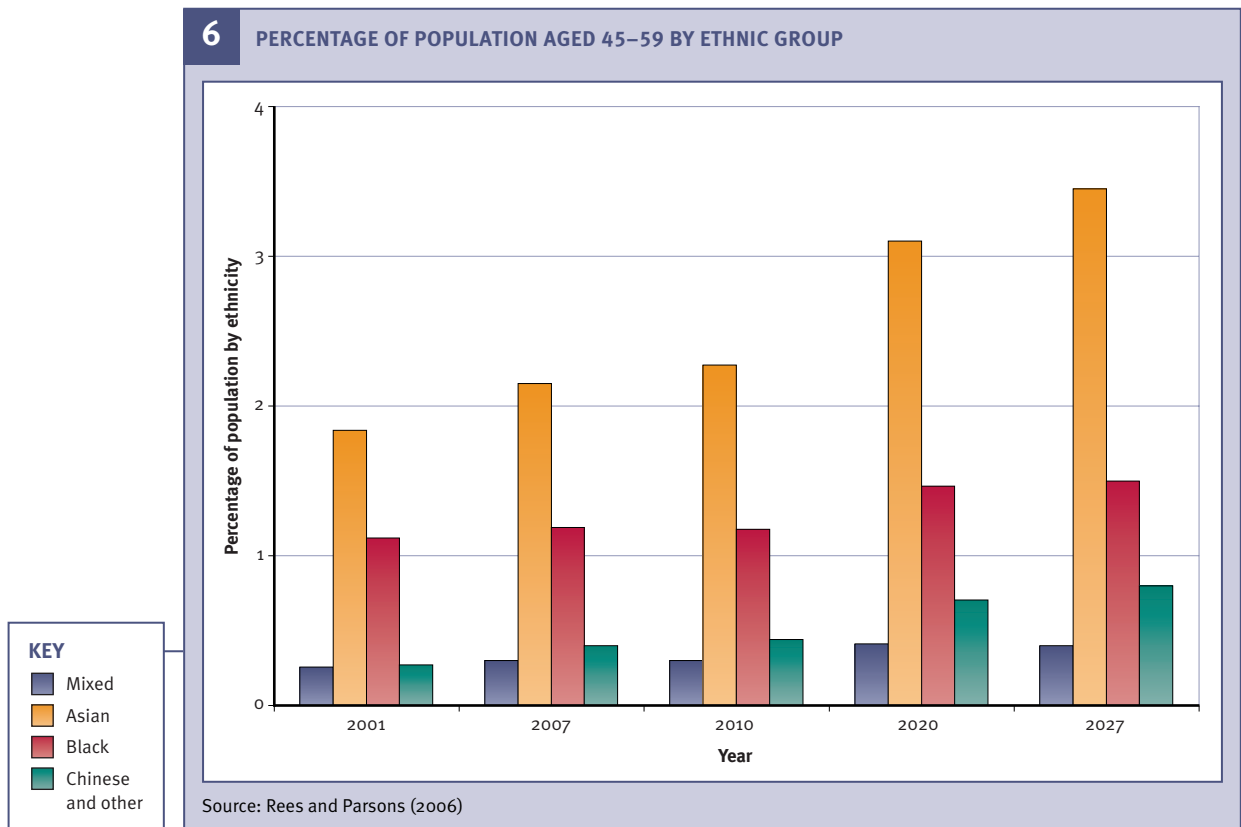
5 PERCENTAGE OF POPULATION AGED 16-44 BY ETHNIC GROUP

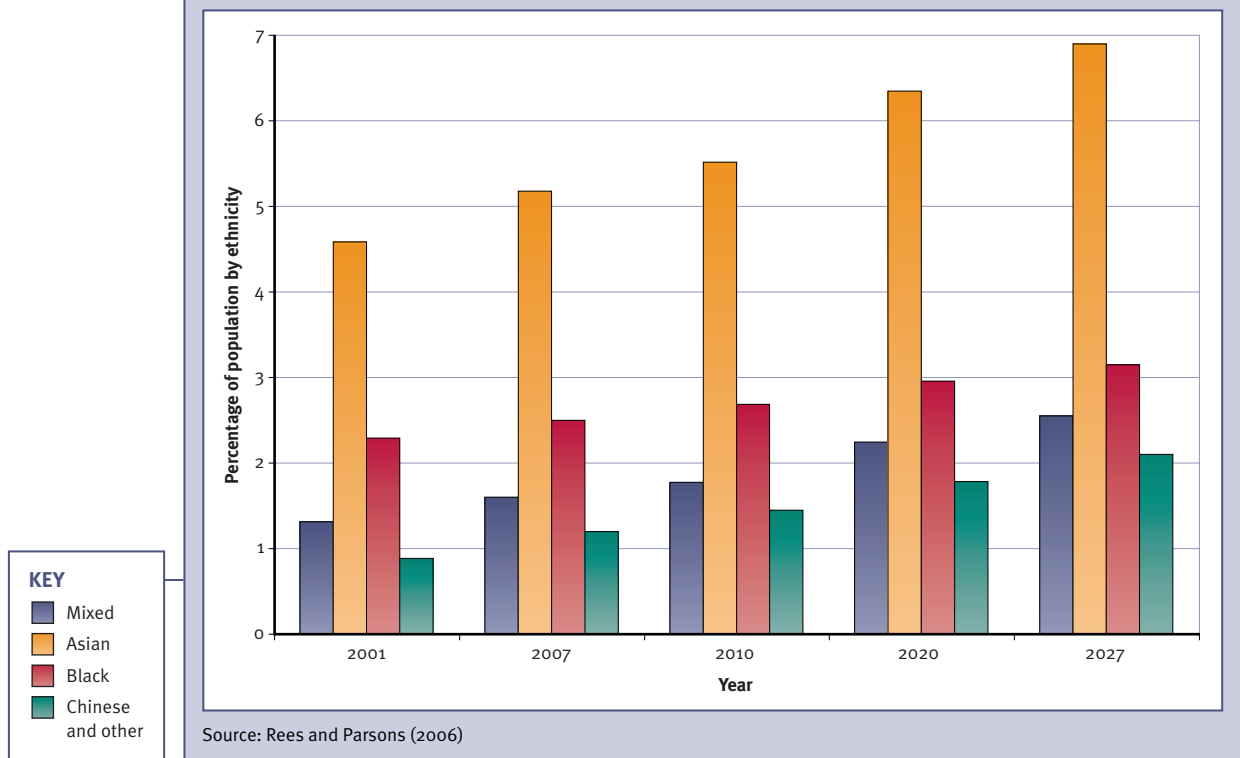


(see Figure 4, opposite). Over the next 20 years this difference is expected to narrow, probably due in particular to improved health in men.

Population projections by ethnic group

The GAD figures do not contain projections by ethnic group. However, data were available from a report produced for the Joseph Rowntree Foundation (Rees and Parsons 2006). These data relate to the years 2001, 2010 and 2020 and therefore we made linear interpolations for the years between 2007 and 2026 for use in this report. Figures 5–7 (see pp 12–14) show increases in the proportion of the population for black and minority ethnic groups for which data are available, and for each age group. The absolute numbers are relatively small, and those from a white ethnic background account for 79.9 per cent of those aged 15 and over. This is projected to decrease slightly by 2026 to 78.9 per cent.





Summary

We have seen from this chapter that the next 20 years will see clear, but not always large, changes in the demographic make-up of England. In particular there will be an increase in the proportion of the population aged 75 and over and those from black and minority ethnic groups.

4

Depression

SUMMARY

A substantial number of people in England have depression, resulting in considerable service and societal costs. Although costs are projected to increase over the next 20 years, most of this increase is due to changes in the real price of health and social care. It has been shown that around one-third of people with depression are not in receipt of services. Of those with moderate to severe depression who are in contact with services one-third do not receive medication or psychological therapy. Provision of both of these forms of care would increase service costs and in the case of medication these costs would be offset by reduced cost of lost employment. This is to some extent also the case with psychological therapy, but if real earnings increase at a lower rate than real health and social care prices these savings would fall over time and could even disappear.

Key points

- The prevalence of depression ranges between 29–42 per 1,000 people.
- 2007 figures estimated that 1.24 million people had depression and it is projected that by 2026 this will reach 1.45 million due to demographic changes.
- 65 per cent of working-age adults are in contact with services.
- The average service costs for those in contact with services was £2,085 in 2007, while the average cost of lost employment was £9,311.
- The total cost of services for depression in England in 2007 was estimated to be £1.7 billion. Lost employment brings the total cost to £7.5 billion. By 2026 these figures are projected to be £3 billion and £12.2 billion respectively. Most of this increase is due to expected increases in the cost of services over and above inflation.
- Providing evidence-based treatment to those in contact with services but not receiving such care would increase costs but this will be offset by decreased costs of lost employment. The savings are greatest if medication is used but psychological therapy may be more acceptable to patients.
- If 95 per cent of people with depression were in contact with services, rather than the current 65 per cent, then service costs would currently be £2.3 billion.

Introduction

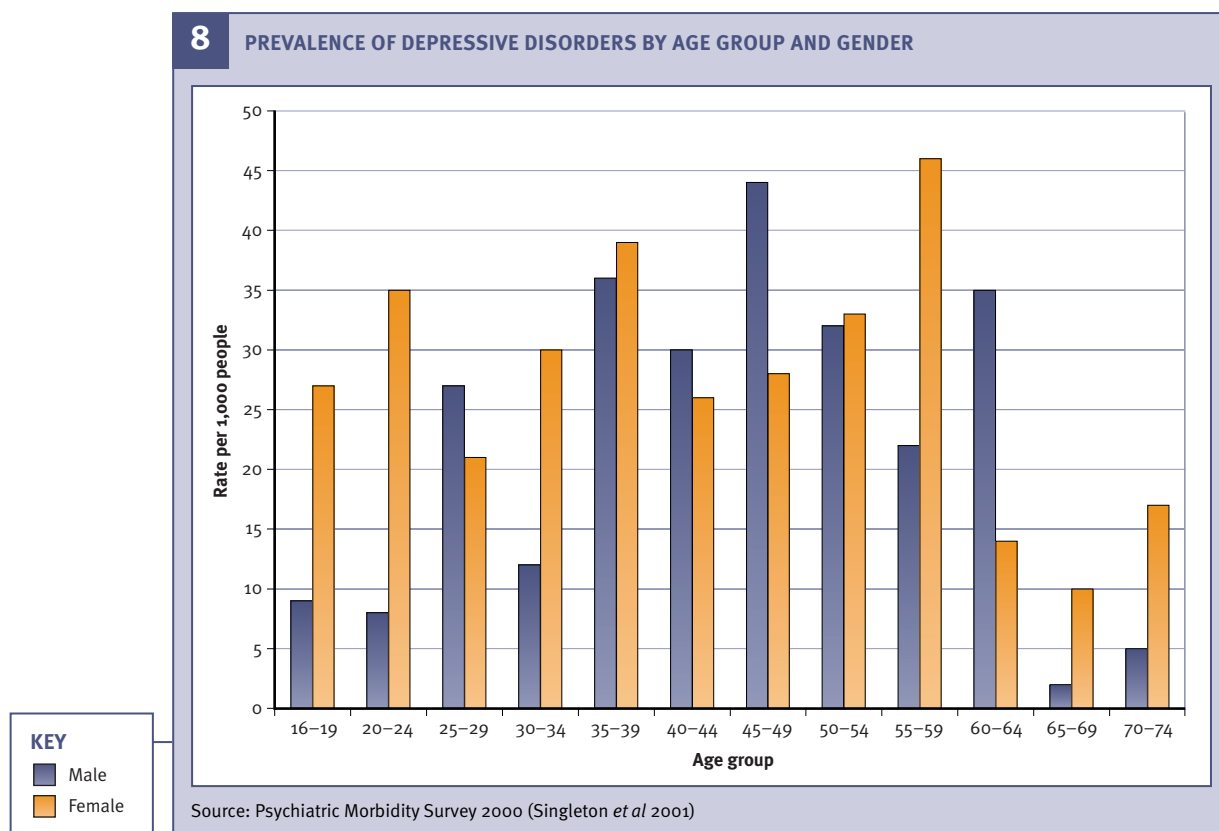
Depression is a relatively common health problem that usually presents in primary care settings (Goldberg and Huxley 1980). However, it often goes undetected. While most people experience symptoms of depression, there are specific tools for identifying ‘caseness’ such as the Beck Depression Inventory and the Hamilton rating scale (Beck *et al* 1996; Hedlung and Vieweg 1979). There is some disagreement regarding the categorisation of depression into different severity levels, but a recent report for the National Institute for

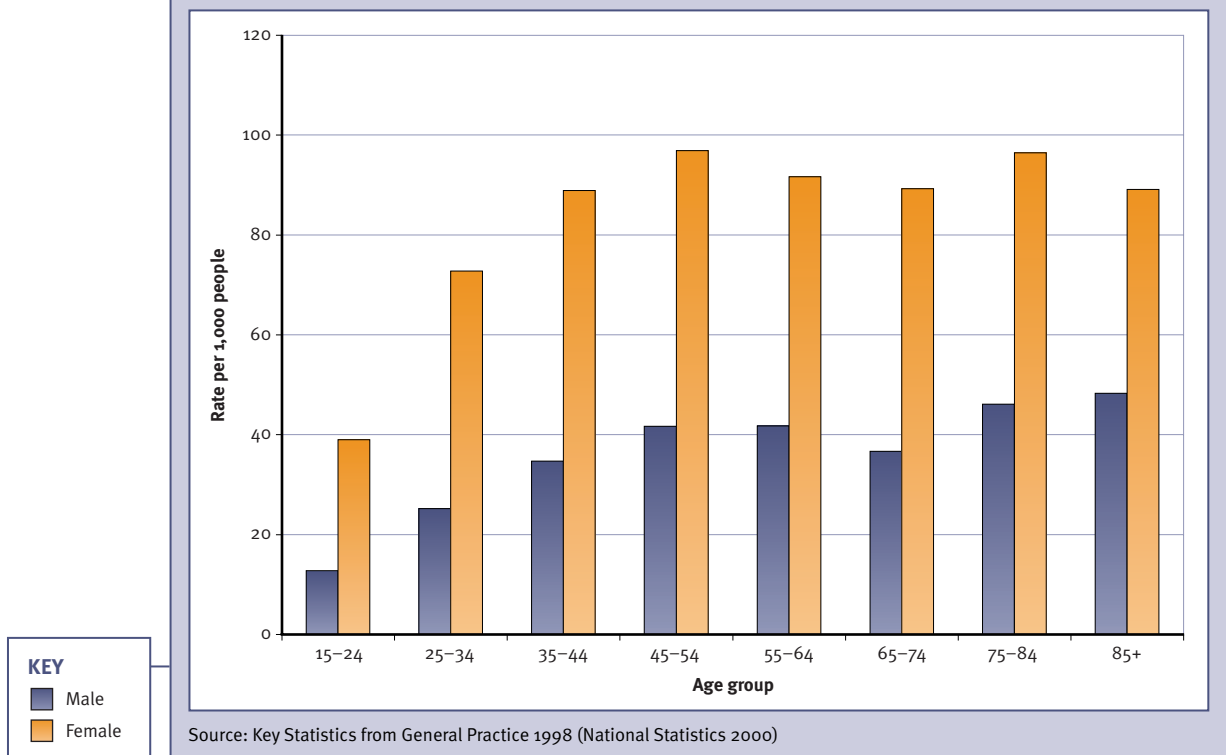
Health and Clinical Excellence (NICE) suggests that mild depression accounts for approximately 70 per cent of cases, moderate depression for 20 per cent and severe depression for 10 per cent (NICE 2004a). Recent reports of increased prescribing of medication for depression has led to discussions about whether depression is increasing or whether it is being over-diagnosed (Parker 2007; Hickie 2007). Current NICE recommendations regarding treatment are summarised in Appendix 2 (see p 128).

Prevalence estimates

The Psychiatric Morbidity Survey (PMS) of adults aged 16–74 conducted in the United Kingdom in 2000 (Singleton *et al* 2001) reported a prevalence rate for depression of 26 per 1,000 people in the population, with a slightly higher rate for women (28 per 1,000) compared to men (23 per 1,000). The distribution of prevalence rates according to age is shown in Figure 8 below. It can be seen that prevalence rates for people aged below 35 are lower than the rates for people aged 35–59. Rates fall noticeably for people aged 65 and over but this may be due to insensitivity of the diagnostic tool used in the survey to detect psychiatric morbidity in older people. A recent report from Age Concern has indicated that rates of depression actually increase with age (Age Concern 2007). The possible under-counting of depression among older adults is dealt with below.

Gender-specific prevalence rates by age group show substantially higher rates for females than males under the age of 25. There are also markedly higher rates for older females compared to older males. Prevalence rates are higher for males than females for those aged 45–49 and 60–64.





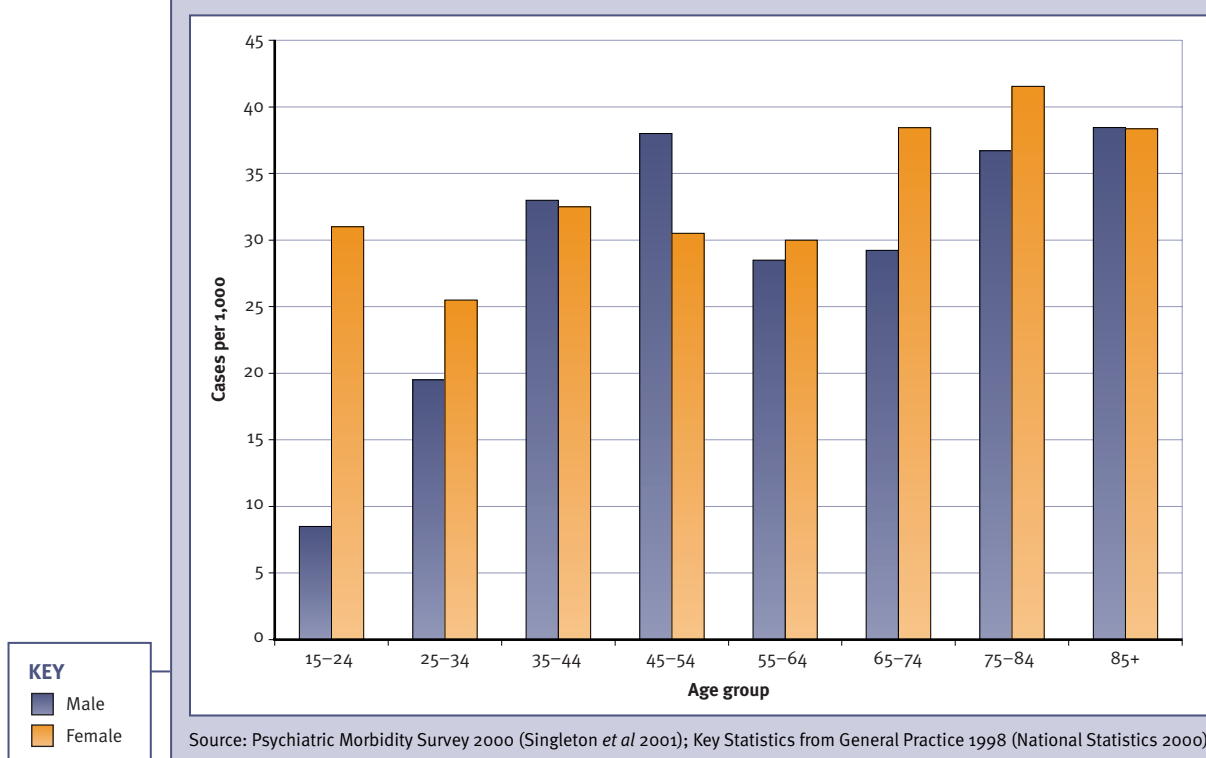
The prevalence rate for people aged under 65 was 30 per 1,000. This is similar to the rate of 28 per 1,000 from the 1993 survey. (There was, though, a larger increase for men than women.) The view of epidemiologists contacted reinforces this finding that the prevalence of depression is relatively stable. The overall prevalence rate of 26 per 1,000 from the 2000 survey is lower than that reported in national surveys from Australia, Germany, the Netherlands and the USA, which all used a different diagnostic tool (Baumeister and Härter 2007).

In order to derive prevalence rates for people aged 75+ (and to obtain more satisfactory rates for those aged 65–74) the review used diagnostic data recorded on patients by general practitioners (National Statistics 2000). Figure 9, above, gives details of these figures for 1998. These figures relate to people who have consulted their GP and been diagnosed with depression (although not necessarily with an instrument such as the CIS-R). The major gender difference in rates reflects the greater likelihood that women will consult their GP.

Prevalence rates from the PMS were calculated for the age groups in the above chart and the ratios between the PMS and general practice prevalence estimates were calculated.

The average ratio for the four age groups was then used to adjust the prevalence rates for the 65–74, 75–84 and 85+ age groups from the general practice data. The resulting prevalence rates, based on the PMS and the general practice data, reveal a slight increase with age (see Figure 10, overleaf). Prevalence rates for older adults (65 and over) have

10 PREVALENCE OF DEPRESSION BY GENDER AND AGE GROUP



been investigated in other studies (Djernes 2006), but with a wide range (23 to 250 per 1,000). Our figures of 29.2 to 41.5 per 1,000 appear reasonably typical of those reported elsewhere and we use these as the basis for our calculations.

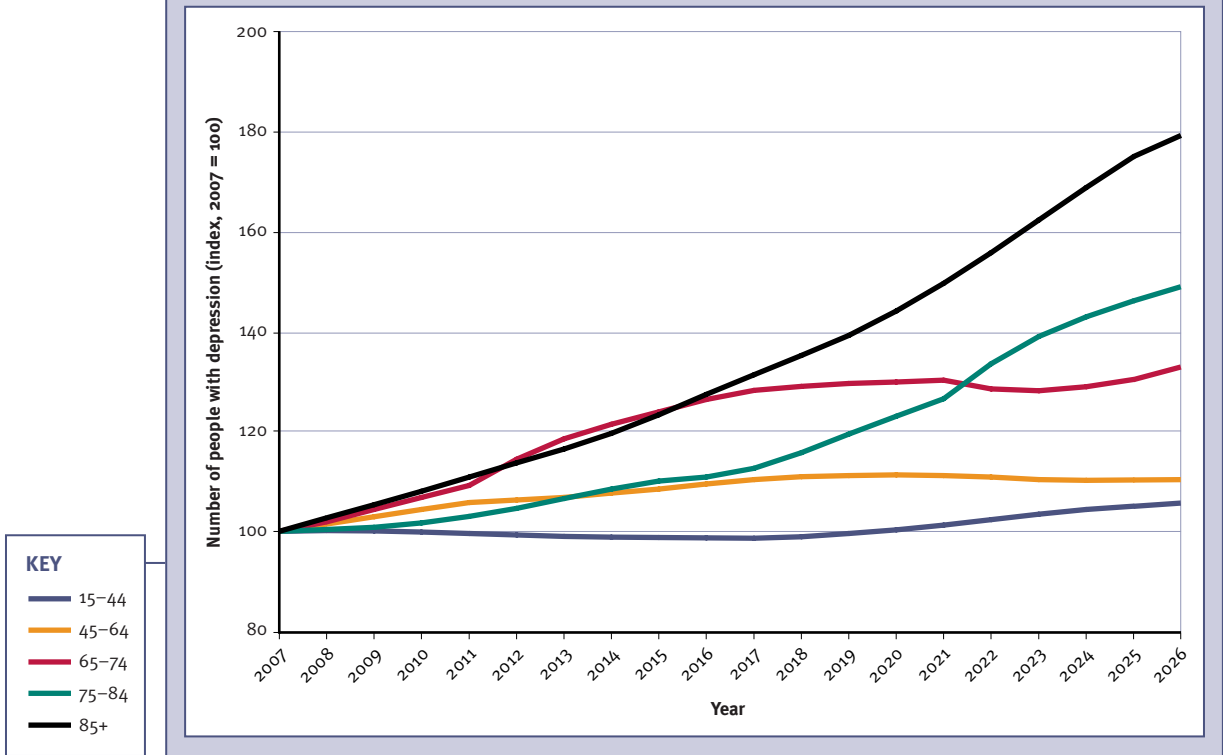
One aspect of depression that we have not addressed specifically is the inter-relationship between depression and physical health problems. Depression may affect the course of a physical illness, but conversely physical illness can lead to more depression. This is important, but we were not able to examine it in great detail. However, the cost data (below) do include elements for services received in respect of physical health needs.

Population estimates

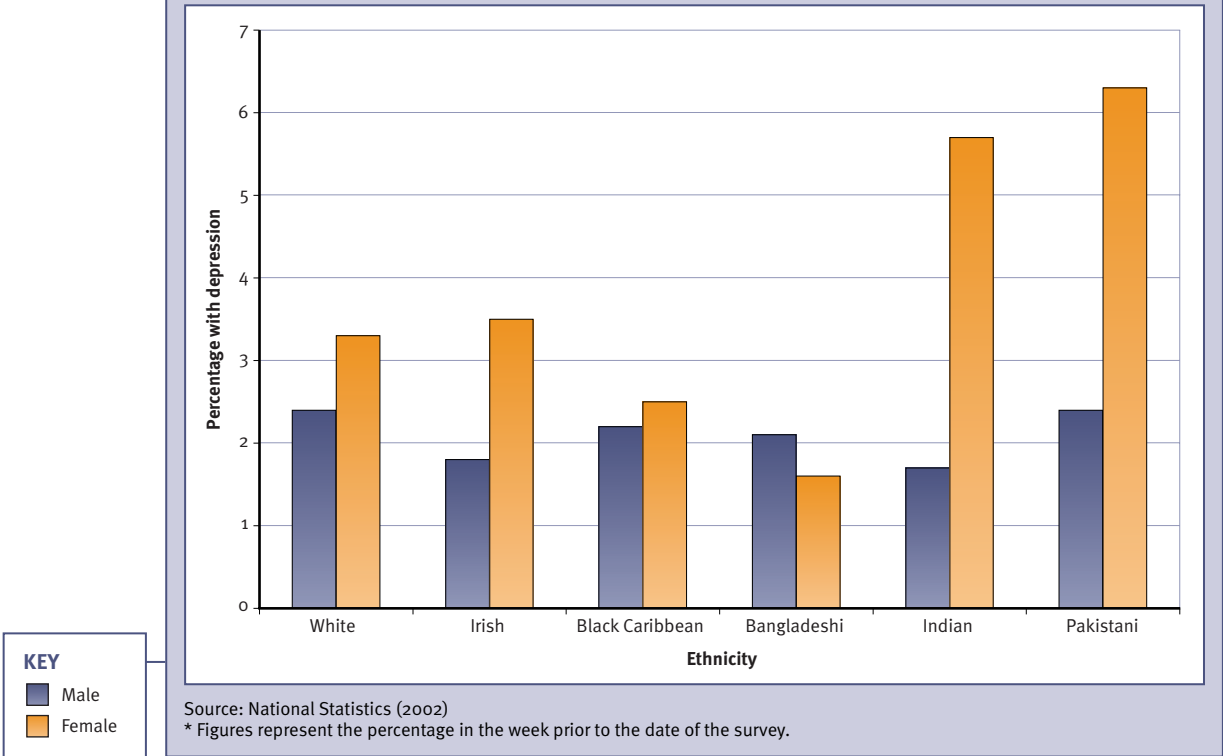
We combined the prevalence rates shown in Figure 10, above, with population estimates for England for 2007 through to 2026 for the age groups used in the subsequent cost estimates. It is estimated that there are 1.24 million people with depression in England, and this is projected to rise to 1.45 million by 2026 – an increase of 17 per cent. From Figure 11, opposite, it can be seen that the rates of change in numbers of cases of depression is not expected to be uniform across age groups. The rate of increase will be highest in the older age groups, with low rates of increase for younger adults. (In fact there is expected to be minimal change in depression numbers for those aged under 45 over the 20-year period.) These trends are entirely due to demographic changes in the population.

As Chapter 3 has shown, there are expected to be changes in the ethnic composition of the population in England between 2007 and 2026. If prevalence rates for depression

11 PROJECTED CHANGE IN NUMBER OF PEOPLE WITH DEPRESSION, 2007 TO 2026



12 PERCENTAGE OF PEOPLE WITH DEPRESSION BY ETHNIC GROUP AND GENDER*



differ according to ethnic group we would expect this to have an impact on the overall number of people with depression. According to the Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates in the Community (EMPIRIC) study, prevalence rates for depression are largely similar across ethnic groups (Sproston and Nazroo 2002). These figures are for cases of depression identified with a survey instrument, and a diagnosis may not actually have been made by a clinician. There are higher rates of depression among Indian and Pakistani women, but lower rates in Black Caribbean and Bangladeshi women (see Figure 12, p 19). Population projections are available for the Asian group as a whole and as such the higher rates for Indian and Pakistani women will be offset to some extent by the lower rate for Bangladeshi women.

Service costs and lost employment

The elements used to estimate total costs for depression were: prescribed drugs, inpatient care, other NHS services, supported accommodation, social services and lost employment. Other costs may also be incurred but we could not quantify them for this review and they would be unlikely to add substantially to the totals here. However, it does need to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

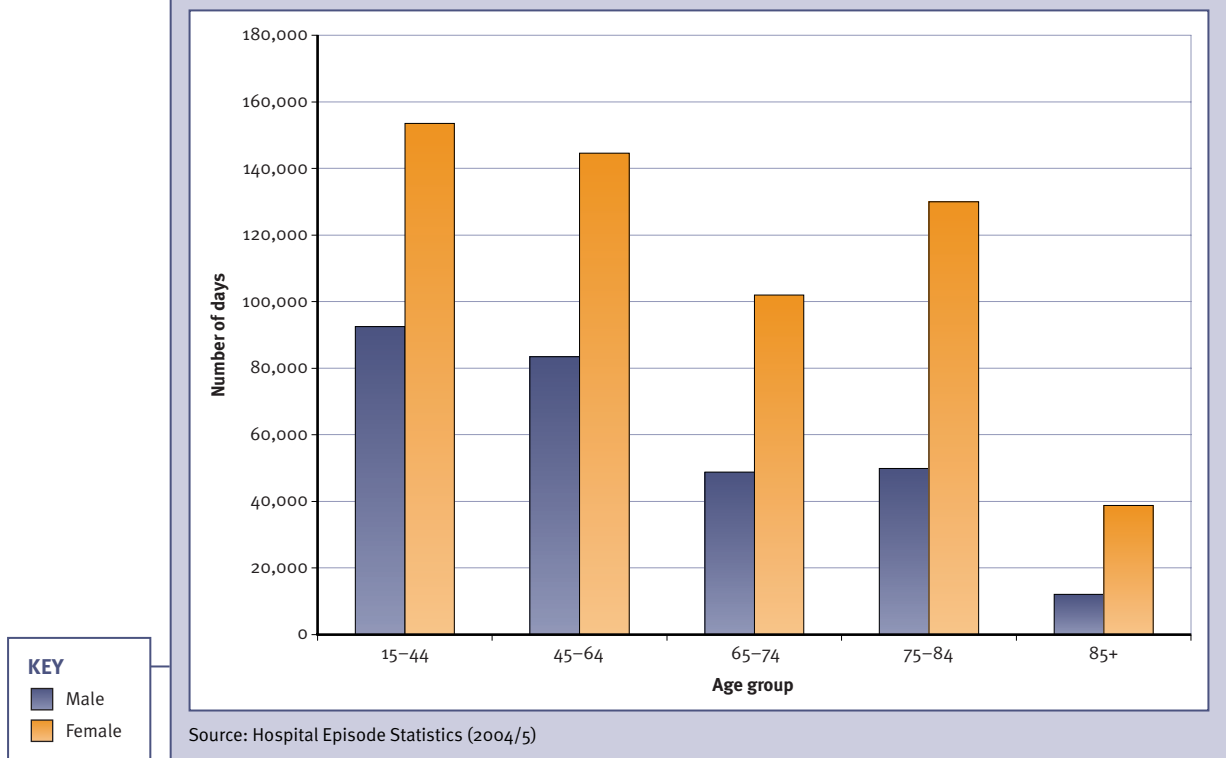
The general method behind the costing approach has been described in Chapter 2. Service use data for people aged under 65 were obtained from the PMS. Exceptions were inpatient data for which we used figures from the Hospital Episode Statistics 2004/5 and use of supported accommodation. Service cost data for older adults were obtained from Livingston *et al* (1997). This was a study estimating the community care costs for 700 people aged 65 and over, 96 of whom had depression (that is, 13.7 per cent). Costs were converted from 1993/4 to 2005/6 prices using appropriate inflation indices (Curtis and Netten 2006).

Data were extracted from the PMS for respondents with severe depressive disorder, moderate depressive disorder and mild depressive disorder. This yielded a total sample of 238 which was divided into gender-specific age bands (16–44, 45–64 and 65–74) to facilitate merging with Hospital Episode Statistics (HES) data. The number of people in each group is shown in Table 4 below. Due to very low numbers in the 65–74 age group,

TABLE 4: NUMBER (%) OF PMS RESPONDENTS WITH DEPRESSION BY GENDER AND AGE

	All with depression		With depression and in contact with services	
	Male	Female	Male	Female
<45	47 (48)	76 (54)	30 (48)	49 (53)
45–64	47 (48)	54 (38)	33 (52)	38 (41)
65–74	3 (3)	11 (8)	0 (0)	5 (5)
Total	97 (100)	141 (100)	63 (100)	92 (100)

13 NUMBER OF PSYCHIATRIC INPATIENT BED DAYS BY AGE AND GENDER, 2004/5



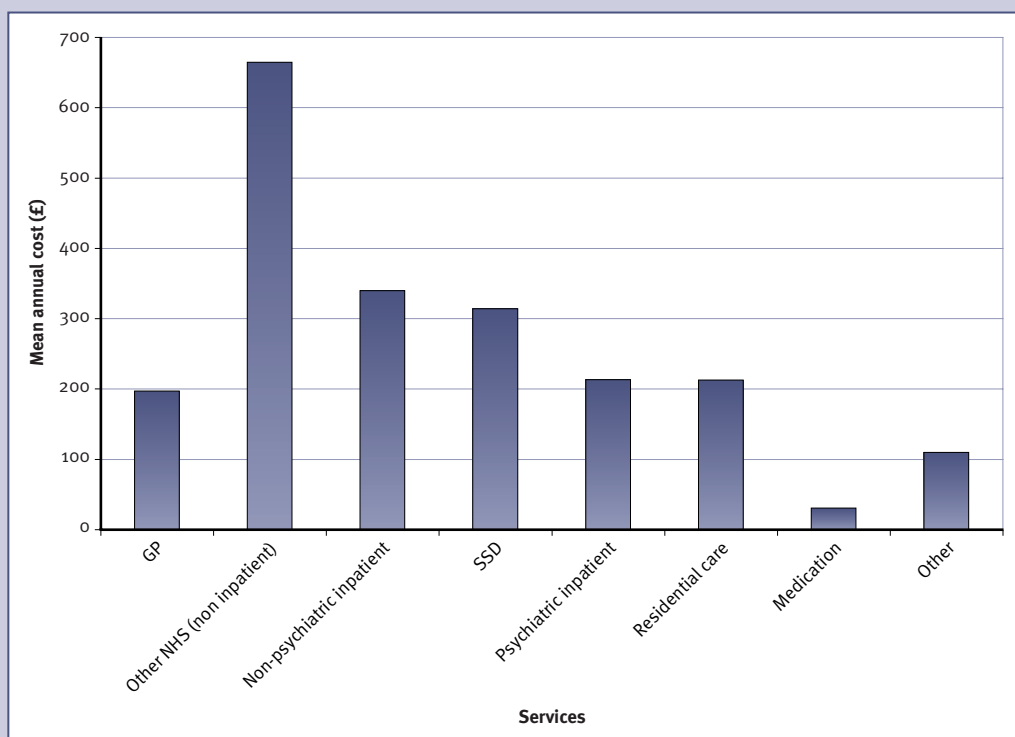
service cost data were taken from the same source as for the 75–84 and 85+ age groups (Livingston *et al* 1997).

Of the 238 people with depression, only 155 (65 per cent) of them were ‘in contact’ (defined as receiving a specific service for mental health problems, including psychotropic medication, or where the GP had diagnosed a mental health problem). Table 4, opposite, shows data on the number of men and women in each age group. For the sake of consistency we have also assumed that 65 per cent of men and women in the 65–74, 75–84 and 85+ age groups are in contact with services.

NHS inpatient data from the HES by age and gender were available for the year 2004/5. The number of inpatient days in that year is shown in Figure 13, above. For each age group, women used substantially more bed days than men.

We derived the number of people in residential care from two sources. For working-age adults we used data produced from a large survey of residential care homes (Lelliott *et al* 1996; Chisholm *et al* 1997). This shows that around between 4–7 per cent of residents had a main diagnosis of depression depending on age and gender. In England in 2006 there were 12,055 people under the age of 65 in supported accommodation of some form, due to mental health problems (Department of Health 2006). The figure of 12,055 was divided by age and gender according to distributions from the above survey and the age- and gender-specific rates applied to derive the number of people in England in residential care with a main diagnosis of depression. The cost of a week in residential care, £281, was derived

14 AVERAGE SERVICE COSTS FOR DEPRESSION, 2005/6



from a range of unit costs reported by Curtis and Netten (2006) and applied to the above numbers after multiplying by 52 to give an annual cost.

In a recent survey of supported accommodation for older adults it has been estimated that 7 per cent have depression (Bowman *et al* 2004). Some of these may have primarily been in residential care for other reasons though, and we have therefore assumed that 3 per cent are in care specifically because of depressive disorder. (Unfortunately there are no data to verify this, but one might expect a small proportion of older people to be in care homes *specifically* because of depression.) There were 200,055 supported care places for older adults in England in 2006 (Department of Health 2006), and therefore we estimated that 6,007 are related to depression. We subdivided this by age and gender and combined it with a unit cost of £521 per week, again derived from Curtis and Netten (2006).

For people with depression who are in contact with services (but not necessarily receiving active treatment), non-inpatient health care, excluding contacts with GPs which is a separate category, was the most expensive care input (see Figure 14, above). This group of services included contacts with psychiatrists, psychologists, other doctors and community mental health nurses. Psychiatric inpatient care had a relatively low cost. Although for those using inpatient care the costs would be high, rates of admission for depression are low. The average service costs in 2007 for people in treatment or where their condition was recognised was £2,085.

15 AVERAGE SERVICE AND TOTAL COSTS FOR DEPRESSION BY AGE GROUP, 2005/6

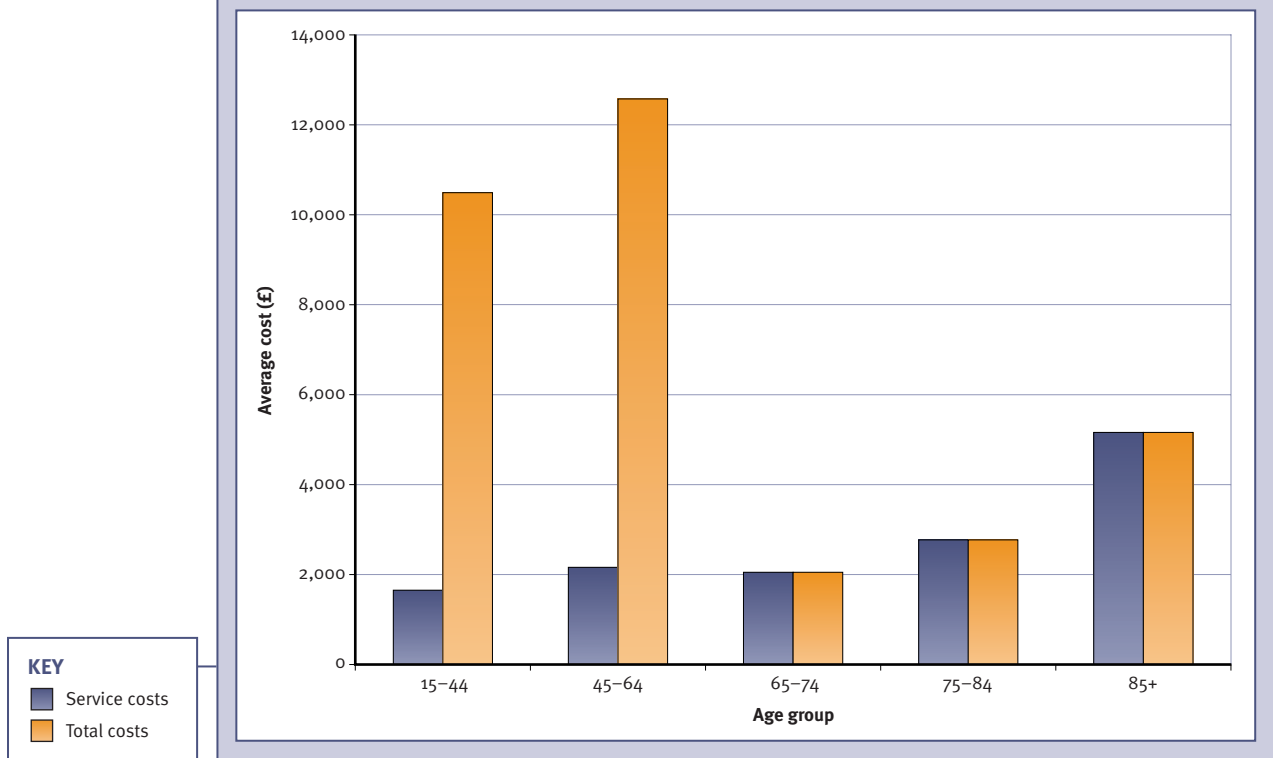


Figure 15, above, shows that average service costs have a tendency to increase with age, with substantially higher costs for those in the oldest age group.

Lost employment costs

The PMS included employment classifications used by the International Labour Organization (employed, unemployed, economically inactive). We computed the percentage of men and women in the <45 and 45–64 age groups who were unemployed or economically inactive at the time of the PMS survey and who had not worked during the previous year for people in contact with services because of depression; not in contact with services even though they had depression; and those without depression. The difference between the two depression groups and the non-depressed groups was used to indicate the ‘excess probability’ of not working due to depression. The average probability for the different age-gender groups was subsequently multiplied by mean annual earnings for men (£30,689) and women (£17,758) in 2006 (National Statistics 2007a). The difference in earnings reflects the greater likelihood that women are engaged in part-time work and earnings inequality. Table 5, overleaf, suggests that having depression results in higher levels of unemployment and economic inactivity than would exist in its absence.

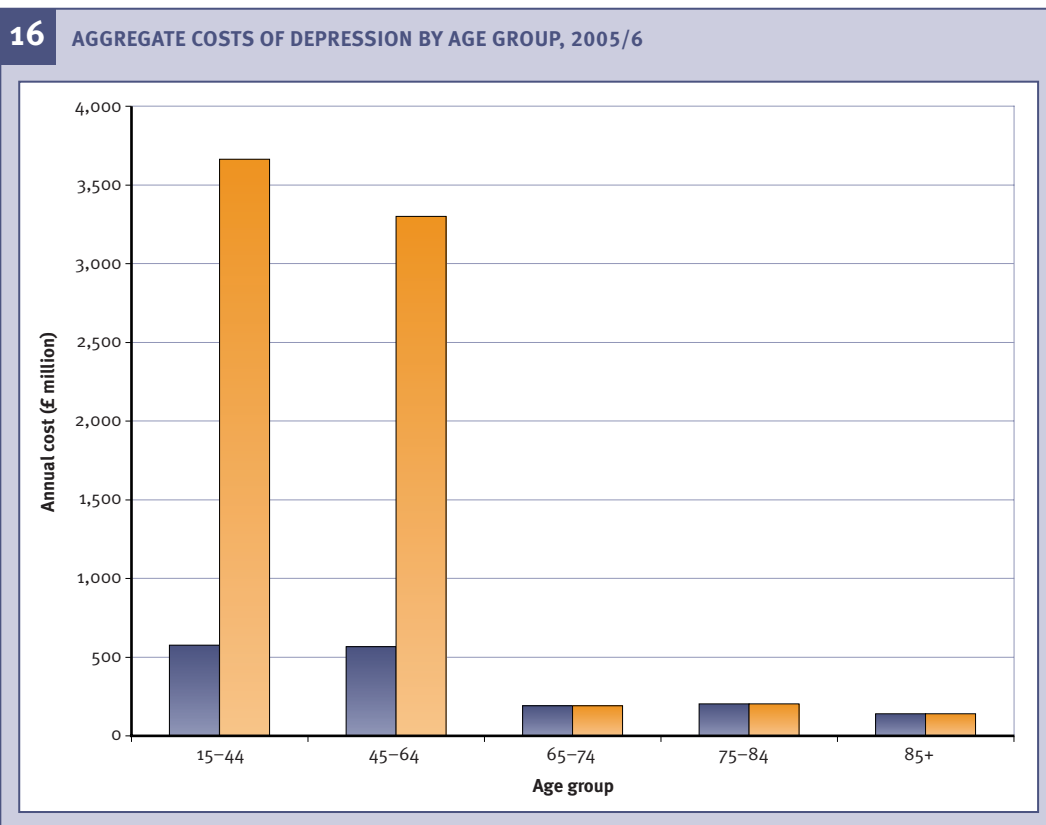
For those people who were unemployed or economically inactive at the time of the survey but who had worked in the previous year, we calculated the mean number of days off work as a proportion of one year, and again the difference between the depressed and non-depressed groups indicated the excess work loss due to depression. This average

TABLE 5: PERCENTAGE OF PEOPLE WITH DEPRESSION WHO ARE UNEMPLOYED OR ECONOMICALLY INACTIVE

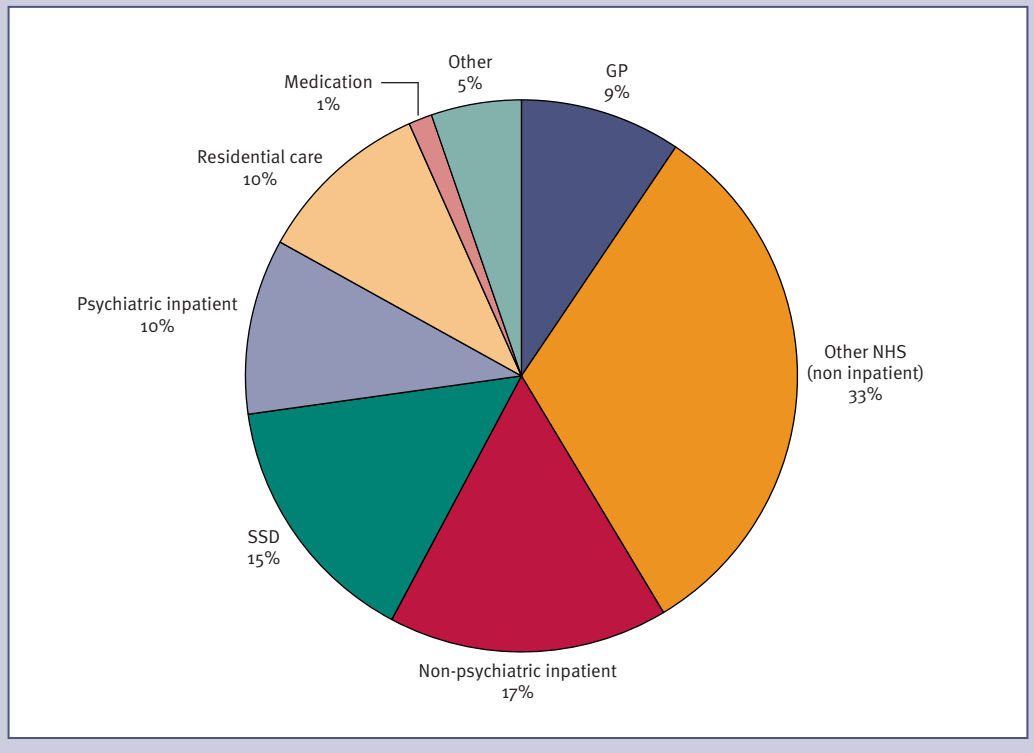
Men	No depression	Depression and in service contact	Depression and not in service contact
<45	11.1	55.1	17.6
45-64	23.9	71.9	71.4
Women	No depression	Depression and in service contact	Depression and not in service contact
<45	23.2	47.9	24
45-64	36.5	60.5	40

Source: Psychiatric Morbidity Survey 2000 (Singleton *et al* 2001)

proportion was multiplied by the above annual amounts. Mean lost employment costs were £7,226 resulting in a total mean cost of £9,311 per year. Total costs (that is, service costs plus lost employment costs) are equal to service costs for those aged 65 and over due to an assumption of no lost working time in the older age groups. (Of course older adults will be affected in other ways, such as loss of independence. While these may have cost implications they have not been estimated here.)



17 DISTRIBUTION OF SERVICE COSTS FOR DEPRESSION



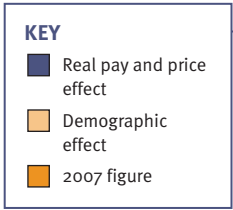
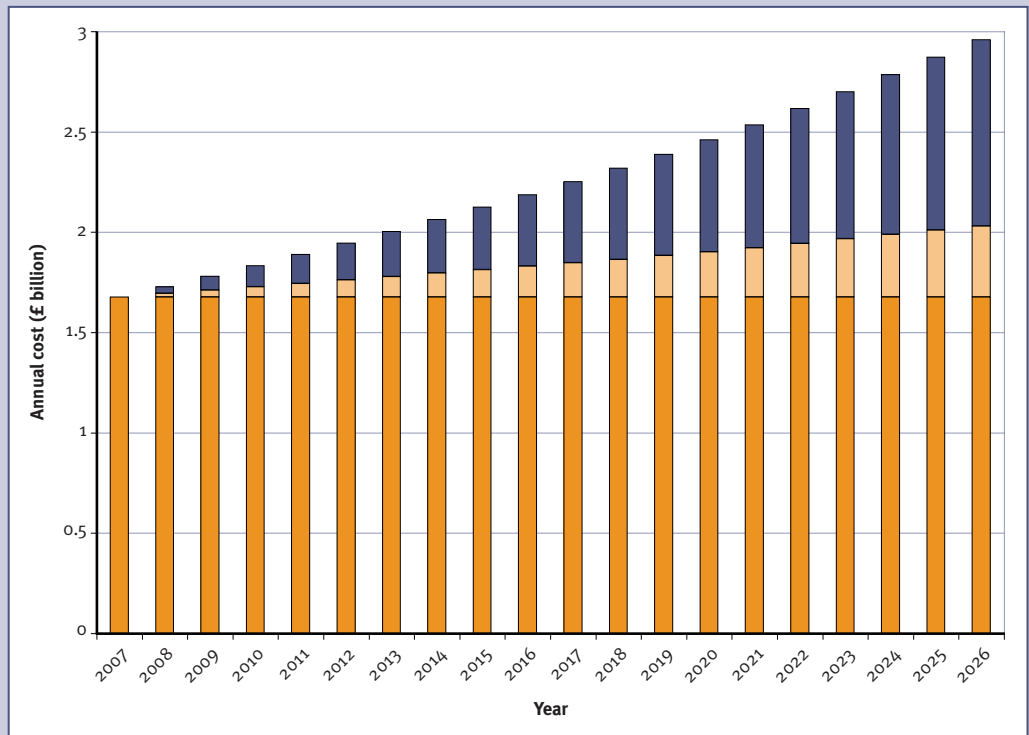
The cost of services for the whole of England in 2007 was approximately £1.7 billion. With the inclusion of lost employment the total comes to £7.5 billion. Figure 16, opposite, shows the overall costs for different age groups, most of which occur for people aged under 65.

Lost employment is estimated to account for 78 per cent of all costs of depression for people in contact with services. (This takes into account the fact that some people even without depression would remain out of work.) Of the service costs, psychiatric inpatient care and residential care together account for 20 per cent of costs (see Figure 17, above). Non-inpatient health care, excluding GP time, accounts for one-third of all costs.

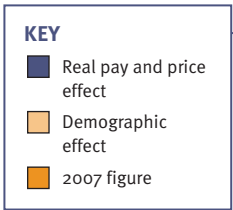
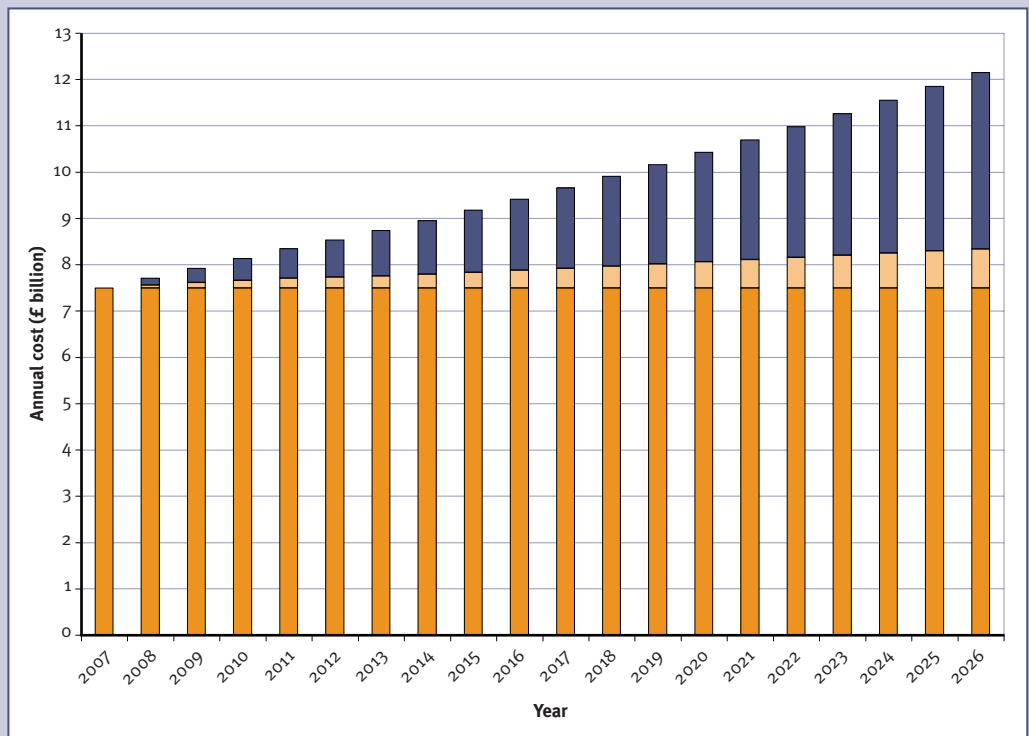
Projected costs

Service costs have been projected up to 2026, and these projections are shown in Figure 18 overleaf. The costs of £1.7 billion in 2007 are projected to increase by 76 per cent to reach £3 billion by 2026. Most of the cost increase is due to the assumption made about increases in the real unit cost of services (that is, over and above inflation). Removing this element shows a more modest increase of 21 per cent. Costs including lost employment are projected to rise from £7.5 billion to £12.2 billion – an increase of 62 per cent (see Figure 19, overleaf), again with most of the increase due to real increases in prices and earnings.

18 PROJECTED SERVICE COSTS FOR DEPRESSION, 2007 TO 2026



19 PROJECTED TOTAL COSTS FOR DEPRESSION, 2007 TO 2026



Scenario modelling

The approach taken towards modelling alternative scenarios has been described in Chapter 2.

Scenario 1 intervention

PHARMACOLOGICAL OR PSYCHOLOGICAL THERAPY FOR PEOPLE WITH MODERATE/SEVERE DEPRESSION

The NICE guidelines focus on appropriate treatment for depression, but do not make clear recommendations about bringing more people with depression into contact with services. The PMS shows that 65 per cent of respondents with depression (equivalent to 805,504 people in England) were in contact with services. Of these, 76.8 per cent (618,627) have moderate or severe depression and should be in receipt of an active treatment, whether pharmacological or psychological. However, only 57.1 per cent of these were in receipt of anti-depressant medication and 35.2 per cent receive some form of psychological therapy (see Table 6, below). One-third of patients with moderate or severe depression (213,426) were estimated to not receive any active treatment even though they are in contact with services. For moderate/severe depression cognitive behavioural therapy (CBT) is recommended by NICE for those not responding to antidepressants, yet only 2.5 per cent receive this intervention.

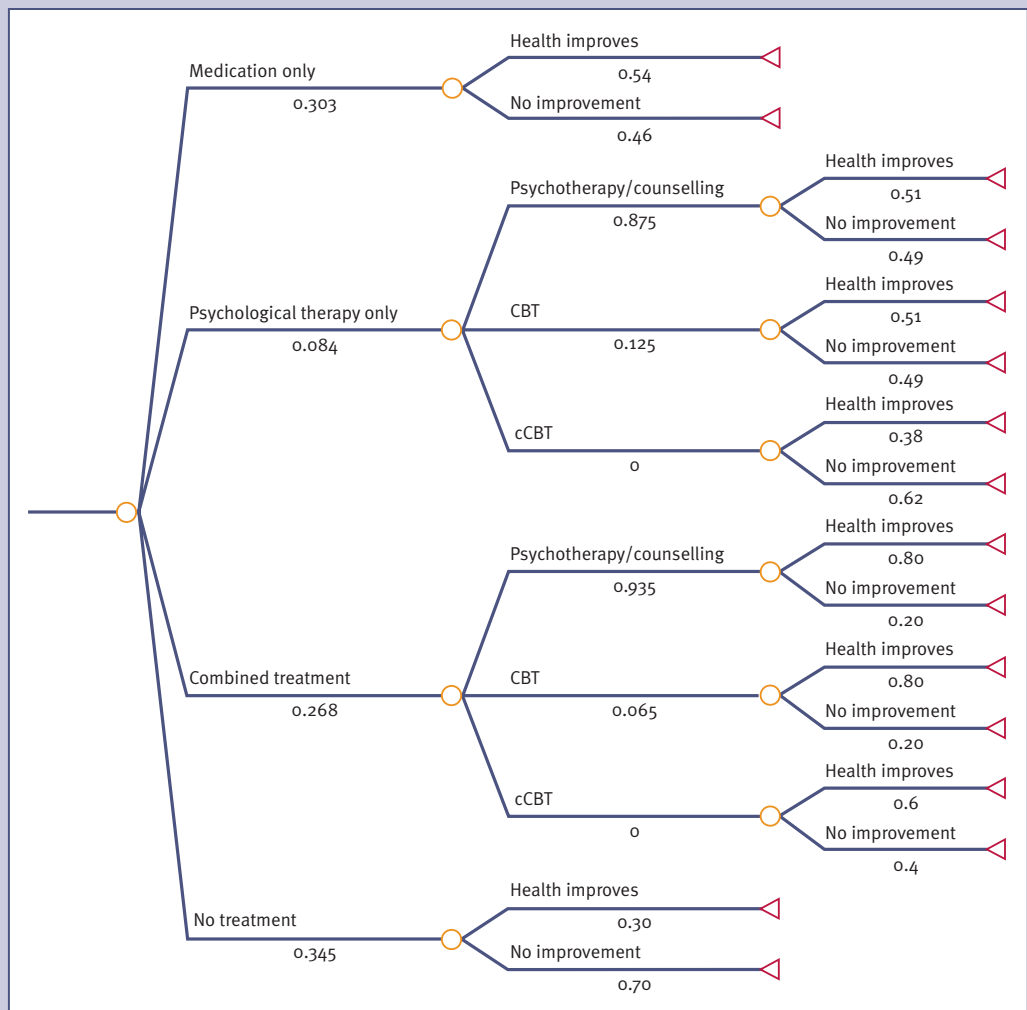
Providing evidence-based treatment for the extra 213,426 people with moderate/severe depression would clearly have cost implications in terms of service use, but economic benefits would occur if improvements following treatment led to increased employment (and reduced future service use, although data are not available regarding this). To assess the economic implications of treating these people we developed a decision model (see Figure 20, overleaf). The model assumes that those in contact with services either receive medication only, psychological therapy only, combined medication and psychological therapy, or are not treated. The probabilities of these and the type of psychological therapy received are shown in the model and correspond to the data in Table 6. (Probabilities are similar to percentages – for example, a probability of 0.03 is equal to a 3 per cent likelihood of an event occurring.)

TABLE 6: RECEIPT OF PHARMACOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL TREATMENT BY PEOPLE WITH MODERATE OR SEVERE DEPRESSION IN CONTACT WITH SERVICES

Treatment	% of moderate/severe patients
Anti-depressant medication	57.1%
Anti-depressant medication only	30.3%
Psychotherapy, psychoanalysis, individual or group therapy	12.6%
Cognitive or behaviour therapy	2.5%
Counselling	17.6%
Other therapy	2.5%
Psychological therapy only	8.4%
Medication and therapy	26.9%
No active treatment	34.5%

Source: Singleton *et al* (2001)

20 DECISION MODEL OF COSTS OF REDUCING NON-TREATMENT AMONG PEOPLE WITH DEPRESSION IN CONTACT WITH SERVICES



It can be seen that computer-delivered CBT (cCBT) is included in the model although none in the PMS sample was using this. It has been included so that in future analyses the impact of expanding this form of care may be assessed. Even though we have assumed a zero probability of its use we have included an estimate of it being three-quarters as effective as face-to-face therapy.

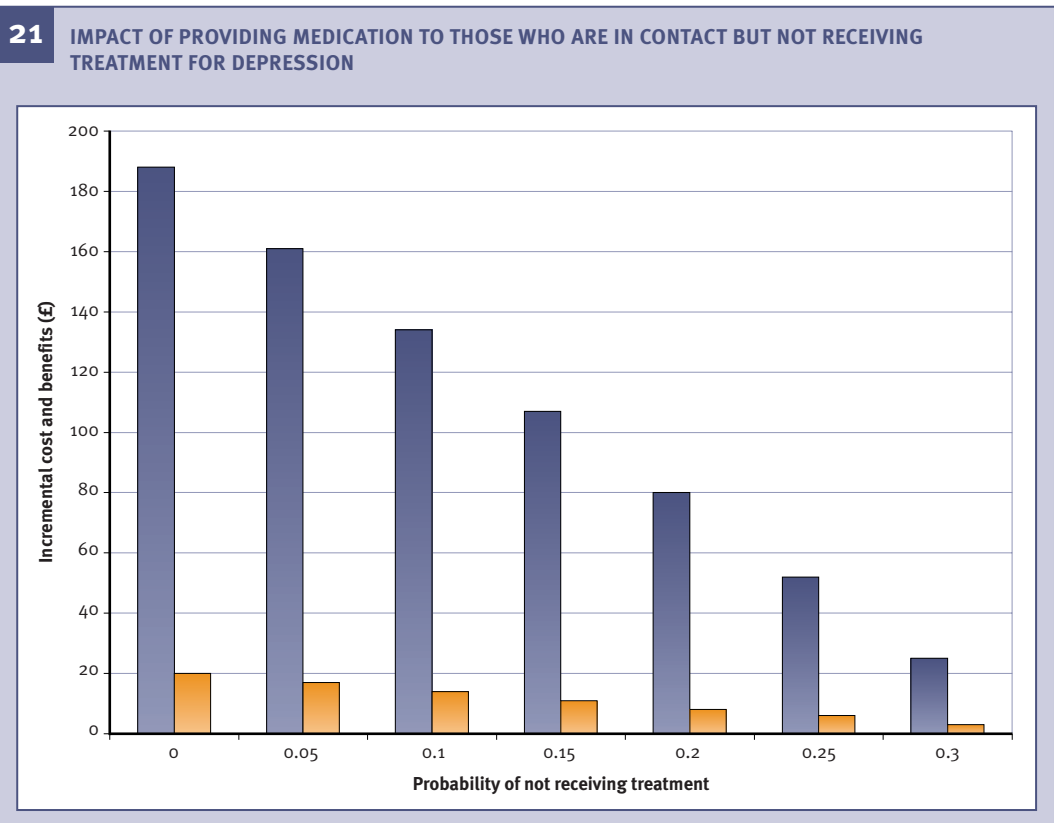
Following on from each of the alternative treatment options there is a probability of health improving or not improving. The data for these parameters were obtained from a recent review by Petersen (2006) which reports response rates for patients receiving drug therapy alone of 53–55 per cent; for psychological therapy alone of 50–52 per cent; and for combined therapy of 75–85 per cent. The probability of health improvements in the untreated group (0.3) was taken from work by Layard *et al* (2006) which assessed the cost benefits of increasing the provision of cognitive behavioural therapy.

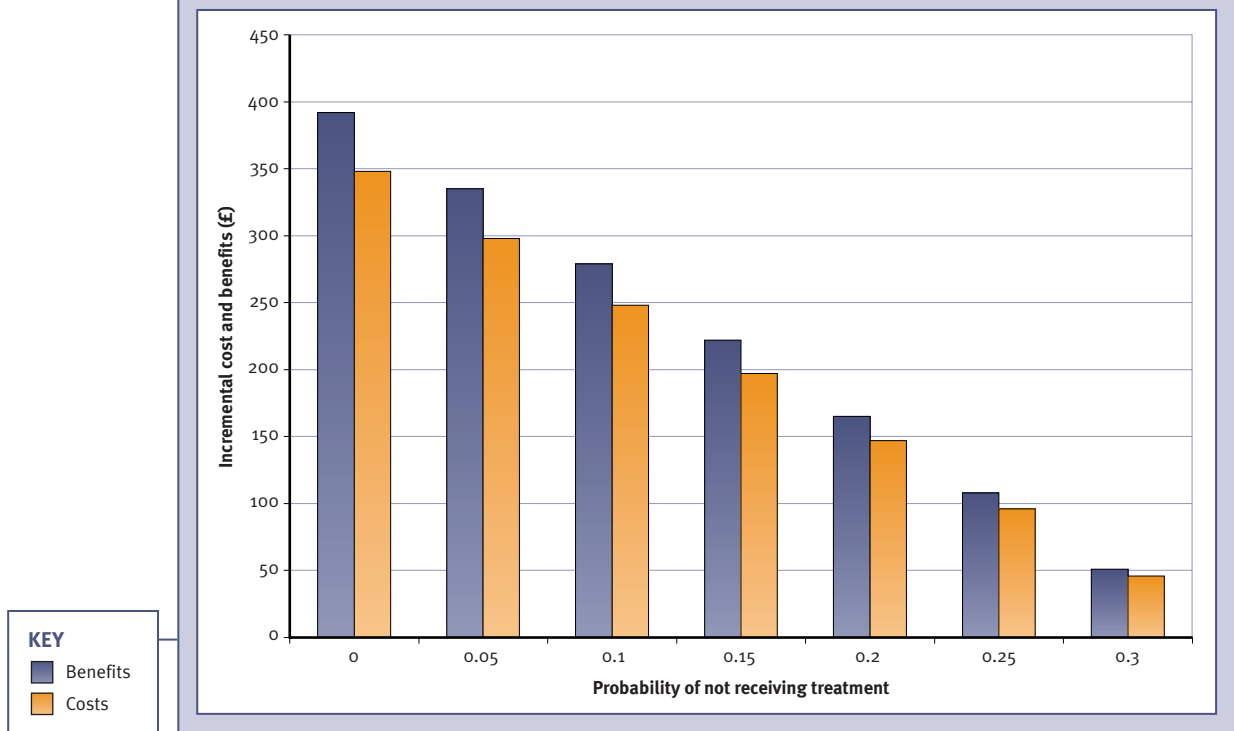
The Layard *et al* study estimated that for every month of health improvement there would be a corresponding gain of 0.14 months in employment. In our model there will be a delay before employment is regained corresponding to the approximate length of therapy (typically four months). Using an average monthly wage of £2,025, the employment gain following health improvement is £2,025 x 8 months x 0.14 = £2,268.

The following assumptions were made regarding the costs of different treatments:

- a course of CBT consists of 10 one-hour sessions over four months
- CBT is delivered by a psychologist with a cost per hour of £66 (Curtis and Netten 2006) – total cost £660
- a course of counselling consists of nine one-hour sessions (Simpson *et al* 2000)
- counsellors cost £48 per hour (Curtis and Netten 2006) – total cost £432
- a course of psychotherapy consist of 26 one-hour sessions
- psychotherapy is delivered by a psychologist with a cost per hour of £66 (Curtis and Netten 2006) – total cost £1,716
- weighted cost of counselling/psychotherapy = £971
- annual course of medication = £56.34 (based on British National Formulary data).

The decision model allowed us to estimate the expected service costs given the above probabilities and treatment costs and also the expected benefits in terms of employment gains. In the base-case model (which represents the current situation) the expected costs are £365 per year and the expected benefits through the impact on employment are £1,189. Therefore, for those in contact with services the benefits in terms of employment outweigh the costs of treatment that is assumed to produce those gains.



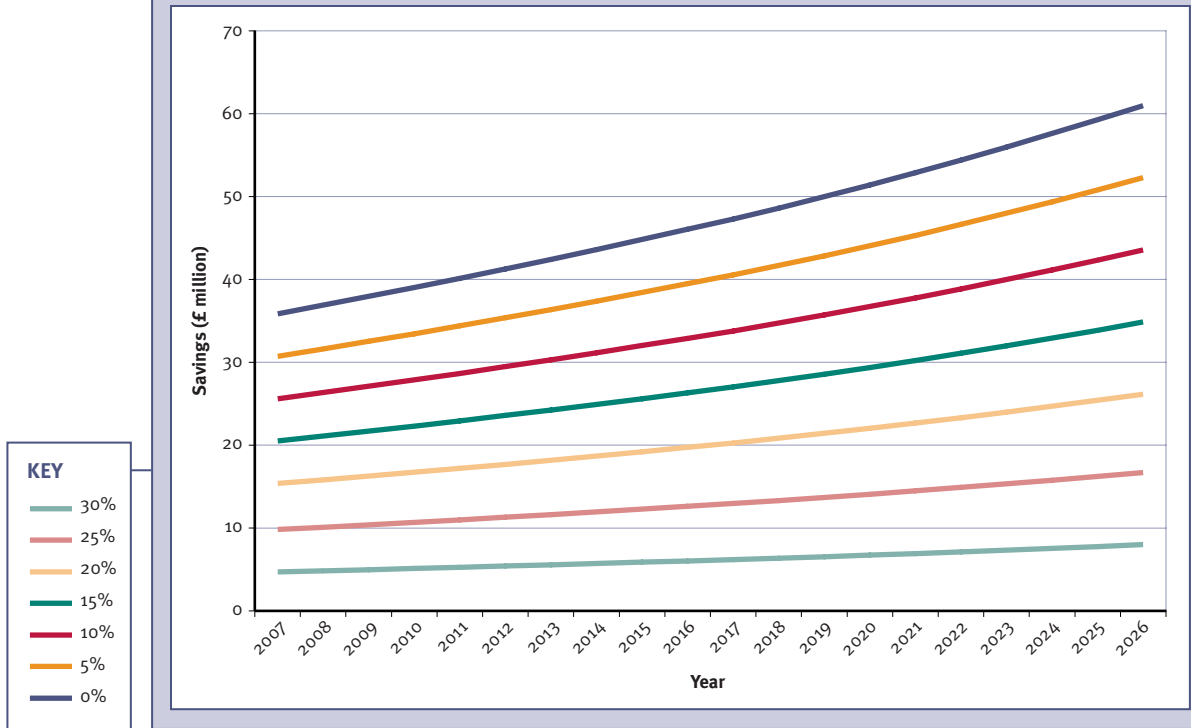


Compared to the current situation, if the percentage of those not receiving treatment falls from 35 per cent towards 0 per cent, and if the extra treatment takes the form of medication only, then there will be increased costs per person. However, these will be exceeded by the gains in terms of extra employment (see Figure 21, p. 29).

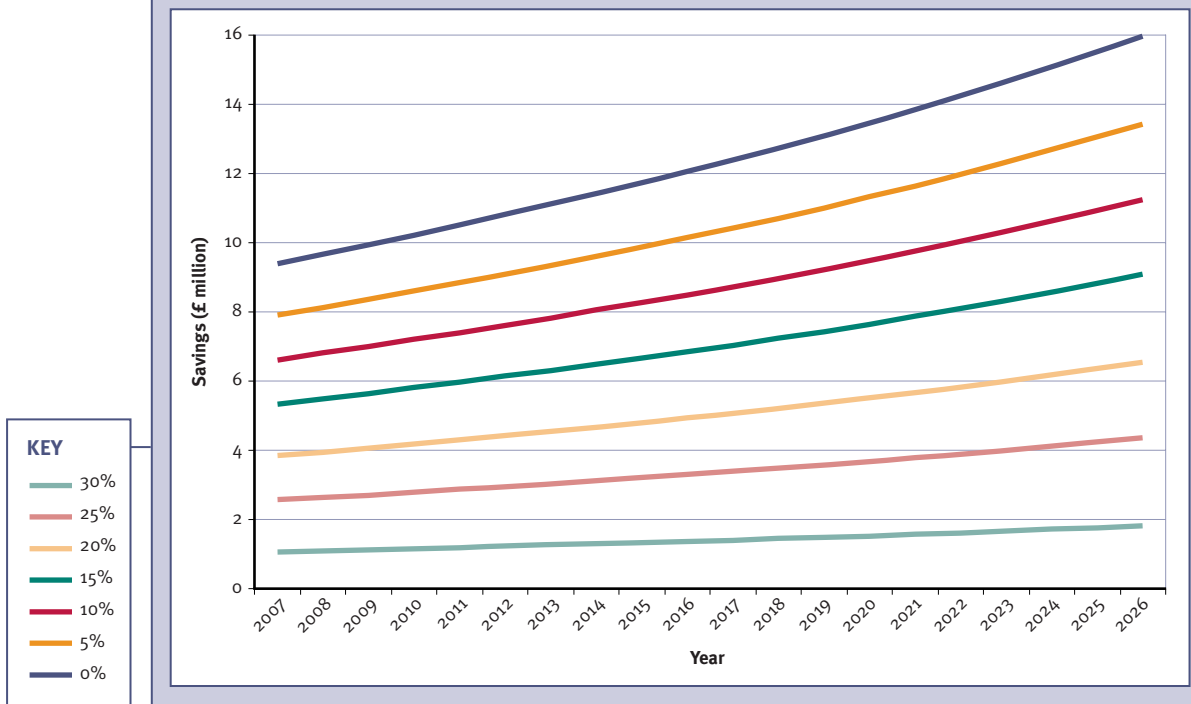
Some patients, however, will not complete their course of medication, partly due to side-effects, and it has been suggested that ‘talking therapies’ are preferred by many (and this is in line with the NICE guidance). Figure 22, above, shows the impact on costs and benefits if the 35 per cent of people who do not receive treatment receive combined psychological therapy and medication. Incremental benefits are similar to medication alone, but the extra costs are greater. However, the chart still indicates an excess of benefits over costs. The costs have been estimated assuming that psychologists deliver the therapy. Savings may be greater if other professionals are used.

The total projected impact on costs of providing medication for people in contact with services but not receiving treatment is shown in Figure 23, opposite. (The bottom line shows savings that occur if 30 per cent of ‘suitable’ patients still do not receive appropriate treatment. The higher the line the fewer the patients that remain out of treatment.) Savings occur for all levels of non-treatment (because benefits from employment outweigh extra treatment costs), but are considerably higher if non-treatment equals 0 per cent (that is the highest line). The savings increase over time due to the fact that gains from employment are assumed to rise in real terms by 2 per cent per year as explained in Chapter 2.

23 COST SAVINGS DUE TO PROVIDING MEDICATION FOR THOSE IN CONTACT WITH SERVICES BUT NOT CURRENTLY RECEIVING TREATMENT FOR DEPRESSION



24 COST SAVINGS DUE TO PROVIDING PSYCHOLOGICAL THERAPY AND MEDICATION FOR THOSE IN CONTACT WITH SERVICES BUT NOT CURRENTLY RECEIVING TREATMENT (ASSUMING A 2 PER CENT ANNUAL REAL EARNINGS INCREASE)



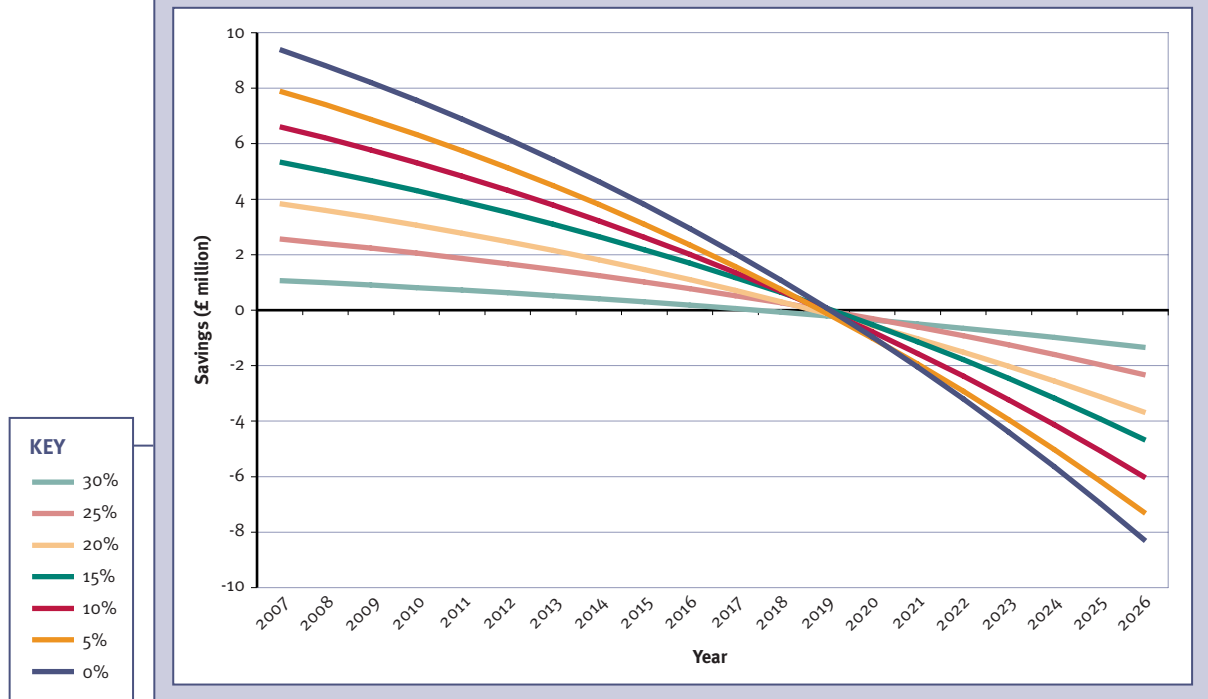


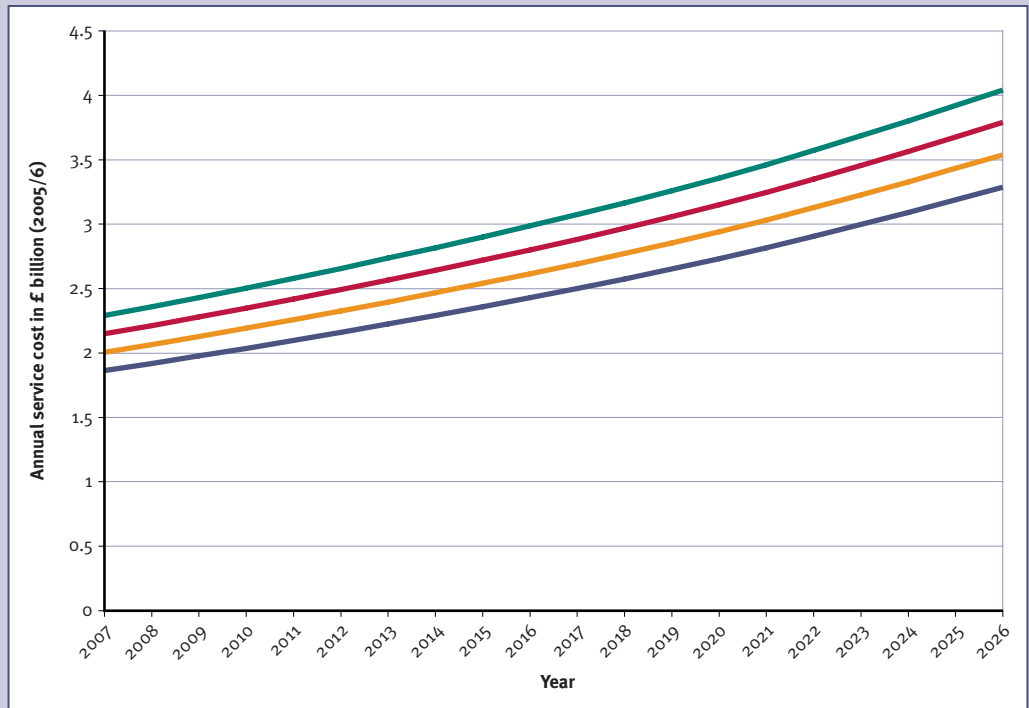
Figure 24 (see p 31) shows the projected savings that would arise if those who are not currently treated receive combined medication and psychological therapy. Savings are less than in the medication-only intervention because the difference between costs and benefits for psychological therapy is relatively small (see Figure 21, p 29). We have assumed, in line with work carried out by the Personal Social Services Research Unit (PSSRU), that real health care prices and earnings increase by 2 per cent per year. However, if the increase is only 1 per cent then the employment gains are not sufficient to offset the extra cost of therapy, and savings actually decline over time (see Figure 25, above). At a certain point the extra therapy costs would be greater than the extra employment benefits, resulting in a net loss. This may of course still be acceptable if patient outcomes are sufficiently high.

Scenario 2 intervention

INCREASING THE PROPORTION OF PEOPLE IN CONTACT WITH SERVICES

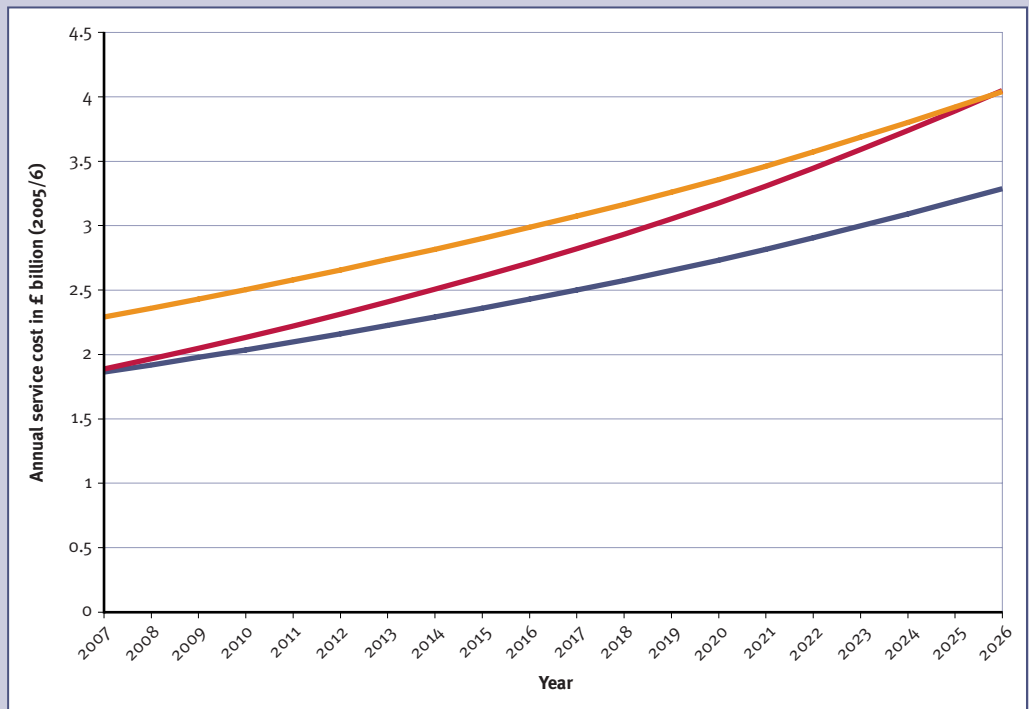
We have shown earlier that only 65 per cent of people with depression are in contact with services. From the PMS we know that of the 35 per cent not in service contact, 44.6 per cent have moderate or severe depression and therefore would (according to official guidance) require active treatment. Those who are not in contact have a lower level of severity and would presumably have lower costs than those shown in Figure 14 (see p 22) to reflect this lower level, if brought into contact with services. The costs for those in contact with services with the same severity levels as those not in contact were calculated and used to model the cost impact of increasing the proportion of people in service contact. The PMS shows that those not in contact with services do still have *some* health

26 IMPACT ON TOTAL SERVICE COSTS OF INCREASING PROPORTION IN TREATMENT FOR DEPRESSION (INCREASE OCCURS IMMEDIATELY)



- KEY**
- 65% in contact (current)
 - 75% in contact
 - 85% in contact
 - 95% in contact

27 IMPACT ON TOTAL SERVICE COSTS OF INCREASING PROPORTION IN TREATMENT (INCREASE OCCURS GRADUALLY)



- KEY**
- 65% in contact (current)
 - 95% in contact
 - 1.5% increase per year

and social care contacts. These do not include specialist mental health care. They may include GP contact, but for these people the PMS shows that their mental health problems had not been recognised by the GP. The current service cost is £1.86 billion if these services are also considered. (The costs presented earlier in this chapter do not include these costs for those not in contact.) The impact on service costs of increasing the percentage in contact with services above 65 per cent is shown in Figure 26 (see p 33). Service costs would increase to £2.29 billion if 95 per cent were in contact (an increase of 23 per cent). It may be unrealistic to increase service coverage immediately and Figure 27 (see p 33) shows the impact of an increase of 1.5 percentage points per year, with 95 per cent reached by 2026, compared to continuous 65 per cent coverage and immediate 95 per cent coverage. This, however, does not take into account the likelihood that lost employment costs would decrease as a result of increased treatment.

5

Anxiety disorders

SUMMARY

As with depression, the number of people with anxiety disorders in England is substantial and will grow over time, although this is due to demographic change rather than changes in prevalence rates. Total costs are high (£8.9 billion rising to £14.2 billion in 2007, and lost employment accounts for a disproportionate amount of these (around 85 per cent). Interventions exist that, while increasing service costs, produce net savings due to reductions in lost employment costs. This is particularly the case with medication but psychological therapies may be more acceptable to patients even though they involve lower cost benefits.

Key points

- The prevalence of anxiety disorders is estimated to be 17–95 per 1,000 people depending on age.
- The total number of people with anxiety disorders was estimated to be 2.28 million in 2007 and this is projected to rise to 2.56 million by 2026.
- 51 per cent of people with anxiety disorders are not in contact with services and of those who are, 46 per cent do not receive medication or psychological therapy.
- The average service costs in 2007 for people in treatment or where their condition is recognised is £1,104. Including lost employment costs brings the total to £2,402 per person.
- The cost of services for the whole of England in 2007 was approximately £1.2 billion. Including lost employment costs brings the total to £8.9 billion. By 2026 it is projected that service costs for anxiety disorders will be £2 billion with total costs at £14.2 billion.
- If those in contact with services but who are not currently receiving treatment do receive medication then service costs will increase but this will be offset by reduced lost employment costs. If combined medication and psychological therapy is used, there will be less of an offset and costs may actually exceed benefits.
- If 95 per cent of people with anxiety disorders were brought into treatment then the service costs would rise to £2.1 billion.

Introduction

Anxiety disorders are relatively common and are generally treated in primary care settings. As with depression, however, it is perceived that many people may not access services and anxiety may not always be detected. Conditions included in these analyses are: generalised anxiety disorder, agoraphobia, social phobia, panic disorder and obsessive

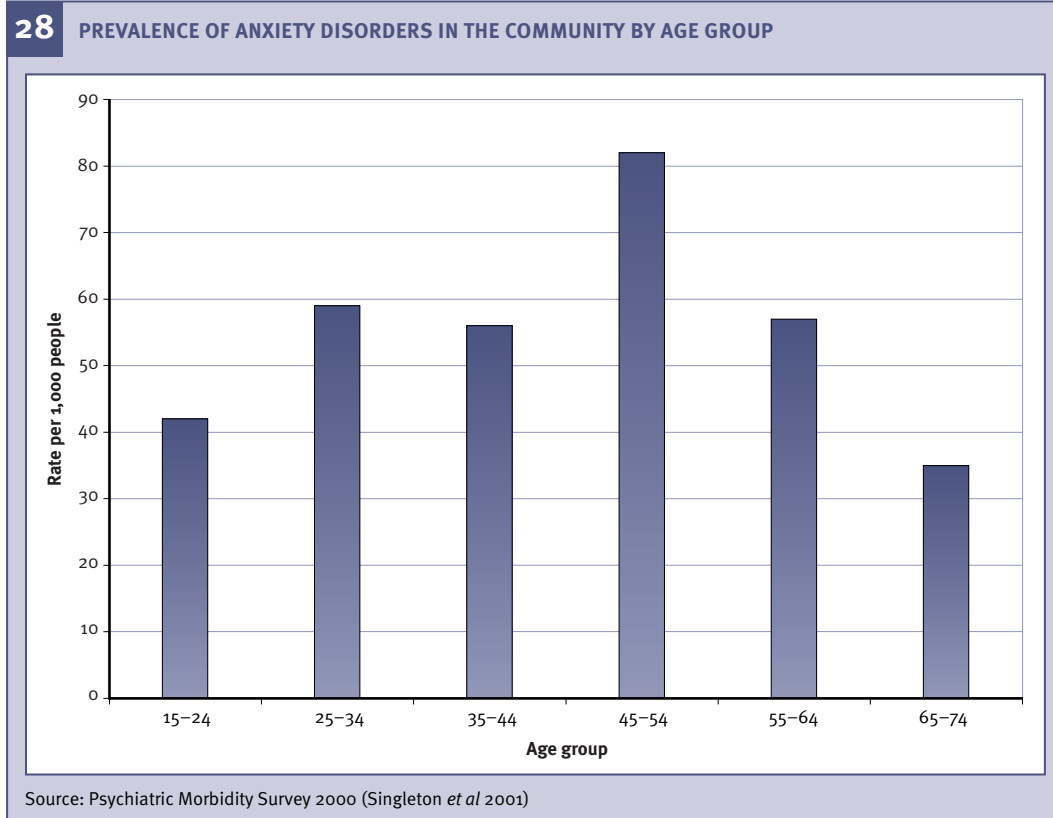
compulsive disorder (the latter is usually considered separately and is included here mainly for convenience). Clearly this is a heterogeneous collection of disorders, and this should be borne in mind in interpreting the findings. Treatment recommendations are summarised in Appendix 2 (see p 129).

Prevalence estimates

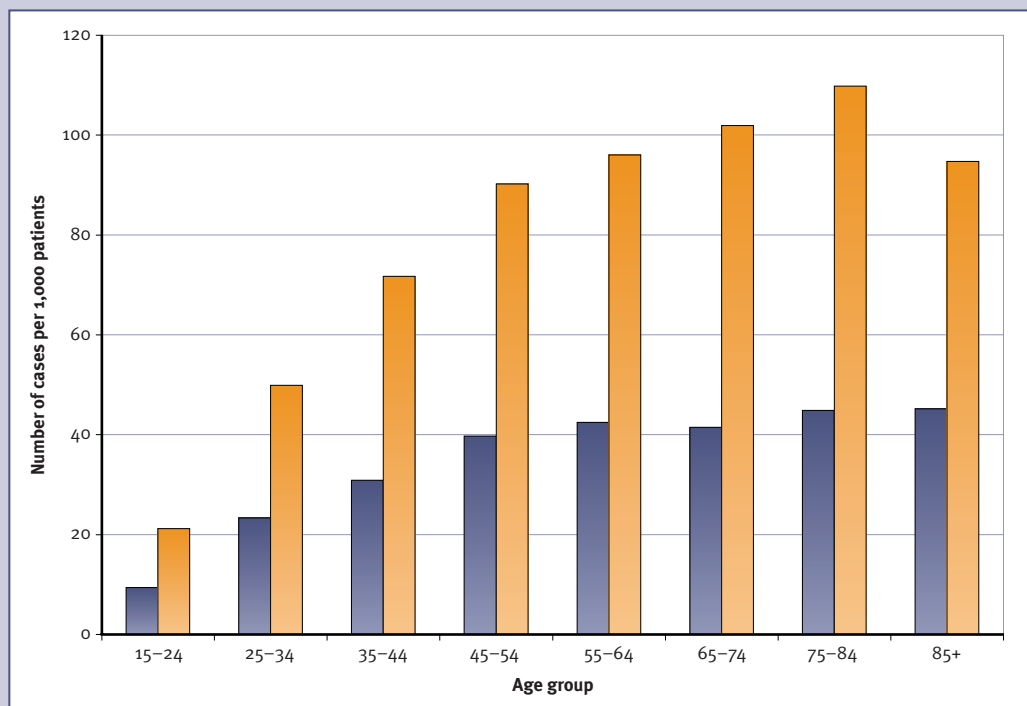
Population-based surveys

As with depression, the most suitable source of prevalence data for anxiety disorders is the Psychiatric Morbidity Survey (PMS) of 2000. The PMS shows relatively high rates of anxiety disorder in the community (see Figure 28, below). Rates are relatively similar across age groups, with the exception of those aged 45–54 which is substantially higher than other groups. Figure 29, opposite, shows prevalence rates in general practice which rise with age and are substantially higher for women than men.

The ratio between the general practice prevalence rate and the rate from the PMS for the 65–74 age groups was used to adjust the general practice prevalence rates for the 75–84 and 85+ age groups. The combined rates are shown in Figure 30, opposite. The overall rate of anxiety disorders in the community is 5.4 per cent. This is very similar to the rate of 5.6 per cent found in a large Australian survey, but less than the rates (12.4–18.1 per cent) found in four other surveys, according to a review by Baumeister and Härter (2007). The lower rates in older adults is in line with other studies, but some feel that somatisation of symptoms may increase with age and other conditions may also exist which ‘mask’ the



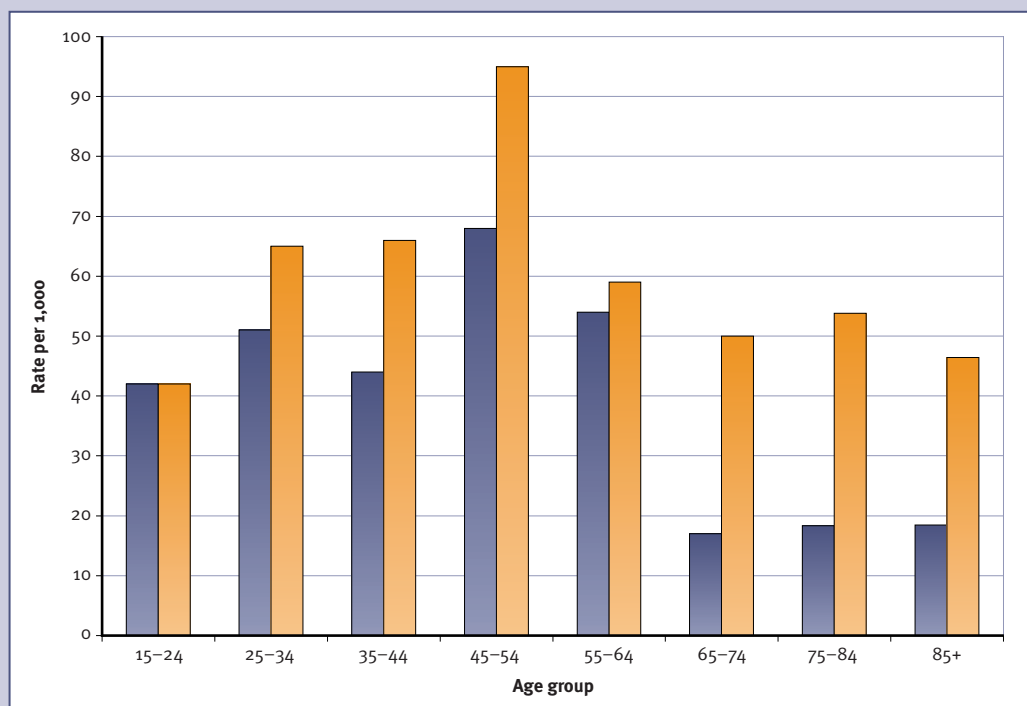
29 PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS IN GENERAL PRACTICE BY AGE AND GENDER



Source: Key Statistics from General Practice 1998 (National Statistics 2000)

KEY
 ■ Male
 ■ Female

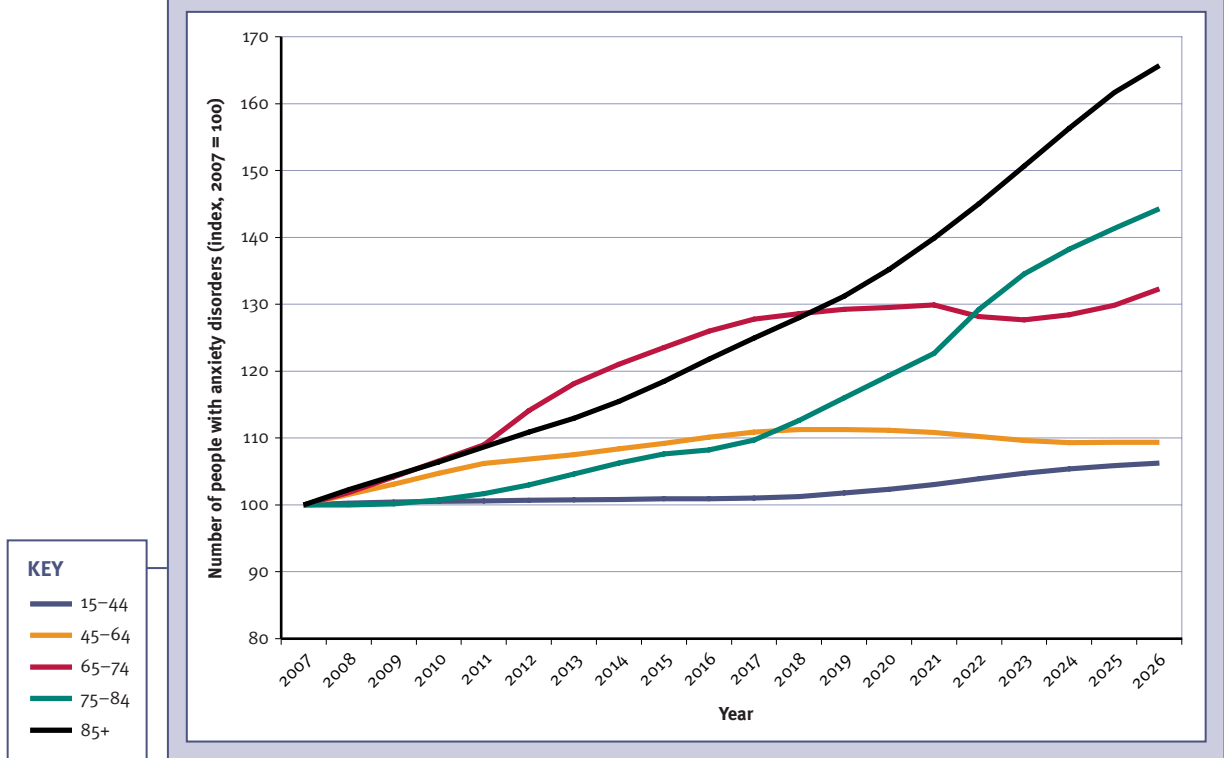
30 PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS BY AGE AND GENDER



Source: Key Statistics from General Practice 1998 (National Statistics 2000)

KEY
 ■ Male
 ■ Female

31 PROJECTED CHANGE IN NUMBER OF PEOPLE WITH ANXIETY DISORDERS, 2007 TO 2026



anxiety disorders (Alwahhabi 2003). A large survey conducted in the Netherlands did find higher prevalence rates in older adults than the figures reported here (Beekman *et al* 1998).

Population estimates

Based on the prevalence rates shown in Figure 30 (see p 37) the total number of people with anxiety disorders was estimated to be 2.28 million in 2007. Those aged 44 and under account for 48 per cent of cases, while 13 per cent are aged 65 or over. The total number is projected to rise to 2.56 million by 2026 (an increase of 12.7 per cent). Increases are greatest in the older age groups, with a change of 66 per cent for those aged over 85 (see Figure 31, above).

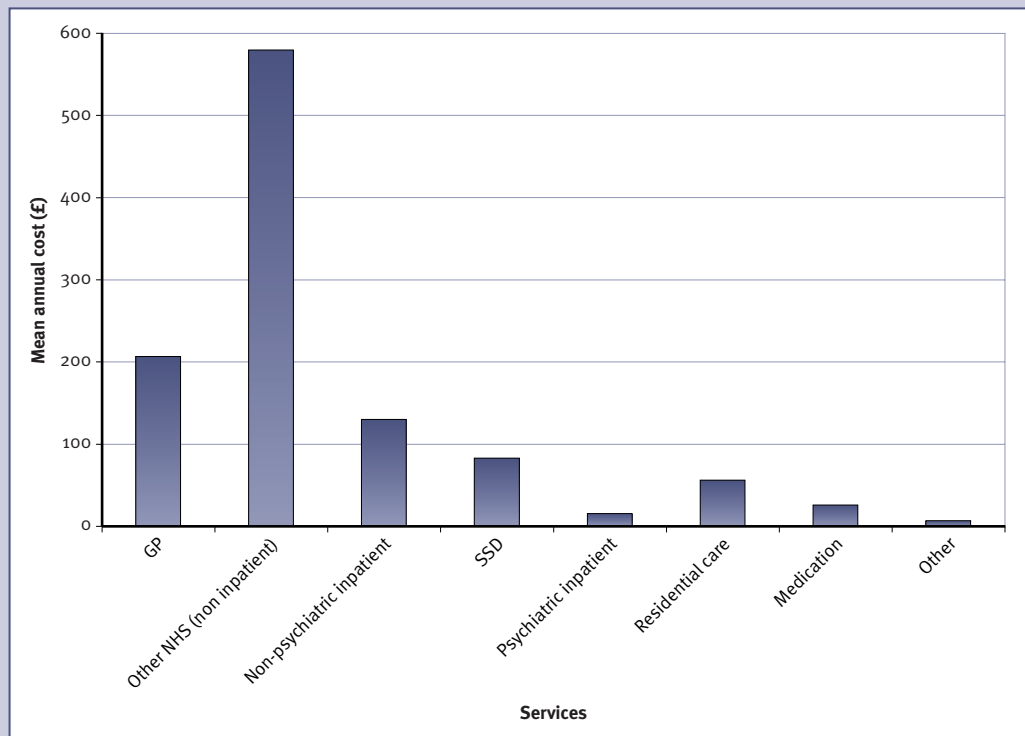
Service costs and lost employment

The elements used to estimate total costs for anxiety disorders were: prescribed drugs, inpatient care, other NHS services, supported accommodation, social services and lost employment. Other costs may also be incurred but we could not quantify them for this review and they would be unlikely to add substantially to the totals here. However, it does need to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

The methods used to calculate service costs are the same as for people with depressive

32 AVERAGE SERVICE COSTS FOR ANXIETY DISORDERS, 2007



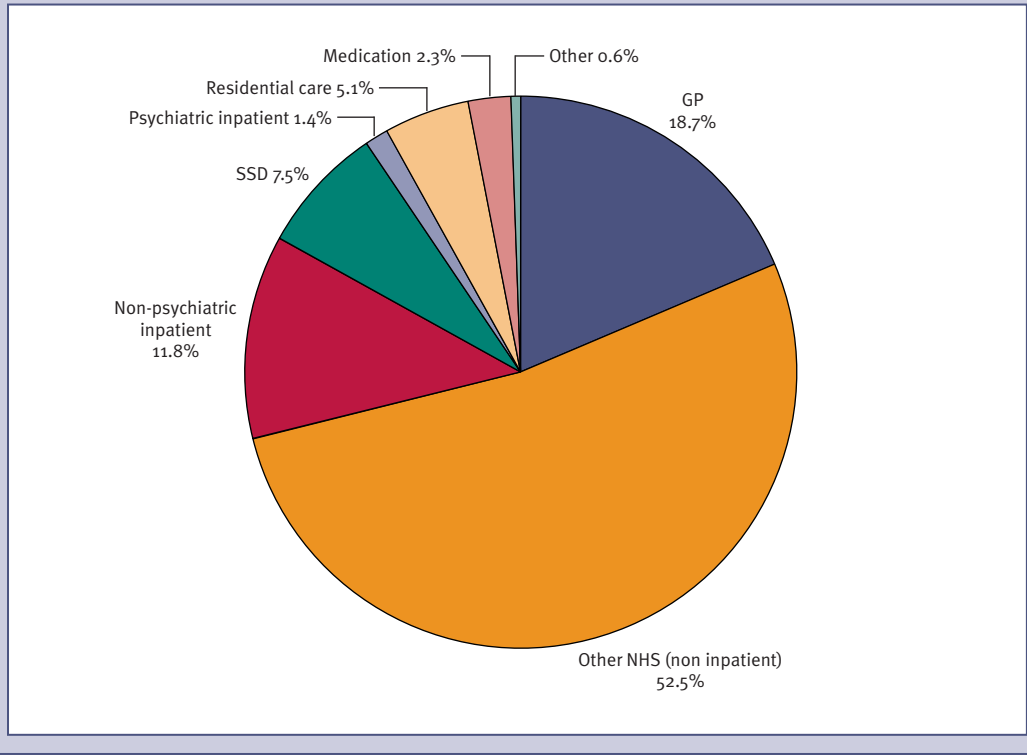
disorders (see Chapter 4 page 20 for details). Service use data from the PMS was supplemented with Hospital Episode Statistics (HES) data and for working-age adults information on residential care was obtained from a survey from the mid-1990s (Lelliott *et al* 1996; Chisholm *et al* 1997). Data were not available on the percentage of older adults in residential care due to anxiety disorders, and we assumed a 1 per cent rate (as with depression).

The PMS data reveals that 49.2 per cent of people with anxiety were either in contact with services or had had their mental health problems recognised by their GP. This is rather less than the proportion of people with depression who are in service contact, and equates to 1.12 million people not in contact with services. The costs below apply just to the ‘in contact’ people with anxiety.

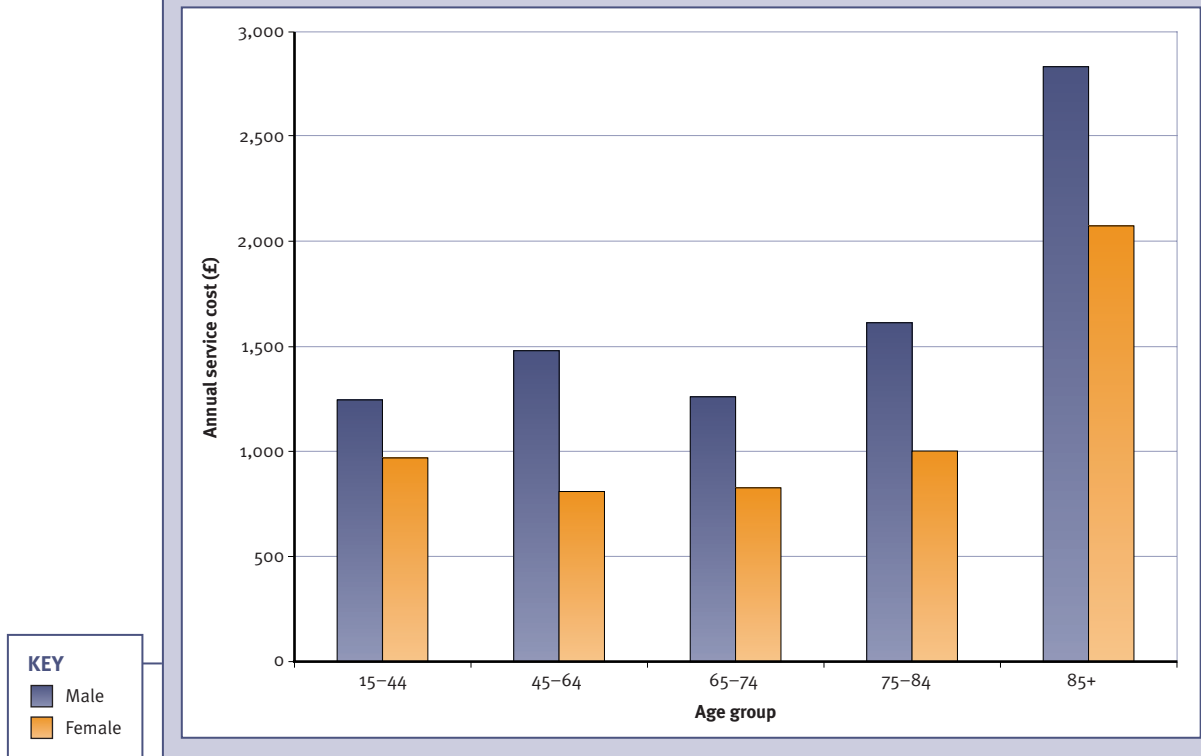
Average service costs are greatest for health care services, excluding inpatient care and GP care which are treated separately (see Figure 32, above). This category includes outpatient visits and contacts with community-based mental health professionals. GP care is the next most costly. Psychiatric inpatient care is highly expensive when used, but given that this is rarely the case for people with anxiety disorders the costs are low.

The average service costs in 2007 for people in treatment or where their condition was recognised was £1,104. The distribution of service costs reveals that more than half are accounted for by health care costs (see Figure 33, overleaf). Average service costs were higher for males and increase with age (see Figure 34, overleaf).

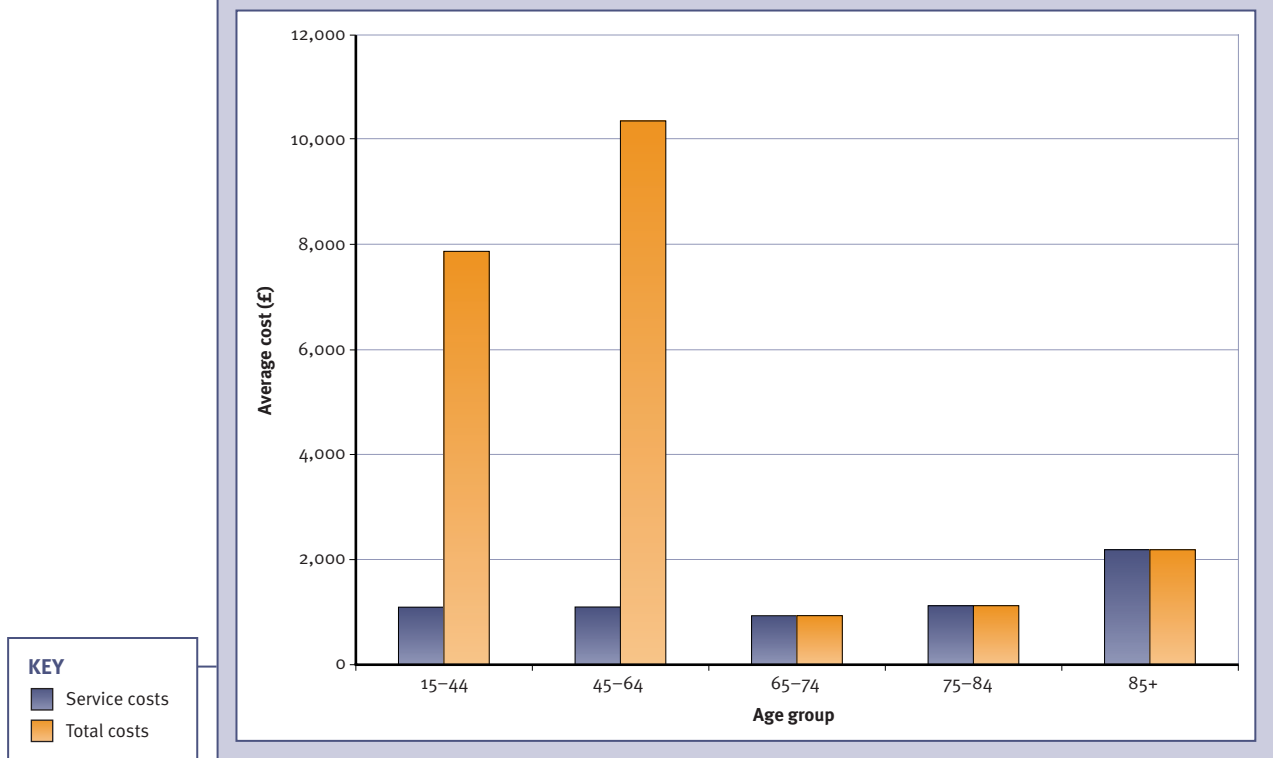
33 DISTRIBUTION OF SERVICE COSTS FOR ANXIETY DISORDERS



34 SERVICE COSTS FOR ANXIETY DISORDERS BY GENDER AND AGE, 2005/6



35 AVERAGE SERVICE AND TOTAL COSTS FOR ANXIETY DISORDERS BY AGE, 2005/6



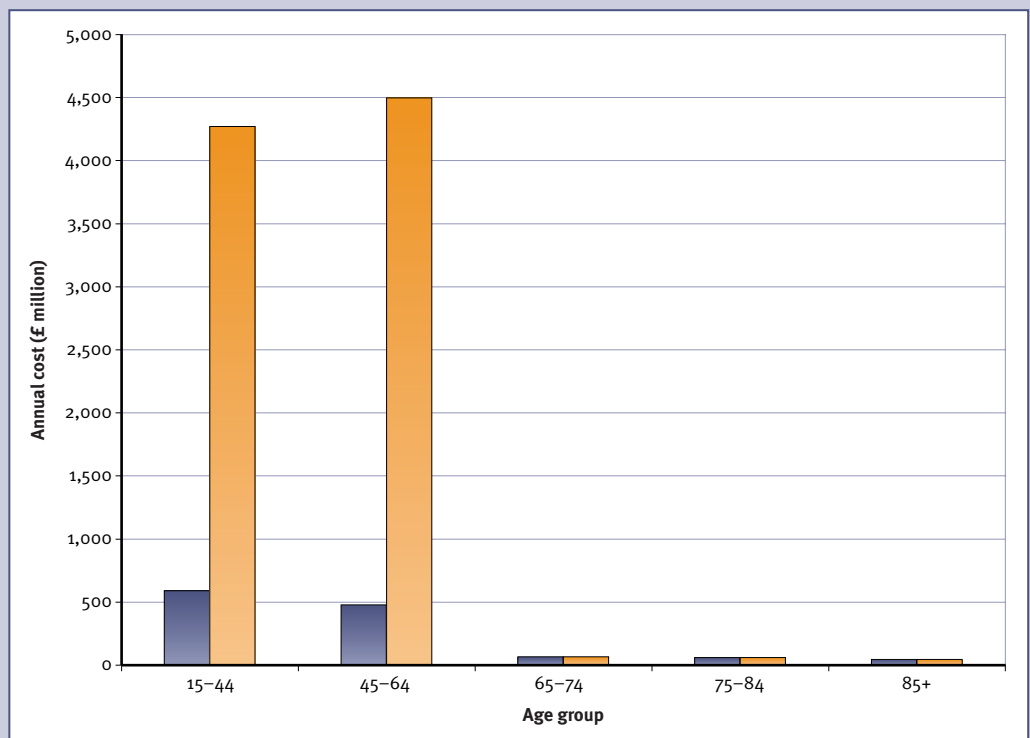
Lost employment

The methods for estimating lost employment costs for anxiety disorders are the same as those used in Chapter 4 Depression.

The average costs of lost employment are estimated to be £6,850. With the inclusion of lost employment costs the total comes to £7,964. Figure 35, above, shows that average service costs are substantially higher for those in the oldest age group. (The service costs in Figure 34 (see opposite) differ for those in Figure 35 because in the latter the costs for males and females are combined). Total costs are equal to service costs for those aged 65 and over due to an assumption of no lost working time in the older age groups.

The cost of services for the whole of England in 2007 was approximately £1.2 billion. Including lost employment costs brings the total to £8.9 billion. Figure 36, overleaf, shows the overall costs for different age groups.

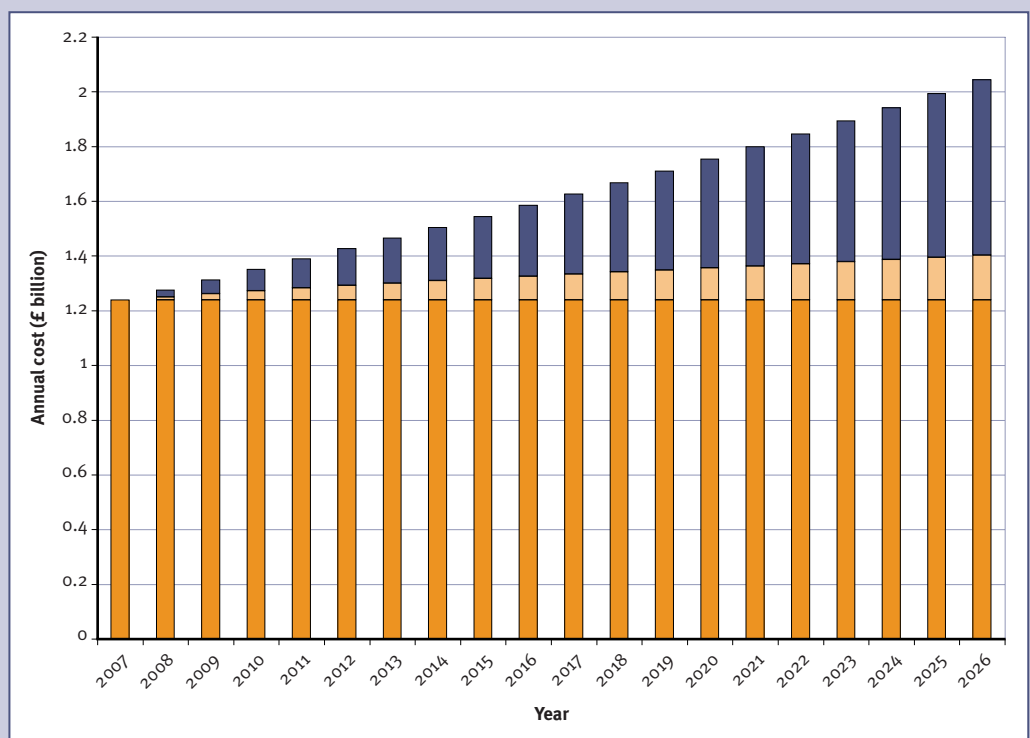
36 AGGREGATE COSTS FOR ANXIETY DISORDERS BY AGE GROUP



KEY

- Service costs
- Total costs

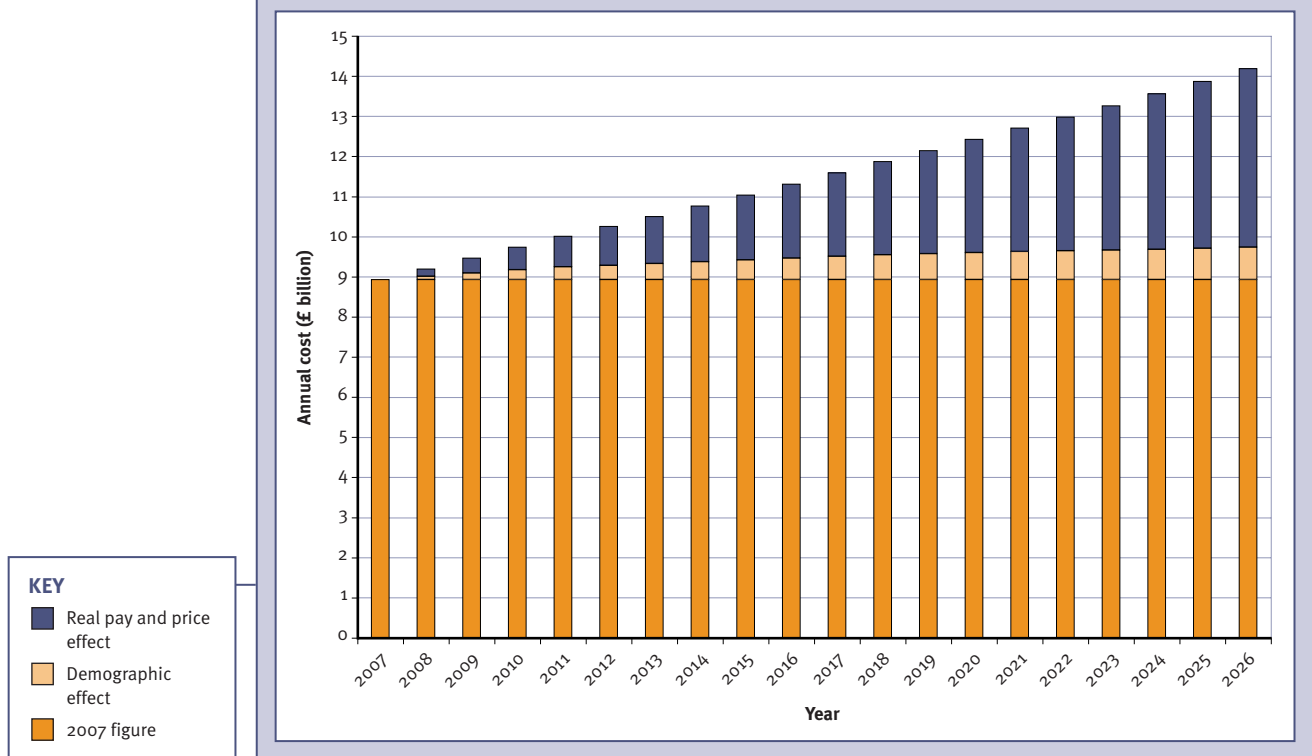
37 PROJECTED SERVICE COSTS FOR ANXIETY DISORDERS, 2007 TO 2026



KEY

- Real pay and price effect
- Demographic effect
- 2007 figure

38 PROJECTED TOTAL COSTS FOR ANXIETY DISORDERS, 2007 TO 2026



Projected costs

Service costs are projected to be £2 billion by 2026, an increase of 65 per cent (see Figure 37, opposite). The increase in the real cost of health and social care (that is over and above general inflation) accounts for most of this increase; without adjusting unit costs in this way the rise over time is 12.9 per cent (represented by the demographic effect section of the bars in Figure 37). Total costs are projected to rise by 59 per cent to £14.2 billion (see Figure 38, above), with the rise being 8.9 per cent if real price increases are removed.

Scenario modelling

Scenario 1 intervention

PRESCRIPTION OF MEDICATION OR PROVISION OF PSYCHOLOGICAL THERAPY FOR PEOPLE WITH ANXIETY DISORDERS

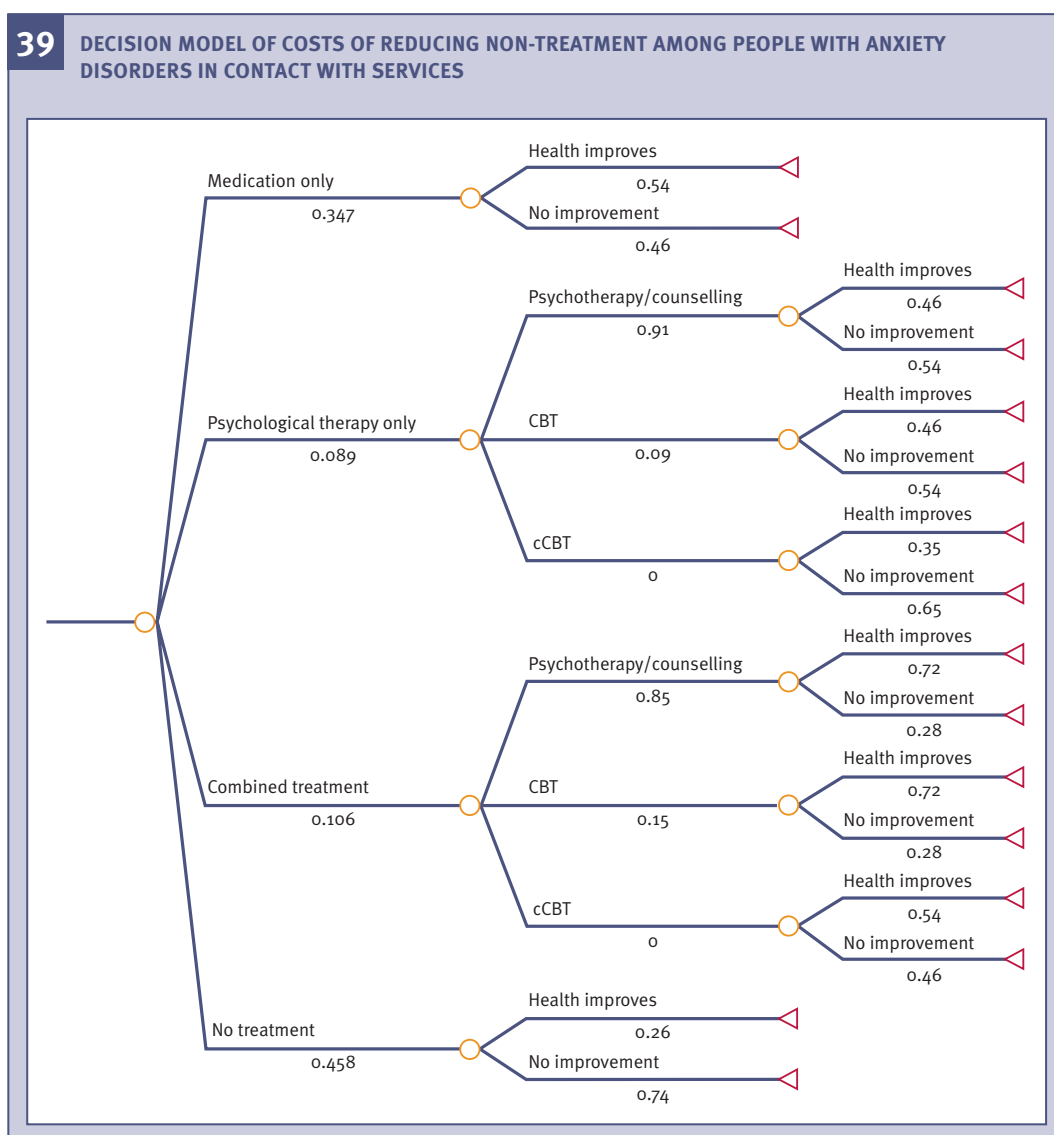
In Chapter 4 a decision model was described with which the cost impact of increasing the proportion of people receiving evidence-based interventions for depression was assessed. The same model is applied here for people with anxiety disorders who are in contact with services or for whom a mental health problem has been recognised by their GP. Nearly half of these people, identified in the PMS, were not receiving medication or a psychological therapy (see Table 7, overleaf). One-third of patients received medication only and less than one-fifth were in receipt of psychological therapy.

The above data were used in the model along with the costs described in Chapter 4 (see

TABLE 7: RECEIPT OF PHARMACOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL TREATMENT BY PEOPLE WITH ANXIETY DISORDERS IN CONTACT WITH SERVICES

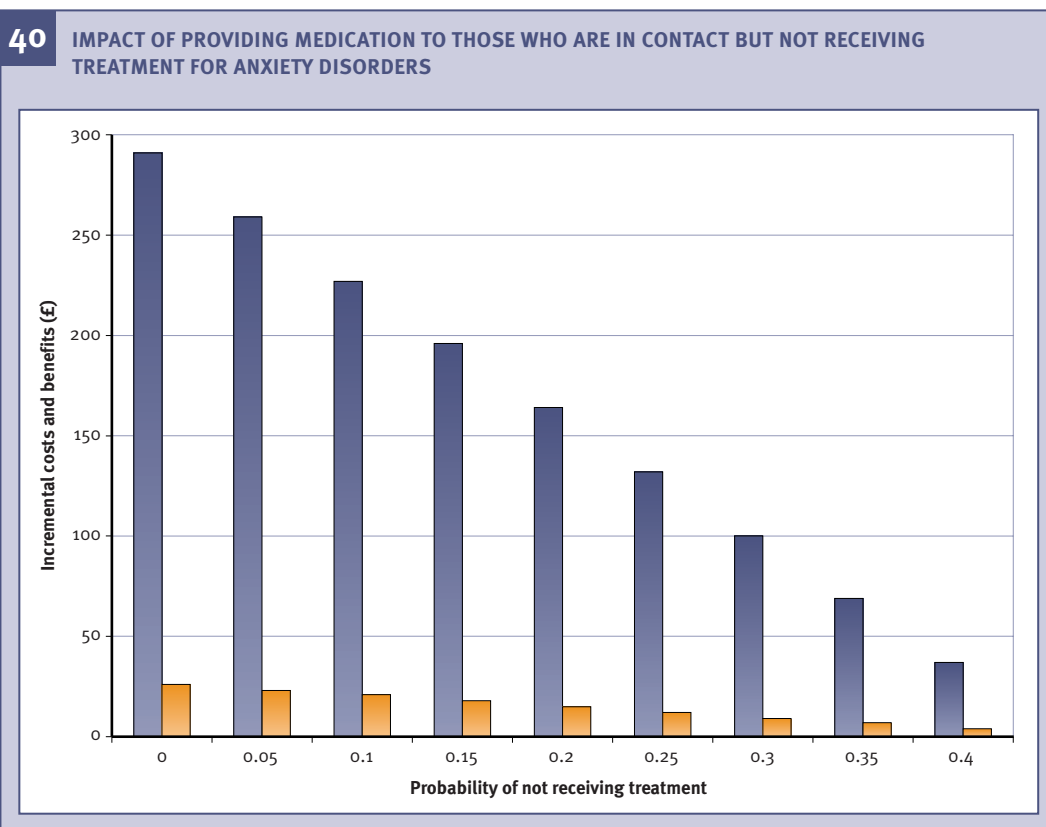
Treatment	% of moderate/severe patients
Medication only	34.7%
Psychological therapy only	8.9%
Medication and psychological therapy	10.6%
No active treatment	45.85%

Source: Singleton *et al* (2001)

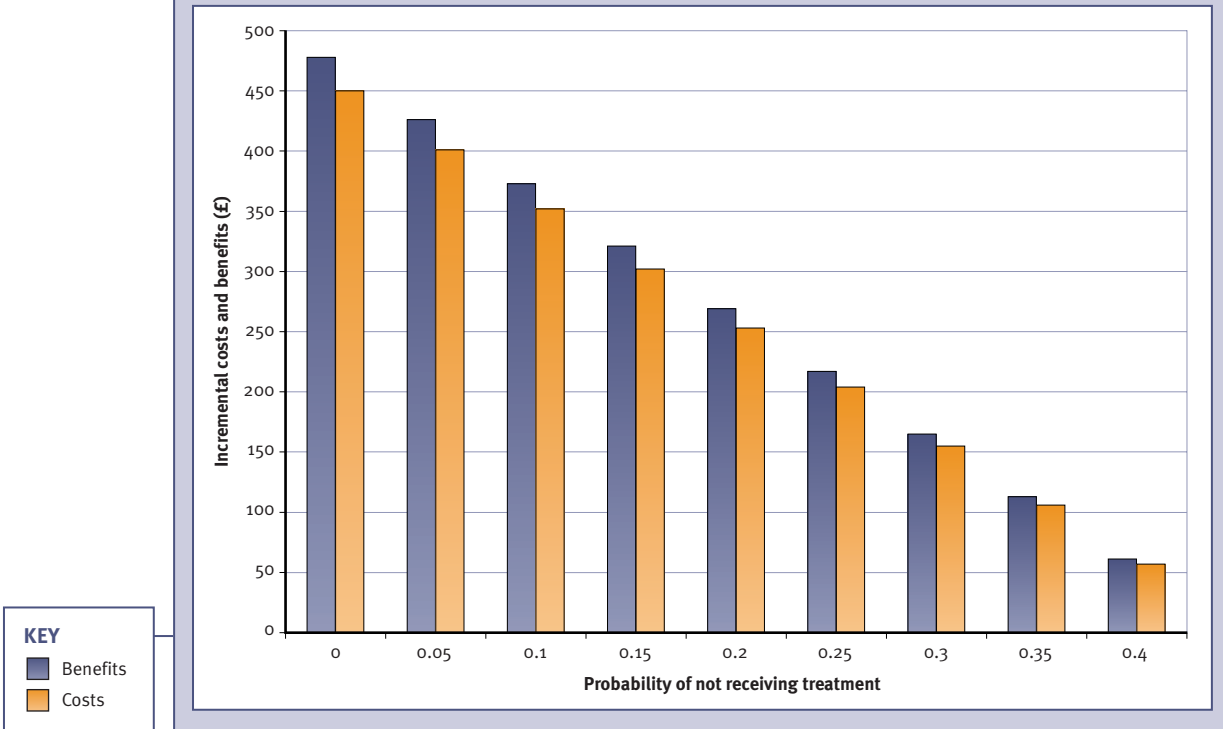


page 29). The estimates of treatment response for medication and psychological therapy were obtained from two Cochrane reviews (Kapczynski *et al* 2003; Hunot *et al* 2007). The review of drug treatment was for anti-depressants and we have assumed equal efficacy compared to other drugs for anxiety disorders. This review revealed that 54 per cent of patients receiving medication responded to treatment while the other review showed a 46 per cent response rate following psychological therapy. The average response rate to 'usual care' from these reviews was 26 per cent. Data were not available on the effectiveness of combined care, and we therefore estimated the ratio between combined therapy and psychological therapy only from the depression model and applied this to the above data. As with the depression model we have assumed that cognitive behavioural therapy (CBT) and psychotherapy/counselling are equally effective and that computer-delivered CBT (even though not used by people in the PMS) is three-quarters as effective as face-to-face therapy. As with depression, it is assumed that for every month of health improvement there would be a corresponding gain of 0.14 months in employment. The model containing the above data is shown in Figure 39 opposite.

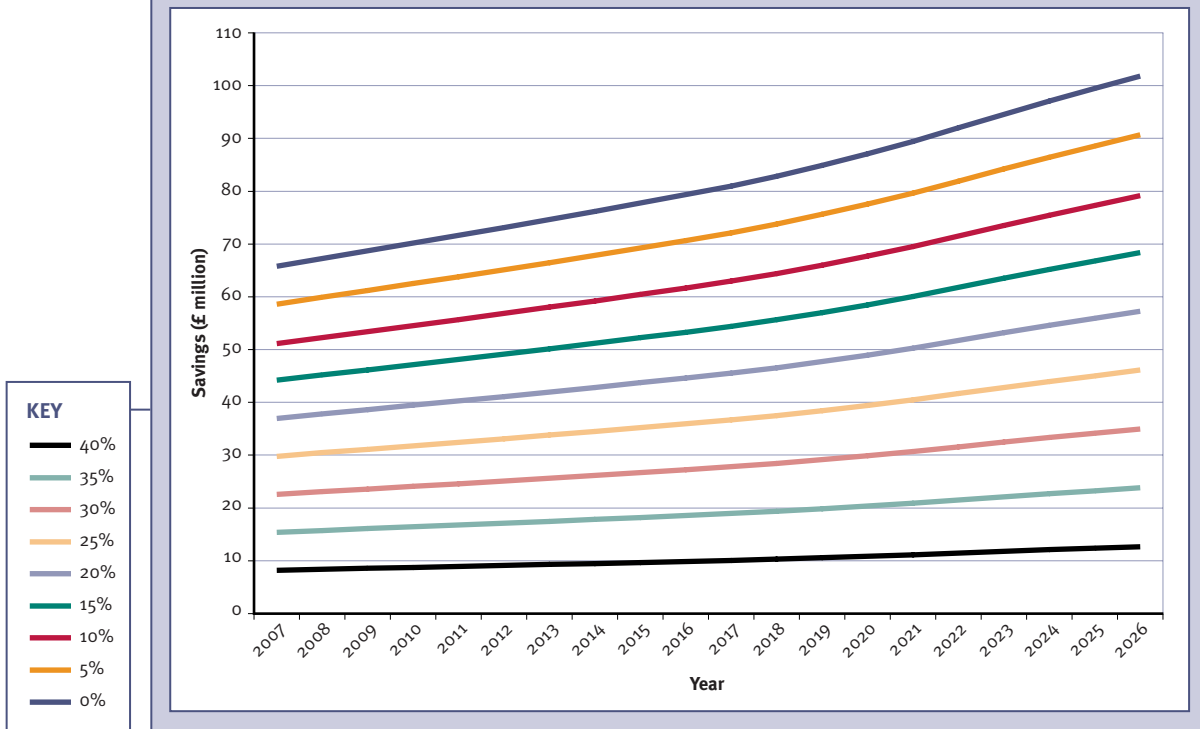
The expected cost per person derived from the above model is £207 while the savings in terms of employment gains as a result of the above care pathways amount to £961 per person. Figure 40, below, shows the extra costs and benefits (that is employment gains) per person that would – according to the model – result from decreasing the proportion of people in contact with services but not receiving evidence-based treatment and increasing the proportion receiving medication only. For example, if the proportion not receiving treatment decreased from the current 46 per cent to 20 per cent there would be extra



41 IMPACT OF PROVIDING MEDICATION AND PSYCHOLOGICAL THERAPY TO THOSE WHO ARE IN CONTACT BUT NOT RECEIVING TREATMENT FOR ANXIETY DISORDERS

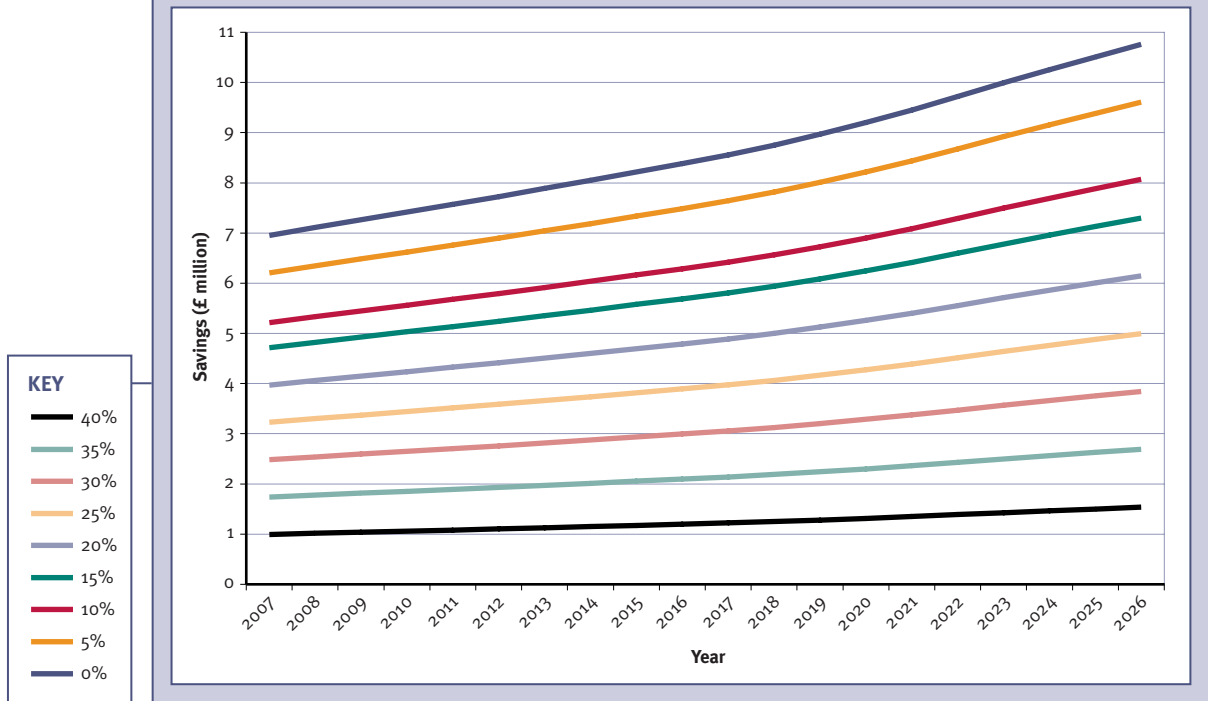


42 COST SAVINGS DUE TO PROVIDING MEDICATION FOR THOSE IN CONTACT WITH SERVICES BUT NOT CURRENTLY RECEIVING TREATMENT FOR ANXIETY DISORDERS, 2007 TO 2026



43

COST SAVINGS DUE TO PROVIDING COMBINED MEDICATION AND PSYCHOLOGICAL THERAPY FOR THOSE IN CONTACT WITH SERVICES BUT NOT CURRENTLY RECEIVING TREATMENT FOR ANXIETY DISORDERS (ASSUMING A 2 PER CENT ANNUAL REAL EARNINGS INCREASE), 2007 TO 2026

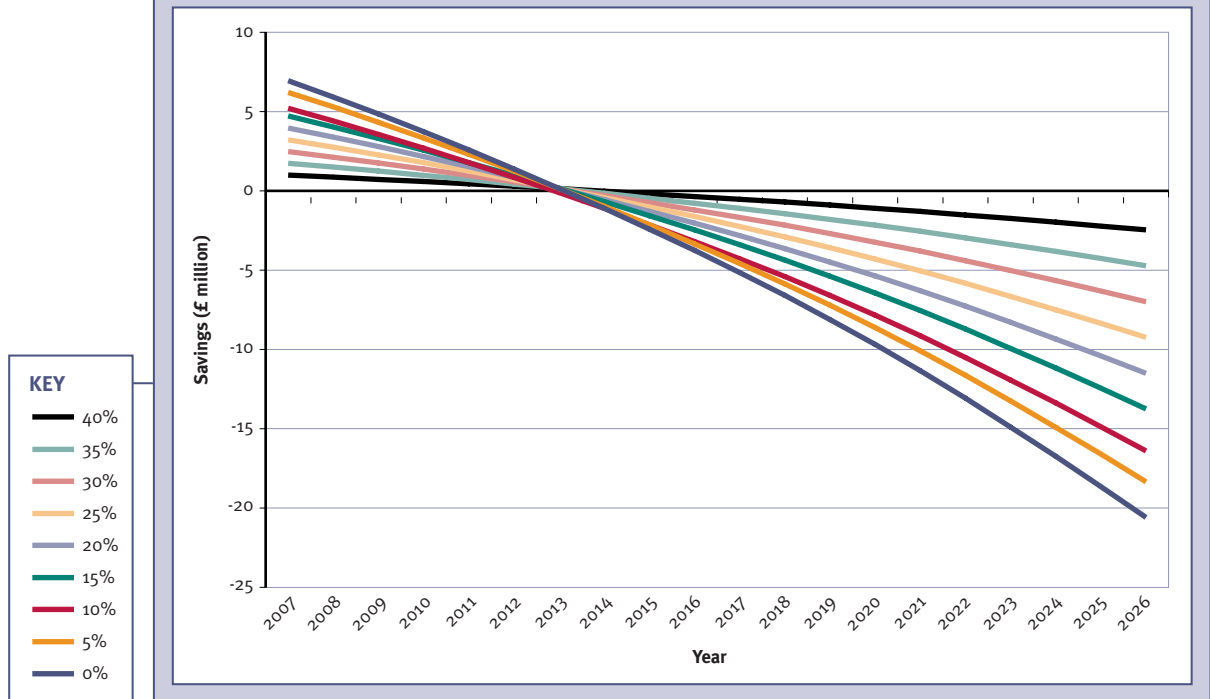


service costs of £15 per person as a result of increased medication but this would be substantially offset by increased earnings of £164 per person.

If the proportion of those who currently receive no treatment, even though they are in contact with services, instead receive combined psychological and drug therapy then costs will increase as will benefits from increased earnings (see Figure 41, opposite). As with depression, the net gain of benefits over costs is less than with drug therapy only, but combined treatment may result in greater patient satisfaction.

The total impact on costs of providing medication for people in contact with services but not receiving treatment is shown in Figure 42 opposite. (The bottom line shows savings that occur if 40 per cent of ‘suitable’ patients still do not receive appropriate treatment. The higher the line the fewer the patients that remain out of treatment.) Savings occur for all levels of non-treatment (because benefits from employment outweigh extra treatment costs), but are considerably higher if non-treatment equals 0 per cent (the highest line). Employment gains are assumed to rise in real terms by 2 per cent per year as explained in Chapter 2.

Figure 43, above, shows the projected savings that would arise if those who are not currently treated receive combined medication and psychological therapy. The savings are expected to be far less than with the medication-only option given the relatively high cost of psychological input.



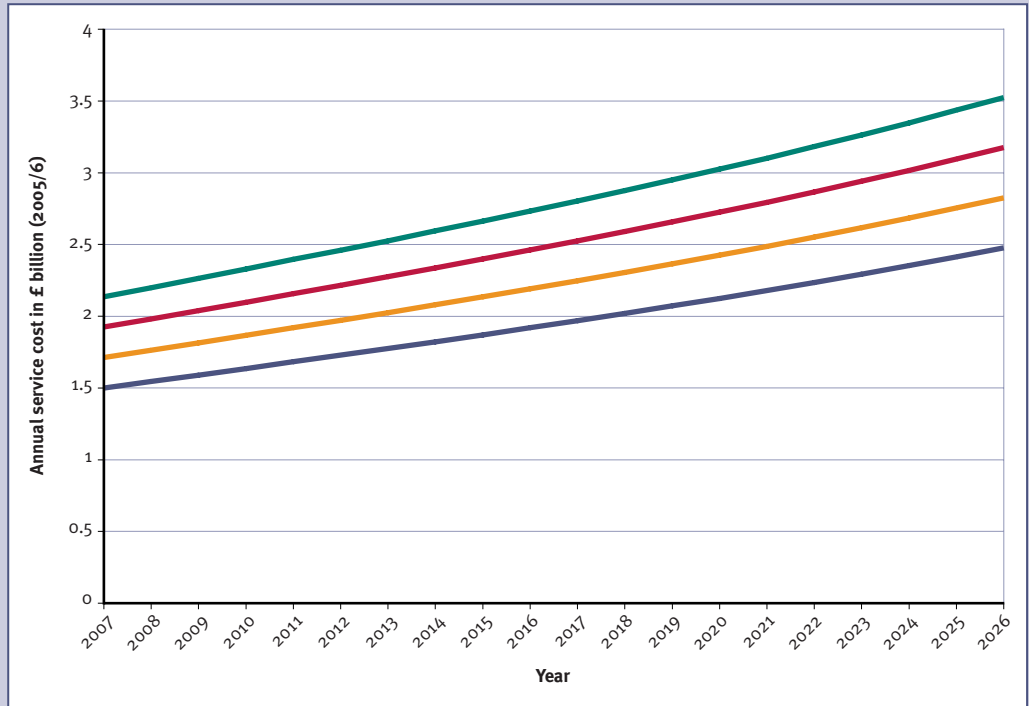
As with depression, the savings from combined therapy would diminish if the growth in real earnings was less than the growth in real health care prices. Figure 44, above, illustrates this if real earnings rise at 1 per cent per year.

Scenario 2 intervention

INCREASING THE PROPORTION OF PEOPLE IN CONTACT WITH SERVICES

The impact on service costs of increasing the percentage in contact with services above 50 per cent is shown in Figure 45, opposite. The current cost is £1.5 billion and this would increase to £2.1 billion if 95 per cent were in contact. This cost takes into account the fact that many people will be using health and social care services even though they are not being treated for anxiety. The costs were calculated by applying the same adjustments as for those with depression. (The costs presented earlier in this chapter do not include these costs.) It may be unrealistic to increase service coverage immediately, and Figure 46, opposite, shows the impact of an increase of 1.5 percentage points per year, with 95 per cent reached by 2026, compared to continuous 65 per cent coverage and immediate 95 per cent coverage. It is of interest that these findings are very similar to those shown for depression in Chapter 4. As with depression, it is likely that these increased care costs would be offset to some extent by reduced costs of lost employment as a result of treatment.

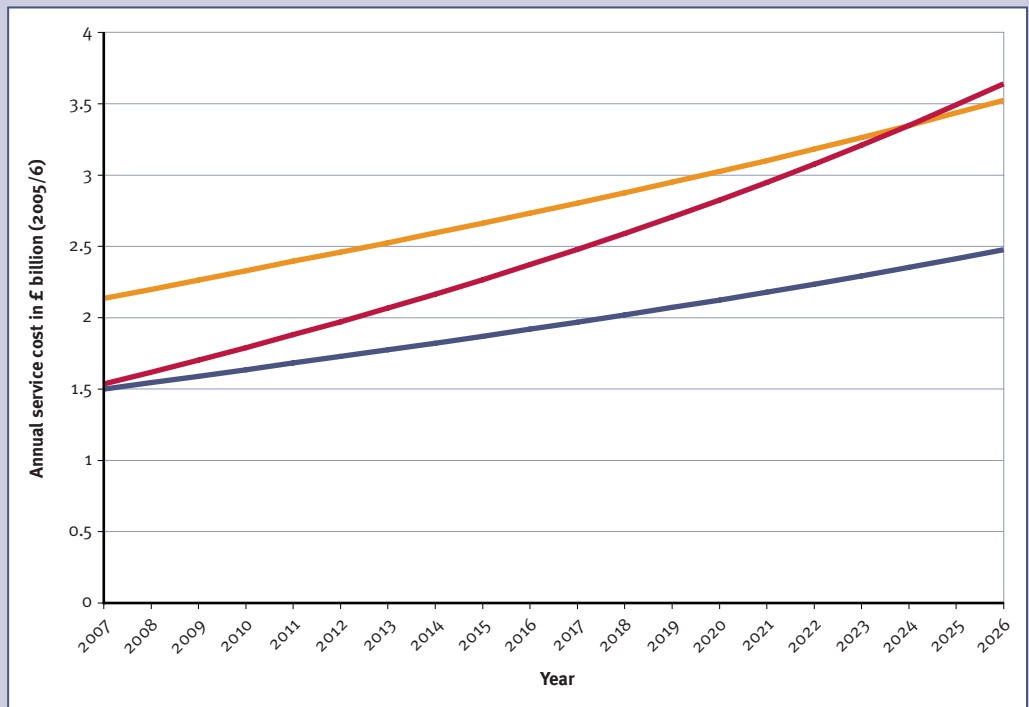
45 IMPACT ON SERVICE COSTS OF INCREASING PROPORTION IN TREATMENT FOR ANXIETY DISORDERS (INCREASE OCCURS IMMEDIATELY), 2007 TO 2026



KEY

- 50% treated (current situation)
- 65% treated
- 80% treated
- 95% treated

46 IMPACT ON SERVICE COSTS OF INCREASING PROPORTION IN TREATMENT FOR ANXIETY DISORDERS (INCREASE OCCURS GRADUALLY), 2007 TO 2026



KEY

- 50% treated (current situation)
- 95% treated
- 2.25% increase per year

6

Schizophrenic disorders

SUMMARY

Schizophrenia is not common but does result in high service and total costs. Prevalence rates are higher in some ethnic groups but this is likely to have only a marginal impact on long-term costs. Early intervention services and crisis resolution/home treatment teams have the potential to lower costs by reducing inpatient admissions.

Key points

- The prevalence of schizophrenia and related disorders is estimated to be 5 per 1,000.
- It is estimated that 210,450 people currently have these conditions and by 2026 the figure is projected to be 243,931.
- The incidence of schizophrenia is substantially higher for some black and minority ethnic (BME) groups, and adjusting population projections to take account of ethnicity changes results in an increase of 3 per cent in new cases.
- The average annual service costs for schizophrenia in 2007 were estimated at £10,687. Lost employment brings the average cost to £19,078.
- Total service costs for England in 2007 are estimated to be £2.2 billion, rising to £3.7 billion by 2026. With the inclusion of lost employment costs the total in 2007 was estimated to be £4 billion and £6.5 billion by 2026.
- Savings of between £4 million and £22 million in 2007 would have occurred if crisis resolution/home treatment services were considered for 60–100 per cent of potential admissions. By 2010 health care savings could be £9 million if early intervention services were provided to 60 per cent of new cases of schizophrenia. This could increase to £44 million if coverage were 100 per cent. If early detection services could be rolled out to achieve 100 per cent coverage by 2026 then savings of £18.4 million could be realised.

Introduction

Schizophrenia is a serious and frequently disabling mental health condition. A useful description of the characteristics of the condition has recently been provided by Picchioni and Murray (2007). Symptoms are generally classified as positive (including lack of insight, hallucinations, delusions, thought disorder) and negative (including social withdrawal, self-neglect, emotional blunting, paucity of speech, loss of motivation and initiative). Sub-types of schizophrenia include paranoid, hebephrenic, catatonic and simple. For many years there have been divisions between those who felt that schizophrenia was caused by factors linked to the social environment and those who considered it to be a predominantly biological condition. This distinction probably applies far less today. Other conditions included here are schizotypal disorder, delusional disorder and schizo-affective disorder.

TABLE 8: THE COURSE OF SCHIZOPHRENIA

Beginning	Type of evolution	End-state	Ciampi (1980)	Fenton (2000)
Sudden	Intermittent	Recovery or mild	25%	15%
Insidious	Continuous	Moderate or severe	24%	25%
Sudden	Intermittent	Moderate or severe	12%	11%
Insidious	Continuous	Recovery or mild	10%	6%
Insidious	Intermittent	Recovery or mild	10%	11%
Sudden	Continuous	Moderate or severe	6%	7%
Insidious	Intermittent	Moderate or severe	5%	22%
Sudden	Continuous	Recovery or mild	5%	3%

A number of long-term studies have investigated the course and outcomes of schizophrenia. One of the most recognised pieces of work has been by Ciampi (1980). Former patients were followed up for an average of 36.9 years and eight distinct categories of course were identified. Table 8, above, shows the distribution of these illness courses for the patients in Ciampi's sample. Fenton (2000) used the same classification, but the distribution was slightly different. Ciampi (1980) found that over the follow-up period there were favourable outcomes for 49 per cent of patients and unfavourable outcomes for 42 per cent. Total remission was experienced by 20 per cent, 42 per cent improved, 30 per cent were unchanged and 6 per cent were impaired.

Treatment recommendations for schizophrenia are summarised in Appendix 2, (see p 130).

Prevalence estimates

Schizophrenia and related conditions have been the subject of much epidemiological study, but robust estimates of prevalence remain scarce. A recent systematic review has estimated a one-year prevalence rate for schizophrenic disorders of 6 per 1,000 people (Goldner *et al* 2002). Another review of schizophrenia reported rates of 6.21 and 5.38 for males and females respectively (Saha *et al* 2005). The Psychiatric Morbidity Survey (PMS) gives a rate for probable psychotic disorder of 6 per 1,000 for males and 5 per 1,000 for females. However, these figures equate to just 60 people and are for those living in the community. In addition, they include cases of all probable psychoses (ie, including bipolar disorder and so on).

Based on the above prevalence data we have assumed a rate of 5 per 1,000 for the adult population. This results in an estimate of 210,450 people with schizophrenic disorders. However, it is also recognised that prevalence rates differ according to age. Prevalence rates of treated cases by age group were, however, available from Key Statistics from General Practice (National Statistics 2000) and these are shown in Table 9 opposite. Applying these rates to the population figures for the same gender-specific age groups results in a total of 100,682. Therefore, the primary care rates were adjusted by a factor of 2.09 (210,450 divided by 100,682).

The derived prevalence estimates included in this report are shown in Figure 47, opposite,

TABLE 9: PREVALENCE OF TREATED SCHIZOPHRENIA IN GENERAL PRACTICE

Age group	Male prevalence	Female prevalence
15-24	1.1	0.3
25-34	2.4	1.3
35-44	3.5	1.9
45-54	3.3	2.8
55-64	2.8	3.8
65-74	2.6	3.6
75-84	1.9	2.9
85+	1.3	2.2

Source: Key Statistics from General Practice 1998 (National Statistics 2000)

for the age groups for which costs were calculated. While the prevalence is highest for men in the 15-44 and 45-64 age groups, rates for women are highest for older adults. The incidence of schizophrenia is highest in younger adults, but Figure 47 demonstrates that because these conditions are chronic there is an accumulation of morbidity over time.

It is not clear whether the incidence of schizophrenia is changing over time. One study in south-east London does suggest this, with a doubling in rates over a 32-year period (Boydell *et al* 2003), but similar work needs to be carried out elsewhere to verify this

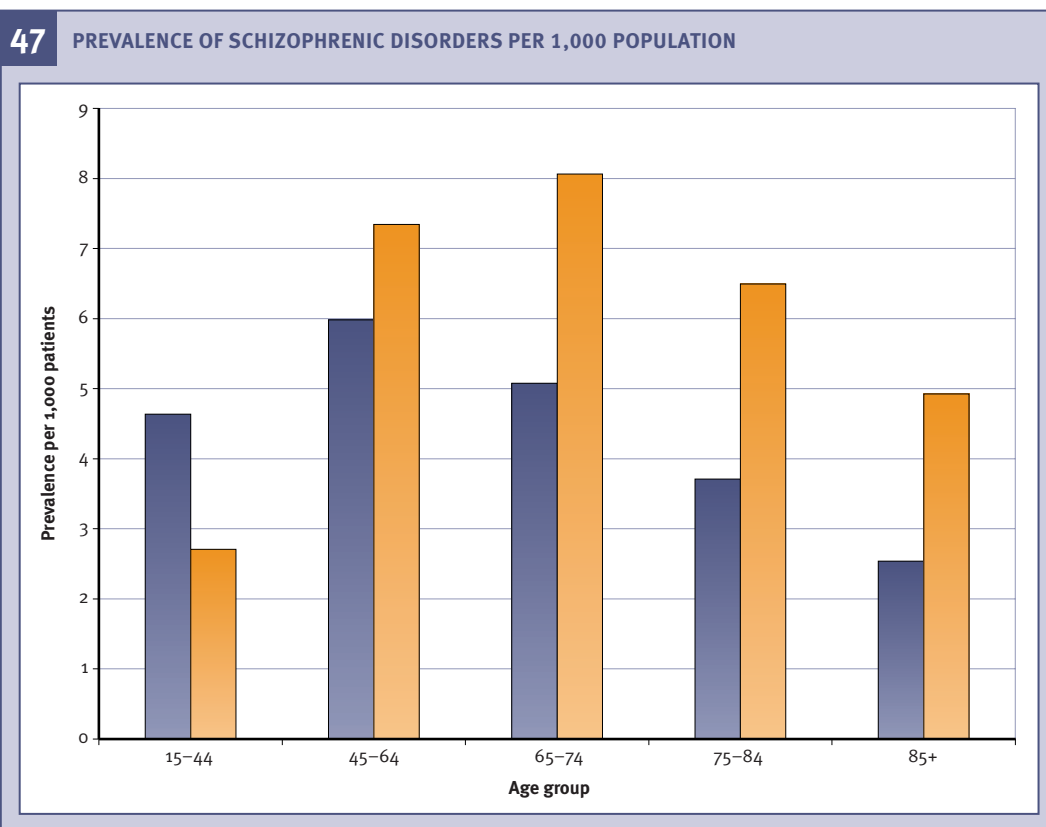


TABLE 10: INCIDENCE OF SCHIZOPHRENIA BY ETHNIC GROUP

Group	Number of new cases per 100,000
White	14.4
Mixed	22.8
Asian	17.0
Black	87.6
Other	26.9

Source: Fearon *et al* (2006)

finding. One potential cause of a change in the incidence rate of schizophrenia is the use of cannabis. While a causal link has not been proved, there is a large body of epidemiological research that does show an association (Moore *et al* 2007), and a leading expert in this area has suggested that around 10 per cent of cases of schizophrenia could be due to cannabis use (Murray 2007).

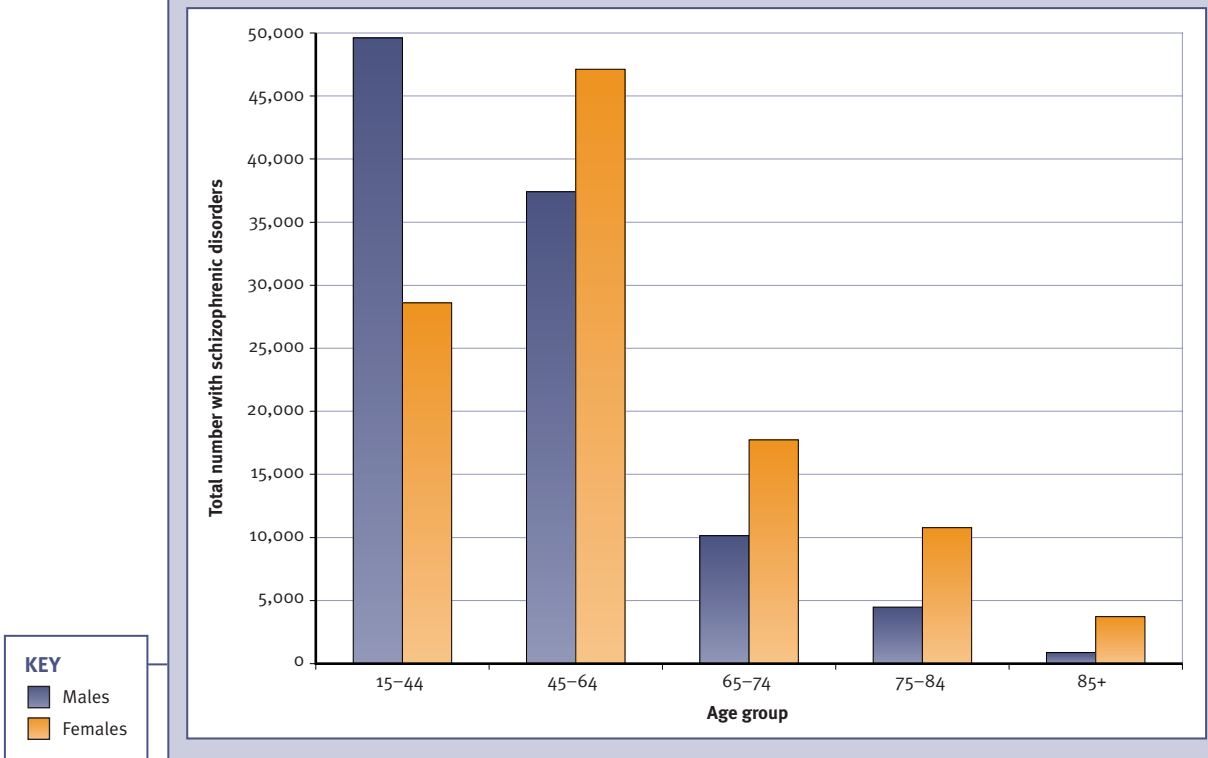
Surveys have shown that the prevalence of schizophrenia is higher in some black and minority ethnic (BME) groups than in the white population. For example, the Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates in the Community (EMPIRIC) survey of psychiatric morbidity in the community found that psychosis rates in the white population were 1 per cent for men and 0.7 per cent for women (Sproston and Nazroo 2002). Among the black Caribbean population the rates were 1.6 per cent and 1.7 per cent respectively. More recently the Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses (AESOP) study has estimated incidence rates of schizophrenia by ethnicity in Bristol, Nottingham and London (Fearon *et al* 2006). The overall incidence rate was about 16 per 100,000 people, but rates were substantially higher in certain BME groups than for the white population, as shown in Table 10 above.

Population estimates

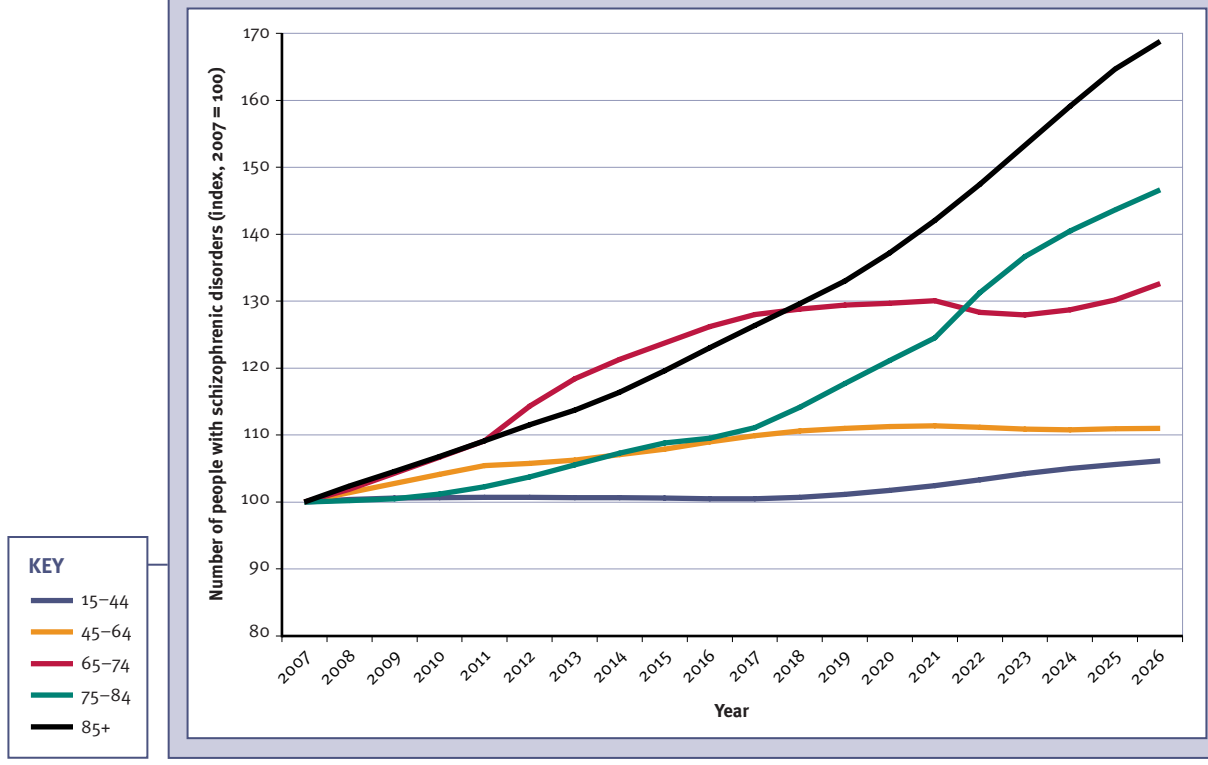
Based on the above rates, the total number of people with schizophrenic disorders can be estimated (see Figure 48, opposite). Of the 210,450 people with these conditions, 77.3 per cent are estimated to be under the age of 65. The numbers of men and women are very similar (102,484 and 107,966 respectively) but clearly the distribution by age group differs markedly. By 2026 it is estimated that the total number will be 243,931 – an increase of 16 per cent. As with depression, the rate of increase is projected to be highest in the older age groups, as a result of demographic change in the population (see Figure 49, opposite). Mortality rates among people with schizophrenia are higher than in the general population due to poorer physical health and suicides. However, the figures in this report do not reflect this.

If adjustment is made for population changes by ethnic group and the differential incidence rates for these groups then there would be a 3.3 per cent increase in expected new cases of schizophrenia. This increase has only a minor impact on the number of prevalent cases of schizophrenia in the population.

48 NUMBER OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIC DISORDERS BY AGE AND GENDER, 2007



49 PROJECTED CHANGE IN NUMBER OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIC DISORDERS, 2007 TO 2026



Service costs and lost employment

The elements used to estimate total costs for schizophrenic disorders were: prescribed drugs, inpatient care, other NHS services, supported accommodation, criminal justice services, day care, other social services, informal care and lost employment. Other costs may also be incurred but we could not quantify them for this review and they would be unlikely to add substantially to the totals here. However, it does need to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

Previous studies have shown that people with schizophrenia and related conditions use a wide range of services. Key components that have been identified are not only health and social care costs, but also informal care costs, criminal justice system costs and the costs of lost productivity and premature mortality (Knapp 2003). For this report we have obtained comprehensive service use data from two studies that have drawn samples of people with schizophrenia from an area that is generally representative of England (the London Borough of Croydon).

EPSILON STUDY

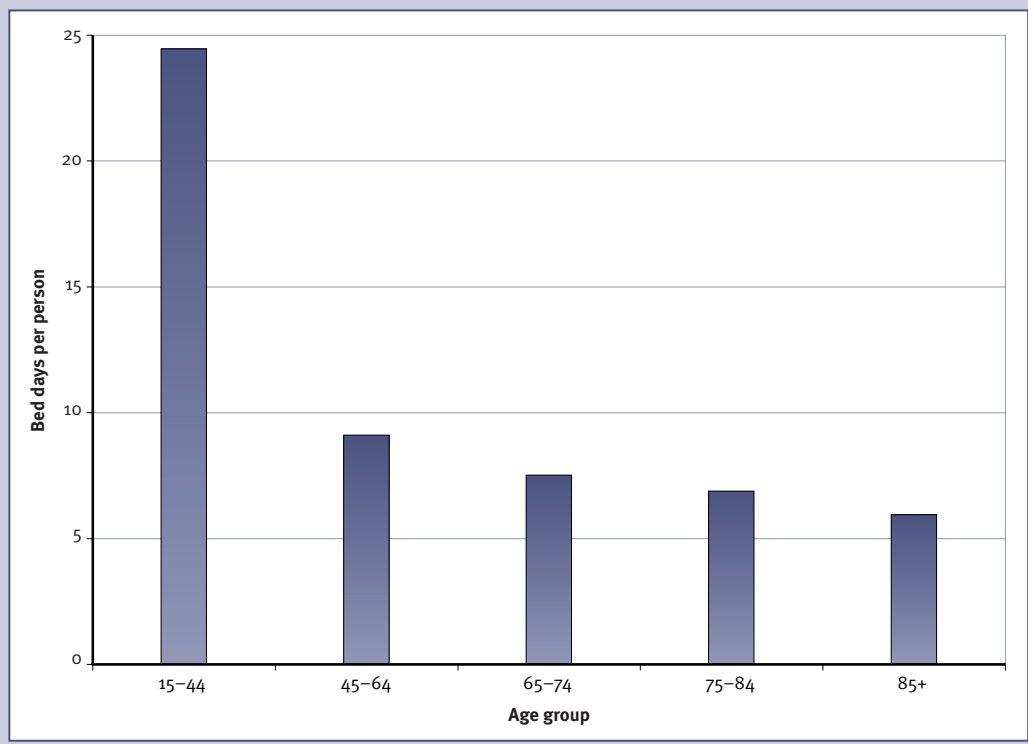
The European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs (EPSILON) study was conducted to produce standardised versions of instruments measuring needs for care, family or care giving burden, satisfaction with services, quality of life, and socio-demographic and service receipt in five European languages.

The sample included 84 people with schizophrenia, treated by 'ordinary services'. Service use was measured over a three-month retrospective period (Knapp *et al* 2002). It was felt that the period was sufficiently long to pick up a wide range of services that individuals use. Services measured included psychiatric and general medical inpatient admissions, psychiatric and general medical outpatient attendances, community-based day services, and contacts with primary care, social services and community mental health care professionals. The use of medication was also recorded as were details of employment and benefits received. As the costs were collected for a three-month period, they were converted to annual costs by multiplying by four.

Service use and cost data were extracted by gender and age group. No data were available for people aged 75 or over. The costing of the original study was for the 2002/03 financial year. To update the costs to the present period, all costs were inflated using an appropriate index (Curtis and Netten 2006). The latest index available was for the year 2005 and all the mean costs were multiplied by 1.17 to give present costs.

QUATRO STUDY

The Quality of Life following Adherence Therapy for People Disabled by Schizophrenia and their Carers (QUATRO) study was a multi-centre randomised controlled trial of two interventions for people with schizophrenia carried out across four European countries – England, Germany, Italy and the Netherlands. The trial recruited 409 subjects with 92 of them from London (Gray *et al* 2006). Half the subjects were randomised to adherence therapy and the other half to health education. Participants were to be followed up for one year, after which measurements of adherence to medication, quality of life and costs were to be assessed. For the analyses in this report we have used baseline data from this study.



The range of services included in the study, and the methods by which they were measured and costed, were essentially the same as in the EPSILON study. Informal costs, which make up a significant portion of overall costs, were also estimated in the study by recording the average number of hours that carers spent on specific tasks per week and attaching an appropriate unit cost to this. These were supplemented with informal care costs from the PRISM Psychosis Study (McCrone *et al* 1998).

INPATIENT COSTS

Although both the EPSILON and QUATRO studies collected data on inpatient stays, we decided to use Hospital Episode Statistics (HES) data given its comprehensive coverage. In 2004/5 men with schizophrenic disorders used 1.98 million inpatient bed days while women used 1.05 million bed days. The average number of bed days per person for different age groups reveals a reduction with age (see Figure 50, above).

PRISON COSTS

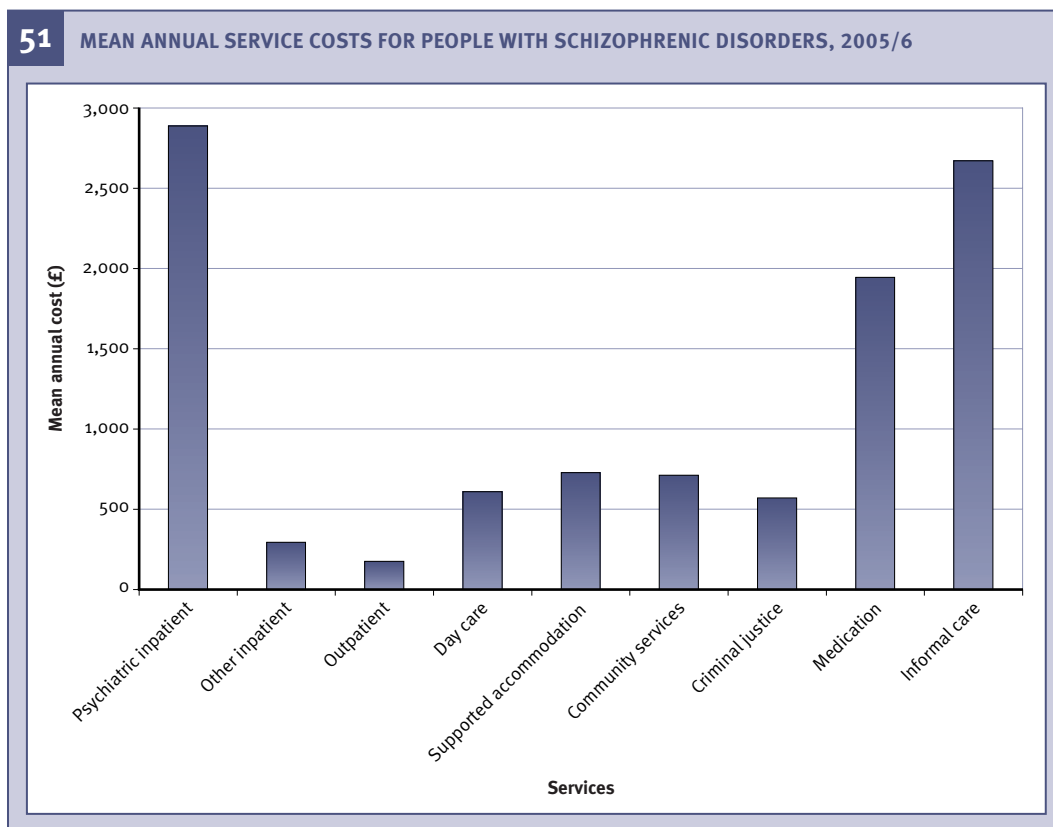
The EPSILON and QUATRO studies did not recruit patients from prison. A national survey of psychiatric morbidity in prison conducted in 1997 found prevalence rates of schizophrenic disorders in 9 per cent of male remand prisoners, 6 per cent of male sentenced prisoners and 13 per cent of female prisoners (Singleton *et al* 1998). These figures translate to 3,365, 1,325 and 516 people respectively based on 2006/7 prison population data. However, the cost of schizophrenia-related prison stays is not simply a matter of computing costs for these people as some of the offences committed may not have been related to schizophrenia. In a study examining the needs of prisoners with mental health problems,

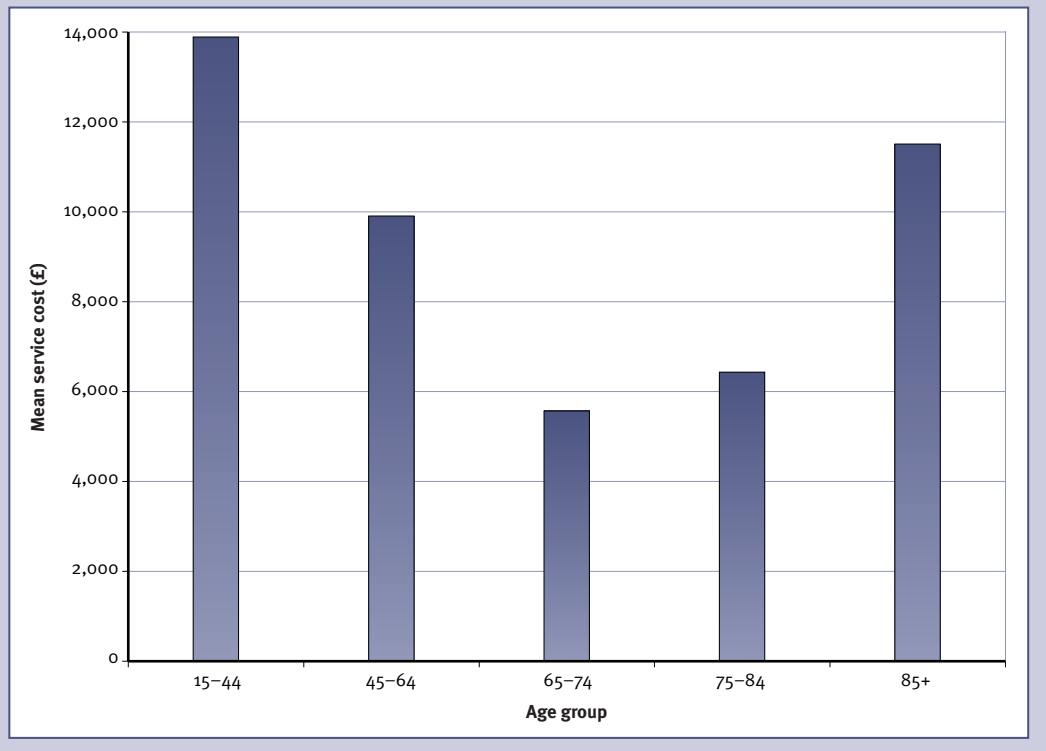
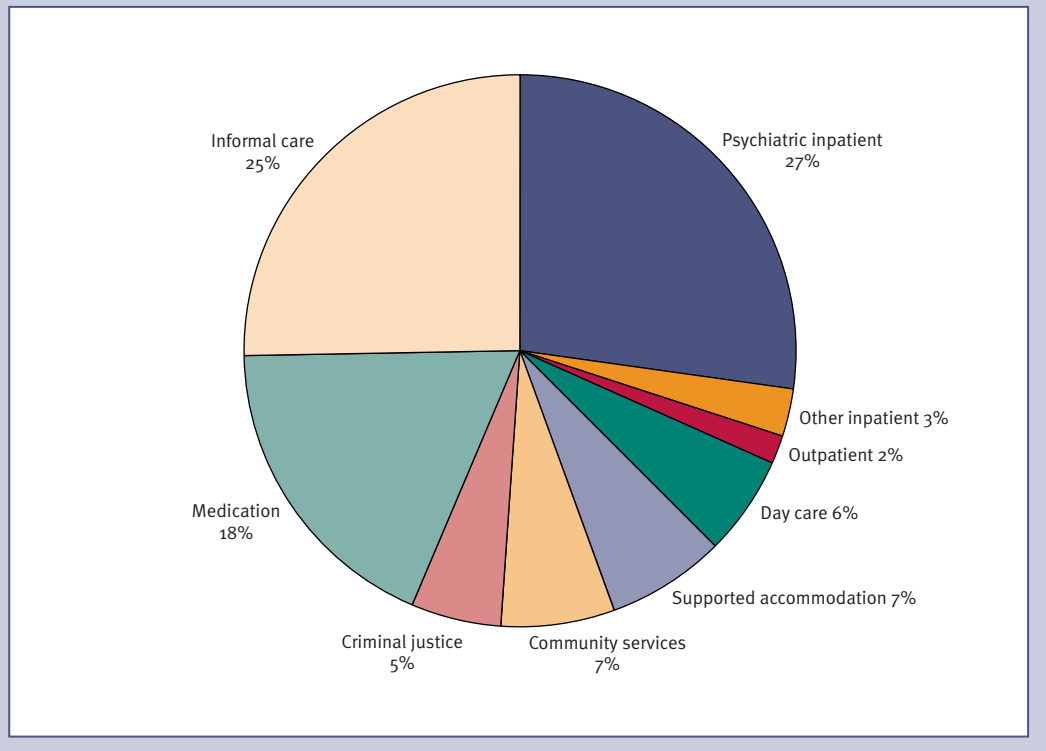
Thomas (2005) found that in the opinion of consultant psychiatrists 38 per cent of prisoners required transfer to a secure hospital setting. We have therefore assumed that prison costs for 1,279 male remand prisoners, 504 male sentenced prisoners and 196 female prisoners are related to schizophrenia. The annual cost of a prison place in 2006 was £26,326 for male prisoners and £41,272 for female prisoners (Prison Service 2006). Other criminal justice services were not included and it is recognised that this is a limitation. In particular, a number of patients will be in medium-secure and high-secure units and, while the numbers may be small, they are likely to account for a disproportionate amount of costs.

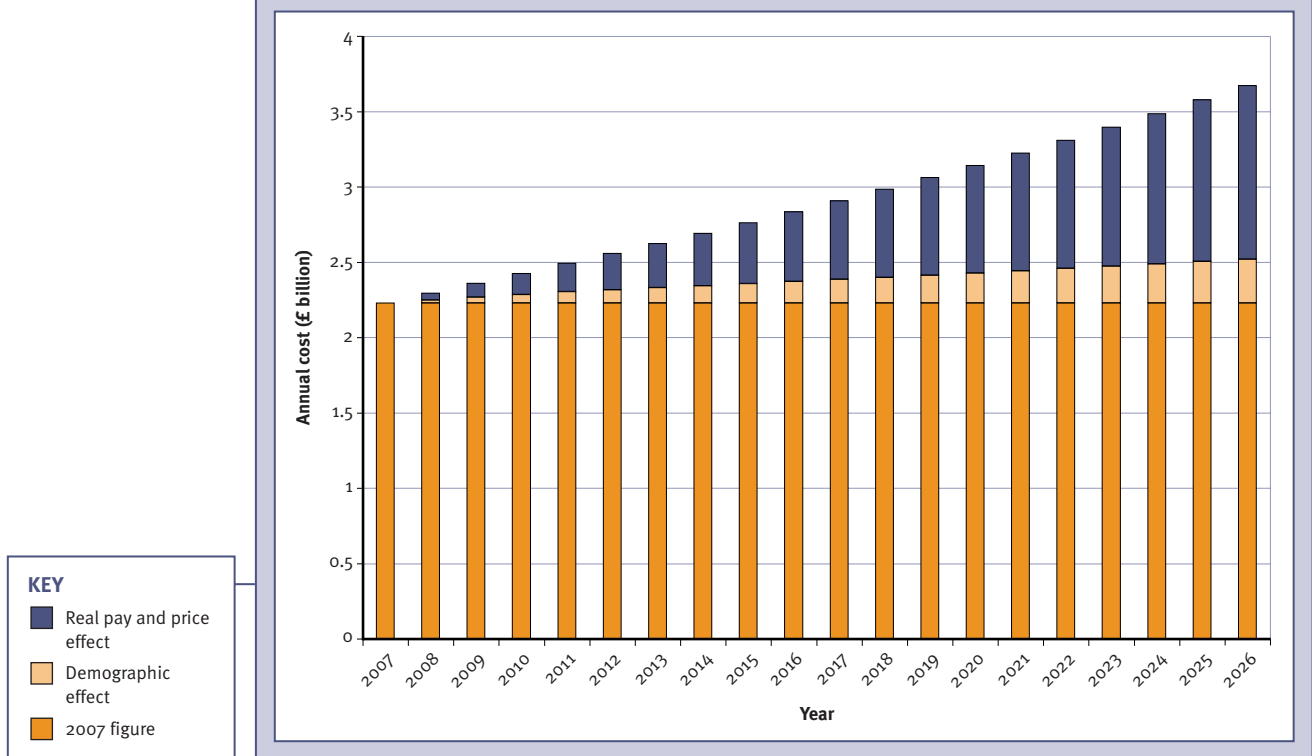
Residential care costs

Residential care costs were derived from the aforementioned residential care study (Lelliott *et al* 1996; Chisholm *et al* 1997) in which between 48.8 and 60.8 per cent of people under 65 years living in residential care homes for people with mental health problems had schizophrenia, and from the survey of older adults in residential care in which 1 per cent had this condition (Bowman *et al* 2004).

The average costs for each service, and the proportion of total service costs they account for, are shown in Figures 51, below, and 52, opposite. Not surprisingly inpatient care was the most expensive, but a similar cost was borne by informal carers – both accounting for around one-quarter of costs. Medication is estimated to cost around £2,000 per year. Total service costs are currently estimated to be £10,605 per person.





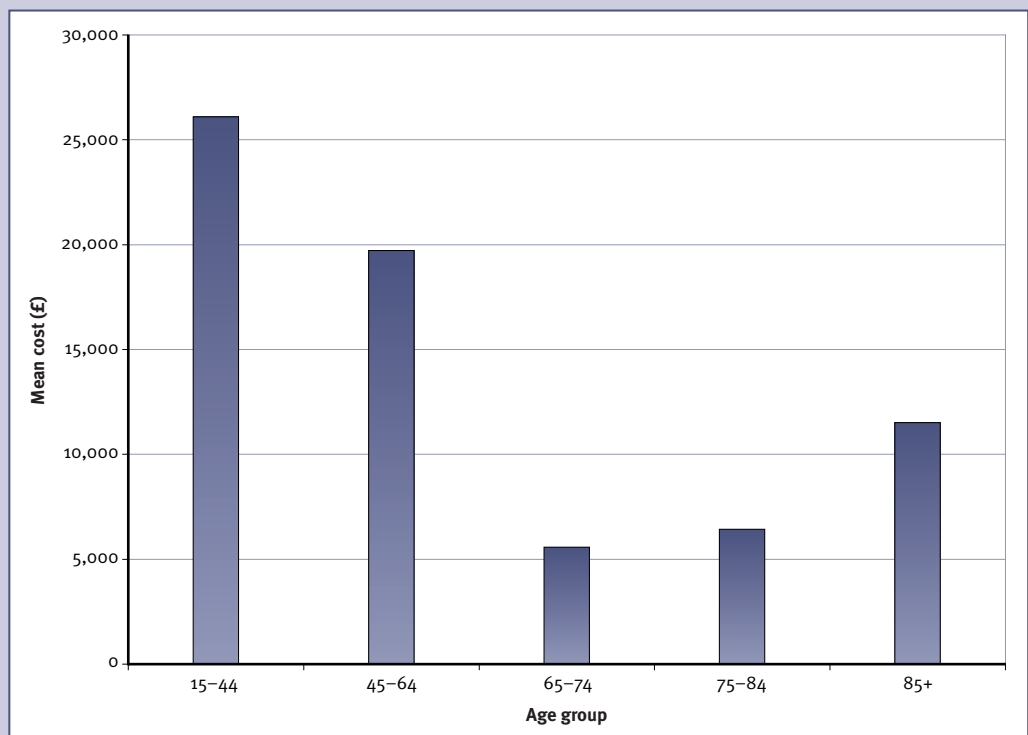


Service costs are highest for people aged under 45 and are estimated to fall until age 74 with costs then increasing again (see Figure 53, p 59).

Total service costs for England in 2007 were estimated to be £2.2 billion. If we assume that health and social care prices increase by 2 per cent in real terms annually, then along with demographic changes we can see from Figure 54, above, that projected service costs will reach £3.7 billion by 2026 – an increase of 68 per cent. As with the other disorders in this report most of the increase is due to changes in the real price of health and social care. If these changes are excluded then a more modest increase in costs of 9 per cent is observed.

Lost employment costs

Relatively few people with schizophrenia and related conditions are in work. The PMS for psychosis shows that 72 per cent of men and 68 per cent of women are economically inactive. This was due to illness for 81 per cent of men and 43 per cent of women. Therefore, 58 per cent of men and 29 per cent of women are not working because of illness. In the absence of schizophrenia a proportion would remain out of work due to prevailing unemployment, which in May 2007 was 5.4 per cent (National Statistics 2007b). Therefore, we can assume that lost employment due to schizophrenia occurs for 53 per cent of men and 24 per cent of women. (In reality the figures are probably higher because the above data refer to all psychoses, and schizophrenia might be expected to have a more detrimental impact on employment than say bipolar disorder.) Lost employment



costs were estimated by linking these rates to the numbers of people with schizophrenia aged below 65 and average annual salaries, which in 2006 were £31,661 for men and £18,061 for women (National Statistics 2007c). This resulted in mean lost employment costs of £12,205 for those aged under 45 and £9,815 for those aged 45–64. Mean total costs (that is service costs plus lost employment costs) for 2007 were estimated to be £19,078, with substantially higher costs for those aged below 65 (see Figure 55, above).

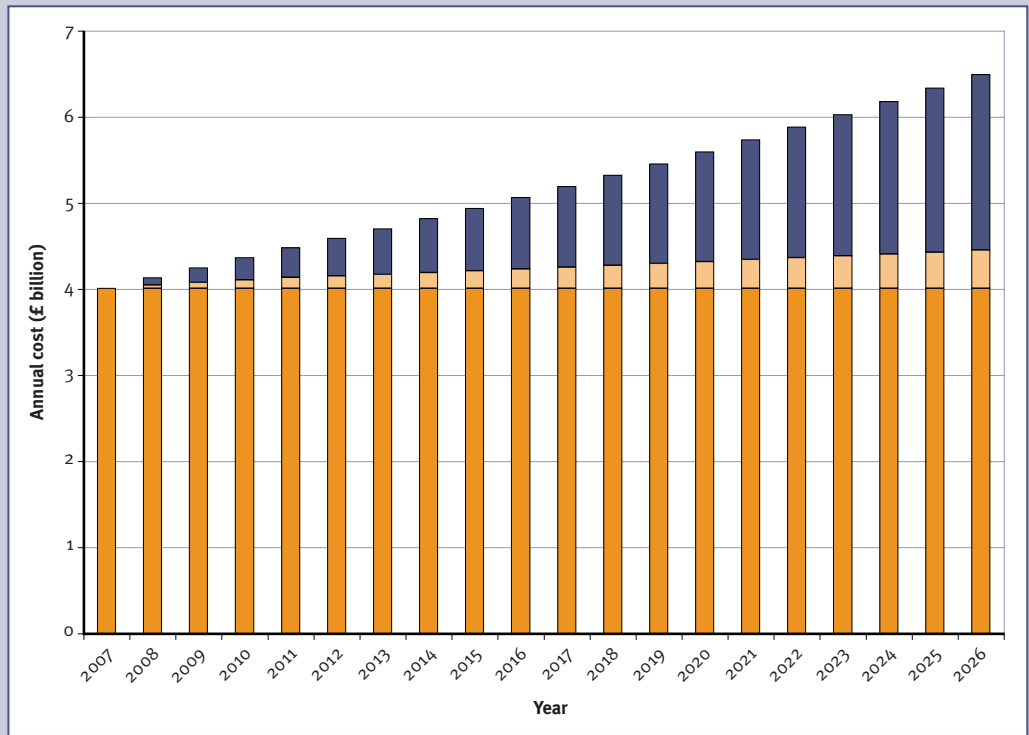
Total lost employment costs for 2007 were estimated to be £1.8 billion, which in addition to the service costs results in total costs of £4 billion. Therefore, around 45 per cent of costs are due to impacts on employment. A substantial amount of the remaining 55 per cent is due to the impact on families of informal care giving (see Figure 51, p 58).

There has been much discussion recently of the impact that cannabis might have on the risk of schizophrenia. If 10 per cent of cases are linked to cannabis the cost of cannabis-associated schizophrenia is around £400 million.

Projected costs

By 2026 total costs are projected to be £6.5 billion (see Figure 56, overleaf), an increase of 63 per cent. Growth in costs was greatest for those aged 85+ and 75–84 and lowest for those in the younger age groups (see Figure 57, overleaf). If real price/earnings increases are excluded the rise in costs is 11.2 per cent.

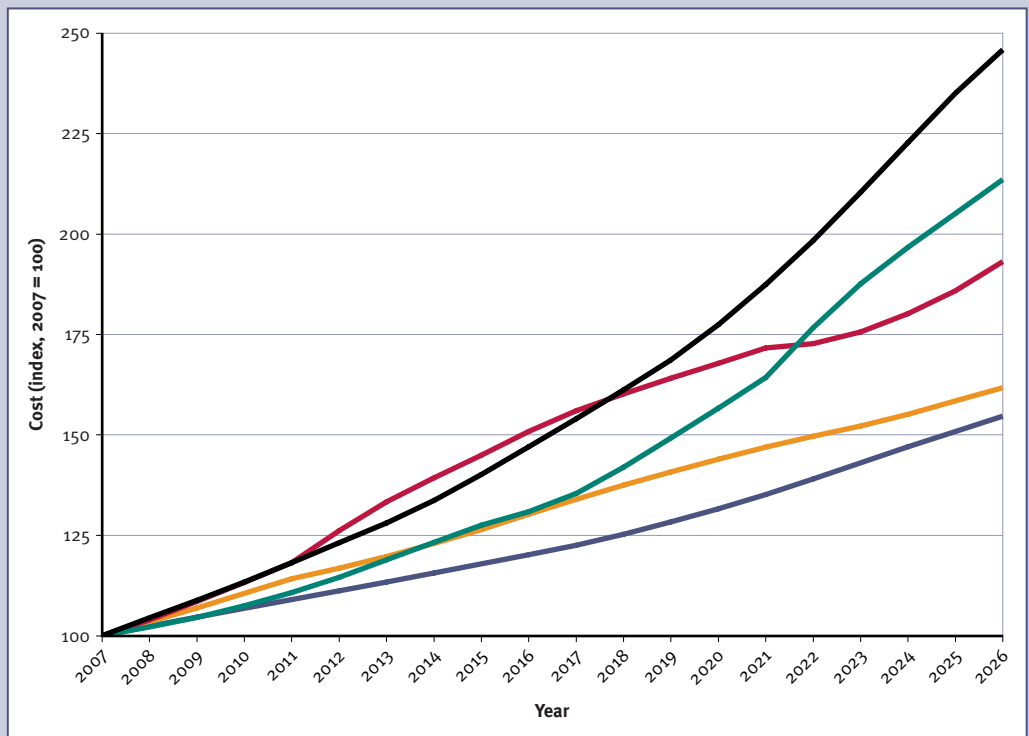
56 PROJECTED SOCIETAL COSTS OF SCHIZOPHRENIC DISORDERS, 2007 TO 2026



KEY

- Real pay and price effect
- Demographic effect
- 2007 figure

57 PROJECTED GROWTH IN COSTS OF SCHIZOPHRENIC DISORDERS, 2007 TO 2026



KEY

- 15-44
- 45-64
- 65-74
- 75-84
- 85+

Scenario modelling

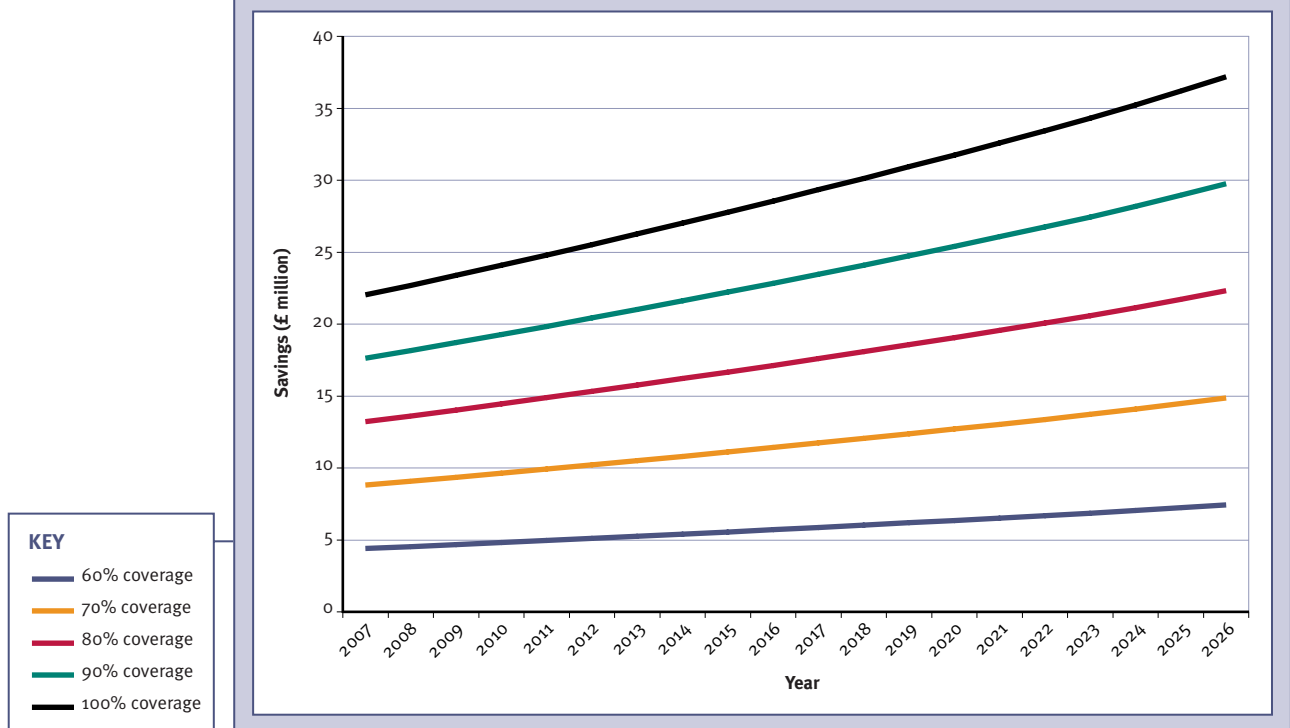
Scenario 1 interventions

CRISIS RESOLUTION/HOME TREATMENT AS AN ALTERNATIVE TO ADMISSION

One of the key service recommendations of recent years has been that crisis or home treatment teams should be provided across England as a potential alternative to admission to hospital for people experiencing a psychiatric crisis. In a report published by the National Audit Office (NAO; McCrone *et al* 2007) a model was used to show the impact that increasing the number of people receiving home treatment would have on health service costs through reduced admissions and earlier discharge. In the base-case model it was estimated that savings of £610 per crisis would be realised if home treatment was considered compared to not considering it. However, it was also assumed that in 50 per cent of cases home treatment was already considered and therefore moving to 100 per cent coverage would show cost savings of £305 per crisis.

The NAO report estimated that for every admission there were currently 1.47 crises that did not result in an admission. In 2005/6 there were 29,238 admissions for schizophrenic disorders in England, which implies that there were 42,980 crises not resulting in an admission – 72,218 crises in all. In Figure 58, below, the potential savings that would occur as a result of increasing considering home treatment from 50 per cent is indicated and projected to 2026. (It is assumed also that prices rise by 2 per cent per year over and above inflation). In 2007 savings would have been £4.4 million per year if considering home treatment increased to 60 per cent, while savings would have been £22.0 million if

58 POTENTIAL SAVINGS FROM EXPANDING PROVISION OF CRISIS RESOLUTION TEAMS FOR SCHIZOPHRENIC DISORDERS, 2007 TO 2026

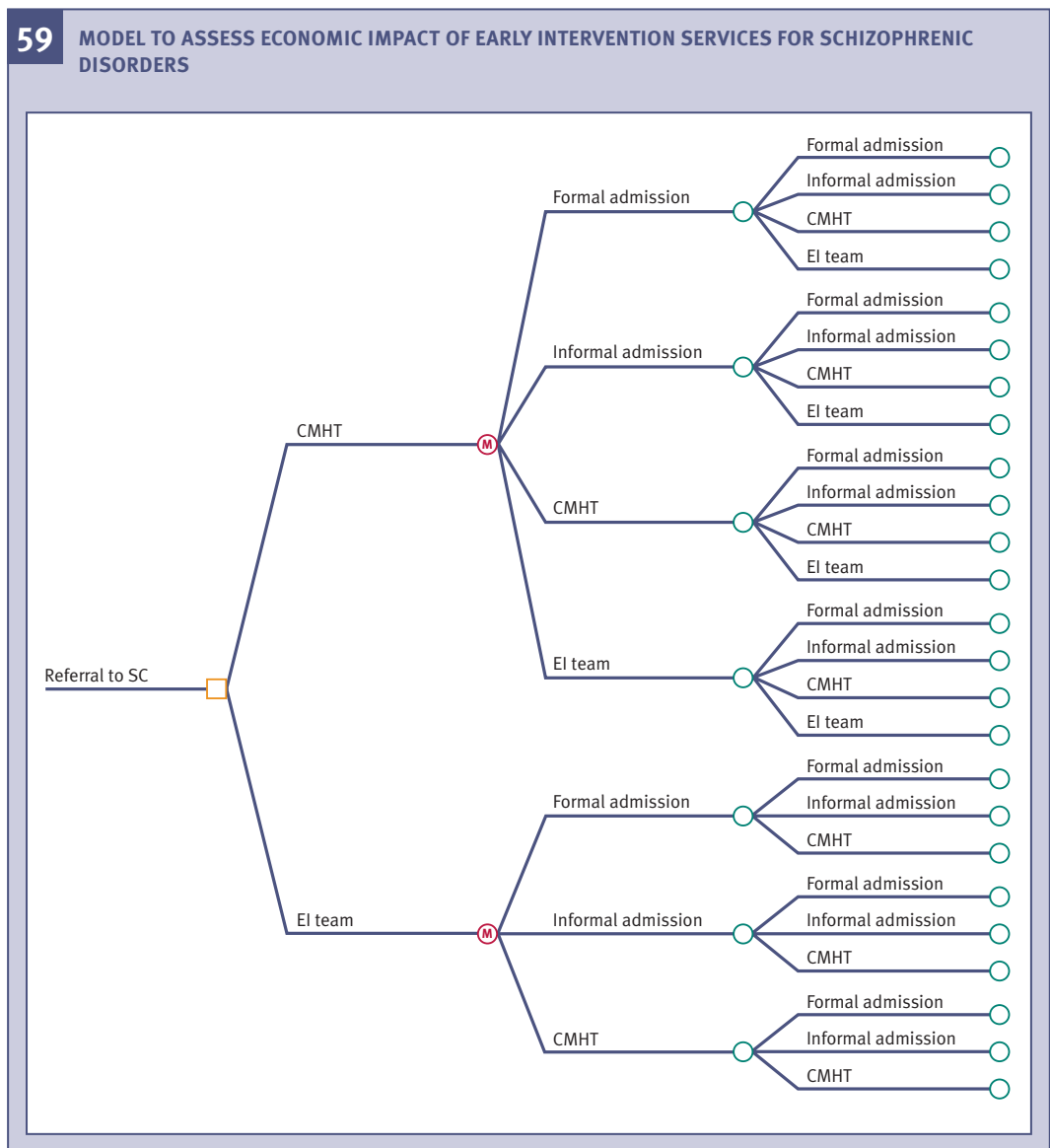


coverage were 100 per cent. By 2026 these figures would be £7.4 million and £37.2 million respectively.

EARLY INTERVENTION FOR PSYCHOSIS

Another key recommendation of the Department of Health is that early intervention (EI) services should be provided in each area for those patients who are experiencing their first episode of psychosis. This rests on the belief that such early intervention can produce favourable long-term outcomes and may reduce expensive inpatient admissions. Evidence to date suggests that inpatient stays can indeed be reduced but longer-term outcomes are less clear.

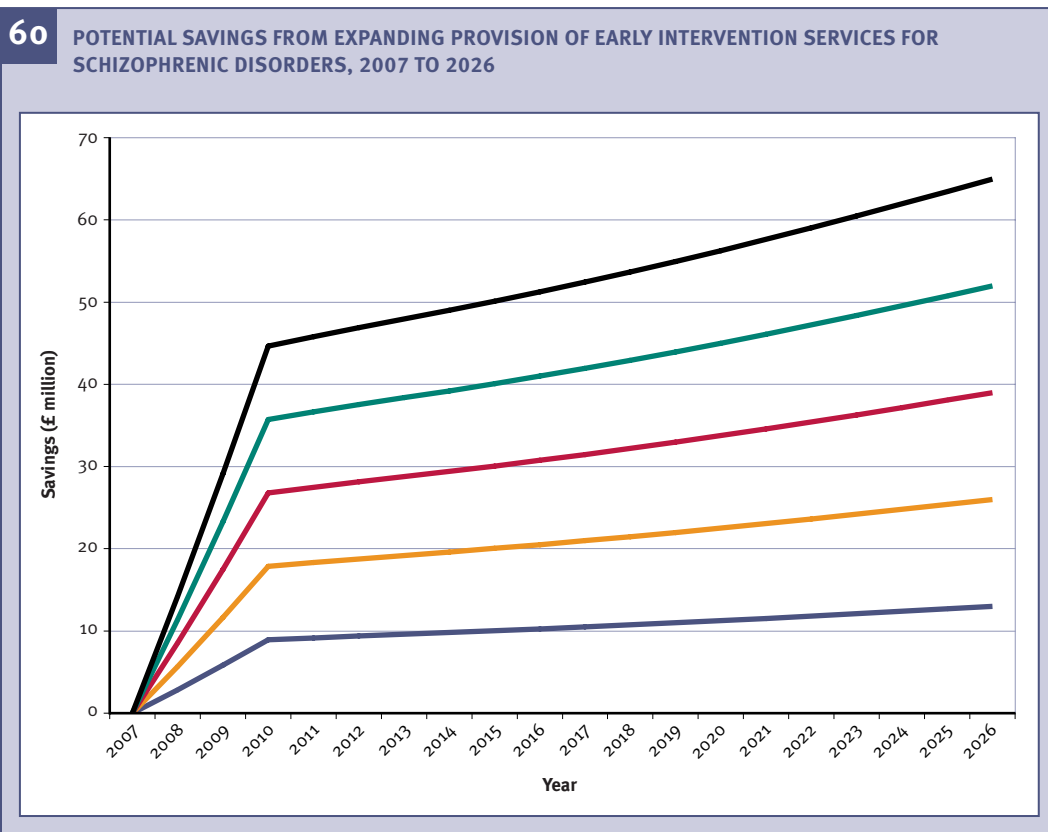
In 2006 a decision model was developed to compare EI services with usual care, reflecting the normal care pathways in both options. The analysis considered what is known about the probabilities for patients using different care pathways, together with knowledge of the



associated service costs. The model was analysed to provide comparative cost estimates based on one-year and three-year periods between EI and usual care. The model is shown in Figure 59, opposite. Patients are assumed to enter the secondary care system and to receive initial care from an EI team or from usual care. The model then defines specific care pathways that the patient ‘cycles’ through every two months.

Preliminary findings suggest significant cost savings in intervening early. Patients receiving standard care services had admission rates that were 1.6 times higher than the readmission rates for EI services. If we assume a readmission rate of 20 per cent every two months for EI then the cost saving over a one-year period would be around £5,000 compared with standard care. The actual admission rates across the country are not known and the above figures were used to illustrate the cost savings that could potentially occur. Even though an EI service may cost more to run than standard care services, the cost savings may be considerable due to their potential ability to reduce the need for inpatient readmission. Sensitivity analyses show that varying key parameters did not change the finding that early intervention resulted in overall lower costs. The only exception (but a crucial one) to this general result was if the inpatient readmission rates were to rise.

EI services would potentially be used by new cases of schizophrenic disorders. Based on incidence figures reported by Fearon *et al* (2006) this is equal to 5,539 people in 2007 rising to 5,968 by 2026. If, as with crisis resolution and home treatment teams, we assume that 50 per cent of relevant patients currently receive EI services then we can estimate the extra savings that would arise by increasing the use of EI. Figure 60, below, shows these



savings. We have assumed that expansion of EI services would not happen immediately and therefore savings start in 2008. The initial steep rise in savings is because patients would probably stay with the service for three years and therefore a 'steady state' is not reached until 2010.

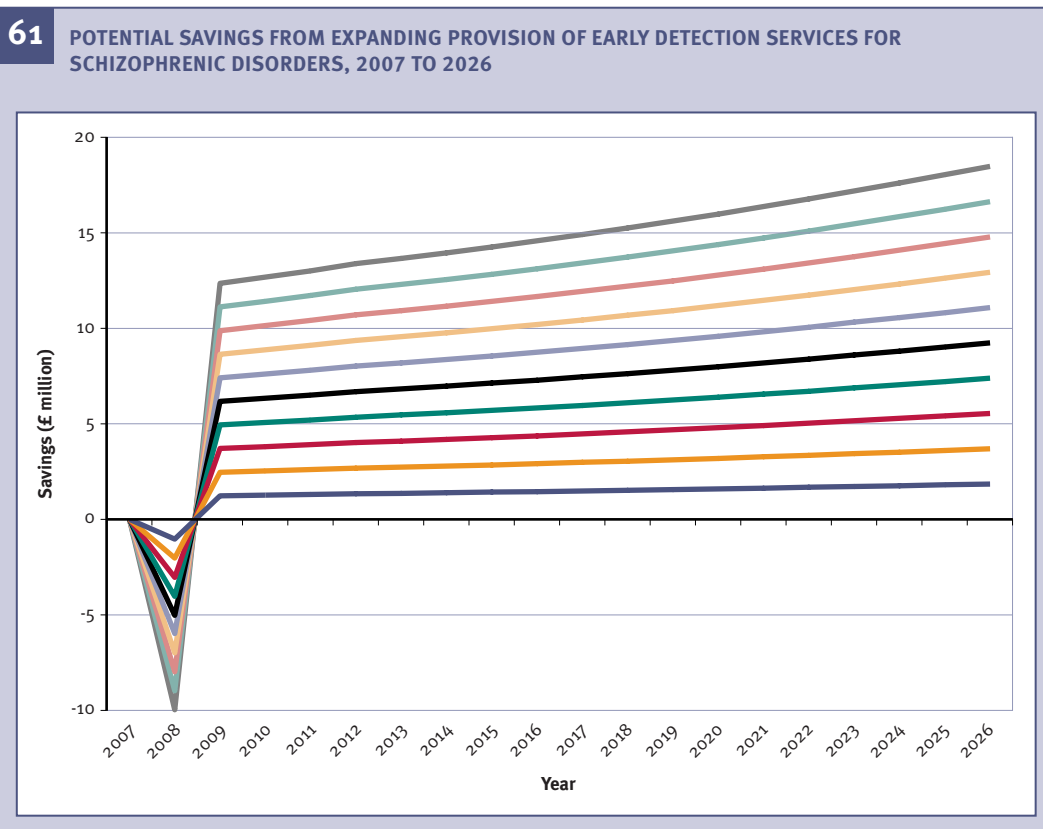
In 2010 estimated savings would be £8.9 million per year if use of EI increased to 60 per cent, while savings would be £44.6 million if coverage were 100 per cent. By 2026 these figures would be £13 million and £64.9 million respectively.

Scenario 2 intervention

EARLY DETECTION FOR PSYCHOSIS

While EI services target those with a recognised psychotic condition, early detection services aim to provide care to those showing early signs (or prodromal symptoms) of psychosis. Prodromal symptoms are thought to occur in most cases of schizophrenia, and here we have assumed a figure of 80 per cent. Such services are controversial because many people with prodromal symptoms will not actually make a 'transition' to psychosis. However, although there are no firm policy recommendations regarding early detection services there is a growing evidence base that suggests that providing early treatment (usually a combination of psychological therapy and low dose medication) can reduce the rate of transition (see, for example, Morrison *et al* 2004).

It has recently been estimated that the transition rate for people with prodromal symptoms



in the absence of an early detection service is around 35 per cent, while the transition rate where such a service exists is estimated to be 20 per cent (L Valmaggia, personal communication 2007). Based on current estimates of incidence, the assumption that 80 per cent of cases of schizophrenia will have shown prodromal signs and the above transition rate of 35 per cent we estimate that in 2007 there would have been 12,629 people who might potentially have benefited from interventions provided by an early detection service. Based on unpublished data from the Institute of Psychiatry we estimate that in the first year of receiving an early detection service there are extra costs of £813 per person. However, due to subsequent reductions in inpatient use there are savings of £1,803 in the subsequent year. If coverage with early detection services of 10 per cent could be achieved by 2008, then by 2009 there could be savings of £1.2 million (see Figure 61, opposite). If coverage increased to 100 per cent by 2026 the savings would increase to £18.5 million. (Figure 61 shows that initially there will be negative savings as the costs of introducing or expanding services are not offset until the subsequent year.)

7

Bipolar disorder and related conditions

SUMMARY

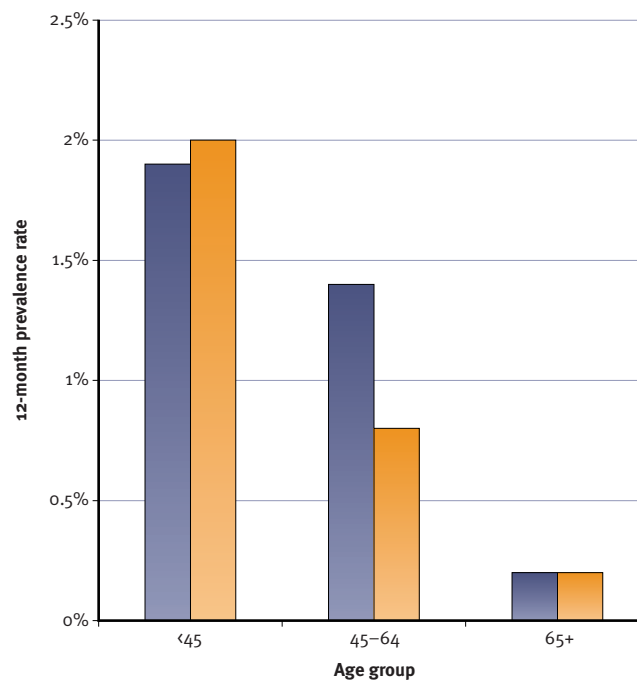
The number of people with bipolar disorder and related conditions is high, but the total numbers are not expected to increase much over the next 20 years due to lower prevalence rates in older adults. Lost employment accounts for around two-thirds of the overall costs of these conditions. As with schizophrenia, cost savings could be realised by rolling out crisis resolution and early intervention services.

Key points

- Prevalence of bipolar disorder and related conditions is estimated to be 0.4 per cent – 3.9 per cent depending on age
- Current estimates suggest that 1.14 million people have these conditions. By 2026 the number will only have increased to 1.23 million.
- Total service costs in 2007 were estimated to be £1.6 billion, increasing to £2.6 billion by 2026. With the inclusion of lost employment costs, the total for 2007 was £5.2 billion and is projected to be £8.2 billion by 2026.
- Savings of between £1.9 million and £9.8 million would have occurred in 2007 if crisis resolution/home treatment services had been considered for 60–100 per cent of potential admissions. By 2010 health care savings could be £16.4 million if early intervention services were provided to 75 per cent of new cases of bipolar disorder. This could increase to £21.9 million if coverage were 100 per cent. If early detection services could be rolled out to achieve 100 per cent coverage for people with bipolar disorder by 2026 then savings of £4.5 million could be realised.

Introduction

This chapter covers mood disorders including bipolar disorder, mania and hypomania. Bipolar disorder is characterised by fluctuating episodes of depression and mania. The ICD-10 system of disease classification characterises bipolar disorder according to whether the current episode is mania (or hypomania which is less severe) or depression, and these states are further divided according to whether psychotic symptoms are present or not. ICD-10 also includes categories for mixed symptoms and bipolar disorder that is currently in remission. ICD-10 allows for diagnoses of mania (with or without psychotic symptoms) and hypomania alone. DSM-IV has categories for Bipolar Type I and Bipolar Type II. The latter is less extreme, often with the occurrence of hypomania rather than mania. In addition DSM-IV has a category for sub-threshold bipolar disorder. Current treatment options are summarised in Appendix 2 (see pp 130–131).



Source: National Comorbidity Survey Replication

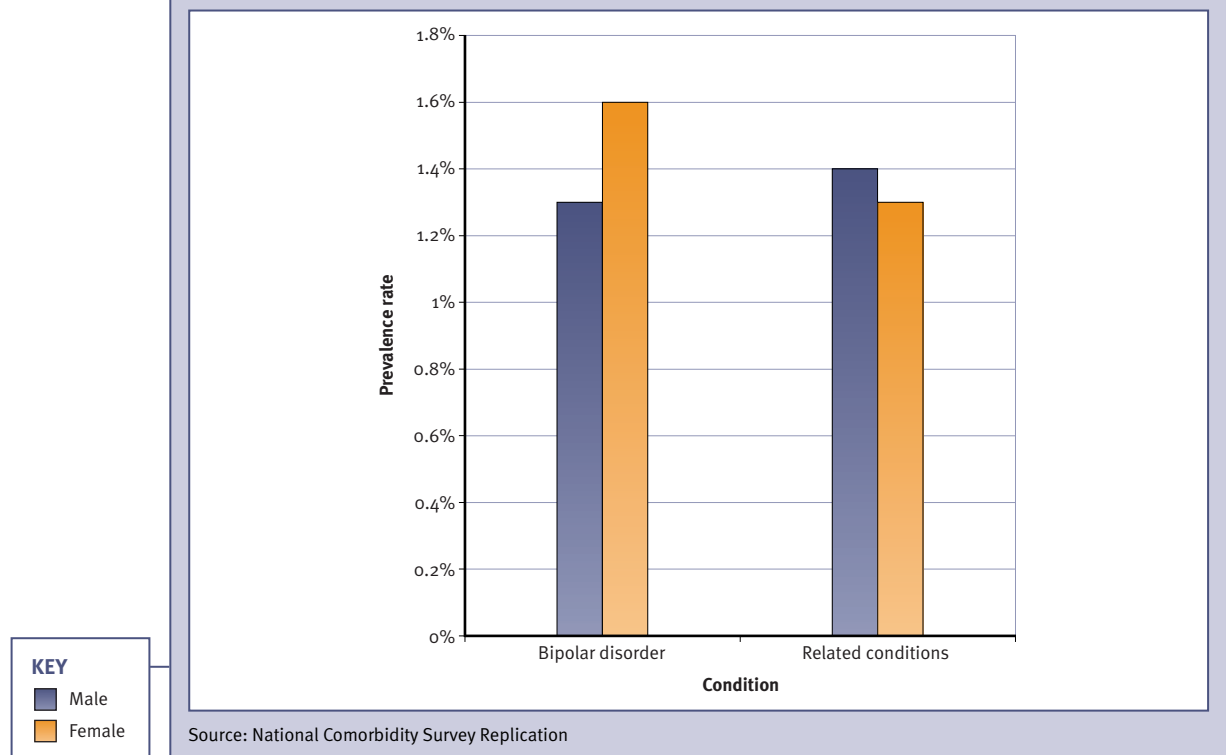
KEY

- Bipolar disorder
- Related conditions

Prevalence estimates

Estimates of the prevalence of bipolar disorder and related conditions show substantial variation. A recent review by Waraich *et al* (2004) arrived at a 12-month prevalence estimate of 0.72 per cent for Bipolar Type I. Another review of prevalence rates across European countries reported 12-month prevalence rates ranging from 0.5 per cent to 1.1 per cent for bipolar disorder (Pini *et al* 2005). One of the largest community surveys of mental health problems was the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) in the United States. This estimated twelve-month prevalence rates for Bipolar Type I of 0.6 per cent, Bipolar Type II of 0.8 and sub-threshold bipolar disorder of 1.4 per cent (Merikangas *et al* 2007).

A limited number of studies have examined differences in prevalence rates according to age and gender. The review by Pini *et al* (2005) reports slightly higher rates of bipolar disorder in women and lower prevalence rates in older adults. The inverse relationship with age is also reported by Merikangas *et al* (2007), although Waraich *et al* (2004) show that prevalence is stable in 18–64 year olds. In our analysis we have applied figures derived from the National Comorbidity Survey Replication (Merikangas *et al* 2007). This is a dataset from the United States and prevalence rates might not fully apply to England. However, the size of the survey (9,282 respondents) allows us to estimate age- and gender-specific prevalence rates for bipolar disorder, sub-threshold bipolar disorder, mania and hypomania, and similar data were not available from this country. The prevalence rate of bipolar disorder and related conditions is highest in the under 45 age

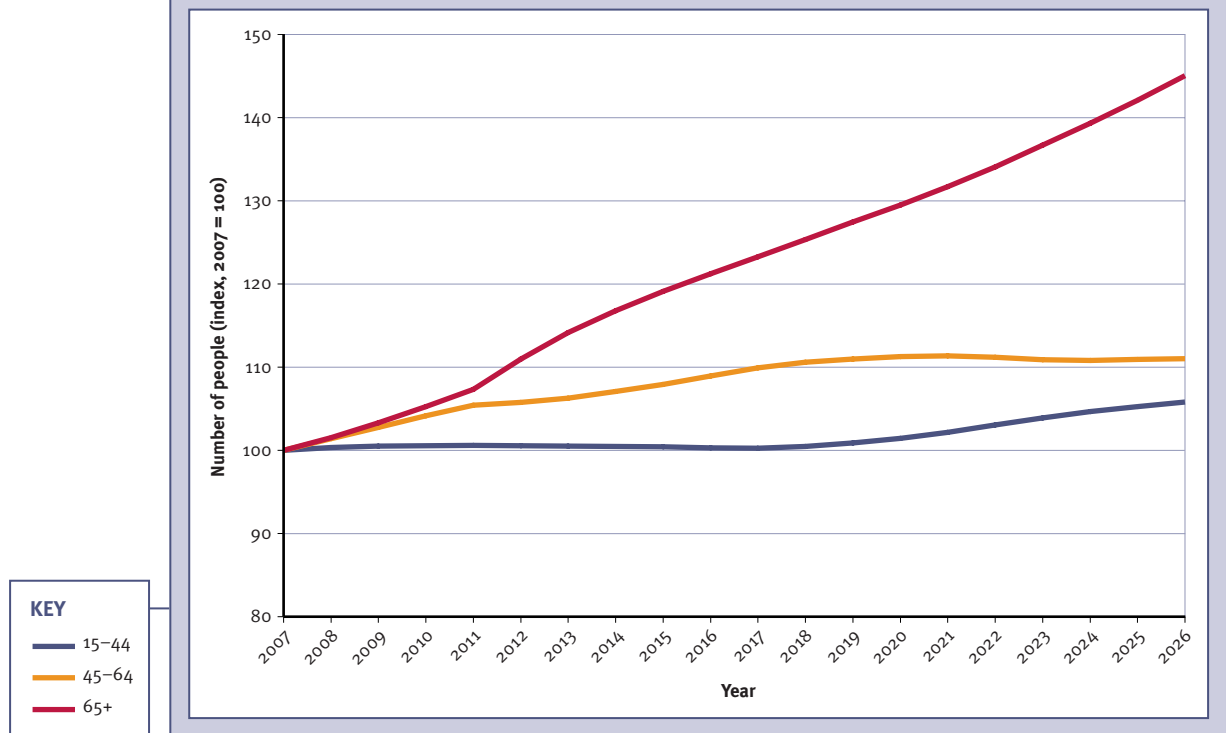


group and is markedly lower for adults aged 65 or over (see Figure 62, opposite). In the 45–64 age group the prevalence rate for bipolar disorder is noticeably higher than for related conditions.

The small gender difference in prevalence rates for bipolar disorder is illustrated in Figure 63 above. However, as can be seen from the chart, the National Comorbidity Survey Replication found similar prevalence rates between men and women for related conditions.

Population estimates

In 2007 it was estimated that there were 1.14 million people with these conditions, and by 2026 the number is projected to be 1.23 million – an increase of 7.9 per cent. The increased number of older adults in the population does not significantly impact on the total number of cases because of the lower prevalence rates in that group. However, as Figure 64, overleaf, shows, the greatest proportional increase in the number of people with bipolar disorder and related conditions is still in those aged 65 and over. The figures have not been adjusted for ethnicity. Data produced by Lloyd *et al* (2005) indicates that while the incidence of bipolar disorder is higher among certain black and minority ethnic (BME) groups compared to the white population, the difference is not as large as for schizophrenia, and Chapter 6 revealed that the impact of adjusting for ethnicity in schizophrenia was marginal.



Service costs and lost employment

The elements used to estimate total costs for bipolar disorder and related conditions were: prescribed drugs, inpatient care, other NHS services, supported accommodation, day care, other social services, informal care and lost employment. Other costs may also be incurred but we could not quantify them for this review and they would be unlikely to add substantially to the totals here. However, it does need to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

Service use data for bipolar patients was taken from a study which evaluated the cost-effectiveness of relapse-prevention by means of cognitive therapy with standard care (Lam *et al* 2005). Patients included in the study had Bipolar Disorder Type I and were therefore atypical of all patients with bipolar disorder and related conditions. This is dealt with below.

The total sample of patients in the original study was 103 who were randomly allocated to either standard care (52) or cognitive therapy (51). Participants were interviewed using the Client Service Receipt Inventory (Beecham and Knapp 2001) at baseline and at three-monthly follow up visits.

Services measured included contacts with mental health care services (psychiatrists, psychologists, community mental health nurses, day centres, counsellors and other

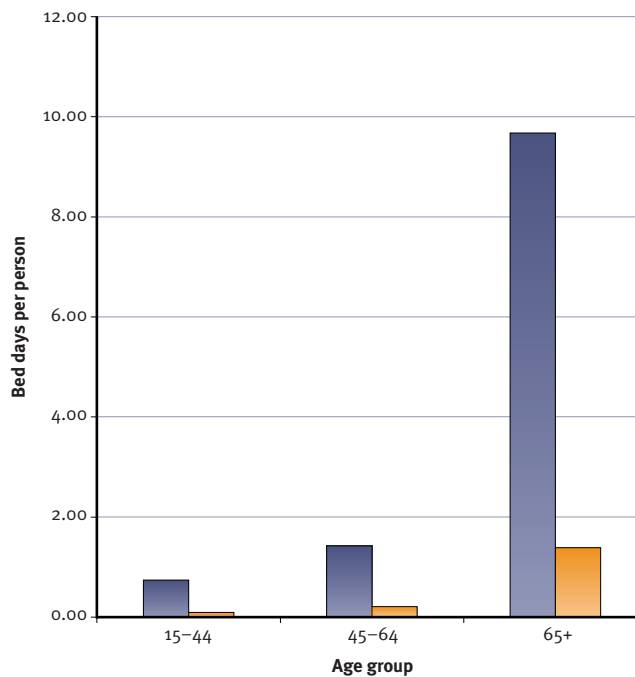
therapists), general practitioners, social workers, and hospital services (inpatient care, outpatient care, day hospital contacts).

In the original study, appropriate unit costs were applied to the service use and data to generate service costs per patient for the financial year of 1999. Medication costs were taken from the British National Formulary (BF/BMA 2001). The data were divided into gender-specific age groups for merging with Hospital Episode Statistics (HES) inpatient data. However, no data were available from this study for those in the 75–84 and 85+ age groups. Therefore, costs for those aged 65+ were assumed to apply to all age groups above 65.

Costs were originally collected for three months only, and converted to annual costs by multiplying by four. Since the original year of costing was for the 1998/9 financial year, we updated these to the present period, using a health and social care inflation multiplier of 1.38 (Curtis and Netten 2006).

As the patients included in the study had Bipolar Disorder Type I, it is very likely that their service use and subsequent costs would be higher than for patients with less severe conditions. We used data from HES to calculate inpatient costs and these were available for the full range of conditions. The number of bed days per person reveals that people with bipolar disorder used disproportionately more inpatient days than people with related conditions (see Figure 65, below). (These days seem low but this is because they have been averaged over all people with these disorders, not just those with inpatient stays.) Across the three age groups, bed days used by people with related conditions is

65 INPATIENT BED DAYS PER PERSON WITH BIPOLAR DISORDER



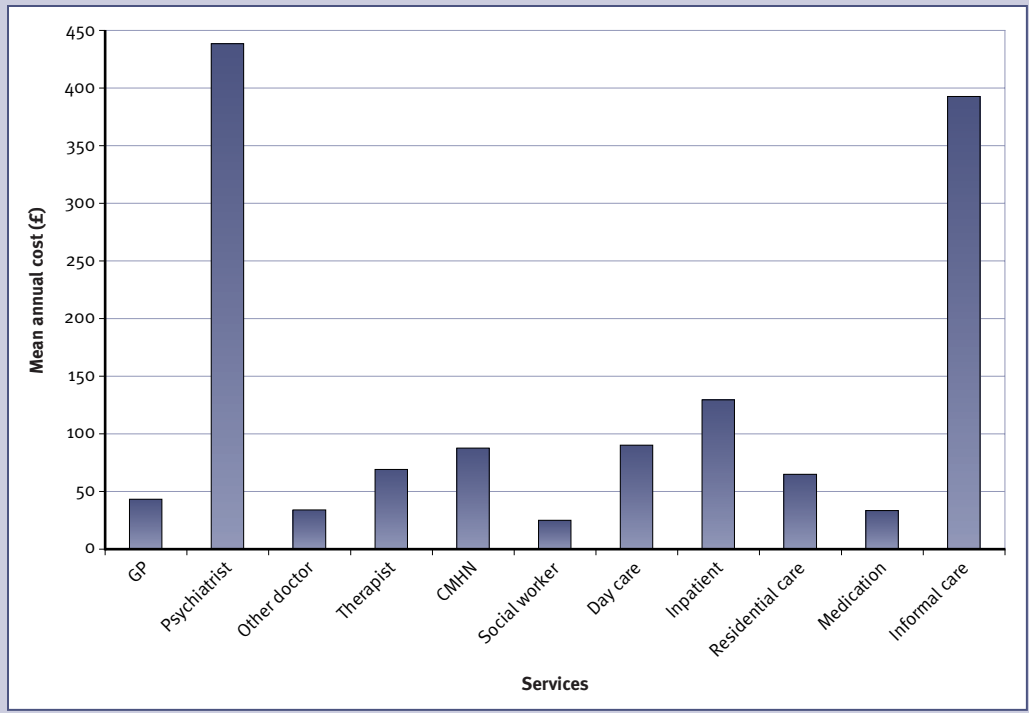
Source: Hospital Episode Statistics (2004/5)

KEY

- Bipolar disorder
- Related conditions

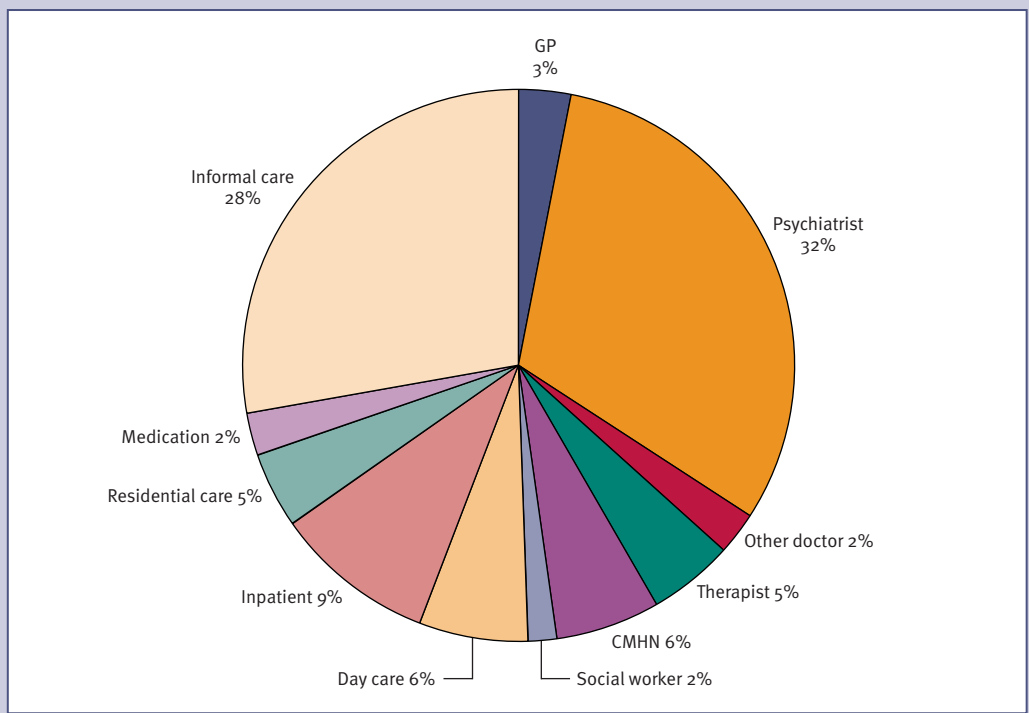
66

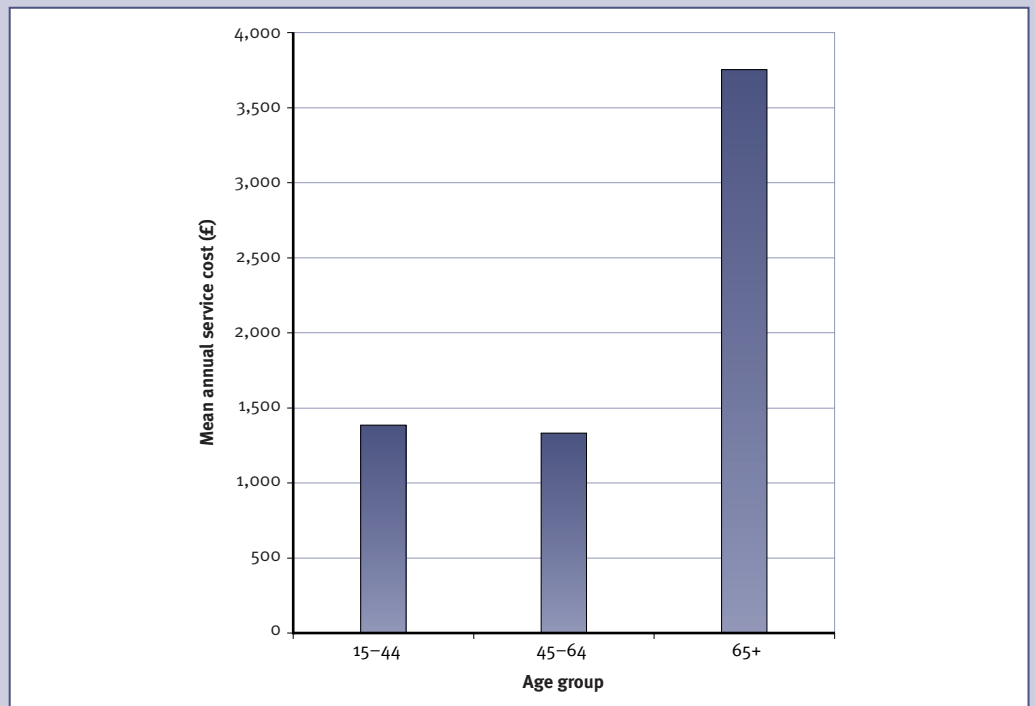
MEAN ANNUAL SERVICE COSTS FOR PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER AND RELATED CONDITIONS, 2005/6



67

DISTRIBUTION OF TOTAL SERVICE COSTS FOR PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER AND RELATED CONDITIONS



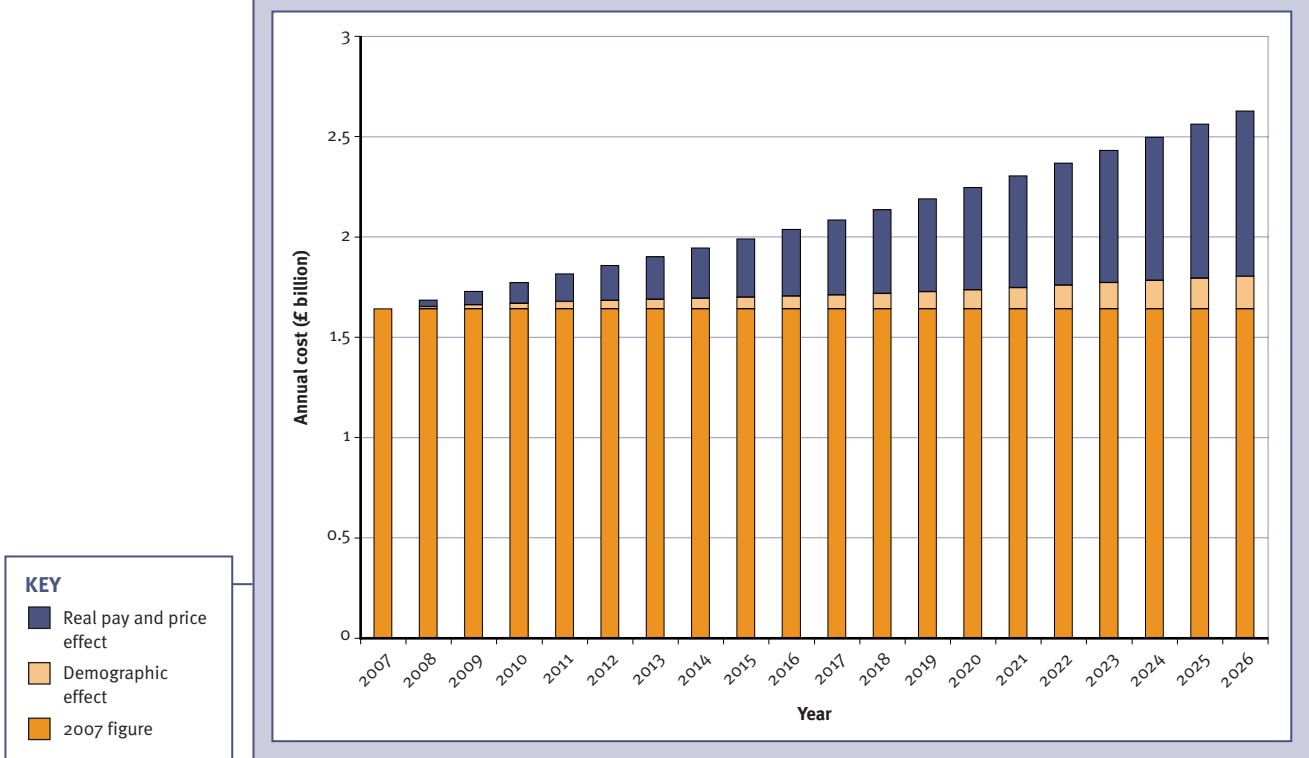


equal to 14 per cent of the bed days used by people with bipolar disorder, and we used this figure to adjust costs from Lam *et al* (2005) for related conditions. The costs from the Lam *et al* study may also remain too high for Bipolar Disorder Type II and so we multiplied them by 0.5 to arrive at a more realistic cost estimate. These adjustments were not necessary for inpatient costs or for residential care costs. The former were derived from the HES dataset, while we derived residential care costs from residential care studies (Lelliott *et al* 1996; Chisholm *et al* 1997) in which 12.3 per cent of adults under the age of 65 who were in residential care had bipolar disorder and the survey of older adults in residential care in which 1 per cent had this condition (Bowman *et al* 2004). We also included informal care costs (key for this disorder) with costs obtained from the PRiSM Psychosis Study (McCrone *et al* 1998) and updated to 2005/6 figures.

The mean service cost per year in 2007 was estimated to be £1,424. Figures 66 and 67, opposite, show that contacts with psychiatrists account for the largest proportion of costs. While this appears to be a substantial amount of psychiatrist contact, it actually equates to about four appointments a year. Informal care from family/friends accounts for a similar amount of cost.

Costs per person are similar for people aged 15–44 and 45–64. The average for those aged 65 and over is approximately four times greater than the costs for the younger age groups (see Figure 68, above). This is due to higher average inpatient and residential care costs than for younger people with these conditions.

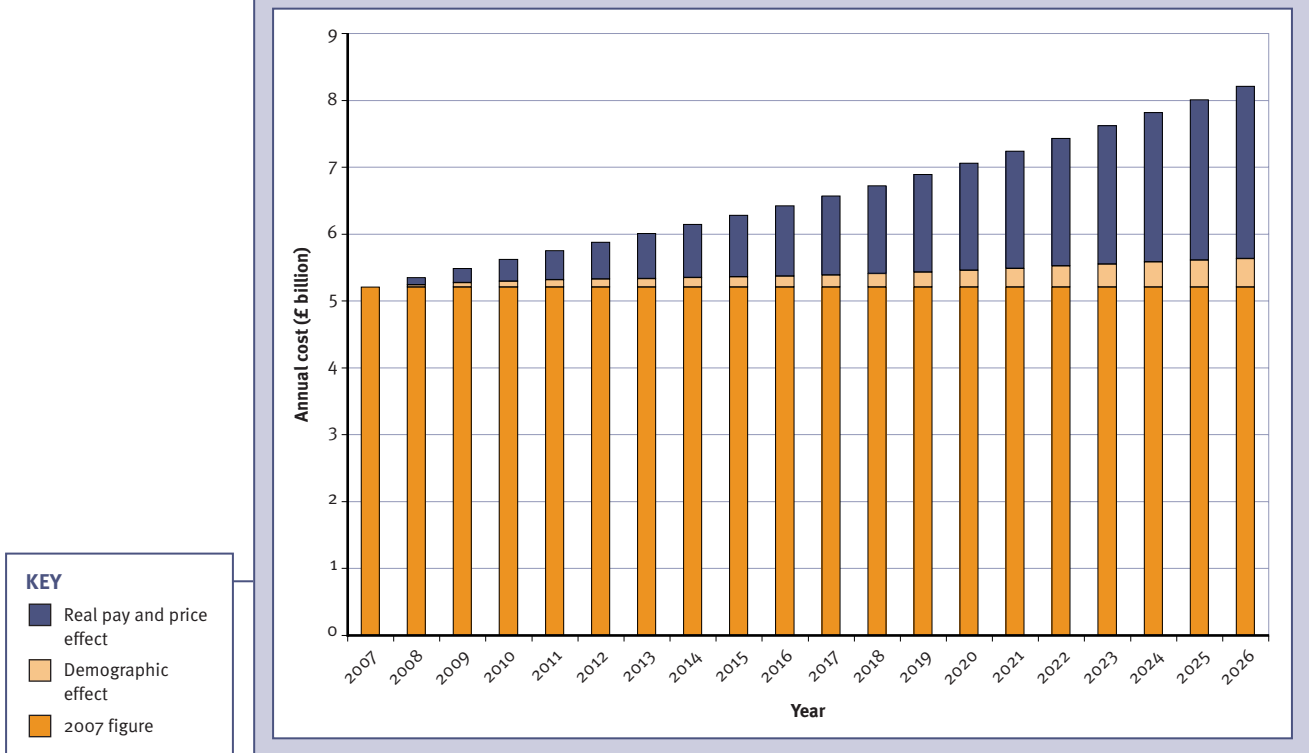
69 PROJECTED SERVICE COST OF BIPOLAR DISORDER AND RELATED CONDITIONS, 2007 TO 2026



Total service costs (calculated by summing the individual service components) in 2007 for bipolar disorder and related conditions were estimated to be £1.6 billion. This is projected to increase to £2.6 billion by 2026 – a rise of 62.5 per cent (see Figure 69, above). Excluding the real increase in the price of care results in a rise of 12.5 per cent.

Lost employment costs

In a previous estimate of the costs associated with bipolar disorder, Das Gupta and Guest (2002) used employment figures provided by Hill *et al* (1996) to calculate lost production costs. It was estimated that 46 per cent of people with bipolar disorder were unemployed and of these 60 per cent were available for work, that is 27.6 per cent were unemployed and could work. In May 2007 the official unemployment figure in England was 5.4 per cent (National Statistics 2007a), and therefore 22.2 per cent of people with bipolar disorder were estimated to be available for work but not in employment because of their condition. We would expect a lower proportion of people with related conditions to be out of work, and applying the figure of 0.14, in line with the difference in bed days, results in an excess unemployment rate of 3.1 per cent. Applying these percentages to the number of people with bipolar disorder and related conditions suggests employment losses for approximately 145,000 people in 2007. The average salary in the United Kingdom in 2006 was £24,301 (National Statistics 2007b). We multiplied this by 1.02 to represent wage increases over and above inflation to arrive at a figure of £24,544. Consequently, in 2007 the estimated cost of lost employment was £3.6 billion, rising to £5.6 billion. The total cost in 2007 was estimated at £5.2 billion, with 69 per cent accounted for by lost employment.



Projected costs

By 2026 the cost total is projected to be £8.2 billion (see Figure 70, above). Excluding the real change in prices and earnings would see a 7.7 per cent increase in total costs to £5.6 billion.

Scenario modelling

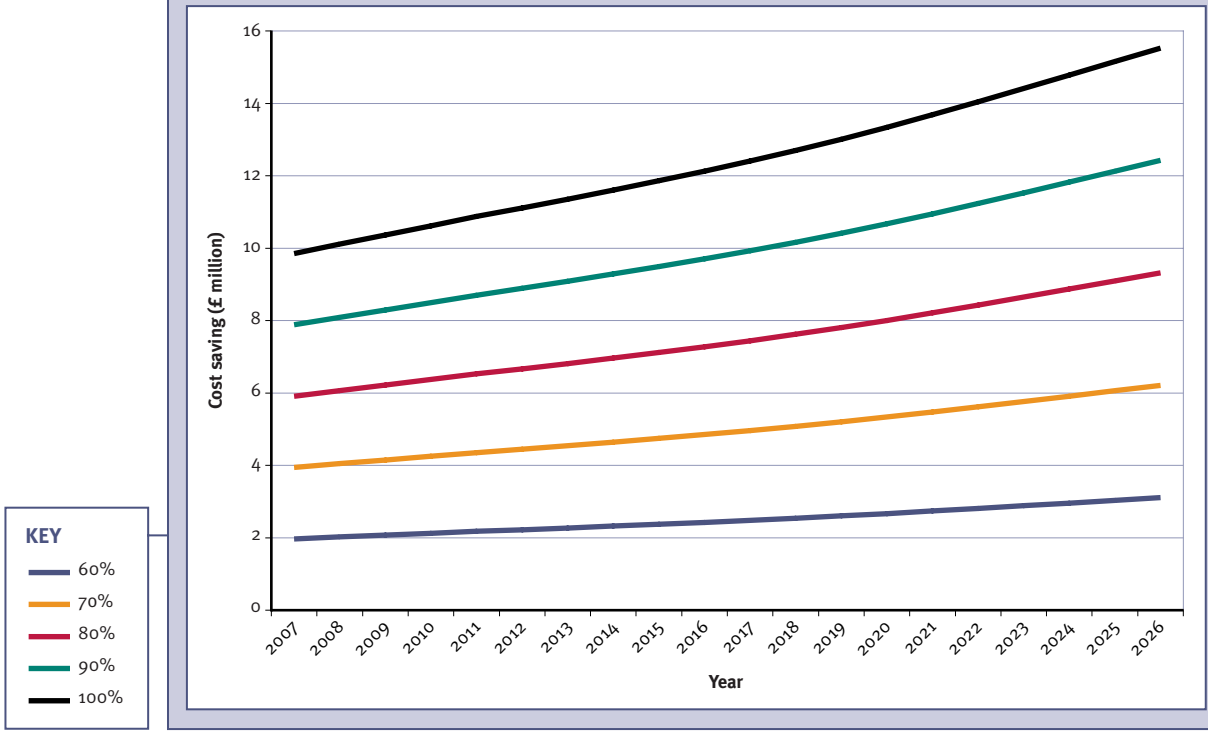
The crisis resolution, early intervention and early detection interventions modelled in the previous chapter have been modelled to assess their impact on the costs of bipolar disorder and related conditions.

Scenario 1 interventions

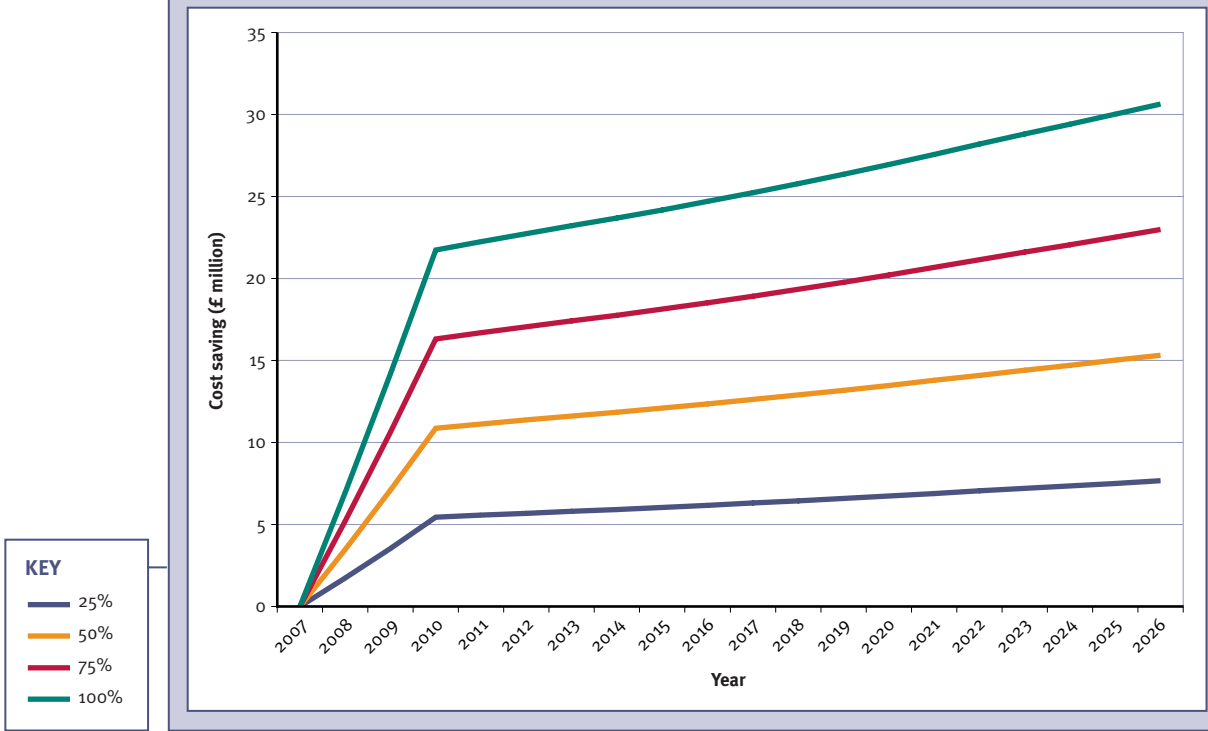
CRISIS RESOLUTION/HOME TREATMENT AS AN ALTERNATIVE TO ADMISSION

The National Audit Office (NAO) model estimates that there are 1.47 non-admissions of people in crisis for every admission. Based on HES admission data this implies 32,303 crises per year for people with bipolar disorder and related conditions. It is estimated that currently home treatment is considered in 50 per cent of cases. Increasing this rate to 60–100 per cent results in estimated savings shown in Figure 71 overleaf. If in 2007 consideration of home treatment were 60 per cent then there would be extra savings of £1.9 million. The savings would be £9.8 million if the coverage were 100 per cent. Savings are quite low in relation to total service costs because many home treatment referrals are not accepted, and a proportion of those that are accepted are still admitted.

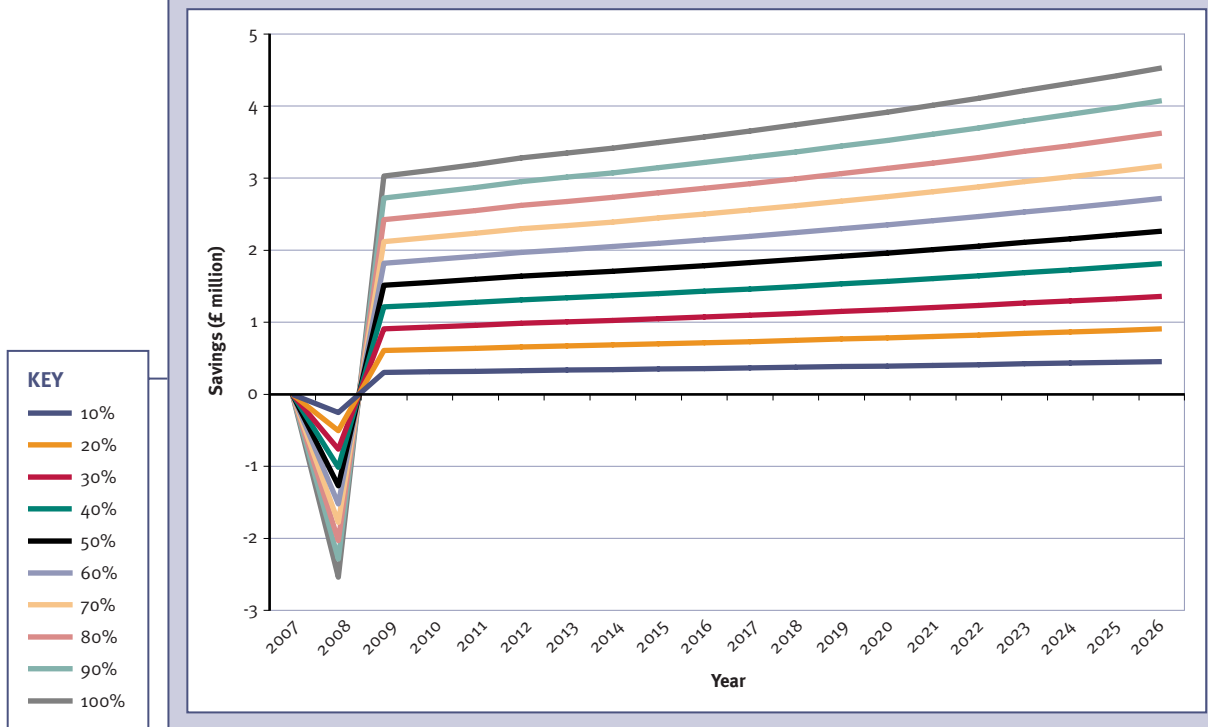
71 PROJECTED SAVINGS FROM INCREASING PERCENTAGE OF PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER AND RELATED CONDITIONS IN CRISIS FOR WHOM HOME TREATMENT IS CONSIDERED



72 POTENTIAL SAVINGS FROM EXPANDING PROVISION OF EARLY INTERVENTION TEAMS FOR BIPOLAR DISORDER AND RELATED CONDITIONS



73 POTENTIAL SAVINGS FROM EXPANDING PROVISION OF EARLY DETECTION SERVICES FOR BIPOLAR DISORDER AND RELATED CONDITIONS



EARLY INTERVENTION (EI) FOR PSYCHOSIS

Applying the EI model described in Chapter 6 to bipolar disorder shows that relatively large cost savings might be realised. The incidence rate based on the AESOP study (Lloyd *et al* 2005) is 4 per 100,000 people aged 16–64. The model assumes annual savings of £5,000 for each person receiving EI, but it may be unrealistic to achieve 100 per cent EI treatment. Figure 72, opposite, shows projected savings for different treatment rates. The steep rise in savings is because savings do not start until one year after EI teams are implemented and occur over a three-year period (the time someone is in contact with EI team). By 2010 health care savings could be £16.4 million if EI services were provided to 75 per cent of new cases of bipolar disorder. This could increase to £21.9 million if coverage were 100 per cent.

Scenario 2 intervention

EARLY DETECTION FOR PSYCHOSIS

Chapter 6 also describes a model to show the economic impact of intervening when people show the first (prodromal) signs of psychosis. If coverage with early detection services of 10 per cent had been achieved by 2008, then by 2009 there could be savings of £0.3 million for patients with bipolar disorder (see Figure 73, above). If coverage increased to 100 per cent by 2026 the savings would increase to £4.5 million.

8

Eating disorders

SUMMARY

The eating disorders included in this chapter are relatively uncommon and in many cases are not treated. The numbers of people with these eating disorders is likely to increase slightly over time due to the changing demography of the country. We have not been able to model specific interventions due to limited data on the cost impact of different interventions. However, we do show what the potential impact on costs is of increased service provision.

Key points

- The estimated prevalence rates of anorexia nervosa and bulimia nervosa in females are 0.3 per cent and 1 per cent respectively. Rates in males are approximately one-tenth of these.
- In 2007 it was estimated that 26,981 people aged under 35 have anorexia nervosa and 89,935 had bulimia nervosa. By 2026 the projected figures are 28,037 and 93,748 respectively.
- Service costs for eating disorders in 2007 were estimated to be £15.7 million, with 95 per cent of this related to anorexia nervosa. Costs are projected to increase to £23.8 million by 2026. Including lost employment costs brings the total to £50.6 million in 2007 and £76.4 million in 2026. Lost employment accounts for 69 per cent of total costs.
- Increasing outpatient coverage for anorexia nervosa from the current estimate of 34 per cent to 40 per cent is expected to result in a cost increase of £0.7 million. If coverage reached 100 per cent by 2026 the extra cost is projected to be £12.6 million.
- Increasing outpatient coverage for bulimia nervosa from the current estimate of 6 per cent to 20 per cent is estimated to result in a cost increase of £0.7 million. If coverage reached 100 per cent by 2026 the extra cost is projected to be £6.6 million.
- Cost increases may be offset by reduced lost employment, but data were not available to inform this.

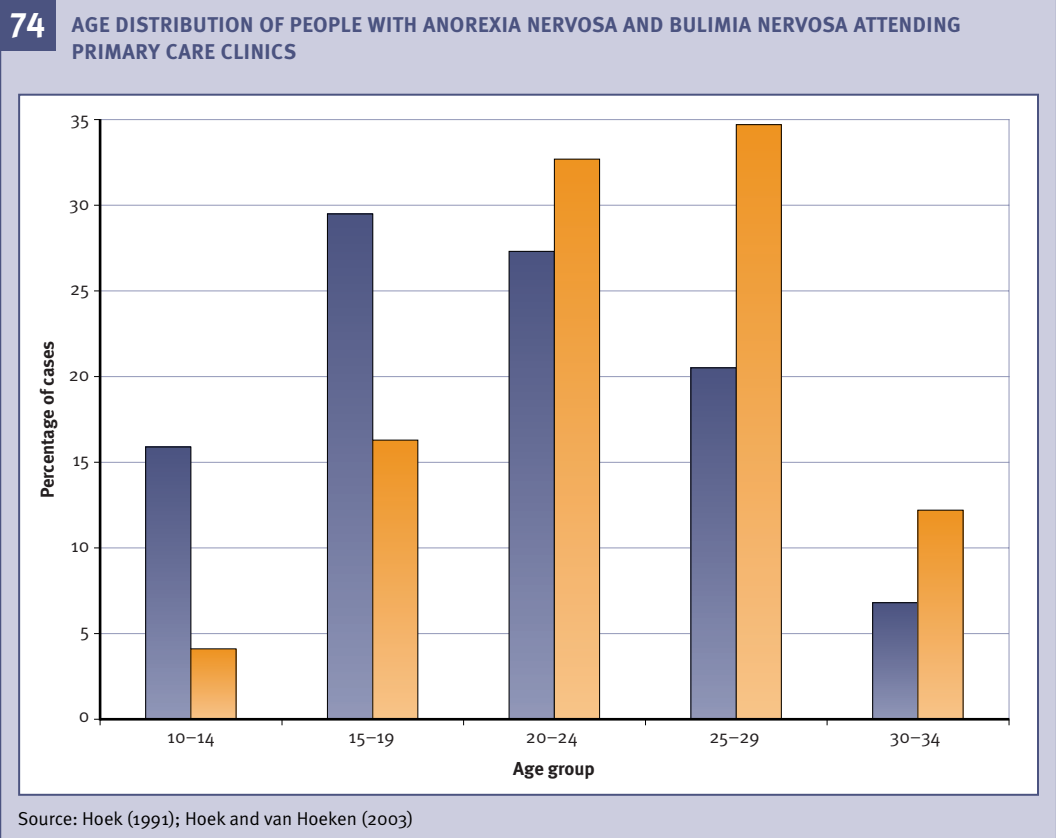
Introduction

The ICD-10 includes the following eating disorders: anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa, bulimia nervosa, atypical bulimia nervosa, overeating associated with psychological disturbances, vomiting associated with psychological disturbances, other eating disorders and unspecified eating disorders (www.who.int/classifications/en). More research has been conducted into anorexia nervosa and bulimia nervosa and they are the focus of this chapter.

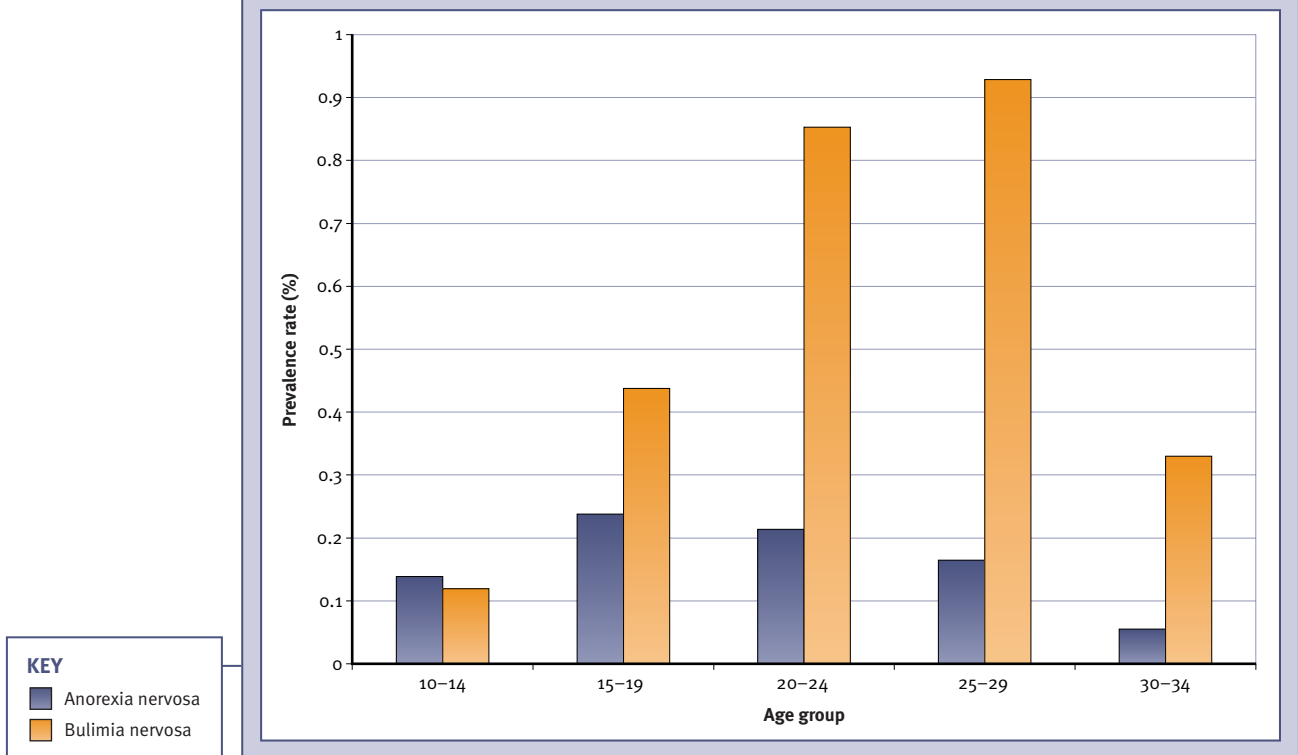
The characteristics of anorexia nervosa and bulimia nervosa, according to ICD-10 classifications, have been summarised by Nicholls and Viner (2005). Anorexia nervosa is characterised by body image distortion, low weight, avoidance of perceived fattening foods and engaging in specific activities to reduce weight (self-induced vomiting, excessive exercise, use of appetite suppressants and so on). Bulimia nervosa is characterised by normal weight, preoccupation with eating at specific times and engaging in specific activities to reduce weight to counteract effects of overeating. Bulimia nervosa is often preceded by anorexia nervosa. Both of these conditions are more common in females than males and usually start in adolescence and young adulthood. Both also have a detrimental effect on physical health and often co-exist with other mental health problems, particularly depression and anxiety. Eating disorders have among the highest mortality rates of any mental health problem (Harris and Barraclough 1998). Current treatment recommendations are outlined in Appendix 2 (see pp 131–132).

Prevalence estimates

Establishing the prevalence of eating disorders is difficult. Anorexia nervosa is a relatively rare condition, and it is also a disorder that may not come to the attention of service providers. Bulimia nervosa is more common but it too will often go undetected. As such, epidemiological studies that focus on general practice and hospital clinic data will be unlikely to identify the true number of people with the condition. Community surveys are therefore the best source of prevalence data. Unfortunately the Psychiatric Morbidity Survey (PMS) did not measure the prevalence of eating disorders and therefore rates for anorexia nervosa and bulimia nervosa have been obtained from other sources.



75 PREVALENCE OF EATING DISORDERS BY AGE



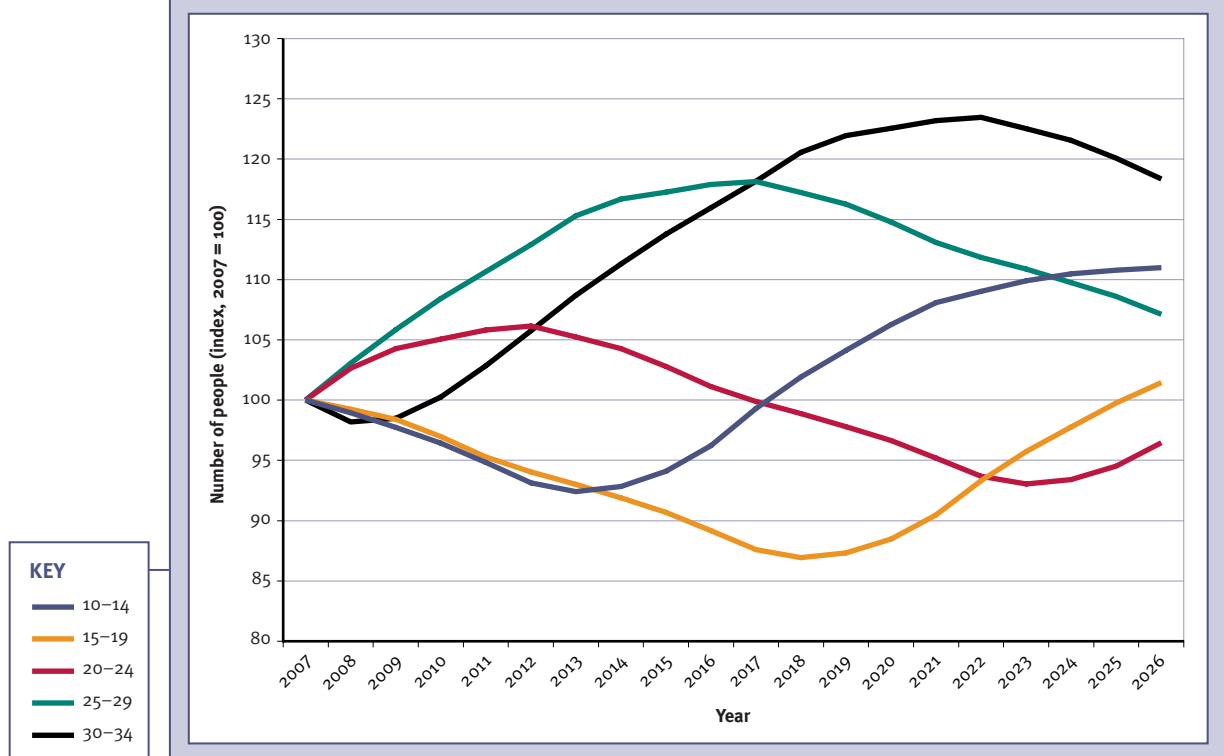
Recently, a meta-analysis has estimated a prevalence rate for anorexia nervosa of 3.7 per 1,000 young women and a rate for bulimia nervosa of 15 per 1,000 (Hoek and van Hoeken 2003). However, the treated rates have been estimated as 1.6 per 1,000 and 1.7 per 1,000 respectively, showing that most people with these disorders do not receive treatment. For both anorexia nervosa and bulimia nervosa there is a ratio of female to male cases of approximately 10 to 1 (that is around 0.37 per 1,000 for anorexia nervosa and 1.5 per 1,000 for bulimia nervosa). Based on the studies reviewed by Hoek and van Hoeken we have taken 'young' to mean 35 or under, and have used rates of 0.3 per cent for anorexia nervosa and 1 per cent for bulimia nervosa for females and with rates of 0.03 per cent and 0.1 per cent for men.

Age distribution of anorexia nervosa and bulimia nervosa

To make projections of the number of people with anorexia nervosa and bulimia nervosa it is necessary to obtain age-specific prevalence rates. In a study of GP attendees (Hoek 1991) it was shown that anorexia nervosa tends to start in younger people than bulimia nervosa (see Figure 74, opposite), a finding that has been reported elsewhere (see, for example, Striegel-Moore *et al* 2000). The data in Figure 74 has been used to adjust the overall prevalence rates according to age (see Figure 75, above).

Population estimates

Using the above prevalence rates we are able to estimate the number of people who currently have anorexia nervosa and bulimia nervosa and make projections to 2026. The



findings reveal that in 2007 there were estimated to be 26,981 people with anorexia nervosa and 89,935 with bulimia nervosa. By 2026 the projected figures are 28,037 and 93,748 respectively. These represent increases of 3.9 per cent for anorexia nervosa and 4.2 per cent for bulimia nervosa over the next 20 years.

The total number of people with these two conditions was estimated to be 116,916 in 2007 and 121,785 in 2026. While the total number of people with eating disorders is expected to remain relatively constant over time, there is much fluctuation within this period, as can be seen in Figure 76 above.

Service costs and lost employment

The elements used to estimate total costs for eating disorders were: inpatient care, outpatient care and lost employment. Other costs may also be incurred but we could not quantify them for this review. They may though add substantially to the totals here and as such our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

There have been relatively few studies that have measured the service use and costs associated with eating disorders, as shown by Simon *et al* (2005). The authors of that review also pointed out that existing studies have omitted key cost components and non-health costs have generally been neglected.

TABLE 11: BED DAYS USED BY PATIENTS WITH EATING DISORDERS, 2004/5

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
<15	12,328	47
15–44	53,399	3,555
45–64	3,379	8
65+	437	0
Total	69,543	3,610

TABLE 12: INPATIENT COSTS FOR PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
<15	£2.5 million	£0.01 million
15–34	£8 million	£0.7 million

INPATIENT COSTS

As with other mental health conditions, Hospital Episode Statistics (HES) data are available for patients admitted to NHS beds in England. The figures show that in 2004/5 there were 73,153 bed days used by people with anorexia nervosa and bulimia nervosa, with the former accounting for 95 per cent of the total (see Table 11, above). Bed days used by patients aged under 15 account for 18 per cent of the total for anorexia nervosa but only 1 per cent for bulimia nervosa, reflecting the different age distributions of these disorders.

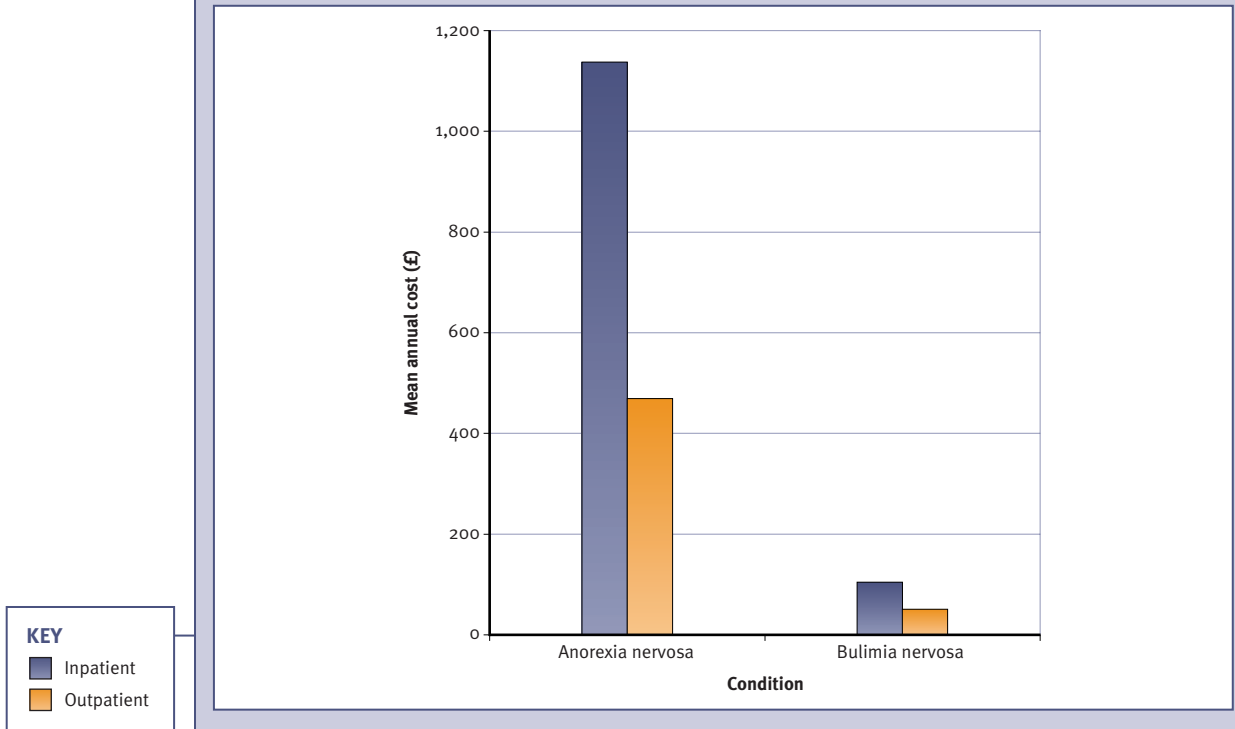
In this chapter we are focusing on people under the age of 35. Therefore, some adjustment needs to be made to the inpatient data for those aged 15–44, and we have here assumed that three-quarters of this group are aged below 35. Applying this adjustment and using a unit cost of an inpatient day of £201 (Curtis and Netten 2006) results in inpatient costs shown in Table 12 above.

OUTPATIENT COSTS

Data were not readily available for the costs of outpatient care for eating disorders. In a study conducted in the United States, the costs of both inpatient and outpatient care for 1995 were calculated (Striegel-Moore *et al* 2000), and these show that for anorexia nervosa outpatient costs are 41 per cent of inpatient costs whilst for bulimia nervosa the figure is 49 per cent. These proportions have been applied to the HES data to estimate outpatient costs for England, but it is recognised that the health care system is different in the United States and therefore different proportions might apply.

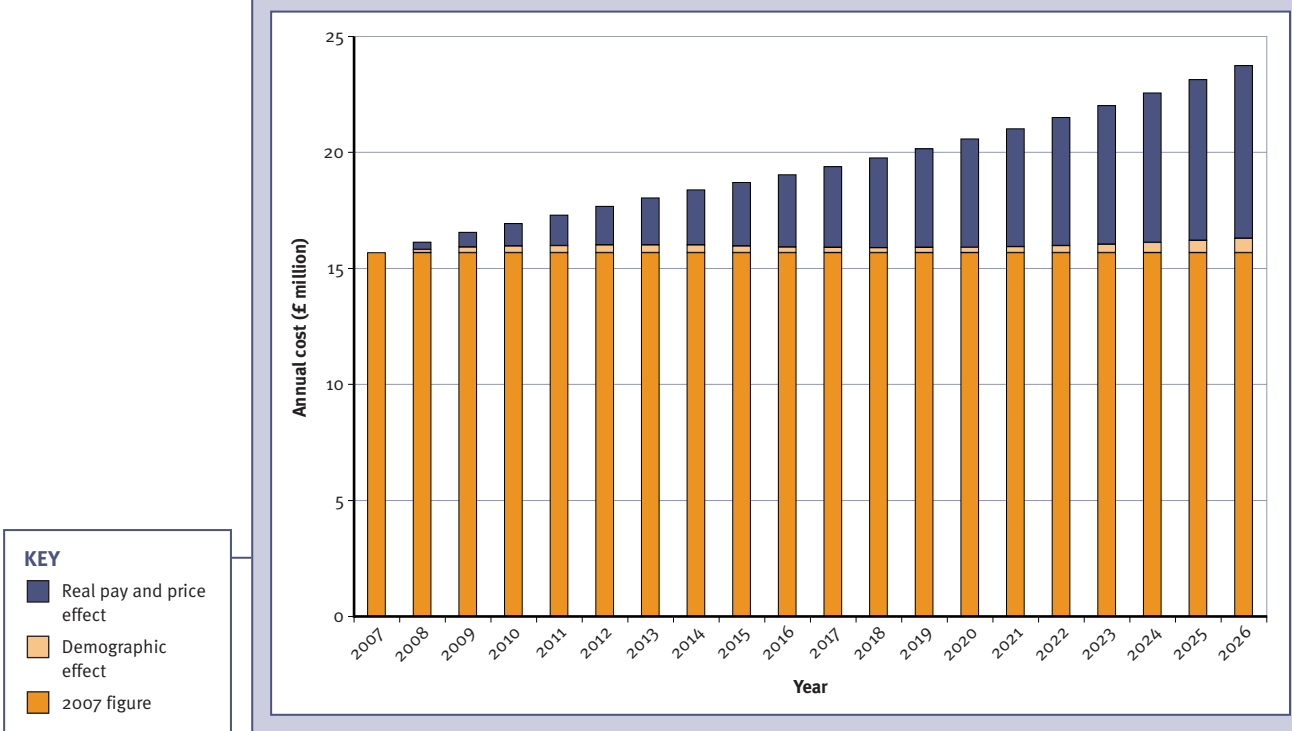
It is known that many people with anorexia nervosa and bulimia nervosa are not in contact with services. From data on treated prevalence rates published by Hoek and van Hoeken (2003) we have estimated that 34.3 per cent of all people with anorexia nervosa are in contact with mental health services while the figure is just 5.8 per cent for bulimia nervosa.

77 MEAN SERVICE COSTS FOR PATIENTS IN CONTACT WITH SERVICES FOR ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA, 2005/6



KEY
 ■ Inpatient
 ■ Outpatient

78 PROJECTED SERVICE COSTS FOR PEOPLE WITH ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA, 2007 TO 2026



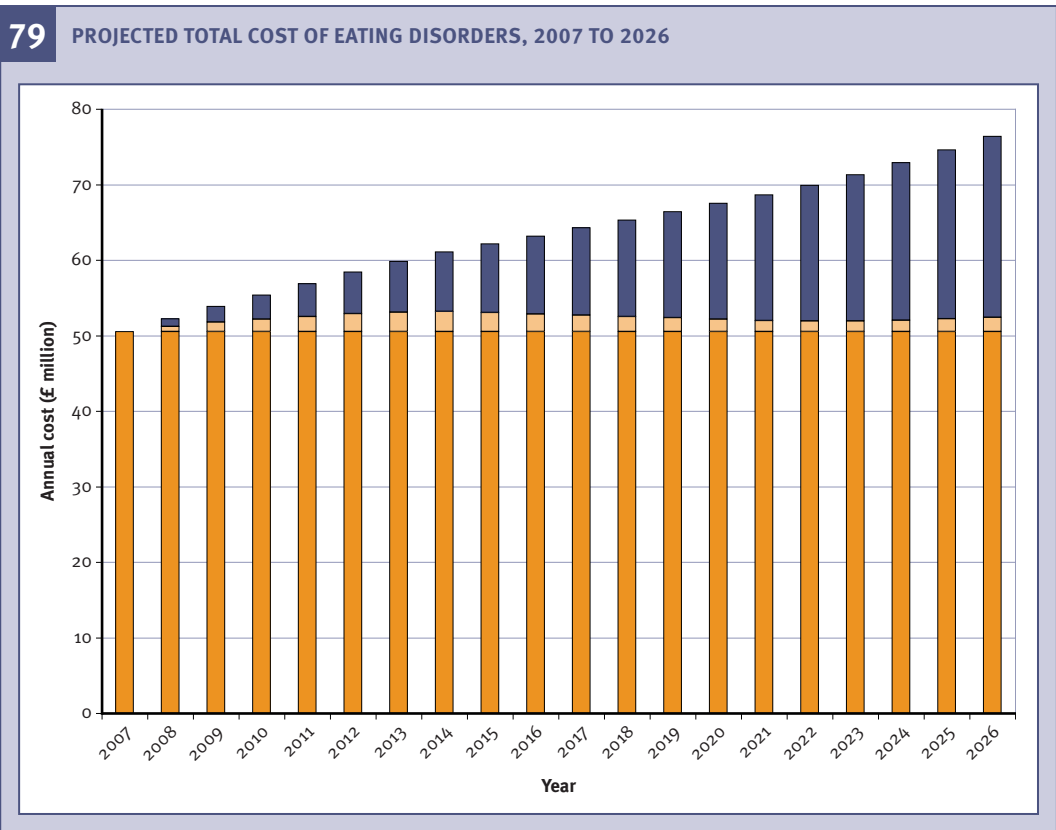
KEY
 ■ Real pay and price effect
 ■ Demographic effect
 ■ 2007 figure

If the inpatient costs and outpatient costs are assumed to apply to just these people then the mean costs for those in contact with services can be derived (see Figure 77, opposite).

Based on these data the total service costs for England are £15.7 million a year (£14.9 million for anorexia nervosa and £0.8 million for bulimia nervosa). Projected costs for 2026 (incorporating a real increase in health prices of 2 per cent a year) are £23.8 million – an increase of 52 per cent (see Figure 78, opposite). Excluding the real increase in prices results in projected costs of £16.3 million a year (that is an increase of £0.6 million).

Lost employment costs

It might be expected that anorexia nervosa and bulimia nervosa would have a negative impact on employment. Again though, the availability of data regarding this is limited. In May 2006 there were 1,830 people claiming Incapacity Benefit as a result of having an eating disorder (DWP personal communication 2007). If we assume that these would otherwise be in work, and using a weighted annual salary of £19,051 that reflects the likelihood that 90 per cent of claimants are women (National Statistics 2007b), this suggests that the annual cost of long-term lost employment is £34.9 million. However, this is likely to be an underestimate of total lost employment costs as many people will take time off work without receiving Incapacity Benefit. (We have assumed that Incapacity Benefit is paid due to the inability to work and therefore that if these people did not have eating disorders they would be in employment. Of course, some may not be employed anyway and this may therefore be an overestimate. However, this is likely to be more than offset by the fact that we have not included lost work time for those currently in work.)



Projected costs

Total costs (service costs plus costs of lost employment) were estimated to be £50.6 million in 2007. This figure is projected to increase to £76.4 million by 2026 (see Figure 79, p 87). Lost employment costs account for 69 per cent of the total. If real price changes are excluded the projected total costs in 2026 are £52.4 million – an increase of 3.6 per cent.

Scenario modelling

Scenario 1 interventions

Although there are clear NICE recommendations regarding the treatment of eating disorders, modelling the impact of treatments has not been possible due to the lack of data on what services are currently used.

Scenario 2 intervention

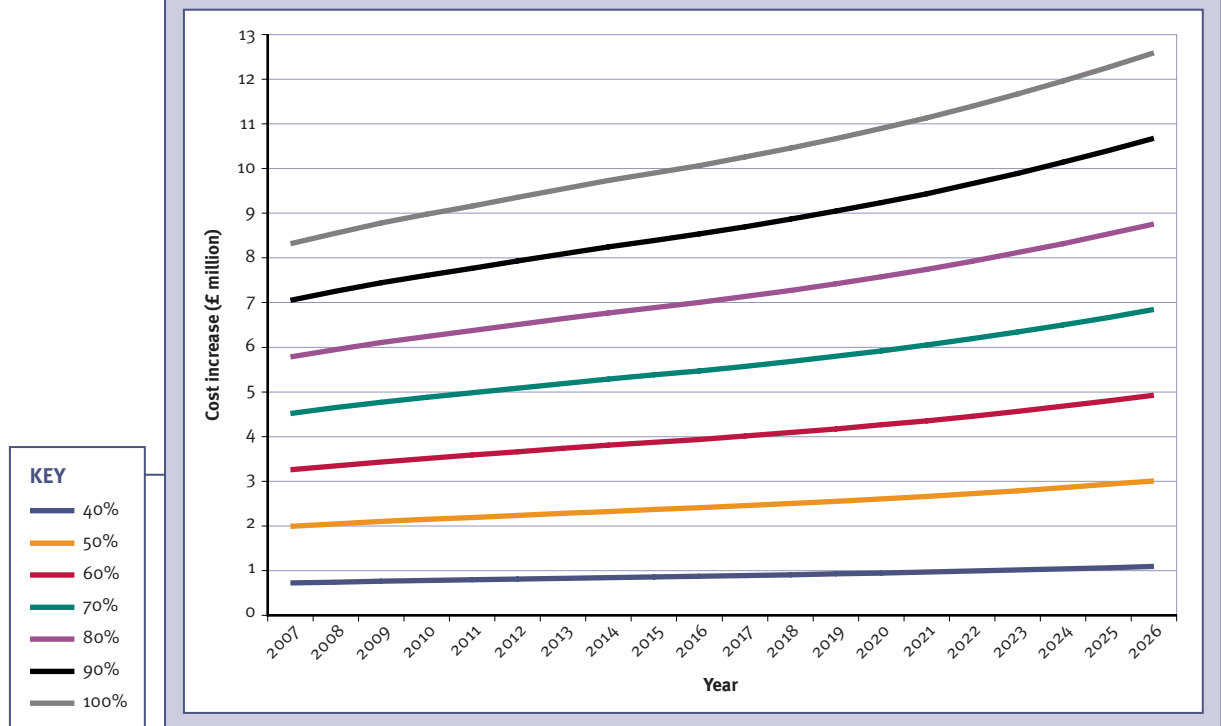
INCREASED ACCESS OF SERVICES

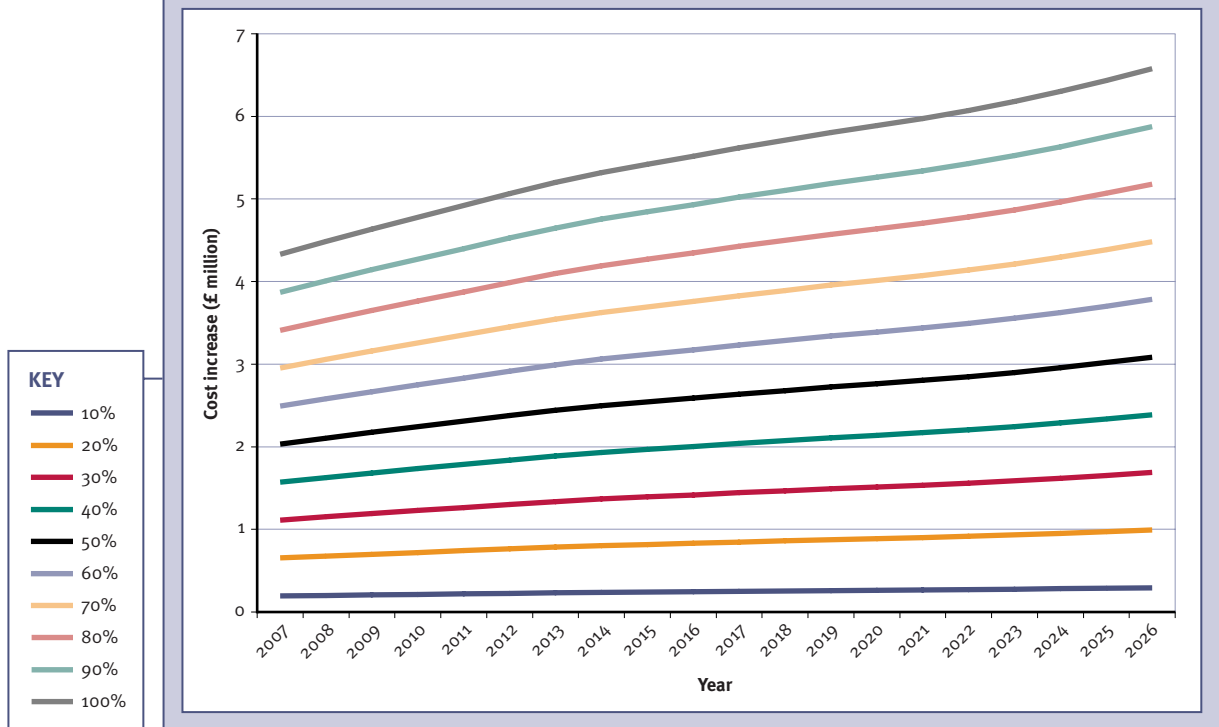
As stated above, most people with eating disorders (65.7 per cent of those with anorexia nervosa and 94.2 per cent of those with bulimia nervosa) will not be in contact with mental health services. If these were in contact then obviously service costs would increase.

However, we would expect their average costs to be less than those already in contact if the likelihood of service receipt is in some way linked to illness severity (but this does not mean that all of those with the most severe conditions are in service contact).

Unfortunately, no data are available that allow us to compare the severity of those in contact with services and those who are not.

80 IMPACT ON SERVICE COSTS OF INCREASED USE OF OUTPATIENT SERVICES BY PEOPLE WITH ANOREXIA NERVOSA, 2007 TO 2026





To make some adjustment for severity in the data below we have assumed that those who are not currently in contact with services would not require inpatient care but that they would benefit from outpatient services. If outpatient services were received by 40 per cent of people with anorexia nervosa rather than the current estimate of 34 per cent costs would increase by £0.7 million (shown by the lower line in Figure 80, opposite). If coverage increased to 100 per cent by 2026, costs would increase on the 2026 figure by £12.6 million (indicated by the right end of the upper line). Similar analyses can be performed for bulimia nervosa (see Figure 81, above). If the current assumed 5 per cent uptake of outpatient care were 20 per cent then costs would increase by £0.7 million. If coverage reached 100 per cent by 2026 the overall increase in service costs for that year over current projections would be £6.6 million.

Of course we would expect increased use of services to have benefits for people with eating disorders. This might include employment gains which would offset some or all of the increased service costs. Unfortunately, data were not available to inform this.

9

Personality disorders

SUMMARY

Personality disorders affect a large number of people in England, but due to the lower prevalence rate in older adults the total numbers are expected to remain fairly constant over the next 20 years. The costs in this chapter are based on a study of people who have some primary care contact with services, and we have estimated that these account for two-thirds of people with personality disorder. We have allocated all inpatient costs to these two-thirds. Lost employment accounts for over 90 per cent of total costs.

Key points

- Prevalence of personality disorder in the community is estimated at 5.8 per cent and prevalence rates fall steadily with age.
- The estimated number of people with personality disorders is 2.46 million and this is projected to rise slightly to 2.69 million by 2026.
- Annual service costs for people with personality disorder who are in contact with GPs are estimated to be £286. Outpatient care forms the most expensive service.
- Total service costs in 2007 were estimated to be £704 million for those in contact with primary care. This figure is projected to be £1.1 billion by 2026. With the inclusion of lost employment costs the figures are £7.9 billion and £12.3 billion respectively.

Introduction

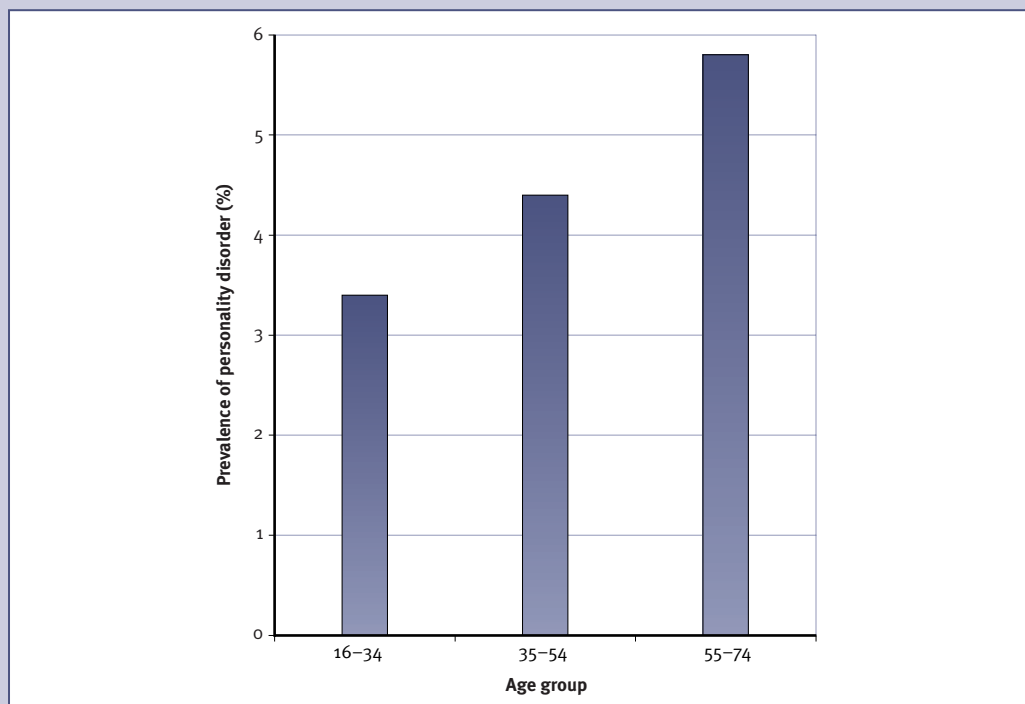
There is much controversy surrounding personality disorders, both as a concept and in terms of measurement and treatment. Personality disorders are conditions where functioning is affected by specific personality traits (McMurran 2001) Three clusters of personality disorders have been defined (Moran 2003):

cluster A – ‘odd or eccentric’ types (paranoid, schizoid, schizotypal)

cluster B – ‘dramatic, emotional or erratic’ types (histrionic, narcissistic, anti-social, borderline)

cluster C – ‘anxious and fearful’ types (obsessive-compulsive, avoidant, dependent).

Personality disorders have been of major interest to policy-makers and to clinicians, and there has been much debate as to whether some of these conditions are treatable or not. Anti-social personality disorder is of particular interest as it is the condition most commonly associated with criminal behaviour. Current treatment recommendations are summarised in Appendix 2 (see pp 132–133).



Source: Coid *et al* (2006)

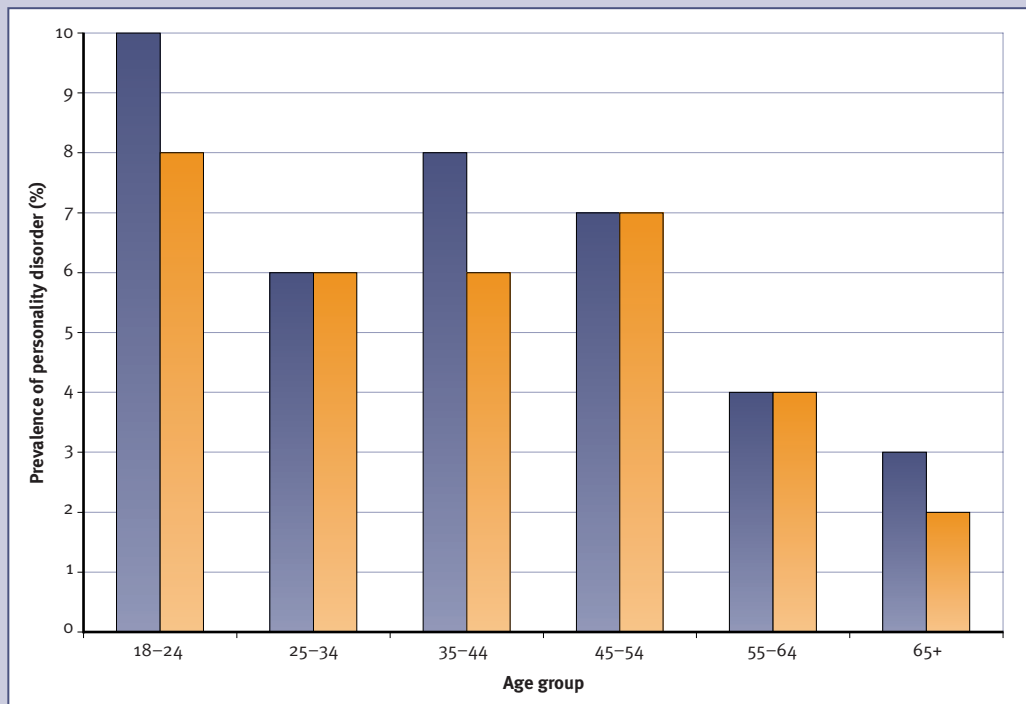
Prevalence estimates

A number of recent surveys have assessed the prevalence of personality disorders. Two reviews report very similar rates in the community – 10–13 per cent according to de Girolamo and Dotto (2000) and 13.5 per cent according to Torgersen *et al* (2001).

The Psychiatric Morbidity Survey (PMS) did measure personality disorders in the UK and recently Coid *et al* (2006) have analysed these data. They reported that the weighted prevalence of 4.4 per cent was substantially less than most other studies. The authors also reported higher prevalence rates for older respondents which is in contrast to other studies. The prevalence rates from this study are shown in Figure 82 above.

We considered the most suitable data were from an Australian survey (Andrews *et al* 1999), which produced prevalence figures for different age bands with the findings being consistent with those from other studies. These were based on a community sample of more than 10,000 people which included older adults. These rates decrease with age as reported elsewhere (see Figure 83, opposite). The overall prevalence rate in England when these age-specific rates are applied is 5.8 per cent which is reasonably consistent with Coid *et al* (2006).

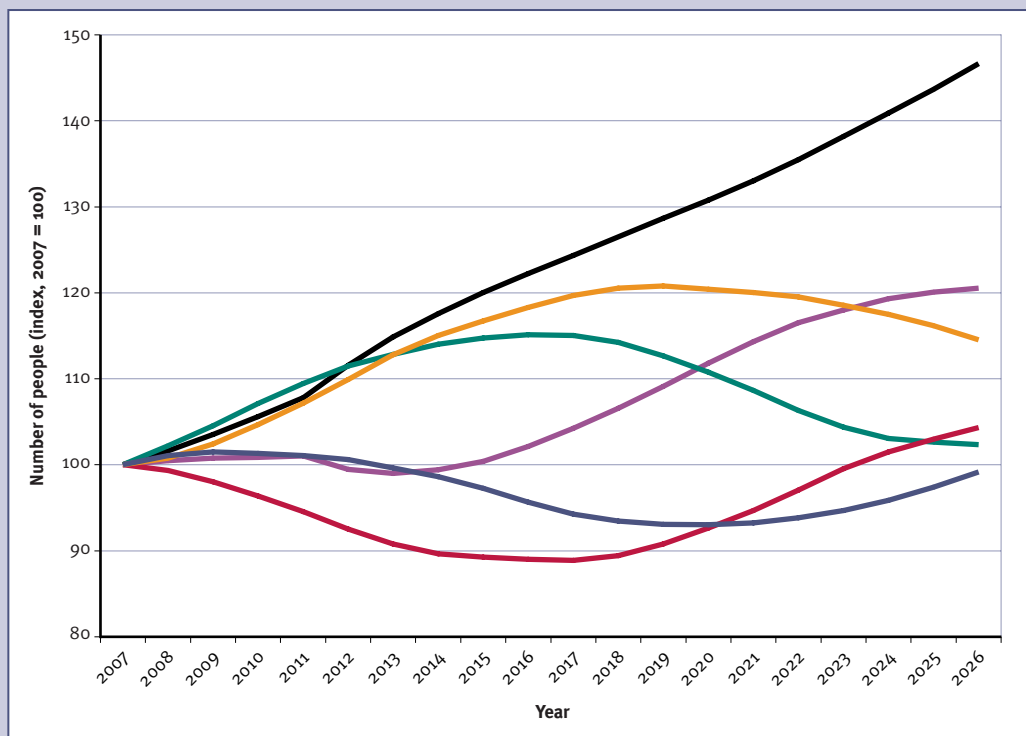
83 PREVALENCE OF PERSONALITY DISORDER IN AUSTRALIA BY AGE AND GENDER



KEY
 ■ Male
 ■ Female

Source: Andrews *et al* (1999)

84 CHANGE IN NUMBER OF PEOPLE WITH PERSONALITY DISORDER, 2007 TO 2026



KEY
 — 15-24
 — 25-34
 — 35-44
 — 45-54
 — 55-64
 — 65+

Population estimates

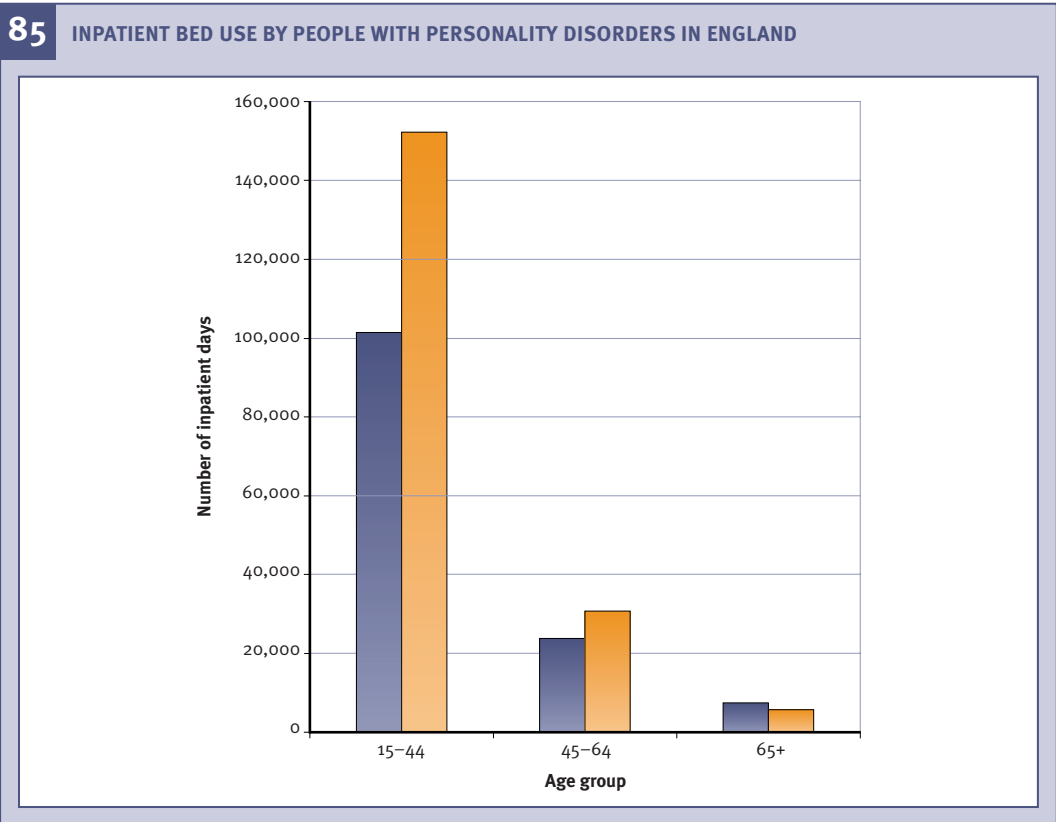
The total number of people with personality disorders is estimated to be 2.46 million. Of this total 53 per cent are male. By 2026 the projected number is 2.69 million, which is an increase of 9.3 per cent. While there is a steady increase in the projected number of people aged over 65 with personality disorders, there is substantial variation in those in younger age groups (see Figure 84, p 93).

Service costs and lost employment

The elements used to estimate total costs for personality disorder were: prescribed drugs, inpatient care, outpatient visits, GP contacts and lost employment. Other costs may also be incurred – especially criminal justice services – but we could not quantify them for this review. This may be quite high and as such it needs to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

A prospective cohort study assessed the economic cost of personality disorders presenting in primary care settings (Rendu *et al* 2002). The sample was selected from four GP practices in the London area. Service use data were collected using the Client Service Receipt Inventory (CSRI) questionnaire and covered GP contacts, psychiatrist consultations, practice nurse visits, hospital inpatient stays, hospital outpatient episodes, contacts with social workers, counsellors and therapists. Information was also collected on employment status and time taken off work because of ill health.

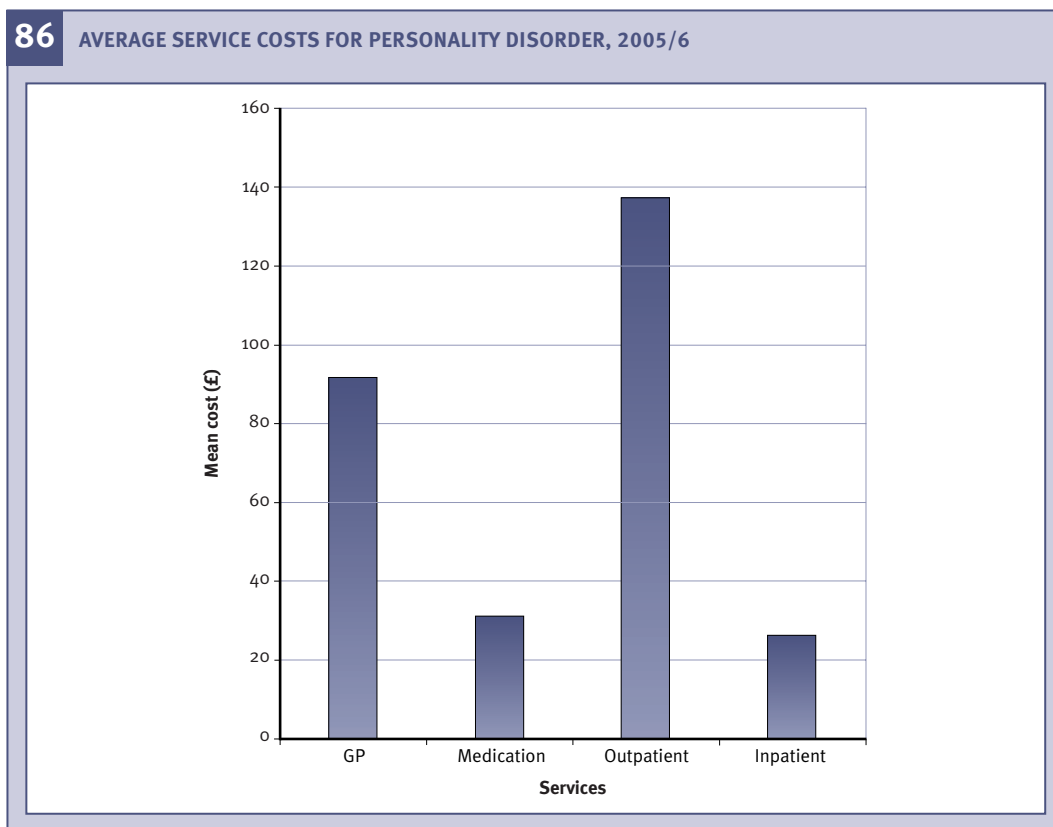


Costs were originally calculated using 1998/9 price levels by combining the number of contacts and the average duration of each contact. Service cost estimates were based on widely used unit costs. Costs that were due to time taken off work were calculated based on national average gross earnings by occupational status. Mean costs were multiplied by 1.38 to represent 2005/6 values (Curtis and Netten 2006).

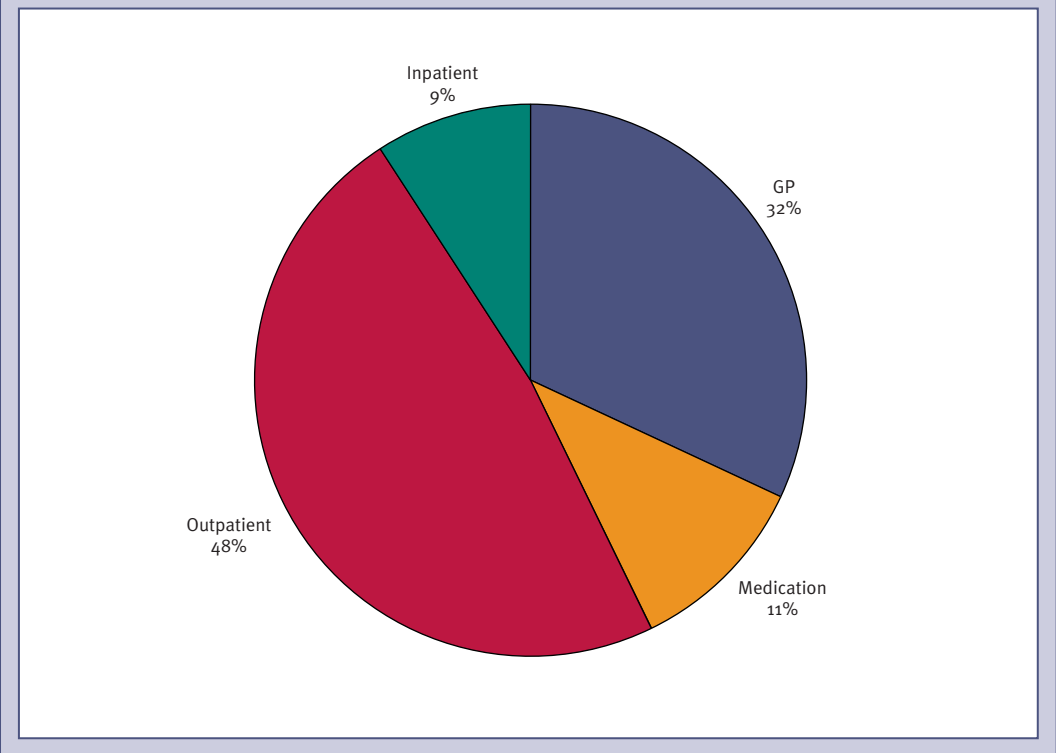
As with other conditions in this report we used Hospital Episode Statistics (HES) data to calculate inpatient costs. The number of days spent in hospital by gender and age groups show higher figures for women under the age of 65 even though prevalence rates are higher for men (see Figure 85, opposite).

The service use data collected by Rendu *et al* (2002) are for primary care attendees and can not therefore be applied to all people with personality disorder. We do not know how likely people with personality disorder are to visit their GP and there may be reasons for it being both higher and lower than national norms. The PMS shows that 64.6 per cent of all people have consulted their GP for some reason in the previous year. We have assumed that people with personality disorder have the same rate of use. (In actual fact the use of GP services could be more or less than average, but definitive data were unavailable.) This suggests that 1.59 million people with personality disorders are in contact with their GP. This is clearly a rather broad assumption. Unfortunately, robust data were not available to provide more sophisticated estimates.

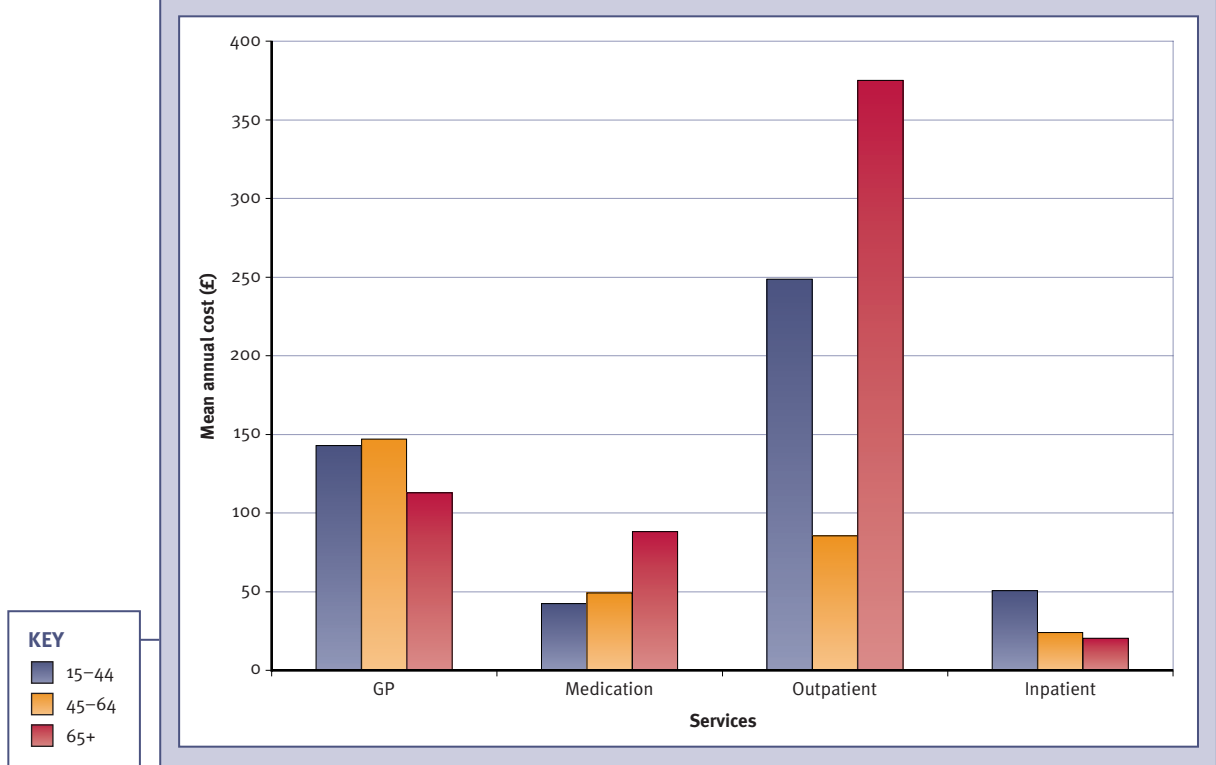
The service costs for the 64.6 per cent of people with personality disorders who are in contact with primary care are shown in Figure 86, below, and the distribution of service



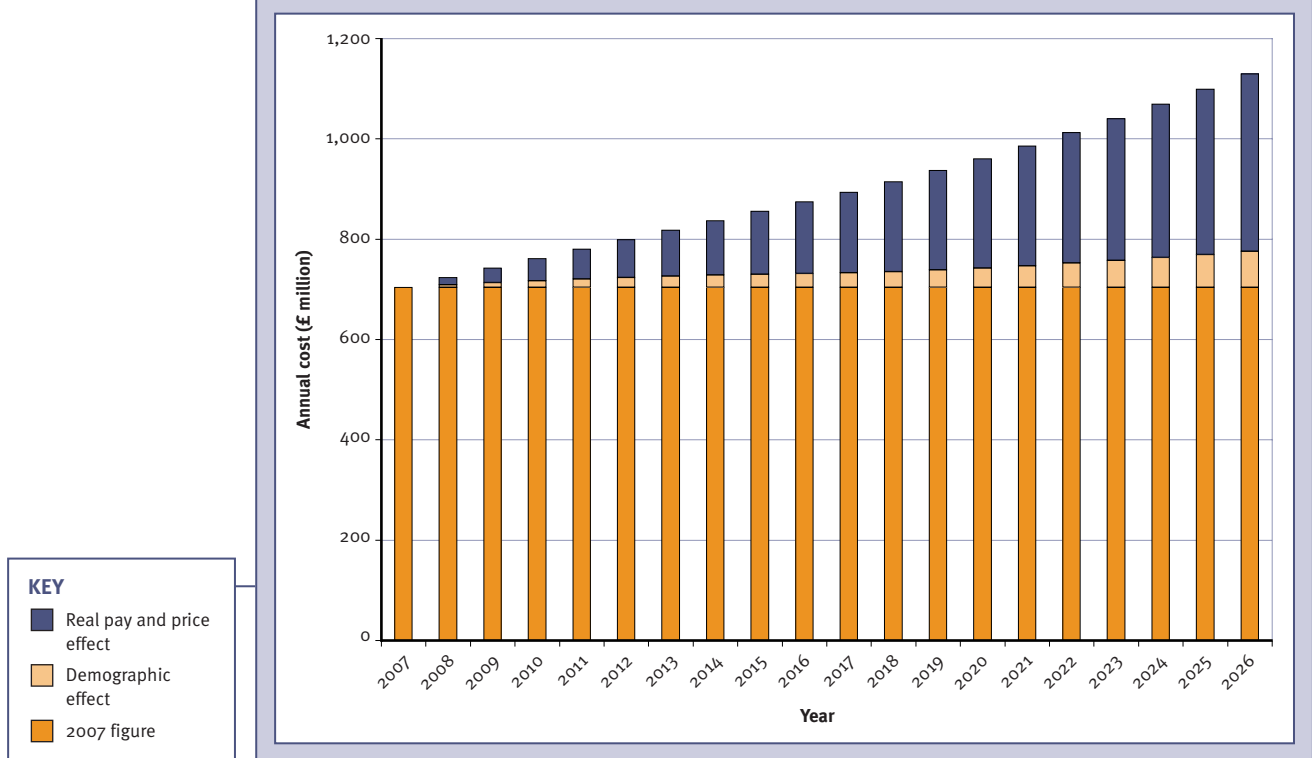
87 DISTRIBUTION OF SERVICE COSTS FOR PERSONALITY DISORDER



88 AVERAGE SERVICE COSTS FOR PERSONALITY DISORDER BY AGE, 2005/6



89 PROJECTED SERVICE COSTS FOR PERSONALITY DISORDER, 2007 TO 2026

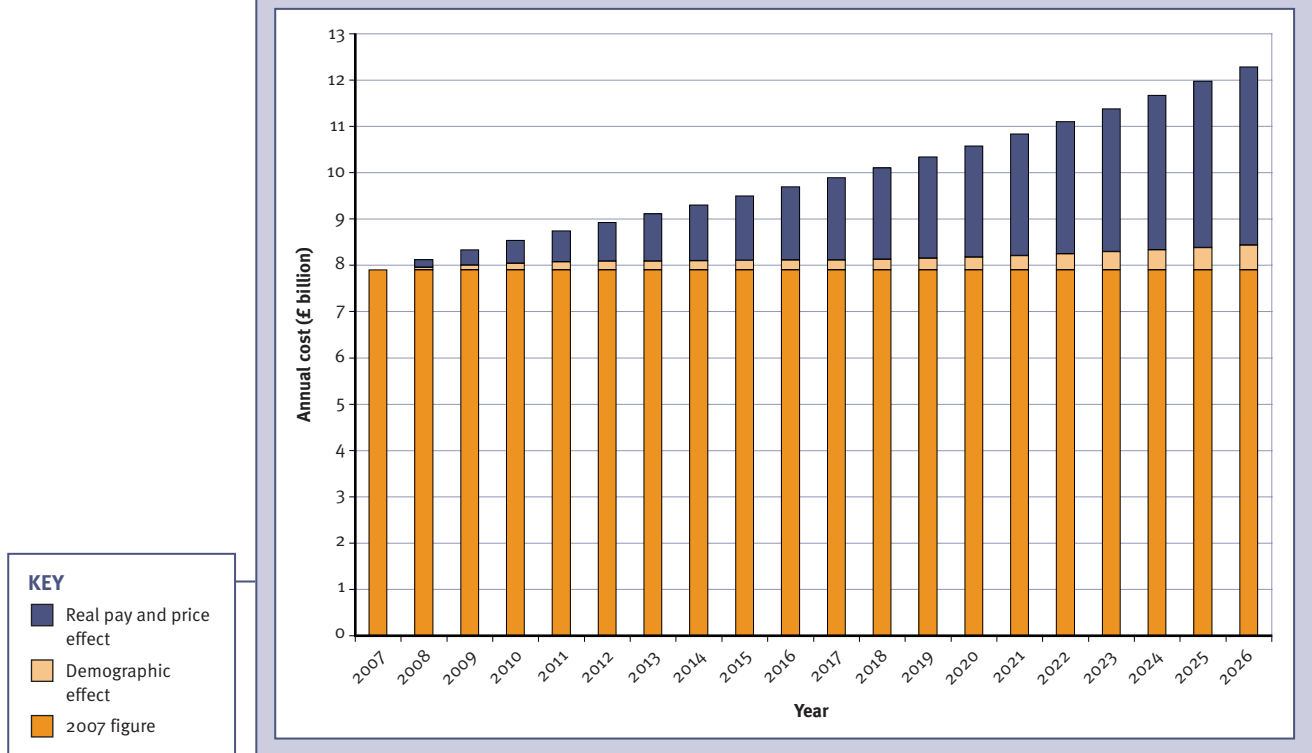


costs in Figure 87, above. Although expensive at the individual level, inpatient costs are lower than other forms of care due to the relatively low level of admission. Outpatient care is the most expensive service. Total service costs are estimated to be on average £286 per year. Service costs by age group show noticeable variation, especially for outpatient care which is particularly high for the oldest age group (see Figure 88, opposite).

Total service costs in 2007 were estimated to be £704 million for those in contact with primary care. This figure is projected to be £1.1 billion by 2026, which represents an increase of 56 per cent (see Figure 89, above). However, if real price increases are excluded the projected figure for 2026 is £775 million – an increase of 10 per cent.

Lost employment

In the Rendu *et al* study 30 per cent of men and 12.5 per cent of women were unemployed. Comparative figures in the population as a whole are 5.7 per cent and 5 per cent respectively (National Statistics 2007b). This suggests that 24.3 per cent of men with personality disorders and 7.5 per cent of women are unemployed but would probably not be if they did not have these conditions. Using average annual salaries of £30,689 for men and £17,758 for women and multiplying by 0.243 and 0.075 (derived from the above percentages) gives expected lost earnings of £7,457 and £1,332 for men and women respectively. Across the whole sample men experience 0.88 weeks off work while the figure for women is 0.26. This increases the above lost earnings to £7,976 and £1,421. Applying these figures to the number of people with personality disorders under the age of



65, but also assuming that the relevant population is 64.6 per cent of all people with personality disorders (see above) results in a total cost of lost employment in 2007 of £7.2 billion.

Projected costs

Total costs for 2007 were estimated at £7.9 billion with a projected increase to £12.3 billion by 2026 (see Figure 90, above). Without the assumed real rise in earnings of 2 per cent the projected total for 2026 is £8.4 billion.

Scenario modelling

Ideally we would want to model specific interventions in this chapter. However, there have been a limited number of studies that have estimated the economic impact of such services. Clearly though an evidence base is growing and future research would be able to provide this sort of modelling.

10

Conditions affecting children and adolescents

SUMMARY

Mental health problems in children are common, affecting up to 1 in 10 of the younger population, depending on age. Given the likely demographic changes in England the number of children with these disorders is projected to be almost unchanged by 2026, although there will be a dip in cases over the next five or so years as a result of a falling birth rate. Sufficient good data were not available to model specific scenarios for child/adolescent disorders, and so it has not been possible to calculate savings from childhood interventions.

Key points

- 7.3 per cent of children aged 5–10 and 10.1 per cent of those aged 11–15 have a mental health problem.
- Emotional disorder and conduct disorder are the most frequently occurring conditions.
- It is estimated that in 2007 there were 607,402 children with conduct disorder, emotional disorder, hyperkinetic disorder and co-morbid disorders.
- By 2026 the number of children with these conditions is projected to be 687,969, an increase of 13.3 per cent.
- Total service costs are estimated to be £143 million in 2007, increasing to £237 million by 2026.

Introduction

Mental health problems can occur in a person's early years and there are some conditions that are specifically related to childhood. This chapter focuses on disorders that have been assessed by two large British surveys of mental health in children conducted in 1999 and 2004 (Meltzer *et al* 2000; Green *et al* 2005). The key disorders included in these surveys, and the characteristics as described by Green *et al* (2005) were:

- hyperkinetic disorders – characterised by hyperactivity, impulsiveness, inattention
- conduct disorders – characterised by temper outbursts, arguing with parents, disobedience, telling lies, fighting, bullying, cruelty, criminal behaviour and so on
- emotional disorders – depression, separation anxiety, specific phobias, social phobia, generalised anxiety.

The surveys also included data on children with autistic spectrum disorders. These are not covered in this chapter as this report is not including learning difficulties (or disabilities). The age range of children in the surveys was 5–15. Treatment recommendations are summarised in Appendix 2 (see p 133).

TABLE 13: PREVALENCE (%) OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN CHILDREN BY AGE

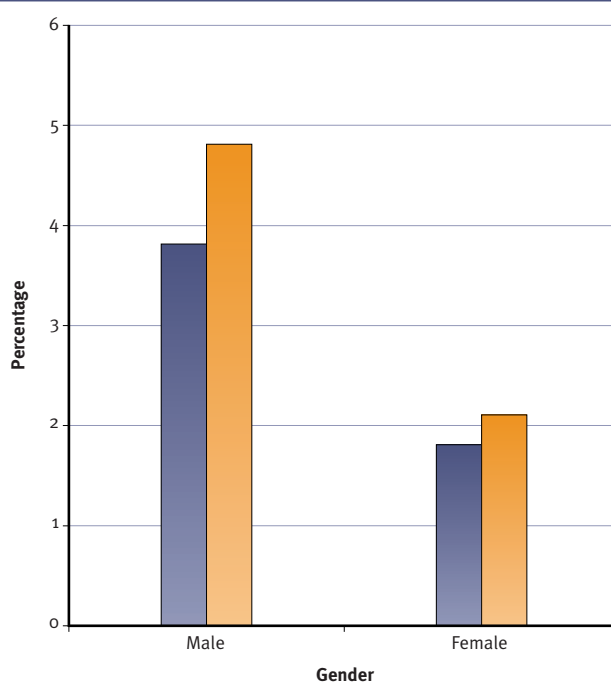
Disorders	Age group	
	5-10	11-15
Conduct disorder	2.8	3.5
Hyperkinetic disorder	0.6	0.3
Emotional disorder	2.5	4.3
Conduct disorder + emotional disorder	0.6	1.1
Conduct disorder + hyperkinetic disorder	0.6	0.8
Hyperkinetic disorder + emotional disorder	0.1	<0.1
Conduct disorder + hyperkinetic disorder + emotional disorder	0.1	0.1

Source: Mental Health of Children and Young People (1999)

Prevalence estimates

The prevalence rates for the analyses in this chapter have been taken from the 1999 survey (Meltzer *et al* 2000). The 2004 survey showed very similar prevalence rates (suggesting little change over time) and the 1999 survey contained more appropriate service use data. The sample size was large (more than 10,000 children) which allows robust estimates of illness prevalence to be made.

91 PREVALENCE OF CONDUCT DISORDER IN CHILDREN

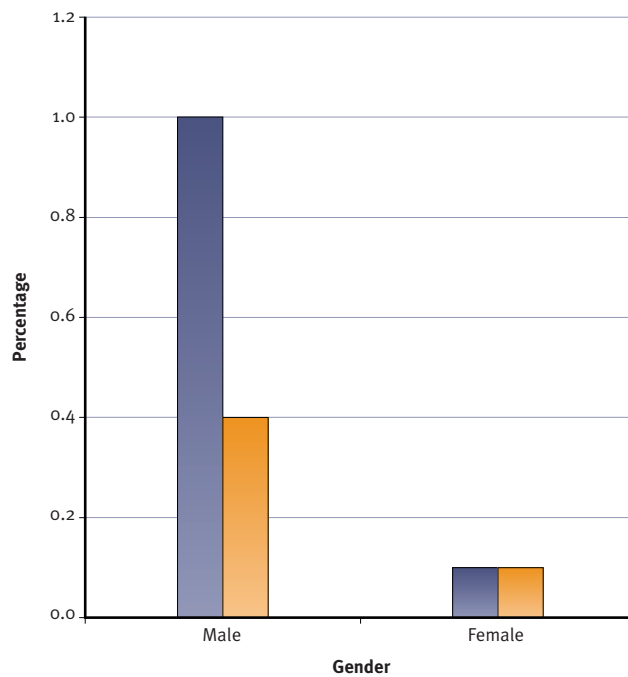


KEY

- 5-10 years old
- 11-15 years old

Source: Mental Health of Children and Young People (1999)

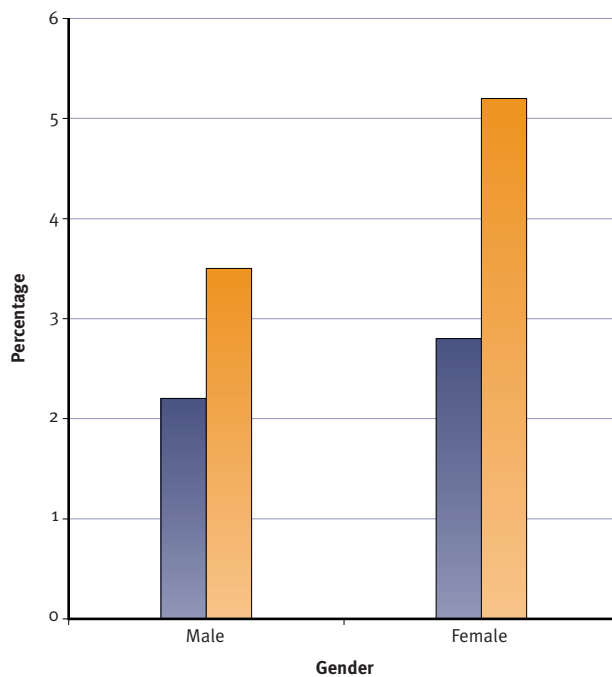
92 PREVALENCE OF HYPERKINETIC DISORDER IN CHILDREN



KEY
 ■ 5-10 years old
 ■ 11-15 years old

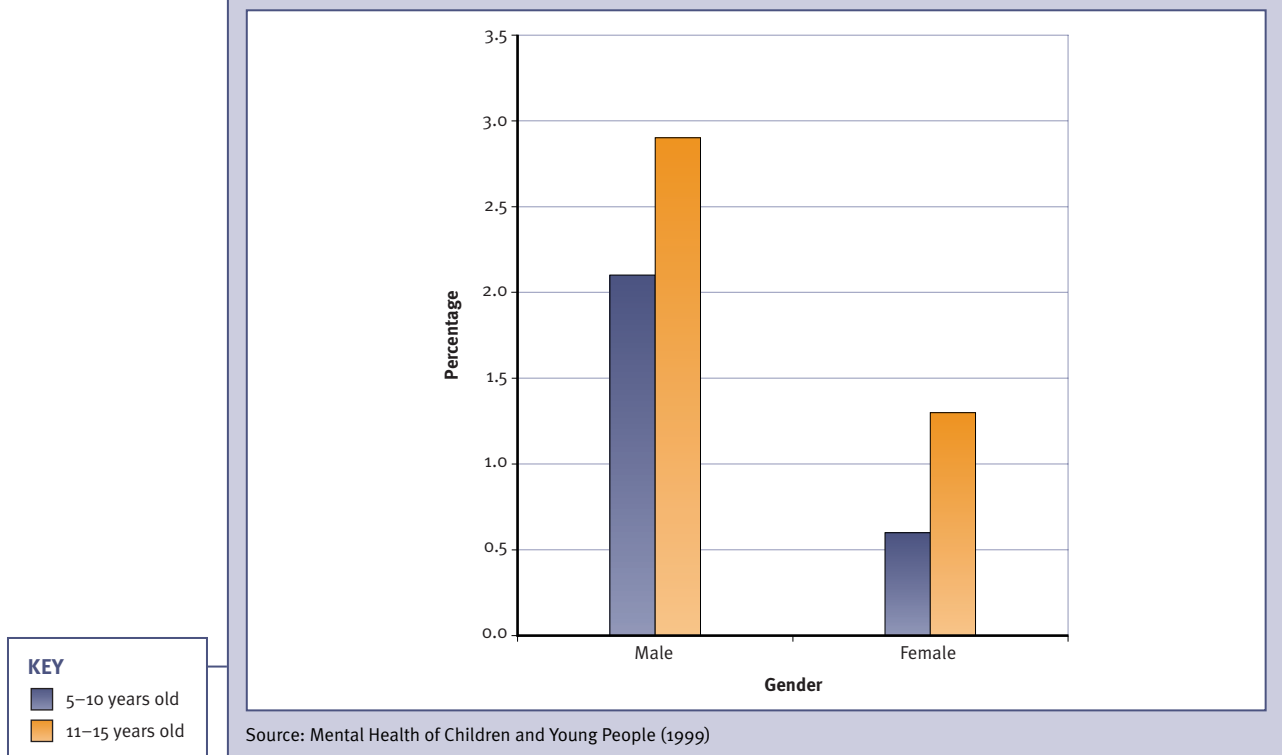
Source: Mental Health of Children and Young People (1999)

93 PREVALENCE OF EMOTIONAL DISORDER IN CHILDREN



KEY
 ■ 5-10 years old
 ■ 11-15 years old

Source: Mental Health of Children and Young People (1999)



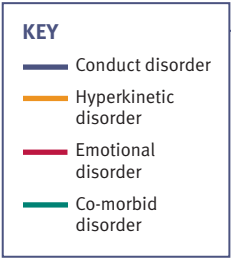
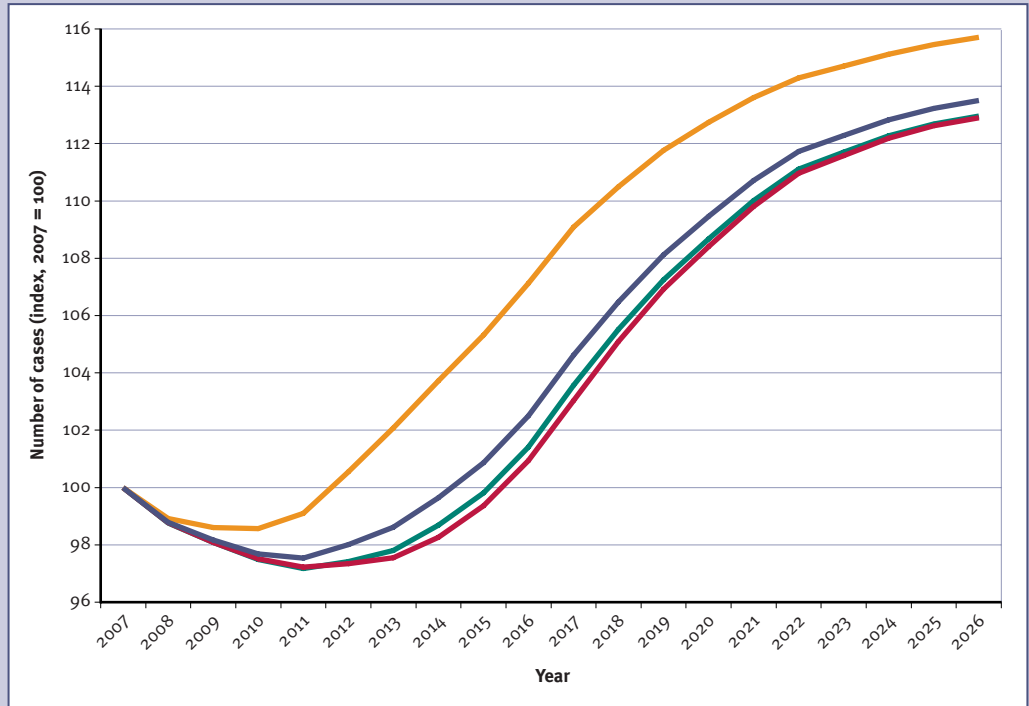
For the purposes of these analyses we focused on the three disorder groups described above plus a separate group for co-morbid disorders. The prevalence of having any one of these disorders was 7.3 per cent for those aged 5–10 and 10.1 per cent for those aged 11–15. Conduct disorders and emotional disorders were the most commonly occurring and increased with age (see Table 13, p 100). Hyperkinetic disorder was less common and frequently existed with other conditions.

Conduct disorder on its own is more prevalent in boys than girls (see Figure 91, p 100) while the same is true for hyperkinetic disorder (see Figure 92, p 101). Emotional disorders increase with age and are higher in girls (see Figure 93, p 101). Co-morbid disorders are more frequent in males and increase with age (see Figure 94, above). We did not extract data by ethnicity and this is a possible limitation if service use differs by ethnic group. However, as previous chapters have shown, the impact of changes in the ethnic distribution of the population probably will not affect costs to a major degree.

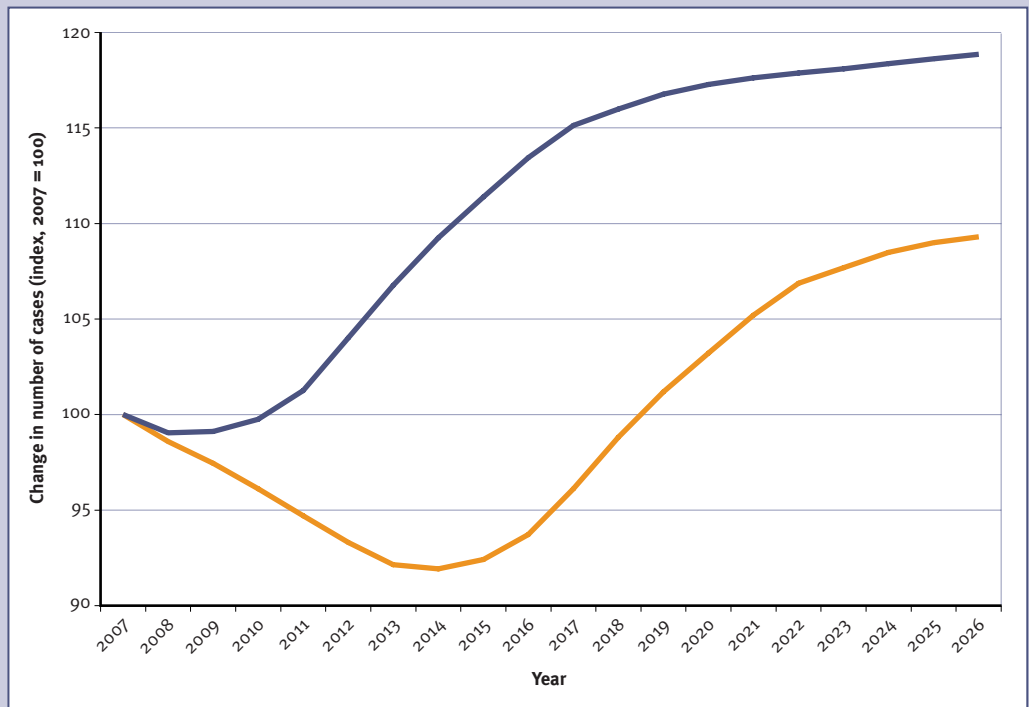
Population estimates

Based on the prevalence data above it is estimated that in 2007 there were 607,402 children with conduct disorder, emotional disorder, hyperkinetic disorder and co-morbid disorders. Around one-third have conduct disorder only and one-third emotional disorder only. Hyperkinetic disorder with no co-morbidity accounts for just 5 per cent of cases but many of the co-morbid group also have hyperkinetic disorder.

95 CHANGE IN NUMBER OF CASES OF CONDUCT DISORDER, HYPERKINETIC DISORDER, EMOTIONAL DISORDER AND CO-MORBID DISORDER



96 CHANGE IN NUMBER OF CASES OF CONDUCT DISORDER, HYPERKINETIC DISORDER, EMOTIONAL DISORDER AND CO-MORBID DISORDER BY AGE



By 2026 the figure is estimated to increase by 13.3 per cent to 687,969. There are interesting trends in the change in the number of cases over time, with decreases for all conditions up to around 2011 followed by an increase thereafter (see Figure 95, p 103). From Figure 96 (see p 103) we see that there is projected to be a greater relative fall in numbers of children with these disorders in the 11–15 year group compared to those aged 5–10.

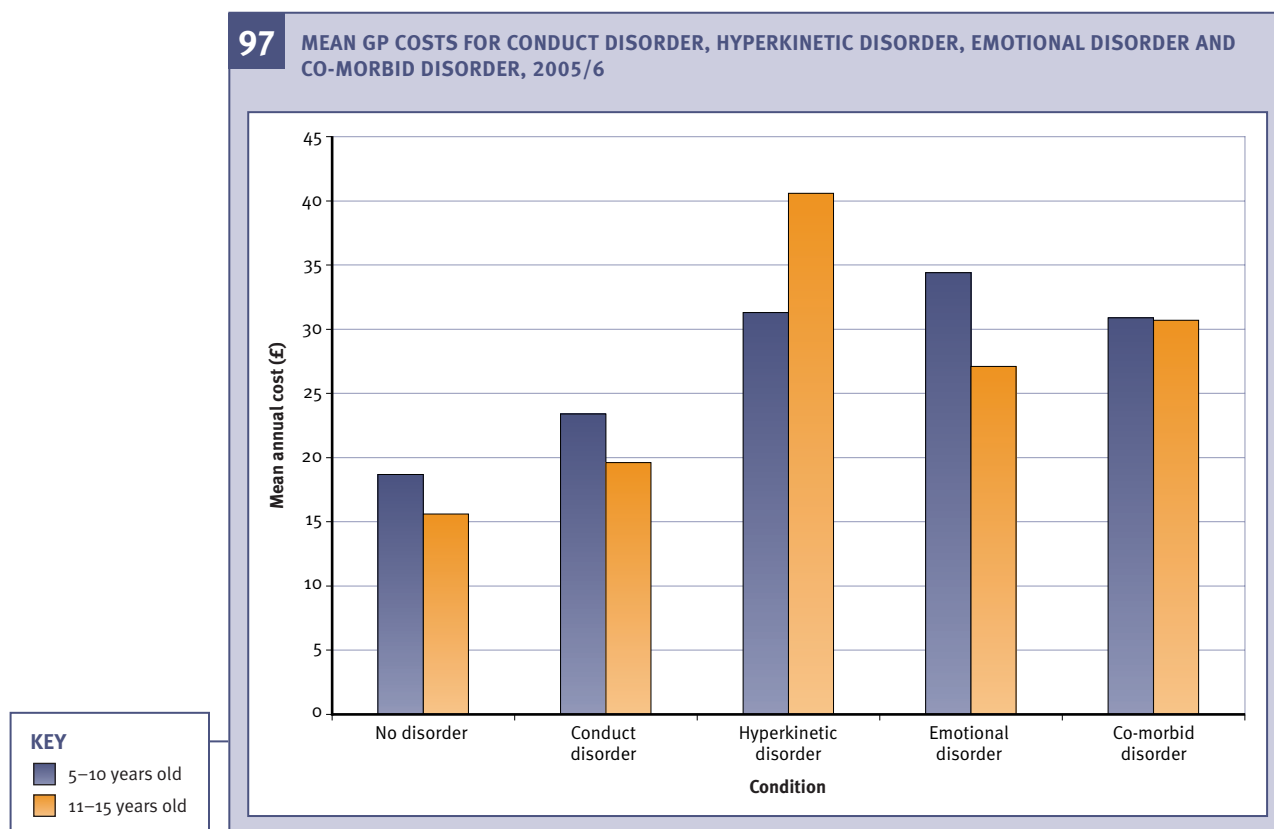
While many children will cease to have mental health problems as they get older, clearly some will continue to do so. Early chapters have described mental health problems in adulthood and it is likely that many of these adults will have experienced some of the problems described here. In addition, it is known that disorders in childhood can lead to high levels of resource use later in life (Scott *et al* 2001; Knapp *et al* 2002).

Service costs

The elements used to estimate total costs for disorders affecting children and adolescents were: prescribed drugs, inpatient care, GP contacts, accident and emergency (A&E) visits and outpatient attendances. Due to the age range of this group, there are no lost employment costs. Other costs may be incurred but we could not quantify them for this review and they would be unlikely to add substantially to the totals here. However, it does need to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.

Service costs

The 1999 survey asked parents how many times their children had been in contact with GPs, visited A&E departments, seen clinicians in outpatient settings and spent time as an

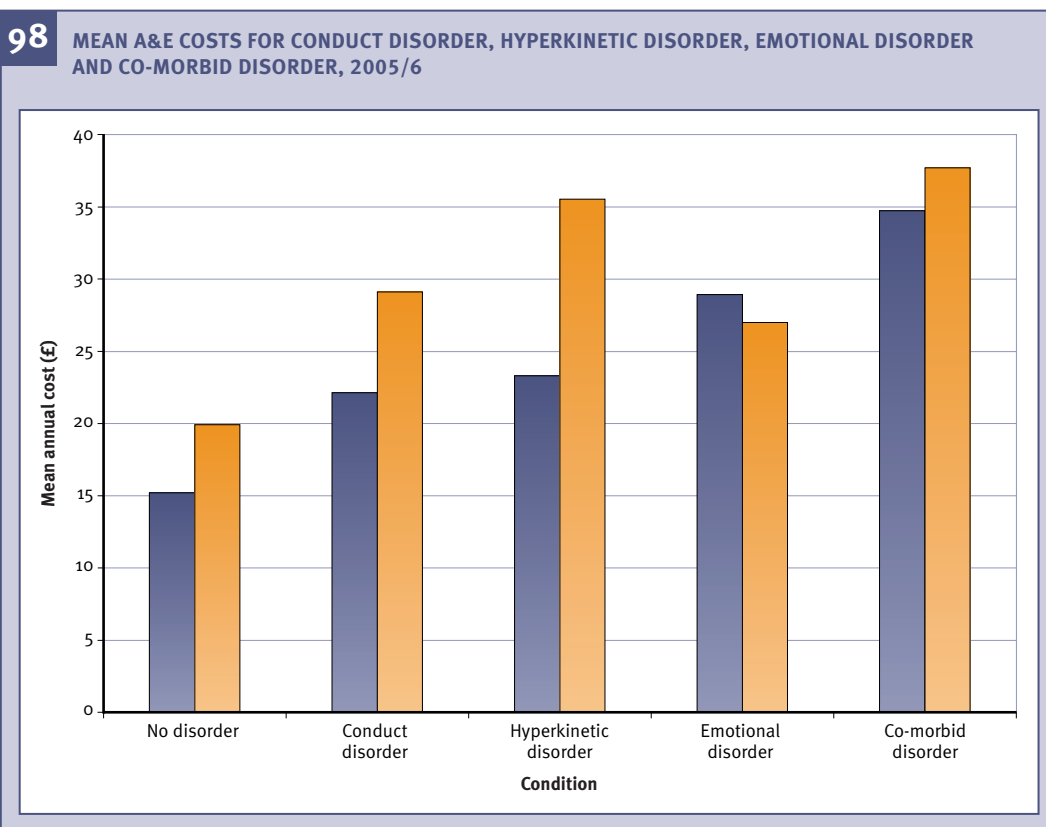


inpatient in hospital. Data were coded as never, once, twice, three times and four or more times. In the case of the latter we conservatively assumed four contacts (which means that costs will be underestimated to some extent).

Although inpatient use was recorded we decided to use Hospital Episode Statistics (HES) inpatient data given that it should be a complete record of all NHS inpatient activity. The HES data for 2004/5 revealed that children aged 5–14 spent a total of 2,043 days in hospital for conduct disorder, 2,387 for hyperkinetic disorder and 1,148 for emotional disorders. Given that we are focusing on the 5–15 age group here, the above figures were increased by 10 per cent to take into account those aged 15. Bed days were not available specifically for children with co-morbid disorders, and such cases will be included in the above figures.

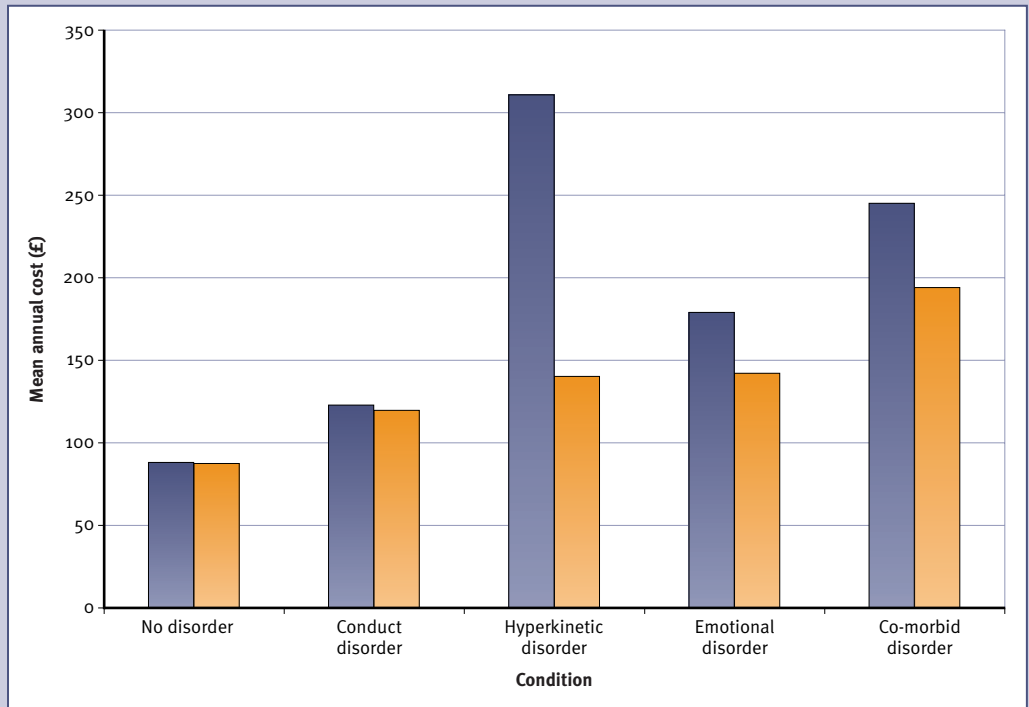
GP service use data were combined with the unit cost of a GP contact, which is currently on average £22 (Curtis and Netten 2006). Average costs for the four diagnostic groups and for those with no mental health disorder are shown in Figure 97 opposite. The highest GP costs are for older children with hyperkinetic disorders, while the lowest costs (excluding those with no detected mental health problem) are for conduct disorders.

The most recent unit cost for A&E visits (for adults and children) is £77 (Curtis and Netten 2006). With the exception of emotional disorders, A&E costs increase with age (see Figure 98, below). The highest A&E costs are for children with co-morbid disorders.



99

MEAN OUTPATIENT COSTS FOR CONDUCT DISORDER, HYPERKINETIC DISORDER, EMOTIONAL DISORDER AND CO-MORBID DISORDER, 2005/6

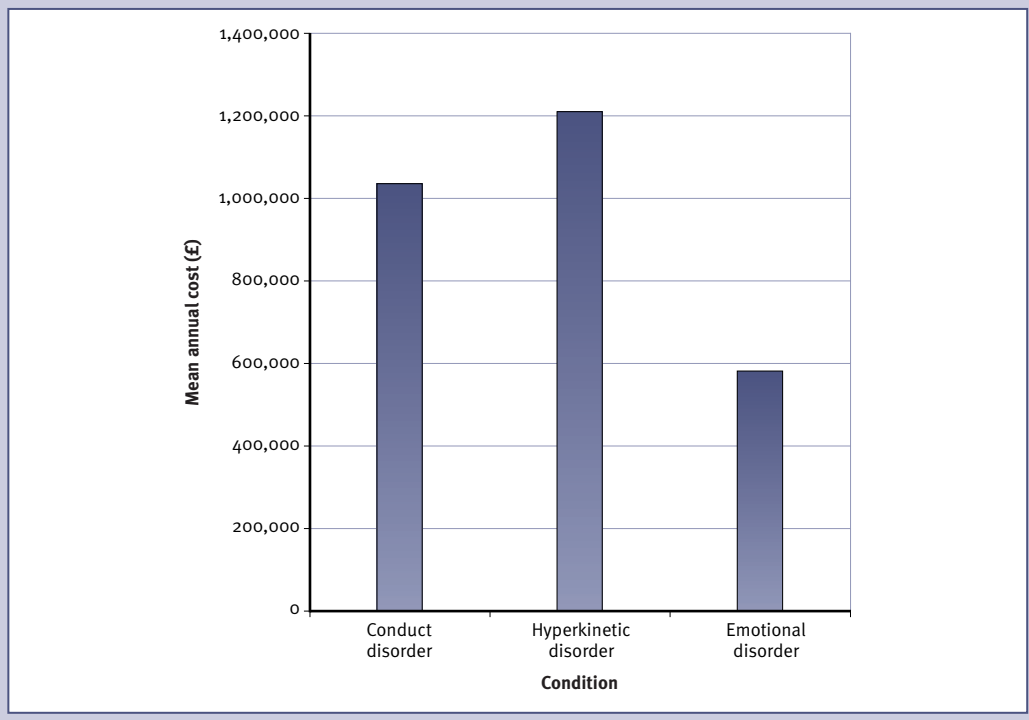


KEY

- 5-10 years old
- 11-15 years old

100

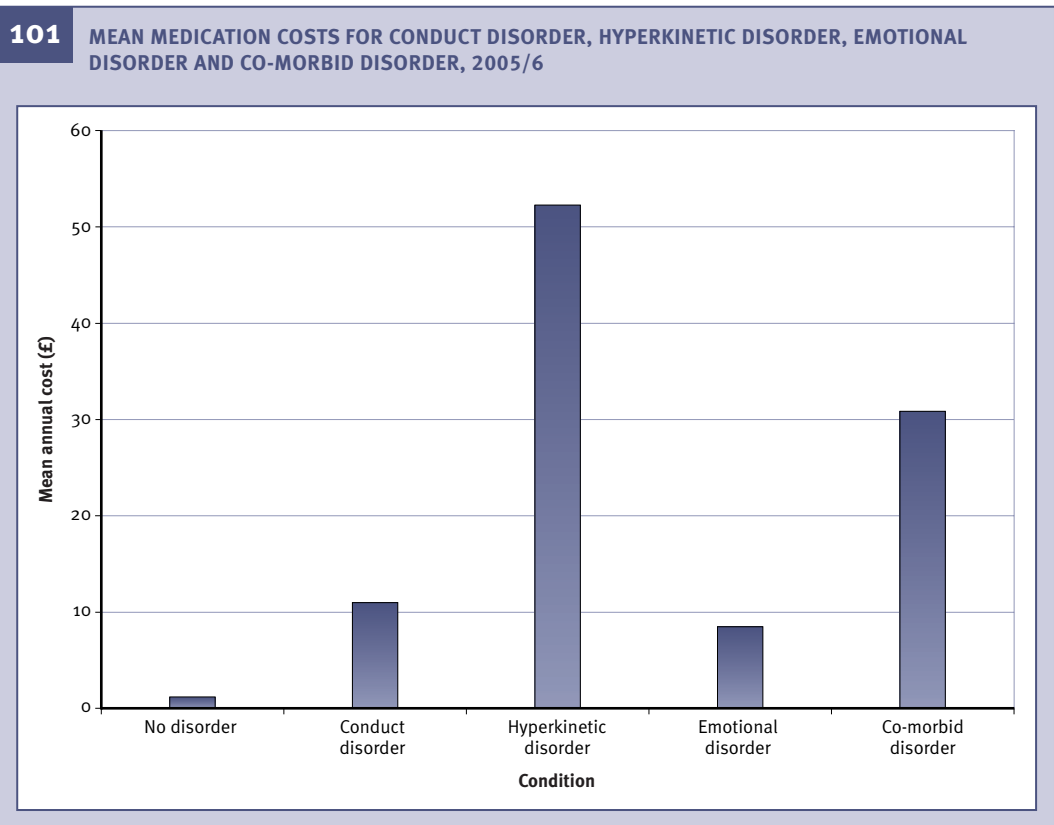
TOTAL INPATIENT COSTS FOR CONDUCT DISORDER, HYPERKINETIC DISORDER AND EMOTIONAL DISORDER, 2005/6



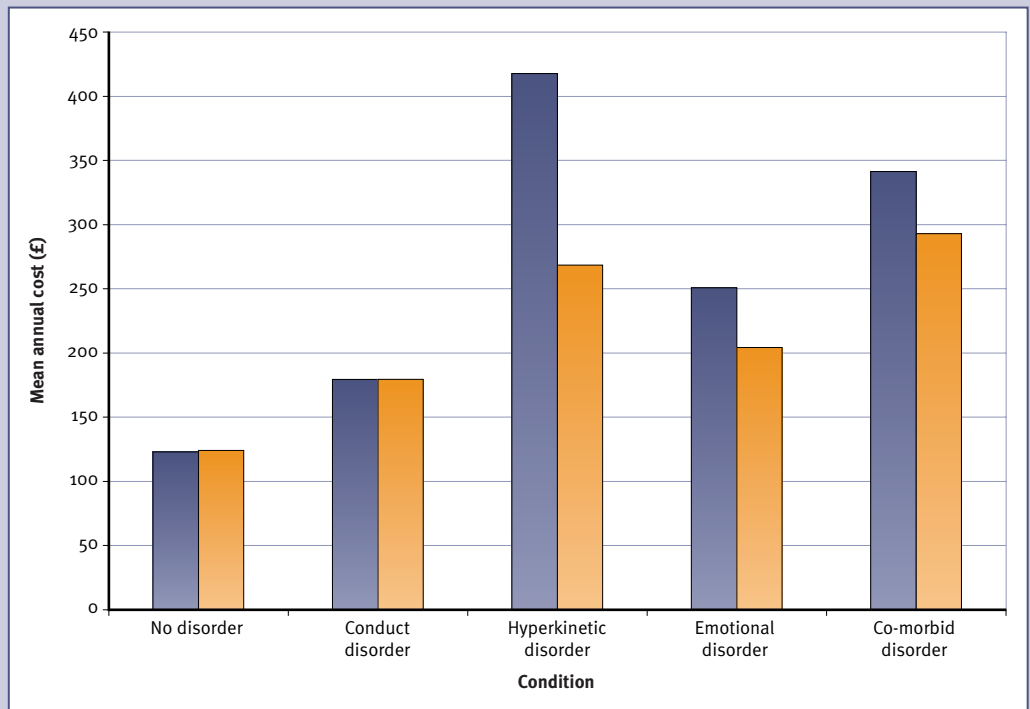
Outpatient contacts were combined with a unit cost of £228 per child attendance (Curtis and Netten 2006). Among the younger age group, outpatient costs were highest for hyperkinetic disorder, whilst for those aged 11–15 the costs were greatest for children with co-morbid disorders (see Figure 99, p 106).

The average cost of an inpatient day for children is currently £461, which is substantially greater than the cost (£201) of a day in acute bed for adults (Curtis and Netten 2006). Total inpatient costs for children with conduct disorder, hyperkinetic disorder and emotional disorder are £2.8 million with conduct disorder and hyperkinetic disorder accounting for 37 per cent and 43 per cent of these costs respectively (see Figure 100, p 106).

Data on medication were not available from the 1999 survey but were obtained from the 2004 survey. This showed that 43 per cent of children with hyperkinetic disorder were in receipt of medication, and this was usually methylphenidate hydrochloride (Ritalin). The proportion of children with conduct disorder and emotional disorder who received medication was much less (9 per cent and 7 per cent respectively). Of the children in the survey who had co-morbid disorders, 59 per cent of these had hyperkinetic disorder. We assumed that 43 per cent of these also received medication (that is 25 per cent of the co-morbid group). We did not distinguish between age groups with regard to medication. The cost of medication was calculated on the basis of the per milligram price of methylphenidate hydrochloride calculated from the British National Formulary (BF/BMA 2007) and an assumption that the typical dose was 20mg per day. This resulted in a cost per year of £121. We did not separately cost other drugs but instead used the above figure. (While this is a limitation, we infer that the very small numbers of other forms of

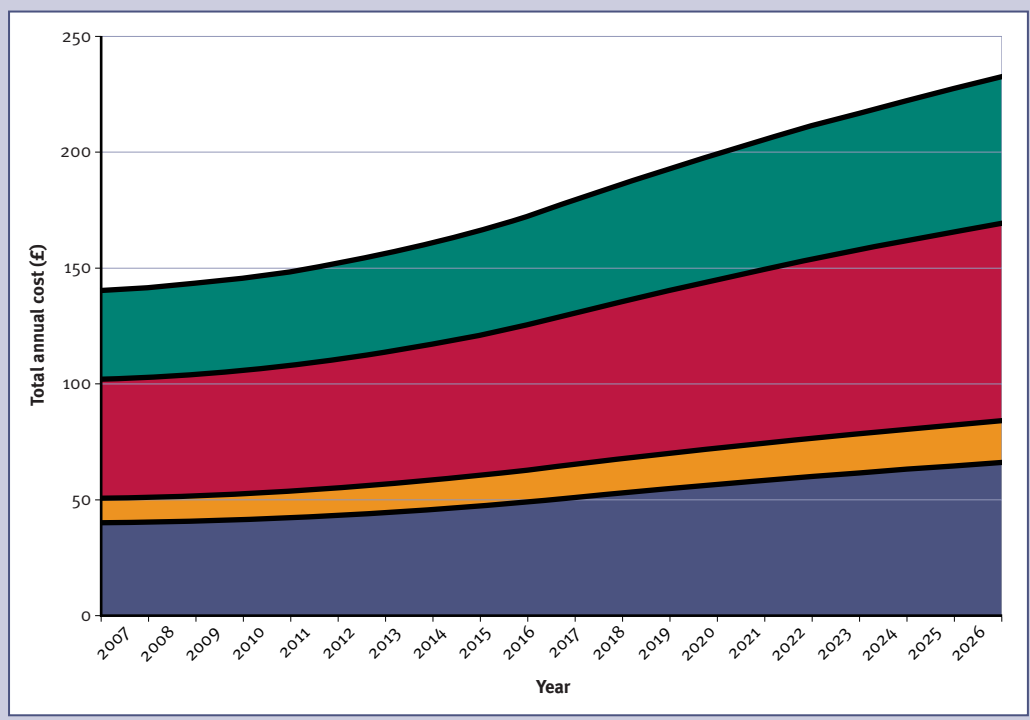


102 MEAN NON-INPATIENT COSTS FOR CONDUCT DISORDER, HYPERKINETIC DISORDER, EMOTIONAL DISORDER AND CO-MORBID DISORDER, 2005/6



KEY
 ■ 5-10 years old
 ■ 11-15 years old

103 PROJECTED NON-INPATIENT COSTS FOR CONDUCT DISORDER, HYPERKINETIC DISORDER, EMOTIONAL DISORDER AND CO-MORBID DISORDER, 2007 TO 2026



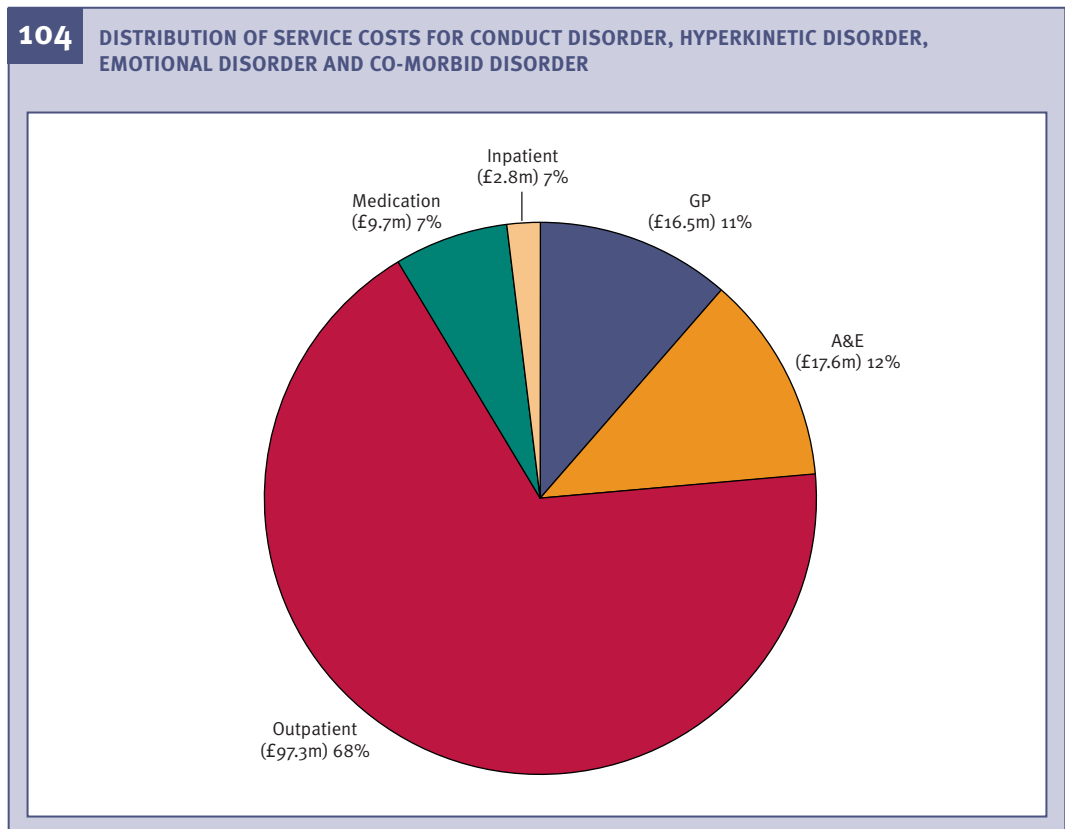
KEY
 ■ Co-morbid disorder
 ■ Emotional disorder
 ■ Hyperkinetic disorder
 ■ Conduct disorder

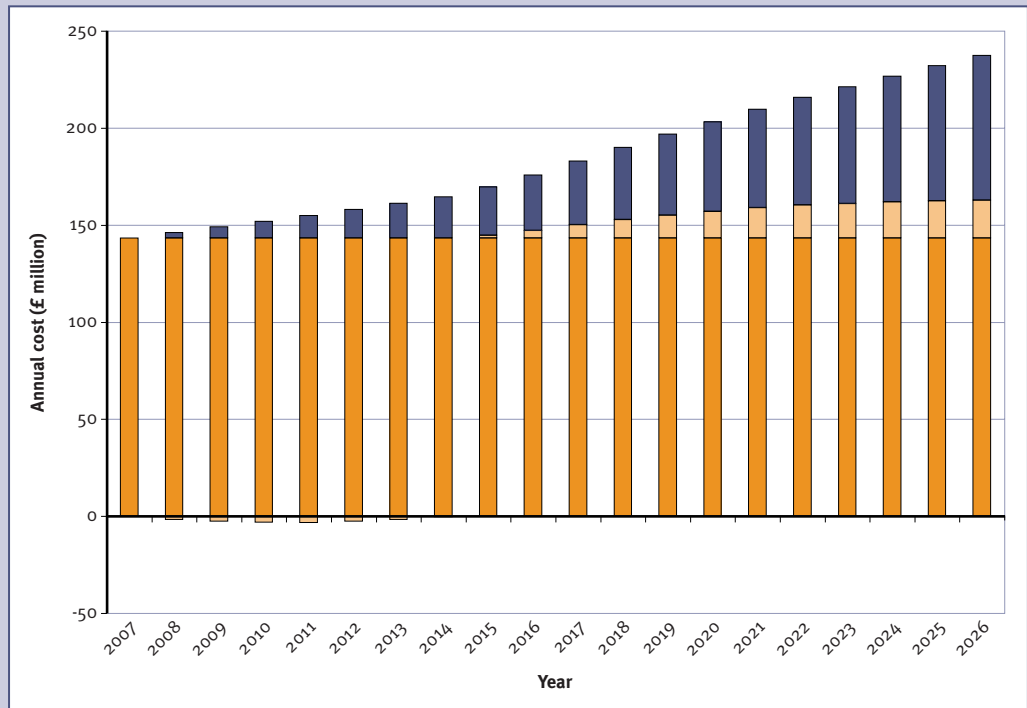
medication means that the different drug costs could only have a minor effect on the total costs.) Not surprisingly, the medication costs were highest for the hyperkinetic disorder group followed by those with co-morbid disorders (see Figure 101, p 107).

Combining inpatient costs with other costs by disorder is problematic given that we cannot separate out of the former co-morbid disorders. Average non-inpatient costs are highest for younger children with hyperkinetic disorder, but costs are rather lower for the older children with this mental health problem (see Figure 102, opposite). Health costs are lowest for conduct disorder. Total non-inpatient costs were estimated to be £141 million in 2007. If we combine inpatient costs with non-inpatient costs across all disorders the total for 2007 was £143 million. Outpatient care costs £97 million and accounted for two-thirds of the total service costs (see Figure 103, opposite). GP contacts and A&E attendances accounted for similar amounts of the total, while inpatient care was only 2 per cent of the total.

Projected costs

Total non-inpatient costs are projected to rise to £233 million by 2026 (see Figure 103, opposite). This increase of 65 per cent is largely due to the assumption of a year-on-year rise in health prices of 2 per cent above general inflation (see Chapter 2). By 2026 costs are projected to be £237 million (see Figure 105, p 110). Without the real increase in service prices the projected costs for 2026 come to £163 million – an increase of 14 per cent.



**KEY**

- Real pay and price effect
- Demographic effect
- 2007 figure

Scenario modelling

As with the previous chapter we have not provided modelling of specific treatment interventions due to lack of data. However, an area of future work that would be informative would be to assess the impact of reducing prevalence rates of mental health problems in children on service costs in adulthood. This would continue the work of others (Scott *et al* 2001; Knapp *et al* 2002) but at a national level.

11

Dementia

SUMMARY

Dementia stands out from all the other disorders included in this report in two ways:

- the number of people with dementia is expected to increase substantially over the next 20 years
- the costs per person are higher than for all other conditions. By 2026 the total projected cost of dementia is £34.8 billion with a large proportion of this accounted for by informal care from family/friends.

Key points

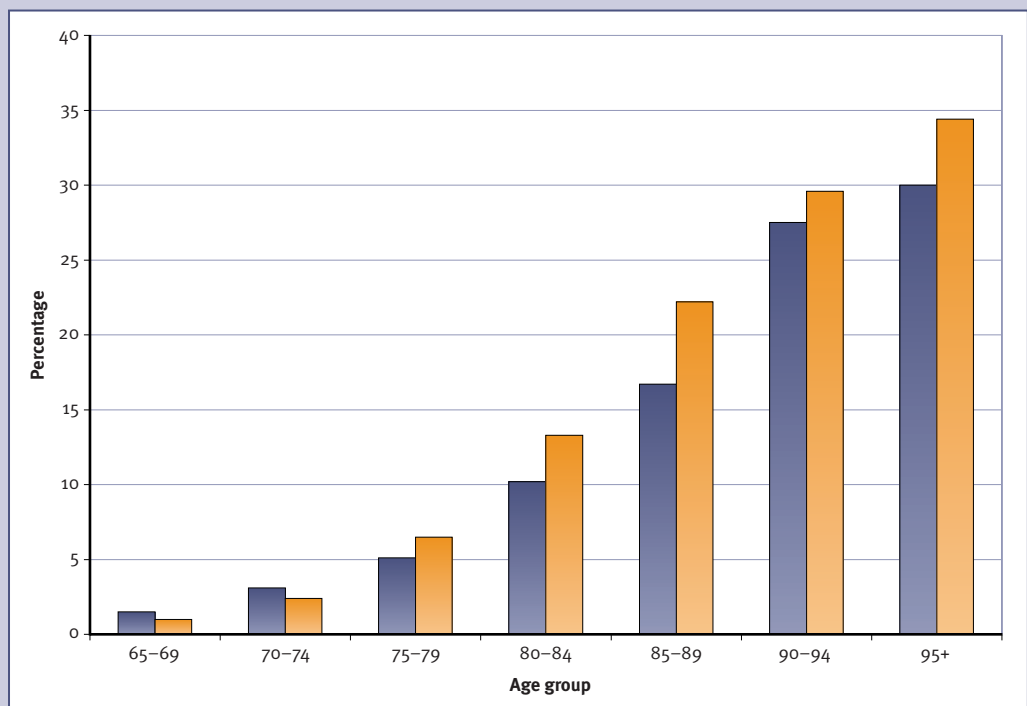
- The estimated prevalence of dementia in those aged 65 and over is 7.1 per cent.
- The estimated rates in those aged 65–69 is 1.5 per cent for men and 1 per cent for women. Among those aged 95 and over the rates are 30 per cent and 34.4 per cent respectively.
- In 2007 it was estimated that 582,827 people in England had dementia. By 2026 it is projected that this will rise to 937,636 – an increase of 61 per cent.
- The Alzheimer’s Society report that the annual cost of dementia care is on average £25,472.
- The total cost of care in 2007 for England was estimated to be £14.8 billion. This is projected to rise to £34.8 billion by 2026, an increase of 135 per cent.

Introduction

Previous chapters of this report (with the exceptions of Chapters 8 and 10) have covered specific conditions (or groups of conditions) that potentially affect all adults, and data has been presented for those aged 65 and over. This chapter covers dementias, which are conditions that predominantly occur in older adults. The information in this chapter has been derived from a recent report published by the Alzheimer’s Society (2007), and that report should be consulted for further details.

The main types of dementia are: Alzheimer’s disease, vascular dementia, fronto-temporal dementia, dementia with Lewy bodies and mixed dementia. Alzheimer’s disease is the most frequently occurring dementia. Dementia results in increasing levels of disability and dependence for those with the condition, and as will be seen below the impact of dementia is strongly associated with expected demographic changes. Treatment recommendations are summarised in Appendix 2 (see p 133).

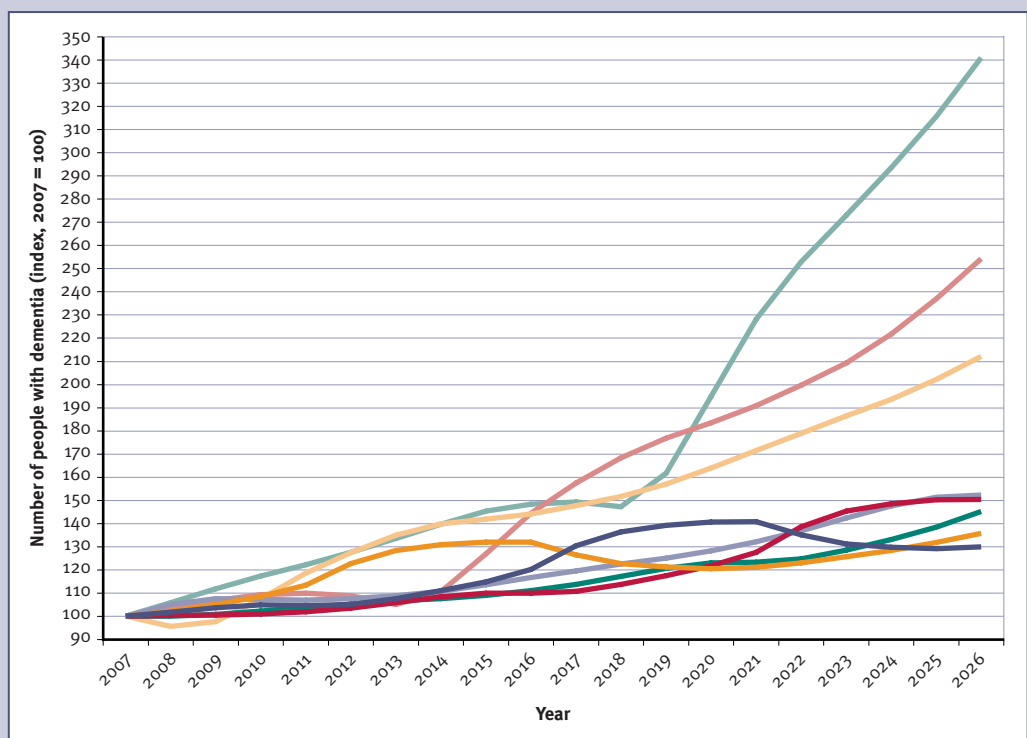
106 PREVALENCE OF DEMENTIA IN MEN AND WOMEN OVER 65 YEARS OF AGE



Source: Alzheimer's Society (2007)

KEY
 ■ Male
 ■ Female

107 CHANGE IN NUMBER OF PEOPLE WITH DEMENTIA, 2007 TO 2026



KEY
 — 65-69
 — 70-74
 — 75-79
 — 80-84
 — 85-89
 — 90-94
 — 95-99
 — 100 and over

Prevalence estimates

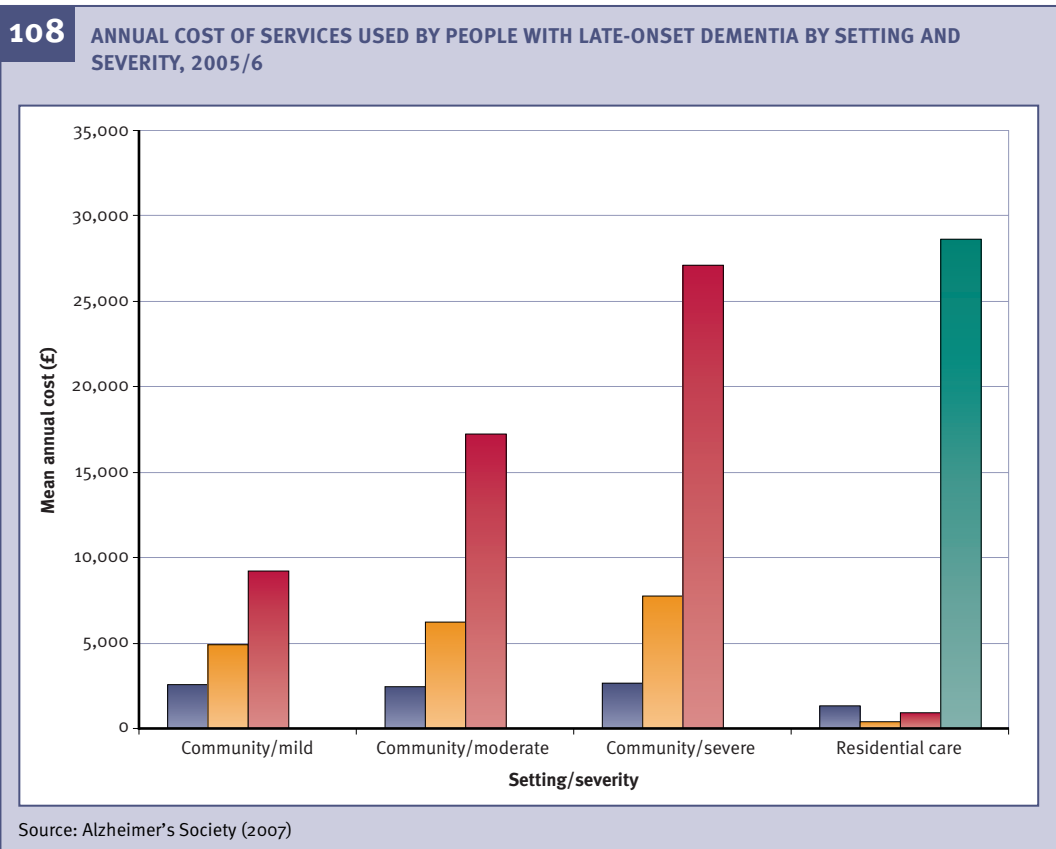
A key component of the Alzheimer’s Society report was to conduct a consensus exercise among experts to arrive at gender- and age-specific prevalence rates for dementia. The rates are shown in Figure 106, opposite, and it can be seen that there is a steep increase with age. Rates among those aged below 75 are higher for men, while rates in those aged 75 and over are higher for women. The overall prevalence rate for older adults based on these age-specific rates and numbers of people in these age groups is 7.1 per cent.

Population estimates

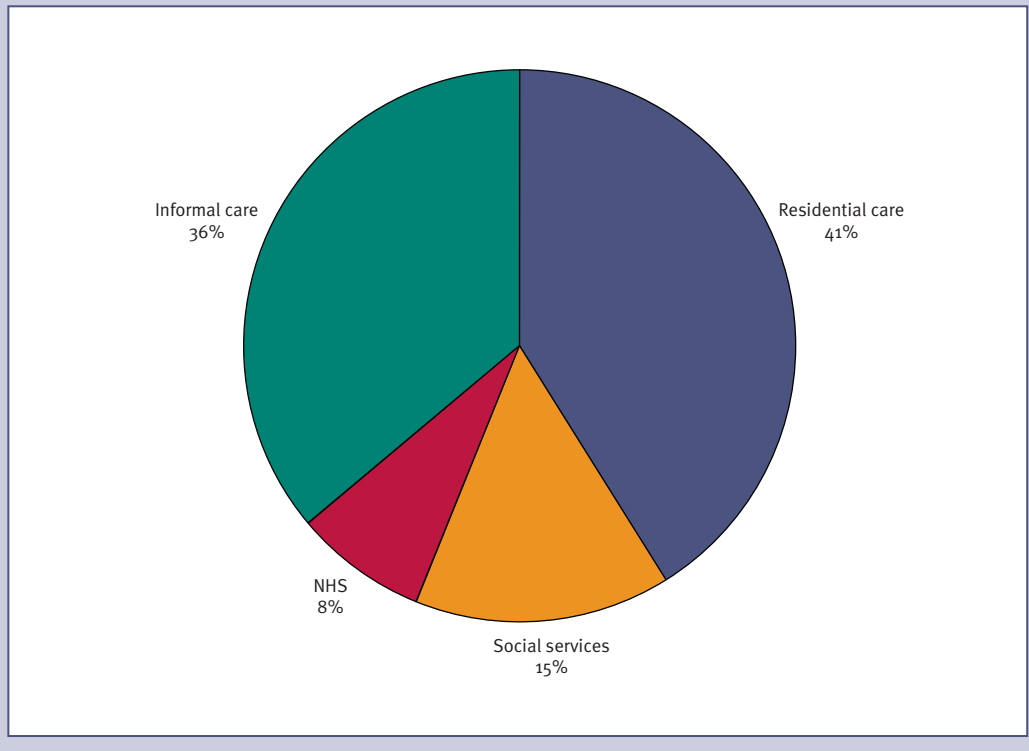
These prevalence rates suggest that in 2007 there were 582,827 people with dementia. By 2026 this is projected to rise to 937,636 – an increase of 61 per cent. The rate of change is particularly high for those aged 85 and over (see Figure 107, opposite).

Service costs and lost employment

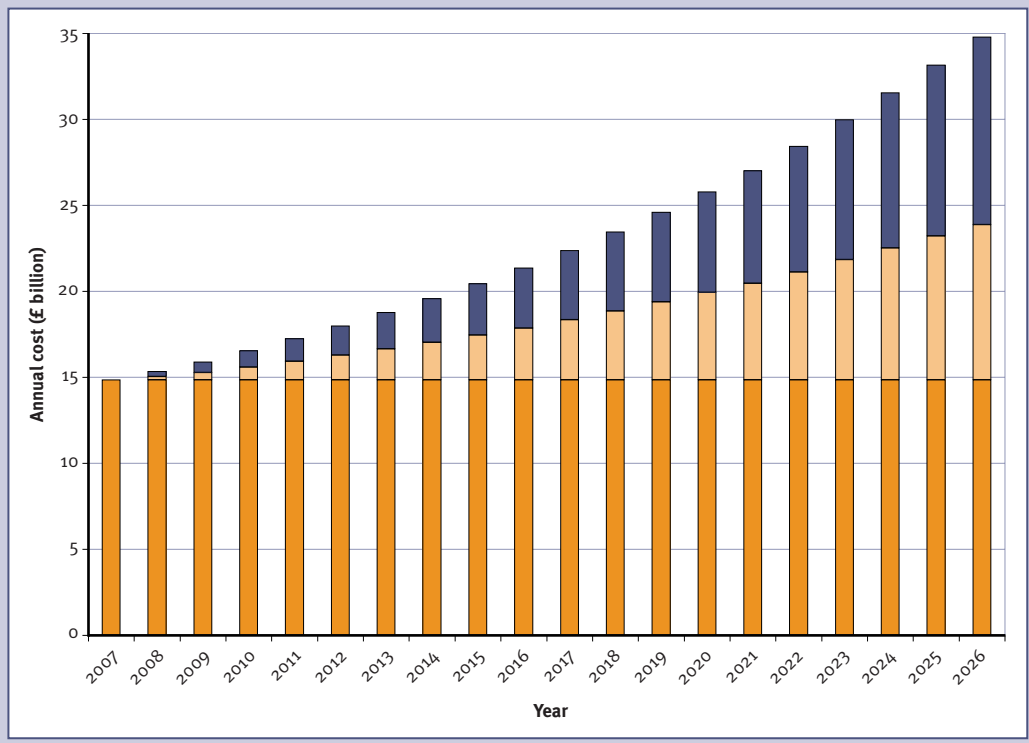
The elements used to estimate total costs for dementia were: inpatient care, other NHS services, supported accommodation, day care, other social services and informal care. Due to the age range of the population with this condition, lost employment costs are not a factor considered. Other costs may be incurred but we could not quantify them for this review and they would be unlikely to add substantially to the totals here. However, it does need to be recognised that our figures are likely to be underestimates of the true cost.



109 DISTRIBUTION OF SERVICE COSTS FOR DEMENTIA



110 PROJECTED COST OF DEMENTIA CARE IN ENGLAND, 2007 TO 2026



KEY

- Real pay and price effect
- Demographic effect
- 2007 figure

Service costs

The Alzheimer’s Society report suggests that the average annual cost of dementia care was £25,472. Costs are estimated to differ according to setting and severity level as shown in Figure 108 (see p 113).

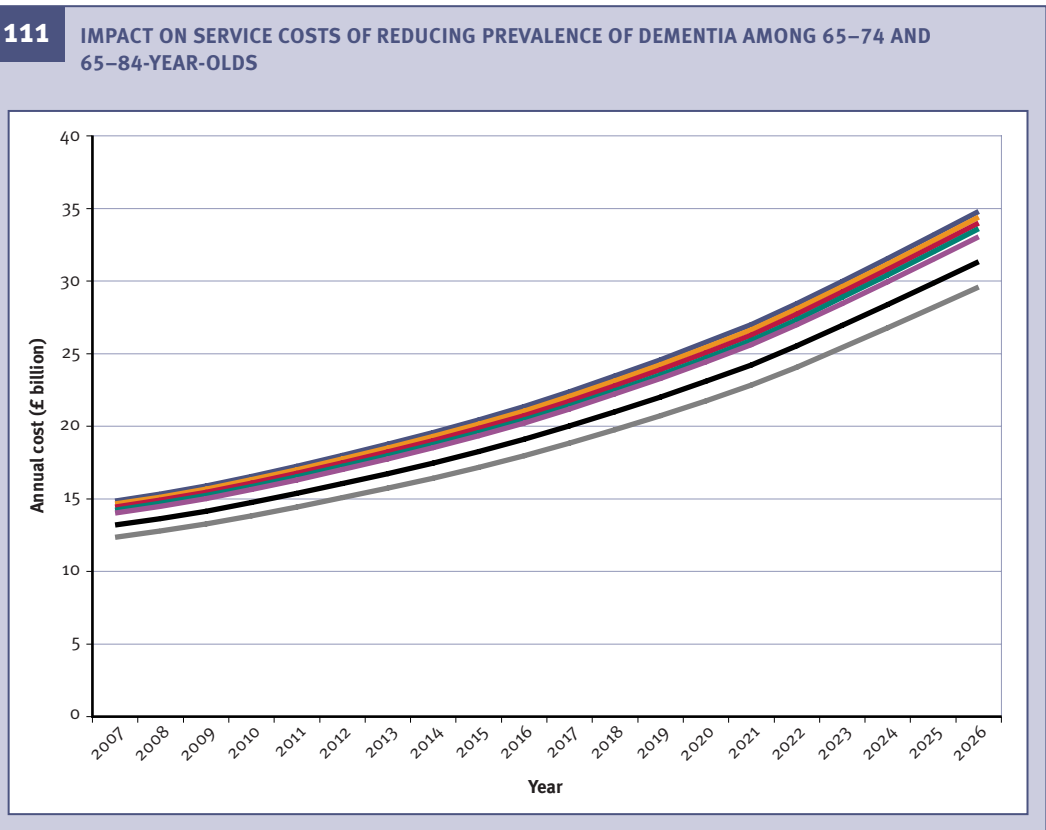
Figure 109, opposite, shows the distribution of service costs. Residential care accounts for the largest proportion of costs with informal care accounting for one-third. NHS costs account for a relatively small amount of the service costs.

Projected costs

We have assumed that these service costs increase by 2 per cent ahead of inflation each year. The total cost of dementia care in England in 2007 is estimated to be £14.8 billion. This is projected to rise to £34.8 billion by 2026 (see Figure 110, opposite). This increase of 135 per cent is due to the ageing of the population plus the increase in the real costs of care. If the latter is excluded the projected costs for 2026 are £23.9 billion.

Scenario modelling

We have not modelled specific interventions for the treatment of dementia, again due to lack of robust data. However, given that disease-modifying drugs are available and that much research is being undertaken in this area we have examined the impact of reducing the prevalence rates for dementia for those aged 65–74 and 65–84. Figure 111, below, shows that compared to the current situation, costs can be reduced by around £2.4 billion



if the prevalence among 65–84-year-olds was reduced by 30 per cent. Clearly this is hypothetical, although drug treatments are continually being developed for dementia, with the aim of slowing the progression of these conditions. Even with a more modest reduction of 10 per cent for this age group the costs would be reduced by £0.8 billion. Clearly, the savings associated with reducing the prevalence among 65–74 years olds are much less.

12

Conclusions, discussion and recommendations

Introduction

This review has:

- made estimates of the number of people with specific mental health problems in England
- estimated the costs associated with these conditions
- assessed the impact that specific interventions may have on cost.

This chapter summarises the findings, draws out their implications and makes a number of recommendations.

Limitations

Although we regard the data in this report as representing reasonable estimates of the costs of mental health disorders there are naturally a number of limitations.

We consider that perhaps the main limitation is that of the availability of data. We obtained data on prevalence from a mixture of national surveys and published literature. While we have confidence in the robustness of these data, we were not able to obtain good estimates of how prevalence rates may change over time. However, the two Psychiatric Morbidity Surveys of 1993 and 2000 show little change in prevalence rates and epidemiologists we consulted generally do not feel that rates are changing.

Data on service use and costs were also limited. We have attempted to take a comprehensive approach to costing but the data did not allow this as we would have liked. One area where the costs are underestimated is for forensic mental health care. For example, the cost data for schizophrenia were obtained from community studies and while inpatient data were from the Hospital Episode Statistics these will not capture stays in private sector secure units.

Finally, there were limitations with the intervention modelling. We confined ourselves to those for which there was reasonable data on effectiveness, but other interventions such as employment schemes, court diversion programmes and anti-stigma initiatives could potentially also have a noticeable economic impact.

Conclusions

This report has estimated that there are currently 8.65 million people with the mental health problems analysed (see Table 14, overleaf). This number is projected to increase by 14 per cent by 2026. Figure 112 (see p 119) shows the distribution of service costs by agency. Clearly much of the cost falls on informal carers and social care agencies.

TABLE 14: NUMBER OF PEOPLE WITH SPECIFIC DISORDERS AND CURRENT AND PROJECTED COSTS

Disorder	Number of people (million)		Service costs (£ billion)			Lost earnings (£ billion)			Total costs (£ billion)		
	2007	2026	2007	2026 (2007 prices)	2026 including real pay and price effect ^c	2007	2026 (2007 prices)	2026 including real pay and price effect ^c	2007	2026 (2007 prices)	2026 including real pay and price effect ^c
Depression	1.24	1.45	1.68	2.03	2.96	5.82	6.31	9.19	7.50	8.34	12.15
Anxiety disorders	2.28	2.56	1.24	1.40	2.04	7.7	8.34	12.15	8.94	9.74	14.19
Schizophrenic disorders	0.21	0.244	2.23	2.52	3.67	1.78	1.94	2.83	4.01	4.46	6.5
Bipolar disorder/ related conditions	1.14	1.23	1.64	1.8	2.63	3.57	3.83	5.58	5.21	5.63	8.21
Eating disorders	0.117	0.122	0.016	0.016	0.024	0.035	0.036	0.052	0.051	0.052	0.076
Personality disorder ^a	2.47	2.64	0.7	0.78	1.13	7.2	7.65	11.16	7.9	8.43	12.29
Child/adolescent disorders ^b	0.61	0.69	0.14	0.16	0.24	0	0	0	0.14	0.16	0.24
Dementia ^b	0.58	0.94	14.85	23.88	34.79	0	0	0	14.85	23.88	34.79
Total	8.65	9.88	22.5	32.59	47.48	26.1	28.1	40.97	48.6	60.69	88.45

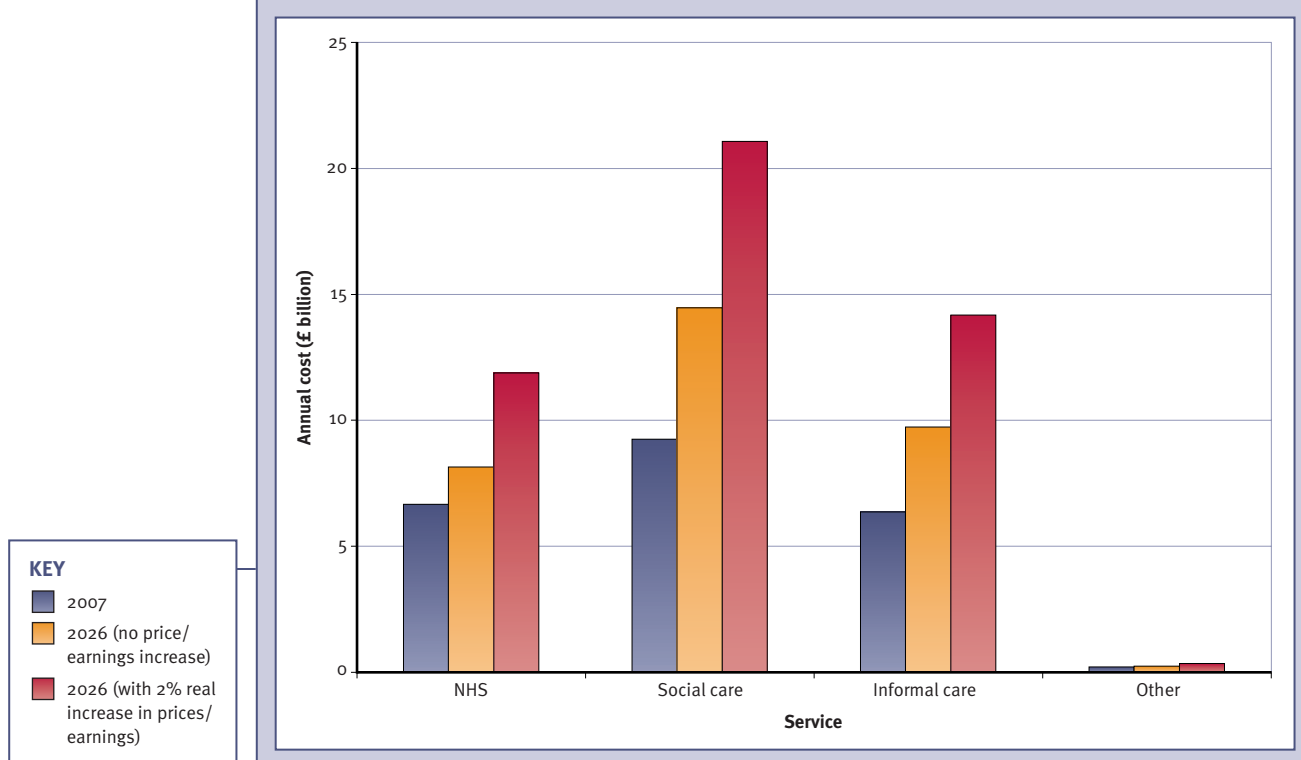
Notes: ^a The costs for personality disorders related to 64.6 per cent of people with the condition (see Chapter 9). ^b The total costs are the same as the service costs as we have assumed that there is no lost employment for people with these conditions. ^c It has been assumed that real pay and prices increase by two percentage points above the GDP deflator.

However, this is largely due to the impact of dementia – the NHS costs dominate the overall costs of care for other disorders. The costs to the NHS and social services (£16 billion) are slightly more than the £12.5 billion estimated by the Sainsbury Centre for Mental Health for 2002/3, while the lost employment costs shown in Table 14, above, (£26 billion) are very similar to the £23 billion reported in that report (Sainsbury Centre for Mental Health 2003b).

Mental health problems in England result in substantial costs in terms of service requirements, informal care and lost employment. This report concludes that they will continue to do so. The prevalence of specific mental disorders are likely to remain broadly stable over the next 20 years, but the costs are projected to increase substantially. Two main factors lie behind this increase – first, an estimated 300,000 increase in the number of people with dementia (accounting for 36 per cent of the increase in costs) and second the assumption of a real pay and price increase of 2 per cent per annum (accounting for 64 per cent).

The cost of lost employment is currently more than the cost of providing health and social care services. Although by 2026 it will have fallen proportionately to less than the costs of providing services (the increase in the number of people with dementia having little or no impact on lost employment) it will remain a significant drain on resources at some £28 billion (at 2007 prices).

112 ANNUAL SERVICE COSTS OF MENTAL ILL HEALTH BY SECTOR



The current service cost (£22.5 billion) is equivalent to 1.7 per cent of the Gross Domestic Product (GDP). The projected cost for 2026 including real changes in prices (£47.5 billion) is equivalent to 3.5 per cent of GDP. If we consider total costs (that is including lost employment), currently the costs of these mental health problems (£48.6 billion) are equal to 3.6 per cent of GDP, rising to 6.6 per cent (£88.5 billion) by 2026 with real changes in prices and earnings included. We need to be somewhat cautious with these figures as the costs of mental health care include unpaid informal care which is not typically included in GDP. (In our total cost estimates we included lost earnings which also are not part of GDP calculations.)

Summary of results from scenarios modelling

We have assessed the impact that a number of interventions might potentially have on service costs. For depression and anxiety disorders (Chapters 4 and 5), increasing the number of people who are currently in treatment and who receive evidence-based intervention (many people with mental disorders are either not in contact with services or are in contact but are not receiving any treatment) would increase service costs but could result in overall savings if effective treatment results in increased employment. This appears to be particularly the case if medication is prescribed to more of those who could benefit. Psychological therapies such as cognitive behavioural therapy (CBT) seem to produce similar gains compared to medication but are far more expensive and it is therefore much more difficult for these extra service costs to be offset by increased employment, the key issue here being the rate of increase in the real earnings from

employment. A 2 per cent increase (our basic assumption) would see long-term net savings; a 1 per cent increase would see initial savings but these would be lost by around 2020. However, therapy is often preferred to medication by patients and cheaper, though still effective, modes of delivery such as computer-based psychological interventions might result in greater savings.

With regard to schizophrenia and bipolar disorder and related conditions (Chapters 6 and 7) savings could also be realised by expanding the use of crisis intervention and early intervention services. For both of these there is reasonable evidence of reduced inpatient stays, particularly in the short term. We also examined the use of early detection services for psychosis. This is one of the few ways in which the prevalence of mental illness might actually be reduced. If this happens we have shown that cost savings will occur.

We also modelled the impact of reducing the rate of dementia (Chapter 11) in those aged 65–74 and 65–84. This could result in substantial cost savings (up to £5.2 billion by 2026).

We did not model the impact of specific interventions for eating disorders, personality disorders and disorders affecting children/adolescents. This was primarily due to the lack

TABLE 15: POTENTIAL ANNUAL SAVINGS FROM INTERVENTIONS TO TREAT DEPRESSION, ANXIETY DISORDERS, SCHIZOPHRENIA, BIPOLAR DISORDER AND DEMENTIA

Condition and interventions	2007	2026
<i>Depression</i>		
Medication for those currently untreated	£5–36 million	£8–61 million
Medication plus psychological therapy for those currently untreated	£1–9 million	£2–16 million
<i>Anxiety disorders</i>		
Medication for those currently untreated	£8–66 million	£13–102 million
Medication plus psychological therapy for those currently untreated	£1–7 million	£2–11 million
<i>Schizophrenia</i>		
Expansion of crisis intervention teams	£4–22 million	£7–37 million
Expansion of early intervention services	£0 million	£13–65 million
Introduction of early detection services	£0 million	Up to £19 million
<i>Bipolar disorder</i>		
Expansion of crisis intervention teams	£2–10 million	£3–16 million
Expansion of early intervention services	£0 million	£8–31 million
Introduction of early detection services	£0 million	Up to £4 million
<i>Dementia</i>		
Reduction in prevalence among those aged 65–74	£0.2–0.6 billion	£0.4–1.2 billion
Reduction in prevalence among those aged 65–84	£0.8–2.4 billion	£1.7–5.2 billion

The range of potential savings depends on how many more patients are treated and how quickly new services come online

of robust data. However, we did show that there were potential cost increases in increasing the proportion of people with eating disorders who were in contact with services. One might assume that this would be offset by productivity gains, but we have not modelled this.

A summary of the potential cost savings from the various interventions we have modelled is shown in Table 15 opposite.

Discussion

Certain evidence-based interventions, such as increasing the number of people who take medication, crisis resolution teams and early intervention in psychosis, can reduce costs in the medium to long term and are worth pursuing for their clinical, social and economic benefits. However, only a reduction in incidence of mental disorders – leading over time to reduced prevalence – would have a significant impact on the future costs of mental health problems. This poses a considerable challenge to both the government and local service providers.

It became apparent that while all the interventions examined had the potential to reduce costs, in no cases would this account for a substantial amount of the overall total cost – an increase from £48.6 billion in 2007 to £88.45 billion in 2026 (including real pay and price increase of 2 per cent above the GDP deflator), about half of which will be due to an increase in the number of people with dementia. However, significant sums could still be released as a result of interventions, to reduce the prevalence rate of dementia and in schizophrenia and bipolar disorder and related conditions, for investment elsewhere in the system.

The cost of lost employment

Of the estimated £88.45 billion total cost of mental health in 2026, nearly half (£40.97 billion) is a result of lost earnings. Reducing this figure will require major efforts on behalf of service providers, employment agencies and employers. The government's announcement in October 2007 of substantial funding to increase access to psychological therapies is a step in the right direction but whether or not it leads to net savings through reducing the cost of lost employment depends on the rate at which real earnings increase over the next 20 years. We know, though, that employment (including voluntary work, part-time work and paid work) can bring great benefits to individuals experiencing mental health problems in terms of self-esteem, personal income and quality of life, and these are strong reasons for improving training and employment support over and above any anticipated cost benefits.

Who benefits?

There is the question of which organisations benefit from efforts to treat and support people with mental disorders. The cost of psychological therapies, for example, falls to the NHS through primary care trust (PCT) commissioning of such services. The benefits, however, may be largely felt by the Treasury and the Department for Work and Pensions in terms of reductions in lost employment costs, fewer benefits payments and increased tax revenue. The NHS may invest significant resources in reducing the prevalence of dementia in older populations, with local authorities taking the bulk of the benefit in reduced

pressure on residential and social care support services. The NHS may also commit resources to assertive outreach and crisis resolution services which could lead to savings within police forces and the criminal justice system. This suggests that there needs to be a discussion among all stakeholders (health and social care services, schools, local authorities, housing agencies, criminal justice services and so on) about how each might contribute towards cost-effective interventions for people with mental disorders, bearing in mind the financial benefits that can accrue to a range of organisations as a result of such interventions.

Reducing the prevalence rate

The prevalence rates of the disorders discussed in this report have been broadly stable in recent years and are estimated to remain broadly stable for the next 20 years. One way of looking at this is to be positive about the expectation that the prevalence of mental disorders will not rise (although absolute numbers of people with disorders will rise due to an increasing, and increasingly ageing, population).

Nevertheless, it is clear that efforts should be focused on how to reduce the prevalence rate, not only in terms of improving the overall mental health of people in England, but in terms of making some significant reduction to the enormous future costs of mental health care that this report sets out. Our review does suggest considerable savings in the costs of dementia care, for example, if prevalence rates could be cut.

In this respect, there are two developments which might, theoretically, produce the desired results. The first would need to involve a medical breakthrough in terms of the treatment (and even 'cure') of some, or all, of the disorders, leading to prevalence rates dropping. However, past experience suggests that the continuing progress made in terms of better, more effective treatments, with fewer side-effects, has had little or no impact on overall prevalence rates. Perhaps the area with most potential is that of dementia, where the development of new drugs that slow the progress of dementia and allow people to remain living independently with minimal informal or formal support, could have a substantial impact on costs.

The second development which might impact on prevalence rates would be the establishment of effective mental health promotion and prevention strategies and practice. This would also accord with the Prime Minister's call for a 'new drive for a more preventive health service' and an NHS 'focused on prevention as much as cure' (Brown 2008).

The World Health Organization has pointed out the health, social and economic benefits of primary prevention and mental health promotion, stating that 'In view of the high and increasing burden of mental and behavioural disorders and the recognised limitations in their treatment, the only sustainable method for reducing their burden is prevention' (Saxena *et al* 2006). A sustained increase in effective mental health promotion and prevention initiatives – both for those who have not experienced a mental disorder as well as those who have – might lead, in time, to a reduction in both incidence and prevalence of mental disorders.

We noted the point made by those we interviewed in our consultation exercise (*see*

Appendix 1, pp 127–128) that much of mental health care – and therefore money – is concerned with addressing problems once they have occurred rather than preventing their occurrence in the first place and tackling the stigma that surrounds mental illness and acts as a barrier to recovery. There was a strong feeling that a more preventive approach, focusing particularly on social inclusion and children’s emotional well-being, linked to early detection and intervention services, should be adopted as a way of minimising the development of mental disorders. However, as noted in the introduction, very little NHS money is currently devoted to mental health promotion (around one-tenth of one per cent of NHS mental health spend for adults of working age). Initiatives to improve people’s emotional well-being have been made outside the NHS, such as the establishment of the emotional health and well-being strand of the Personal, Social and Health Education (PSHE) schools initiative (Department for Education and Employment 2000).

Some evidence for the cost-effectiveness of mental health promotion and prevention does exist. A study looking at the economic case for mental health promotion, commissioned by the Northern Ireland Association for Mental Health (Friedli and Parsonage 2007), states that ‘the scale of the economic benefits of preventing mental illness is considerable’ and suggests that preventing conduct disorders in children who are most disturbed would save £150,000 per case in lifetime costs and that promoting positive mental health in children with moderate mental health would produce a lifetime benefit of around £75,000 per case. The report concludes that investment in support for parents is the ‘best buy’ in promoting mental health.

A NICE evidence briefing (National Institute for Health and Clinical Excellence 2007b) looked at review-level evidence of effective ways to promote positive mental health and prevent mental disorders, and aimed to identify cost-effectiveness data for non-pharmacological interventions. Although it did not cover children and young people, it found some evidence for the cost-effectiveness of family interventions in cases of schizophrenia, compared to standard care. However, overall the briefing found significant gaps in the evidence base and little review-level evidence of the cost-effectiveness of mental health promotion interventions. It recommended further work to provide information on the impact and cost-effectiveness of mental health promotion interventions where evidence does not exist, and particularly interventions in primary care (targeting people who are not receiving medication), interventions in the workplace and interventions that aim to reduce social inequalities for individuals and communities (given the strong links between social deprivation and mental disorder).

Despite widespread acceptance that mental health promotion and prevention work should lead to medium- to long-term savings in terms of reduced service costs, the lack of a substantial body of published research on the cost-effectiveness of such work means that it has not been possible in this report to estimate the impact on future costs that such interventions might have.

Supervised Community Treatment

The Department of Health has estimated that savings may occur through the introduction of Supervised Community Treatment for some patients with serious and chronic mental disorders via the Mental Health Act 2007 (Department of Health 2007b). By the time a ‘steady state’ is reached in 2014/15, the potential annual savings to the NHS in England

through released bed days has been calculated at £45 million, although this would be offset by some £20 million of extra costs to the NHS and local authorities, making a potential annual net saving of £25 million. However, it is not known whether mental health trusts will in fact re-use the released bed days for other mental health patients or for other services, and accordingly we have not assumed such savings will in fact occur, and have not built them into our calculations.

Recommendations

On the basis of the findings in this study on the future costs of mental health we make the following recommendations.

- Future governments should ensure that funding for health and social care services for people with mental disorders is commensurate with expected future increases in mental health costs, including the real pay and price effect.
- Mental health and training and employment agencies should sustain and expand present efforts to support people with mental health needs of working age who are not in employment to return to work, including the use of evidence-based vocational support services. The Department of Health and Department for Work and Pensions should establish programmes designed to involve employers' understanding of mental health and the mental health of their workforce and to generate greater employment opportunities for people with mental health problems.
- Primary care trusts should commission more evidence-based interventions in primary care settings for people with depression and anxiety disorders, and providers should aim to treat more people who have these disorders but currently do not receive treatment. The reduction in lost employment costs should outweigh the cost of increased service provision. Psychological therapies are evidence-based and popular, and access to such services should be extended. However, depending on their success rate and the growth in real earnings among people who return to work as a result, they may be a costly option. As such, more focus should be placed on the most cost-effective ways of delivering such care (for example, through computer-delivered cognitive behavioural therapy).
- For people with schizophrenic and bipolar and related conditions, primary care trusts should maintain and expand the commissioning of crisis services in the community as these have been shown to provide good support while reducing expensive inpatient care.
- Early intervention services for psychosis have also demonstrated their effectiveness in helping to reduce costs and demands on mental health services in the medium to long term, and should be extended to provide care for people as soon as their illness emerges. Early detection services evaluated in research studies appear able to reduce the incidence of psychosis and these should be explored further in routine settings.
- Given the major cost impact of dementia, which underlies much of the estimated increase in mental health costs by 2026, health professionals, and in particular GPs, should make it a priority to establish better systems of early detection and treatment of

dementia, and pharmaceutical companies should maintain their efforts to develop cost-effective treatments that will help people remain independent for as long as possible.

- Health research funding bodies should commission research to establish better data on the cost-effectiveness of :
 - interventions for eating disorders and personality disorders
 - interventions in primary care settings for people with depression and anxiety disorders
 - interventions designed to delay the onset of dementia, allowing people to live independently for as long as possible.

- Echoing the NICE recommendation for further work to provide information on the impact and cost-effectiveness of mental health promotion interventions where evidence does not exist, health research funding bodies should also commission research to establish better data on the cost-effectiveness of mental health promotion and prevention initiatives in reducing the future incidence and prevalence of mental health problems, and on their impact on costs. In particular, the programme should prioritise research into:
 - interventions with children and young adults, given that many mental disorders experienced later in life result from problems in childhood
 - interventions in the workplace aimed at reducing mental health problems among employees.

- The Department of Health should, every three years, publish good-quality data on the incidence and prevalence of mental disorders and on services used by those with these conditions. While some data are available routinely, these are limited and access to information from some sources, for example the Mental Health Minimum Dataset, is not always straightforward.

Appendix 1

Feedback from consultation

A number of individuals were consulted regarding this report. These were:

Paul Corry	Rethink
Vanessa Pinfold	Rethink
Angela Greatley	Sainsbury Centre for Mental Health
Mike Parsonage	Sainsbury Centre for Mental Health
Bob Grove	Sainsbury Centre for Mental Health
Jed Boardman	Sainsbury Centre for Mental Health
David Shiers	NIMHE
Jo Smith	NIHME
Gary Hogman	SHIFT
Robin Murray	Institute of Psychiatry
Judy Weleminsky	Mental Health Providers Forum

In addition we sent a short questionnaire by email to a number of people and received 12 responses.

Some of the key issues that emerged through this consultation process were as follows.

- There was seen to be a need to provide alternatives to inpatient care, with other services becoming the core component of mental health care.
- The importance of involving voluntary organisations in developing and providing services was emphasised.
- There was a recognition that mild to moderate mental health problems were a key unmet need, especially in London (and by implication other inner city areas).
- Placing increased emphasis on cannabis reduction was seen as a way of reducing the incidence of schizophrenia.
- It was felt that mental health promotion and prevention of illnesses still lack adequate support and that anti-discriminatory programmes should be in place to tackle issues of stigma and being disadvantaged because of the condition. It was felt that a national mental health promotion strategy was needed which could dovetail with anti-stigma programmes. It was noted that there have been some positive developments in the way media now projects those affected with mental disorders, but still a lot of prejudices remain and need to be tackled. Mental health promotion should also take place in schools. It soon became apparent in conducting this review that much of mental health care is concerned with addressing problems once they have occurred rather than preventing their occurrence in the first place.

- Tying into the above, a few respondents touched on the importance of developing a strong social capital which is about building healthy relationships in the community, finding employment and a general satisfaction with one's overall condition. Social inclusion is a form of 'bridge building' which, although it might have initial costs, future benefits could be expected to far outweigh. Having 'community mentors' in place was seen as one way of achieving this. There are other broader social determinants of health and it was felt that interventions should be undertaken to minimise the impact of social deprivation on mental health as it is normally the poor who are most affected and have difficulty in accessing appropriate care. Mental toxicity associated with social environments and modern urban life needed to be further explored and understood.
- Care provided to children and young people was felt to be neglected and investment in this area should be increased.
- Linked to the above point was the view of a number of respondents that early intervention and early detection services were required and should be expanded. Early intervention services should also be targeted at offenders as this is where a gap between service providers often exists.
- Some respondents said that the guidelines and recommendations of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and the National Service Framework were not universally implemented and that a lot more needed to be done. There was a need to have 'joined up' mental health care. Established guidelines and pathways to care were also not being followed because of financial resources. Not everyone could access services such as psychological therapies and early intervention services. Services for specific conditions like personality disorders, adult attention deficit hyperactivity disorder and Asperger's syndrome were also limited.
- Some felt that greater emphasis should be placed on models of recovery.
- Vocational rehabilitation schemes were felt to be important.

The original objective was to use the feedback from this process to develop models that could be assessed. However, the data requirements for this would have been substantial and we have focused on interventions for which there is either a good evidence base or for which there exists official guidance. However, evidence is emerging on many of the above areas that have not been included in the analysis and future work should take this forward.

Appendix 2

Treatment recommendations

Depression

Although depression can be a long-term disabling condition, a large proportion of people will recover without any intervention. However many people will require treatment and, even for those who would otherwise recover with time, appropriate treatment may accelerate this process. Official guidance from NICE has recently been published for the treatment of depression in England (National Institute for Health and Clinical Excellence 2007c). Guidance is based on a stepped care approach:

- screening for depression in primary care and general hospital settings
- primary care treatment for mild depression
- primary care treatment for moderate/severe depression
- specialist mental health care for treatment resistant, recurrent, atypical and psychotic depression, and people who are considered to be at high risk
- depression needing inpatient care.

For mild depression, ‘watchful waiting’ is recommended if clinicians feel that recovery may happen naturally. If an active intervention is considered to be appropriate then this should take the form of guided self-help. For mild to moderate depression NICE recommends psychological interventions including problem-solving therapy, cognitive behavioural therapy and counselling. Where drug treatment is used the guidance suggests that it should initially be in the form of a selective serotonin re-uptake inhibitor (SSRI). Other forms of medication include the (older) tricyclic anti-depressants and monoamine oxidase inhibitors, plus more recent drugs including venlafaxine, reboxetine and mirtazapine (Spigset and Mårtensson 1999).

Anxiety disorders

NICE has issued guidelines on treating panic disorder and generalised anxiety disorder (National Institute for Health and Clinical Excellence 2007c) and obsessive compulsive disorder (National Institute for Health and Clinical Excellence 2005a). The main recommendations regarding treatment for panic disorder are:

- pharmacotherapy using an SSRI
- psychological therapy using cognitive behavioural therapy (CBT)
- self-help
- specialist help from psychiatric services.

The same options apply to generalised anxiety disorder with the addition of treatment using benzodiazepines for up to four weeks. Similarly for obsessive compulsive disorder NICE recommends treatment with CBT (group, individual or self-help) or in some cases SSRIs.

Schizophrenic disorders

NICE guidelines for treatment are laid out in four phases: general points, initiation of treatment at the first episode, acute phase, and promotion of recovery (National Institute for Clinical Excellence 2002). The guidelines call for a comprehensive assessment addressing medical, social, psychological, occupational, economic, physical and cultural issues. It is emphasised that family and friends should be included in the process and that a supportive and empathic relationship with service users and carers should be established.

NICE recommends initial treatment through early intervention services. This involves identifying schizophrenia quickly and providing appropriate care with a minimal delay. Early intervention services should include a correct mix of specialist pharmacological, psychological, social, occupational and educational interventions at the earliest opportunity. Where services are not able to cope with the demand, the individual should be referred to crisis resolution and home treatment teams, acute day hospitals or inpatient services. When showing acute symptoms, individuals should be started on an atypical anti-psychotic drug as soon as possible. Atypical anti-psychotic medication such as amisulpride, olanzapine, quetiapine, risperidone and zotepine is to be considered in the choice of first line treatments for individuals with newly diagnosed schizophrenia. Pharmacotherapy with an atypical anti-psychotic drug at a dosage at the lower end of the standard range is the preferred treatment for a person experiencing a first episode of schizophrenia.

During acute episodes use should be made of crisis resolution teams, which have as an objective home treatment management of crises as a way of reducing the need for inpatient care. Crisis teams are also helpful for indicating when patients might be discharged from hospital early. Early intervention teams, community mental health teams and day care services are also crucial components of community care services.

With regard to psychological treatments NICE recommends that CBT should be available as an option for those who prefer it and are likely to benefit. In addition, family interventions should be available for the families of those affected. CBT should be undertaken for at least six months and include more than 10 planned sessions. Family interventions and therapy should also be of at least six months duration and include 10 planned sessions.

People with a tendency to be lost from ordinary services should be monitored by assertive outreach teams (assertive community treatment). Assertive outreach teams should be provided for people with higher levels of morbidity and with high levels of inpatient care due to frequent relapses and with a history of poor service engagement, and those who are homeless.

Bipolar disorder and related conditions

NICE has made a number of recommendations regarding the treatment of bipolar disorder (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006). There is specific guidance on pharmacological therapy, including:

- lithium, olanzapine or valproate should be considered for long-term treatment
- valproate is contra-indicated in women of child bearing age
- if patient has functional impairment then either switch the mono-therapy or add another prophylactic agent.

- in the case of non response to the above the patient should be referred to a specialist and/or prescribed lamotrigine or carbamazepine.

NICE also recommends regular monitoring of physical health, with an annual health review. It is recognised that it is crucial to establish and maintain collaborative relationships with patients and their families and carers. Regarding the identification of bipolar disorder, it is recommended that new or suspected cases of bipolar disorder in primary care should always be referred to specialist services. When a patient is solely managed in primary care, a review should be done by secondary care services or the number of contacts in primary care should be increased. Bipolar patients should see the same health professionals throughout the duration of their treatment for better long-term outcomes.

It is recommended that referrals to community mental health teams should take place for those who:

- have problems engaging with and keeping in contact with services
- experience frequent relapses and/or functional impairment
- are at risk of suicide or self-harm or risk to others
- have problems with medication adherence.

As with care for people with schizophrenia, specialist teams (crisis resolution, assertive outreach and early intervention) should be available for people with bipolar disorder.

The above recommendations relate to bipolar disorder. NICE has not issued guidance regarding the treatment and management of mania and hypomania. Elsewhere (Paykel and Scott 2000) it has been suggested that lithium or valproate should be used as first line treatments. For severe cases electroconvulsive therapy may occasionally be an option. While psychological therapies would probably be seen as appropriate, the evidence base for them in this area is still limited.

Eating disorders

Studies have shown that there is a reluctance amongst people with anorexia nervosa and bulimia nervosa to seek help and therefore a key aspect of service development would be to increase access to and uptake of services. NICE has published guidance and recommendations regarding the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa (National Institute for Clinical Excellence 2004b).

Treatment for anorexia nervosa

Anorexia nervosa is currently mostly managed in primary care. This should be supplemented with outpatient care and psychological therapy (normally over the course of about six months). Family interventions that directly address the problem should be offered. Patients who are not in contact with secondary care services should be given an annual physical and mental health review. Some patients require inpatient care and NICE recommends that units should normally have facilities for skilled implementation of re-feeding with careful physical monitoring in combination with psychosocial interventions.

The goals of psychological interventions are to reduce risk, encourage weight gain, encourage healthy eating, reduce other symptoms related to an eating disorder, and facilitate psychological and physical recovery. Normally recommended therapies include:

- cognitive analytic therapy (CAT)
- cognitive behavioural therapy (CBT)
- interpersonal psychotherapy (IPT)
- focal psychodynamic therapy
- family interventions
- psychological treatment not otherwise specified (psychotherapy NOS).

Drugs are often used to treat the depressive symptoms in anorexia nervosa and the three main classes of drugs that are considered include anti-depressants, anti-histamines and anti-psychotics. However pharmacological treatment should not be the mainstay of treatment and there should be regular monitoring of any side-effects or complications.

Treatment for bulimia nervosa

NICE recommends that an evidence-based self-help programme should be used for bulimia nervosa and if necessary anti-depressant drugs may be prescribed. Cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa (CBT-bulimia nervosa), a specifically adapted form of CBT, should be offered to adults with bulimia nervosa in 16 to 20 sessions over four to five months. If the patient is not responding to therapy, then it should be stopped and the patient switched to interpersonal psychotherapy which should be continued over a period of 8 to 12 months.

Personality disorder

NICE guidelines for personality disorder are, at the time of writing, under development. Therefore, recommendations based on a previous review of treatments for severe personality disorder by the Home Office are summarised here. Guiding principles regarding services are that they should:

- be well structured
- achieve adherence
- have a clear focus
- be theoretically coherent to both therapist and patient
- be relatively long term
- be well integrated with other services available to the patient.

The review indicates that service provision for personality disorder should focus on the development of specialist multi-disciplinary personality disorder teams to target those with significant distress or difficulty who present with complex problems. In addition it is recommended that there be development of specialist day patient services in areas with high concentrations of morbidity. Specific recommended interventions include:

- intensive residential treatment
- psychodynamic psychotherapy, cognitive behavioural therapy (CBT), dialectical behaviour therapy (DBT), cognitive analytic therapy (CAT)
- psychodynamic day hospital based programmes with highly structured therapeutic programmes which have some promising evidence of effectiveness to treat relatively poorly functioning self-harming borderline patients
- other 'composite' treatments such as the psychoanalytically-oriented partial hospitalisation programmes should be considered for adaptation to higher levels of security.

Disorders affecting children and adolescents

NICE has issued guidance on the treatment of depression in children/adolescents (National Institute for Health and Clinical Excellence 2005b). When treatment is required the first option should be psychological therapy. For moderate to severe depression pharmacotherapy can be used but only in combination with psychological therapy and only with strict monitoring for adverse effects. Guidelines are not available for conduct disorder but one is in development for attention deficit hyperactivity disorder.

Dementia

There is no cure for dementia. However drug treatments do have the potential to slow progression of Alzheimer's disease but donepezil, galantamine and rivastigmine are only recommended by NICE for those with moderate severity rather than those in the early stages of the disease. Most care for dementia takes the form of social care, residential care and informal care from family members.

References

Age Concern (2007). *Improving Services and Support for Older People with Mental Health Problems*. London: Age Concern.

Alwahhabi F (2003). 'Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review'. *Harvard Review of Psychiatry*, vol 11, pp 180–93.

Alzheimer's Society (2007). *Dementia UK*. London: Alzheimer's Society.

Andrews G, Hall W, Teeson M, Henderson S (1999). *The Mental Health of Australians*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Baumeister H, Härter M (2007). 'Prevalence of mental disorders based on general population surveys'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol 42, pp 537–46.

Baumol WJ (1995) *Health Care as a Handicraft Industry*. London: Office of Health Economics.

Beck AT, Steer A, Brown GK (1996). *Beck Depression Inventory Manual*, 2nd ed. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beecham J, Knapp M (2001). 'Costing psychiatric interventions' in Thornicroft G (ed) *Measuring Mental Health Needs*, pp 200–24. London: Gaskell.

Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH (1998). 'Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 13, pp 717–26.

BF/BMA (2007). *British National Formulary* (July). London and Wallingford: BMJ Books and Pharmaceutical Press.

BF/BMA (2001). *British National Formulary* (September). London and Wallingford: BMJ Books and Pharmaceutical Press.

Boardman J (2005). 'New services for old – an overview of mental health policy' in Bell A, Lindley P (eds), *Beyond the Water Towers: The unfinished revolution in mental health services 1985–2005*, pp 27–36. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Boardman J, Parsonage M (2007.) *Delivering the Government's Mental Health Policies Services: Staffing and costs*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Bowman C, Whistler J, Ellerby M (2004). 'A national census of care home residents'. *Age and Ageing*, vol 33, pp 561–6.

Boydell J, van Os J, Lambri M, Castle D, Allardyce J, McCreadie RG, Murray RM (2003). 'Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997'. *British Journal of Psychiatry*, vol 182, pp 45–9.

Brown G (2008). *The future of our NHS: personal and preventative*. Speech at King's College, London, 7 January 2008. Available at: www.kcl.ac.uk/media/speeches (accessed on 2 April 2008).

Chisholm D, Knapp MRJ, Astin J, Beecham J, Audini B, Lelliott P (1997). 'The mental health residential care study. The costs of provision'. *Journal of Mental Health*, vol 6, pp 85–99.

Ciampi L (1980). 'The natural history of schizophrenia in the long term'. *British Journal of Psychiatry*, vol 136, pp 413–20.

Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S (2006). 'Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain'. *British Journal of Psychiatry*, vol 188, 423–31.

Comas-Herrera A, Wittenberg R, Pickard L, Knapp M (2007). 'Cognitive impairment in older people: future demand for long-term care services and the associated costs'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 22, pp 1037–45.

Commission for Healthcare Audit and Inspection (2006). *Living Well in Later Life*. Available at: www.healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/Living_well_in_later_life_-_full_report.pdf (accessed on 2 April 2007).

Curtis L, Netten A (2006). *Unit Costs of Health and Social Care*. Canterbury: Personal Social Services Research Unit.

Das Gupta R, Guest JF (2002). 'Annual cost of bipolar disorder to UK society'. *British Journal of Psychiatry*, vol 180, pp 227–33.

De Girolamo G, Dotto P (2000). 'Epidemiology of personality disorders' in Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC (eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, pp XX. Oxford: Oxford University Press.

Department for Education and Employment (2000). 'Personal, Social and Health Education'. DFE website. Available at: www.teachernet.gov.uk/pshe (accessed on 12 February 2008).

Department of Health (2007a). 'Children's Health, Our Future: a Review of Progress Against the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services 2004'. DH website. Available at: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_080379 (accessed on 2 December 2007).

Department of Health (2007b). 'Mental Health Bill: Regulatory Impact Assessment'. DH website. Available at: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Regulatoryimpactassessment/DH_062689 (accessed on 12 December 2007).

Department of Health (2007c). 'Mental Health Ten Years On: Progress on Mental Health Care Reform'. DH website. Available at: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074241 (accessed on 2 December 2007).

Department of Health (2007d). 'Programme Budgeting Data'. DH website. Available at: www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Financeandplanning/Programmebudgeting/DH_075743 (accessed on 2 December 2007).

Department of Health (2006). NHS Information Centre website. Available at: www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/ccs06suppres/CommunityCareStatisticsTables311006_XLS.xls (accessed on 2 April 2007).

Department of Health (2004a). *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. London: Department of Health. Available at: www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/ChildrenServices/Childrenservicesinformation/index.htm (accessed on 2 December 2007).

Department of Health (2004b). *The National Service Framework for Mental Health – Five Years On*. London: Department of Health.

Department of Health (2001a). *National Service Framework for Older People*. DH website. Available at: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066 (accessed on 6 May 2008).

Department of Health (2001b). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. London: The Stationery Office.

Department of Health (2000). *NHS Plan*. London: The Stationery Office.

Department of Health (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern standards and service models*. London: The Stationery Office.

Department of Health (1998). *Modernising Mental Health Services: Safe, sound and supportive*. London: The Stationery Office.

Djernes JK (2006). 'Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 113, pp 372–87.

Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Hutchinson G, Tarrant J, Fung WLA, Holloway J, Mallett R, Harrison G, Leff J, Jones PB, Murray RM (2006). 'Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP study'. *Psychological Medicine*, vol 36, pp 1541–50.

Fenton WS (2000). 'Heterogeneity, subtypes, and longitudinal course in schizophrenia'. *Psychiatric Annals*, vol 30, pp 638–44.

Friedli L, Parsonage M (2007). *Mental Health Promotion: Building an economic case*. Belfast: Northern Ireland Association for Mental Health.

Goldberg D, Huxley P (1980). *Mental Illness in the Community: The pathway to psychiatric care*. Goldberg: Tavistock Publications.

Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM (2002). 'Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: A systematic review of the literature'. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol 47, pp 833–43.

Government Actuary's Department (2007). 'Projections database'. GAD website. Available at: www.gad.gov.uk/Demography_Data/Population/Index.asp?v=Principal&y=2006&subYear=Continue (accessed on 20 May 2008)

Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, Gournay K, Kikkert M, Koeter M, Puschner B, Schene A, Thornicroft G, Tansella M (2006). 'Adherence therapy for people with schizophrenia: a European multicentre randomised controlled trial'. *British Journal of Psychiatry*, vol 189, pp 508–14.

Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R (2005). *Mental Health of Children and Young People in Great Britain, 2004*. Basingstoke: Palgrave.

Harris EC, Barraclough B (1998). 'Excess mortality of mental disorder'. *British Journal of Psychiatry*, vol 173, pp 11–53.

Hedlung JL, Vieweg BW (1979). 'The Hamilton rating scale for depression'. *Journal of Operational Psychiatry*, vol 10, pp 149–65.

Hickie I (2007). 'Is depression overdiagnosed? No'. *British Medical Journal*, vol 335, p 329.

Hill R, Hardy P, Shepherd G (1996). *Perspectives on Manic Depression. A Survey of the Manic Depression Fellowship*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

HM Treasury (2007). '2007 Pre-Budget Report and Comprehensive Spending Review'. HM Treasury website. Available at: www.hm-treasury.gov.uk/pbr_csr/pbr_csro7_index.cfm (accessed on 2 December 2007).

Hoek HE (1991). 'The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care'. *Psychological Medicine*, vol 21, pp 455–60.

Hoek HW, van Hoeken D (2003). 'Review of the prevalence and incidence of eating disorders'. *International Journal of Eating Disorders*, vol 34, pp 383–96.

Hospital Episode Statistics 2004/5. Information supplied by the NHS Information Centre, 2007.

Hunot V, Churchill R, Teixeira V, de Lima MS (2007). 'Psychological therapies for generalised anxiety disorder'. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Available at: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001848/frame.html (accessed on 2 April 2008).

Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Cunha A, Schmitt R (2003). 'Antidepressants for generalized anxiety disorder'. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Available at: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003592/frame.html (accessed on 2 April 2008).

Knapp M (2003). 'Costs of schizophrenia'. *British Journal of Psychiatry*, vol 171, pp 509–18.

Knapp M, Chisholm D, Leese M, Amaddeo F, Tansella M, Schene A, Thornicroft G, Vasquez-Barquero JL, Knudsen HC, Becker T (2002). 'Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 105, pp 42–54.

Lam D, McCrone P, Wright K, Kerr N (2005). 'Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study'. *British Journal of Psychiatry*, vol 186, pp 500–6.

Layard R, Clark D, Knapp M, Kerr N (2006). 'Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost-benefit analysis'. London School of Economics website. Available at: <http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/RL446g.pdf> (accessed on 4 March 2007).

Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D (1996). 'The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents'. *British Journal of Psychiatry*, vol 169, pp 139–47.

Livingston G, Manela M, Katona C (1997). 'Cost of community care for older people'. *British Journal of Psychiatry*, vol 171, pp 56–69.

Lloyd T, Kennedy N, Fearon P, Kirkbride J, Mallett R, Leff J, Holloway J, Harrison G, Dazzan P, Morgan K, Murray RM, Jones PB, AESOP study team (2005). Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities. *British Journal of Psychiatry*, vol 186, pp 126–31.

Malley J, Comas-Herrera A, Hancock R, Juarez-Garcia A, King D, Pickard L (2006). *Expenditure on Social Care for Older People to 2026. Projected Financial Implications of the Wanless Report*. London: King's Fund.

McCrone P, Knapp M, Hudson J (2007) 'Model to assess the economic impact of integrating CRHT and inpatient services'. National Audit Office website. Available at: www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07-08/07085_economic_impact.pdf (accessed on 2 December 2007).

McCrone P, Thornicroft G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Johnson S (1998). 'Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study. 5'. *British Journal of Psychiatry*, vol 173, pp 391–8.

McMurrin M (2001). *Personality Disorders*. Liverpool: NHS National Programme on Forensic Mental Health Research and Development. Available at: www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4020936.pdf (accessed on 2 April 2008).

Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T (2000). *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office.

Mental Health Strategies (2007). 'National survey of investment in mental health services'. DH website. Available at: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_079667 (accessed on 2 December 2007).

Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, Kessler RC (2007). 'Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Co-morbidity Survey Replication'. *Archives of General Psychiatry*, vol 64, pp 543–52.

Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, Lewis G (2007). 'Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review'. *The Lancet*, vol 370, pp 319–28.

Moran, P (2003). 'The Epidemiology of Personality Disorders' in *Personality Disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorder. London: Department of Health.

Morrison AP, French P, Walford L (2004). 'Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial'. *British Journal of Psychiatry*, vol 185, pp 291–7.

Murray R (2007). 'Teenage schizophrenia is the issue, not legality. The Government mistake was to suggest cannabis was harmless'. *The Independent*, 6 July.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007a). 'Depression: management of depression in primary and secondary care'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG23/quickrefguide/pdf/English> (accessed on 25 July 2007).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007b). 'Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental disorders among adults'. NICE website. Available at: www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/mental%20health%20EB%20FINAL%2018.01.07.pdf (accessed on 2 April 2008).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007c). 'CG22 Anxiety: NICE guideline (amended)'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG22/niceguidance/pdf/English> (accessed on 2 April 2007).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). 'The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/cg38/niceguidance/pdf/English> (accessed 30 August 2007).

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005a). 'CG31 Obsessive-compulsive disorder: NICE guideline'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG31/niceguidance/pdf/English> (accessed on 2 April 2007).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005b). 'CG28 Depression in children and young people: NICE guideline'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG28/niceguidance/pdf/English> (accessed on 2 April 2007).
- National Institute for Clinical Excellence (2004a). 'CG23 Depression: Cost impact report'. NICE website. Available at: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cgo23 (accessed on 2 April 2008).
- National Institute for Clinical Excellence (2004b). 'Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG9/niceguidance/pdf/English> (accessed on 30 August 2007).
- National Institute for Clinical Excellence (2002). 'Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care'. NICE website. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG1/niceguidance/pdf/English> (accessed on 30 August 2007).
- National Statistics (2007a). UK Statistics Authority website. Available at: www.statistics.gov.uk/downloads/theme_labour/ASHE_2006/tab1_7a.xls (accessed on 8 August 2007).
- National Statistics (2007b). UK Statistics Authority website. Available at: www.statistics.gov.uk/cgi/nugget.asp?id=12 (accessed on 8 August 2007).
- National Statistics (2007c). UK Statistics Authority website. Available at: www.statistics.gov.uk/downloads/theme_labour/ASHE_2006/tab8_7a.xls (accessed on 16 May 2008).
- National Statistics (2000). *Key Statistics from General Practice 1998*. London: National Statistics.
- Nicholls D, Viner R (2005). 'Eating disorders and weight problems'. *British Medical Journal*, vol 330, pp 950–3.
- Parker G (2007). 'Is depression overdiagnosed? Yes'. *British Medical Journal*, vol 335, p 328.
- Paykel ES, Scott J (2000). 'Treatment of mood disorders' in Gelder MG, López-Ibor Jr JL, Andreasen NC (eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, vol 1, pp 724–36. Oxford: Oxford University Press.
- Petersen T (2006). 'Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy'. *Journal of Psychopharmacology*, vol 20 (suppl), pp 19–28.

Picchioni MM, Murray RM (2007). 'Clinical review: schizophrenia'. *British Medical Journal*, vol 335, pp 91–5.

Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, Pezawas L, Angst J, Cassano GB, Wittchen HU (2005). 'Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries'. *European Neuropsychopharmacology*, vol 15, pp 425–34.

Prison Service (2006). 'Annual Report 2005–2006 (appendices)'. HM Prison Service website. Available at: www.hmprisonservice.gov.uk/assets/documents/10002CC8annual_rep_0607_appendices.pdf (accessed on 2 December 2007).

Rees P, Parsons J (2006). *Socio-Demographic Scenarios for Children to 2020*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, Mann A (2002). 'Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders'. *British Journal of Psychiatry*, vol 181, pp 62–6.

Saha S, Chant D, Welham J (2005). 'A systematic review of the prevalence of schizophrenia'. *PLoS Medicine*, vol 2, pp 413–33.

Sainsbury Centre for Mental Health (2003a). *Money for Mental Health: A review of public spending on mental health care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Sainsbury Centre for Mental Health (2003b). 'The economic and social costs of mental illness'. Available at: [www.scmh.org.uk/80256FBD004F3555/vWeb/flKHAL6XCJ3V/\\$file/costs_of_mental_illness_policy_paper_3.pdf](http://www.scmh.org.uk/80256FBD004F3555/vWeb/flKHAL6XCJ3V/$file/costs_of_mental_illness_policy_paper_3.pdf) (accessed on 2 December 2007).

Saxena S, Jane-Llopis E, Hosman C (2006). 'Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice'. *World Psychiatry*, vol 5, pp 5–15.

Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B (2001). 'Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood'. *British Medical Journal*, vol 323, pp 191–4.

Simon J, Schmidt U, Pilling S (2005). 'The health service use and cost of eating disorders'. *Psychological Medicine*, vol 35, pp 1543–51.

Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J (2000). 'A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression'. *Health Technology Assessment*, vol 4, no 36.

Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M (2001). *Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households, 2000*. London: The Stationery Office.

Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D (1998). *Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales*. London: The Stationery Office.

Spigset O, Mårtensson B (1999). 'Drug treatment of depression'. *British Medical Journal*, vol 318, pp 1188–91.

Sproston K, Nazroo J (2002). *Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates in the Community – Quantitative Report*. London: National Statistics.

Striegel-Moore RH, Leslie D, Petrill SA, Garvin V, Rosenheck RA (2000). 'One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims'. *International Journal of Eating Disorders*, vol 27, pp 381–9.

Thomas S (2005). 'Inverse Care? Comparing needs and satisfaction with services between prisoners in health care centres and patients in forensic medium secure units'. PhD Thesis, Institute of Psychiatry, King's College London.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001). 'The prevalence of personality disorders in a community sample'. *Archives of General Psychiatry*, vol 58, pp 590–6.

Valmaggia LR, McCrone P, Knapp M (submitted). *Economic impact of an early intervention service for people with an at risk mental state for psychosis*.

Wanless D (2007). *Our Future Health Secured? A review of NHS funding and performance*. London: King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/our_future.html (accessed on 2 December 2007).

Wanless D (2006). *Securing Good Care for Older People: Taking a long-term view*. London: King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/securing_good.html (accessed on 2 December 2007).

Wanless D (2004). *Securing Good Health for the Whole Population*. London: HM Treasury. Available at: www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanlesso4_final.cfm (accessed on 2 December 2007).

Wanless D (2002). *Securing our Future Health: Taking a long term view*. London: HM Treasury. Available at: www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm (accessed on 2 December 2007).

Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L (2004). 'Prevalence and incidence studies of mood disorders: systematic review of the literature'. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol 49, pp 124–38.

The Dutch Village Where Everyone Has Dementia

The town of Hogewey, outside Amsterdam, is a *Truman Show*-style nursing home.

By Josh Planos



Mike Blake / Reuters

NOVEMBER 14, 2014

SHARE

When Yvonne van Amerongen received a phone call from her mother two decades ago, relaying that her father had died of a heart attack—sudden and painless—one of the first things she thought was, *Thank God he never had to be in a nursing home.*

A NEW GUIDE TO LIVING THROUGH CLIMATE CHANGE

The Weekly Planet brings you big ideas and vital information to help you flourish on a changing planet.

Van Amerongen was working as a staff member at a traditional Dutch nursing home at the time, getting a front-line view of what she never wanted for her parents. That call from her mother spurred Yvonne into action as she became committed to making nursing homes more livable and less of a departure from reality for their residents. She envisioned a setup as far away as possible from the nondescript buildings and polished floors of her workplace,

where everything carried the scent of a dentist's medical cabinet. Over the next 20 years, she worked to secure the funding she'd need to make the idea a reality.

Today, the isolated village of Hogewey lies on the outskirts of Amsterdam in the small town of Wheesp. Dubbed "Dementia Village" by [CNN](#), Hogewey is a cutting-edge elderly-care facility—roughly the size of 10 football fields—where residents are given the chance to live seemingly normal lives. With only 152 inhabitants, it's run like a more benevolent version of *The Truman Show*, if *The Truman Show* were about dementia and Alzheimer's patients. Like most small villages, it has its own town square, theater, garden, and post office. Unlike typical villages, however, this one has cameras monitoring residents every hour of every day, caretakers posing in street clothes, and only one door in and out of town, all part of a security system designed to keep the community safe. Friends and family are encouraged to visit. Some come every day. Last year, [CNN reported](#) that residents at Hogewey require fewer medications, eat better, live longer, and appear more joyful than those in standard elderly-care facilities.

There are homes resembling the 1950s, 1970s, and 2000s, accurate down to the tablecloths.

There are no wards, long hallways, or corridors at the facility. Residents live in groups of six or seven to a house, with one or two caretakers. Perhaps the most unique element of the facility—apart from the stealthy "gardener" caretakers—is its approach toward housing. Hogewey features 23 uniquely stylized homes, furnished around the time period when residents' short-term memories stopped properly functioning. There are homes resembling the 1950s, 1970s, and 2000s, accurate down to the tablecloths, because it helps residents feel as if they're home. Residents are cared for by 250 full- and part-time geriatric nurses and specialists, who wander the town and hold a myriad of occupations in the village, like cashiers, grocery-store attendees, and post-office clerks. Finances are often one of the trickier life skills for dementia or Alzheimer's patients to retain, which is why Hogewey takes it out of the equation; everything is included with the family's payment plan, and there is no currency exchanged within the confines of the village.

Residents are only admitted if they're categorized as having "severe cases of dementia or Alzheimer's disease." Vacancies are rare, given that a spot only opens when a current resident passes away, and the village has operated virtually at full capacity since it opened in 2009. Hogewey was primarily funded by the Dutch government and cost slightly more than \$25 million to build. The cost of care is nearly \$8,000 per month, but the Dutch

government subsidizes the residents—all of whom receive private rooms—to varying degrees; the amount each family pays is based on income, but never exceeds \$3,600.

To put it into perspective, a private room at a U.S. nursing home cost an average of \$248 per day in 2012, or more than \$90,500 annually—a figure that’s even more staggering when applied to the rapid increase in dementia patients globally. By 2030, the number of people suffering from dementia around the world is expected to hit 76 million, which some estimate will cause an 85 percent increase in dementia-related healthcare costs worldwide. By 2050, the U.S. alone will pay a projected \$1.2 trillion.

Often, nursing homes are linked to poor quality of life for their residents: Issues of patient mistreatment and low levels of morale have plagued U.S. assisted-living facilities, and a recent report from the Dutch Alzheimer’s Association found that nursing-home residents in the Netherlands go outside for an average of just 96 seconds per day. By contrast, Hogewey’s staff promotes an active lifestyle for residents.

“The environmental approaches to reducing both cognitive and behavioral problems associated with dementia are really the key to improving quality of life for these patients without excess medication,” Dr. Paul Newhouse, director of Vanderbilt University’s Center for Cognitive Medicine, told ABC News in 2012.

The act of engaging in community isn’t just about promoting better healthcare; it’s about developing a more personable and comprehensive way of treating disease. Often those with the most severe mental-health issues end up being isolated, so that less complicated cases can benefit from institutional resources. However, a study from the journal Nature Neuroscience found that isolation actually reduces the production of myelin—a fiber that maintains our nerve cells—meaning these segregating treatments may only make mental illness worse. The countless studies reinforcing how many dementia patients feel lonely or isolated, juxtaposed with Hogewey’s considerable success with these residents, call into question how much of dementia is a result of disease, and how much is a result of how we treat it.

In traditional nursing homes, with their clinical appearance, the situation is openly communicated to residents—*you’re sick, you can’t take care of yourself, you’re forgetting things again*. But in Hogewey, the residents live in a place that looks and feels like home, even though it’s not; what others know to be a façade, they see as reality, which may help them to feel normal even in the midst of their disease. Psychologist Donald Spence defines the concept of “narrative reality” as the ways in which stories and places help link the “true” world to one that a person is better able to understand, using storytelling as a vehicle to understand the truth—*you’re in a place that’s holistically normal, you’re not lost*, etc.

How much of dementia is a result of disease, and how much is a result of how we treat it?

In the years since Hogewey's founding, dementia experts from the United States, United Kingdom, Ireland, Germany, Japan, Norway, Switzerland, and Australia have all flocked to the unassuming Dutch town in the hopes of finding a blueprint for handling the global problem. While dementia-only living facilities have been created outside the Netherlands, none of them have offered the amenities or level of care per patient that Hogewey provides. Last year, inspired by Hogewey, a nursing home [in Fartown, England](#), built a 1950s village for its residents; a similar project is underway in [Wiedlisbach, Switzerland](#). But because cost is one of the greatest barriers to making self-contained villages the standard in dementia care, it would be extremely difficult to implement in a non-socialized healthcare system—meaning that in the U.S., a facility like Hogewey might be impossible for the foreseeable future.

A few years ago, I watched my grandmother's memory erode in a nursing home of the kind that Yvonne van Amerongen had tried to get away from. My grandmother had the medicine cabinet of a septuagenarian, and the progression of her dementia was predictable and not altogether different from the experience of numerous others. But she spent her last days in a nondescript building where doctors told her what she wasn't, rather than what she was. She couldn't live on her own, but she decimated us at Scrabble (like always) a few days before she passed away.

RECOMMENDED READING



[Time-Travel Therapy](#)

[AMANDA KOLSON HURLEY](#)



[Delta Is Driving a Wedge Through Missouri](#)

[ED YONG](#)



[The FDA Is a Melting Iceberg](#)

[BENJAMIN MAZER](#)

Glimpses of lucidity like that make the relatives of people with dementia yearn for an environment built around life rather than death. Hogewey hasn't found a cure for dementia, but it's found a path that's changing ideas of how to treat those who can no longer take care of themselves.

"This is a terrible disease, but this place makes me a little less scared of it," Elly Goedhart, the daughter of a Hogewey resident, told *Time* in February.

Sometimes it truly does take a village.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

«Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Κωδικός MIS: 464637

Νόσημα: Κατάθλιψη

Ομάδα εργασίας: Δρ. Στέλλα Αργυριάδου (Συντονίστρια)
Δρ. Βαλεντίνα Δισλιάν (Αναπληρώτρια συντονίστρια)
κ. Μερόπη Μουτζούρη (Επιστημονικός συνεργάτης)

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής
Ιατρικής
Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

UNIVERSITY OF CRETE
FACULTY OF MEDICINE

Clinic of Social and Family Medicine
P.O Box 2208, Heraklion 71003,
Crete, Greece





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ ΣΤΕΛΛΑ	Ιατρός, Συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΔΙΣΛΙΑΝ ΒΑΛΕΝΤΙΝΑ	Ιατρός, Αναπληρώτρια συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΜΟΥΤΖΟΥΡΗ ΜΕΡΟΠΗ	Ψυχολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

ΓΙΑΝΝΑΚΙΔΟΥ ANNA-MARIA	Εκπρόσωπος Συλλόγου Οικογενειών και Φίλων Ψυχικής Υγείας Νομού Σερρών/ Εκπρόσωπος Ασθενών
ΓΚΑΡΜΙΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής
ΚΑΔΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ	Εκπρόσωπος Συλλόγου Οικογενειών και Φίλων Ψυχικής Υγείας Νομού Έβρου
ΚΑΣΙΔΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΚΑΡΔΑΣΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ	Εκπρόσωπος 7 ^{ης} Υ.Πε. Κρήτης
ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΜΑΚΡΙΔΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ	Εκπρόσωπος Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων
ΜΑΡΚΑΚΗ ΛΙΛΛΙΑΝ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας
ΜΠΙΤΣΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας
ΝΟΜΙΔΟΥ ΝΙΚΗ-ΕΛΕΝΗ	Εκπρόσωπος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων-Οργανώσεων για την Ψυχική Υγεία/ Εκπρόσωπος Ασθενών
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	Εκπρόσωπος της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. του Υπουργείου Υγείας
ΙΒΙJAΡΟ GABRIEL	Εκπρόσωπος του WONCA Working Party on Mental Health



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΕΡΒΑΘΩΝΙΣΗ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

KOLKIEWIEZ LUCJA

Εκπρόσωπος του WONCA Working Party on Mental Health

PARMENTIER HENK

Εκπρόσωπος του WONCA Working Party on Mental Health



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	5
1.	Εισαγωγή	6
2.	Ορισμός Κατάθλιψης	8
3.	Κλινικά ερωτήματα	10
4.	Μεθοδολογία	12
	Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	
5.		17
6.	Πρακτικός Αλγόριθμος	48
7.	Επίλογος	49
8.	Βιβλιογραφία	50



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Πρόλογος

Είναι μεγάλη χαρά στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» να προλογίζω ως Επιστημονικός Υπεύθυνος την παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία.

Είναι σημαντικό που για πρώτη φορά στη χώρα μας συντάχθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Γενική Ιατρική ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας και συμφωνίας με εκπρόσωπους Επιστημονικών Εταιρειών (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία), ιατρών (Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής) και νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας), ασθενών και εκπροσώπων της κεντρικής/περιφερειακής διοίκησης, καθώς και Ευρωπαϊκών δικτύων. Στο έργο αυτό χρησιμοποιήθηκε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του συγκεκριμένου έργου και αποτελεί σύνθεση δοκιμασμένων εμπειριών και τεχνολογιών από Αμερική, Ευρώπη και Αυστραλία.

Η παρούσα έκδοση παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης που διεξήγαγε η ομάδα εργασίας για την Κατάθλιψη. Σε αυτήν ο ιατρός γενικής ιατρικής και επαγγελματίας υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) μπορεί να αναζητήσει απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ' ημέρα πράξη, και να λάβει αποφάσεις, που είναι σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και τη γνώμη των ασθενών.

Θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου και ιδιαίτερα τα μέλη της ομάδας έργου (κ. Στέλλα Αργυριάδου που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Βαλεντίνα Δισλιάν, κ. Μερόπη Μουτζούρη) που διάβασαν συστηματικά τη βιβλιογραφία και συνέταξαν μεγάλο μέρος του παρόντος κειμένου, καθώς και την κ. Ειρήνη Βασιλάκη για τον ουσιαστικό της ρόλο στο συντονισμό του έργου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες και στους εκπρόσωπους του WONCA Working Party on Mental Health, Prof. Gabriel Ivbijaro, Dr. Lucjia Kolkiewicz και Dr. Henk Parmentier.

Θα είναι τιμή και χαρά για όλους μας, εάν αυτές οι οδηγίες χρησιμοποιηθούν επ' ωφελεία των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας, των ιατρών και των νοσηλευτών στην Π.Φ.Υ.

Με εκτίμηση,

Χρήστος Λιονής
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

1. Εισαγωγή

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο συχνά νοσήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως¹⁻³. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατέχει την 4^η θέση ως αίτιο απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας, και κοινωνικής δυσλειτουργίας, προβλέπεται δε ότι το 2020 θα καταλάβει τη δεύτερη θέση αναπηρίας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Εκτιμάται ότι μια στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες θα αναπτύξουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία⁴. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσο όρο⁵, ποσοστό που- σύμφωνα με νεότερες μελέτες σε κάποιες περιοχές με ιδιαίτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες- φαίνεται να ανέρχεται στο 17.5% στις γυναίκες και στο 14.6% στους άνδρες αντίστοιχα⁶.

Από αυτό το ποσοστό το 60% φαίνεται ότι δεν λαμβάνει καμία θεραπεία⁷, ενώ όσοι αναζητούν βοήθεια αντιμετωπίζονται σχεδόν αποκλειστικά από γενικούς ιατρούς^{8,9}. Πράγματι, έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη χρόνια κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι ιατροί της Π.Φ.Υ., καθώς το 12% κατά μέσο όρο των ασθενών της Π.Φ.Υ. πάσχει από μείζονα κατάθλιψη¹⁰. Τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στην ικανότητα των γενικών ιατρών να ανιχνεύουν τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς με κατάθλιψη αναγνωρίζονται και διαγιγνώσκονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο^{9,11-15}.

Οι παρούσες Κατευθυντήριες Οδηγίες (Κ.Ο.), αποτέλεσμα κριτικής και συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης και προσαρμογής τους στις ιδιαιτερότητες αφενός της σημερινής ελληνικής πραγματικότητας αφετέρου των αναγκών των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας της Π.Φ.Υ, φιλοδοξούν να αποτελέσουν ένα εργαλείο στα χέρια τους, που θα τους βοηθήσει στην αποτελεσματική διαχείριση της κατάθλιψης.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η πρόωγη αναγνώριση-ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κατ'επέκταση η έγκαιρη διάγνωση της νόσου είναι βαρύνουσας σημασίας για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. στη χώρα μας. Για τη βελτίωση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. σημαντικό ρόλο παίζει η «ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις» (evidence-based medicine). Η κλινική πρακτική που βασίζεται στην τεκμηρίωση περιγράφεται ως η εφαρμογή της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης στην κλινική πράξη με σκοπό τη μείωση των αναποτελεσματικών,



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



www.espa.gr

ακατάλληλων, δαπανηρών και δυνητικά επισφαλών πρακτικών^{16,17}. Στην κατεύθυνση αυτή συμβάλλουν και οι παρούσες Κ.Ο. για τη διάγνωση και τη διαχείριση των 13 κοινών νοσημάτων στην Π.Φ.Υ. συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης. Ως κατευθυντήριες οδηγίες ορίζονται οι θέσεις ή δηλώσεις που διατυπώνονται μετά από κριτική και συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τους επαγγελματίες υγείας στη λήψη αποφάσεων για την παροχή φροντίδας σε συγκεκριμένα νοσήματα ή κλινικές καταστάσεις. Με την χρήση αυτών επιτυγχάνεται η εφαρμογή αντικειμενικής και τεκμηριωμένης ιατρικής γνώσης, υποστηρίζεται η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, μειώνεται το κόστος περίθαλψης, αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και καθίσταται εφικτή η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας¹⁸.

Παρότι εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης για την κατάθλιψη, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των ιατρών της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα που είναι ενήμεροι για το περιεχόμενο τους και ακολουθούν τις συστάσεις παραμένει χαμηλό. Σημαντικά εμπόδια για την υιοθέτηση των Κ.Ο. από τους παρόχους Π.Φ.Υ. φαίνεται να αποτελούν η έλλειψη εξοικείωσης με τις συστάσεις, η έλλειψη χρόνου, καθώς και οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές.

Η έλλειψη επίσημων ελληνικών Κ.Ο. για τη διαχείριση της Κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. κατεύθυνε την ανάγκη δημιουργίας του παρόντος έργου. Αποτέλεσμα του πολύπλοκου αυτού εγχειρήματος είναι η σύνταξη Κ.Ο. για τη διαχείριση της κατάθλιψης από τους γενικούς ιατρούς, τους άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ. σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας. Οι παρούσες Κ.Ο. διαμορφώθηκαν βασιζόμενες στη φιλοσοφία της τεκμηριωμένης βάσει ενδείξεων ιατρικής (evidence-based medicine). Ελπίζουμε η υιοθέτησή τους από τους γενικούς ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της κατάθλιψης στην Ελλάδα.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

2. Ορισμός Κατάθλιψης

Η μονοπολική Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) είναι μία συχνή ψυχιατρική διαταραχή, που εντάσσεται στην κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης. Στην παρούσα Κ.Ο. ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται στη μονοπολική ΜΚΔ. Για το διαχωρισμό της κατάθλιψης ως μίας διαταραχής της διάθεσης από τη «φυσιολογική» αναμενόμενη συχνά καταθλιπτική συμπτωματολογία, που εμφανίζεται υπό την επίδραση ψυχοπαιστικών γεγονότων, χρησιμοποιούνται κοινώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια. Ο ορισμός της κατάθλιψης στηρίζεται σε μία σειρά διαγνωστικών κριτηρίων. Στα νεότερα, διεθνώς αποδεκτά συστήματα ταξινόμησης ανήκουν: η αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision) που προτείνεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία³² και η αναθεωρημένη δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων, ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) η οποία έχει αναπτυχθεί από τον Π.Ο.Υ.³³. Η ομάδα ανασκόπησης της παρούσας Κ.Ο. στηρίχτηκε για τη διαμόρφωση των συστάσεων στο DSM-IV σύστημα ταξινόμησης, καθώς χρησιμοποιείται συχνότερα στις περισσότερες ερευνητικές εργασίες και στις υπάρχουσες για την κατάθλιψη διεθνείς Κ.Ο.

Σύμφωνα με το DSM IV, το άτομο που εξετάζεται για ΜΚΔ πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω εννιά συμπτώματα κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων και να εμφανίζει μεταβολή της λειτουργικότητάς του από μία προηγούμενη κατάσταση. Μάλιστα, τουλάχιστον ένα από αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η ανηδονία. Αναλυτικά, στα εννιά συμπτώματα περιλαμβάνονται: η καταθλιπτική διάθεση, η ανηδονία, σημαντική απώλεια βάρους ή πρόσληψη βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ευερεθιστότητα, κούραση ή έλλειψη ενέργειας, αισθήματα αναξιοσύνης ή υπερβολικής ενοχής, ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, καθώς και επιμένουσες ιδέες θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός. Η έκπτωση της λειτουργικότητας αναφέρεται σε κοινωνικό, επαγγελματικό και εκπαιδευτικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, τα συμπτώματα δεν πρέπει να αποτελούν κριτήρια ενός σύνθετου επεισοδίου, να μην αποτελούν άμεσες φυσιολογικές αντιδράσεις της χρήσης μίας ουσίας, όπως ναρκωτικής ή φαρμακευτικής, ή μίας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυροειδισμού), να προκαλούν κλινικά σημαντική ανησυχία ή δυσλειτουργία στην κοινωνική, επαγγελματική ή άλλου τομέα λειτουργικότητα. Επίσης, απαιτείται η συμπτωματολογία να μην μπορεί να αποδοθεί στο πένθος (απώλεια αγαπημένου προσώπου για χρονικό διάστημα δύο μηνών). Στη βάση του αριθμού των συμπτωμάτων και της γενικότερης αναπηρίας που συνυπάρχει, η ΜΚΔ ταξινομείται σε :



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Ήπια: Εφόσον υπάρχουν λίγα ή και κανένα επιπλέον από τα πέντε απαιτούμενα για τη διάγνωση και εφόσον τα συμπτώματα καταλήγουν σε μικρού βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Μέτρια: Τα συμπτώματα ή η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι μεταξύ ήπιας και σοβαρής κατάθλιψης.

Σοβαρή: Τα περισσότερα συμπτώματα να είναι παρόντα και να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Μπορεί να συνυπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα ή και να απουσιάζουν.

Κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου έργου η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία εξέδωσε την 5^η έκδοση του DSM³⁴. Σύμφωνα με το νέο πλέον ταξινομικό σύστημα δεν υπάρχει διαφοροποίηση στα βασικά συμπτώματα (καταθλιπτικό συναίσθημα και ανηδονία) ούτε και στη χρονική περίοδο που απαιτείται (2 εβδομάδες) για τη διάγνωση. Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιες αλλαγές, όπως η ύπαρξη μικρού αριθμού συμπτωμάτων μανίας (τουλάχιστον τρία), καθώς και η εξαίρεση του κριτηρίου του πένθους.

Αν και η ομάδα ανασκόπησης της παρούσας Κ.Ο. στηρίχθηκε στα κριτήρια κατά DSM, εντούτοις μπορεί να χρησιμοποιηθεί και το ICD-10 σύστημα ταξινόμησης, καθώς είναι εξίσου έγκυρο. Το ICD-10 εμφανίζει σημαντική, αλλά όχι απόλυτη επικάλυψη με το DSM-IV ή DSM-V. Σύμφωνα με το ICD-10 απαιτούνται τέσσερα από τα δέκα συμπτώματα (τουλάχιστο δύο από τα εξής τρία: καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, ελαττωμένη ενέργεια και τουλάχιστο δύο επιπλέον από τα υπόλοιπα επτά: απώλεια αυτοπεποίθησης ή αυτοσεβασμού, μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, υπερβολική αυτομομφή ή έντονες και ακατάλληλες ενοχές, επιμένουσες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας ή αυτοκτονική συμπεριφορά, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, διαταραχές της όρεξης με μεταβολή του σωματικού βάρους και διαταραχές του ύπνου). Το ICD-10 απαιτεί για τη διάγνωση του καταθλιπτικού επεισοδίου τα συμπτώματα να διαρκούν τουλάχιστον 2 εβδομάδες, να μην μπορούν να αποδοθούν στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή σε άλλη οργανική ψυχική διαταραχή και να μην έχει εμφανίσει το άτομο υπομανιακό ή μανιακό επεισόδιο.

Η βαρύτητα του επεισοδίου προσδιορίζεται βάσει του αριθμού των συμπτωμάτων και συγκεκριμένα απαιτούνται 4 συμπτώματα για την ήπια κατάθλιψη (2 από τα τρία αρχικά και ακόμη 2 από τα υπόλοιπα 7), 6 για τη μέτρια και 8 για τη σοβαρή³³.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

3. Κλινικά ερωτήματα

Τα κλινικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν από τις επιμέρους ομάδες ανασκόπησης ομαδοποιήθηκαν βάσει ενός κοινού πλαισίου αναφοράς. Για το λόγο αυτό σχηματίστηκαν ενιαίες κατηγορίες. Η ταξινόμηση των κλινικών ερωτημάτων έγινε σε πέντε ομάδες αναφορικά με: τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία, τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη), την πρόληψη, την παραπομπή, τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας. Βασική προϋπόθεση της προσπάθειας αυτής ήταν τα ερωτήματα να προέρχονταν από την κλινική εμπειρία σε δομές Π.Φ.Υ. και να διατυπώνονταν με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονταν στην ελληνική πραγματικότητα.

Τα μείζονα κλινικά ερωτήματα που εν τέλει διατυπώθηκαν από την ομάδα ανασκόπησης της κατάθλιψης στην αρχή του έργου και κατεύθυναν τη διατύπωση των συστάσεων ήταν τα ακόλουθα:

Αναφορικά με τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία:

1. Ποια εργαλεία έχουν υψηλή διαγνωστική ακρίβεια (ευαισθησία-ειδικότητα-θετική-αρνητική προγνωστική αξία) για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ενήλικες και σε ειδικούς πληθυσμούς (ηλικιωμένους, ασθενείς με συννοσηρότητα) και αν είναι ταυτόχρονα εφαρμόσιμα στην Π.Φ.Υ, καθώς και ποιοι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν αυτά τα εργαλεία;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη):

2. Είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης (φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική ή ο συνδυασμός αυτών) στην Π.Φ.Υ. αποτελεσματική α) ως προς την βελτίωση της έκβασης της νόσου (μείωση των συμπτωμάτων, λειτουργική ικανότητα) β) συγκριτικά με το κόστος ;

Αναφορικά με την πρόληψη:

3. Υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση (evidence) ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) για την κατάθλιψη στους ενήλικες, καθώς και σε ειδικούς πληθυσμούς (ηλικιωμένους >65 ετών, άτομα με συννοσηρότητα, συχνούς χρήστες των υπηρεσιών υγείας, άτομα με ψυχοσωματικά ενοχλήματα) στην Π.Φ.Υ. ελαττώνει την νοσηρότητα ή τη θνητότητα;



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

4. Ποιες παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ. είναι αποτελεσματικές για την πρόληψη της κατάθλιψης στους ενήλικες και στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού;

Αναφορικά με την παραπομπή:

5. Ποιες είναι οι ενδείξεις παραπομπής των ασθενών με κατάθλιψη σε δομές εξειδικευμένης φροντίδας (κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικές κλινικές νοσοκομείων) και τι διασυνδέσεις πρέπει να γίνονται με το αντίστοιχο προσωπικό κατά τη διάρκεια της εξειδικευμένης φροντίδας;

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

6. Ποια οργανωτικά χαρακτηριστικά σε μία δομή Π.Φ.Υ. είναι αποτελεσματικά συγκριτικά με το κόστος στη διαχείριση των ασθενών με κατάθλιψη;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

4. Μεθοδολογία

Σκοπός της Κ.Ο. για την κατάθλιψη

Στην Ελλάδα παρουσιάζεται μεγάλη διακύμανση στην εφαρμογή των ιατρικών πρακτικών. Η υιοθέτηση από τους παρόχους της Π.Φ.Υ. κοινών Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης ως οδηγού για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης κρίθηκε μείζονος σημασίας, δεδομένου ότι ενισχύουν την υπευθυνότητα, μειώνουν τις αποκλίσεις στις ιατρικές πράξεις, εξοικονομούν πόρους και παρέχουν ως ένα βαθμό διαφάνεια¹⁷⁻¹⁹.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, ως κύριος σκοπός της προσπάθειας σύνταξης των πρώτων Κ.Ο. για τη διαχείριση της κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα τέθηκε η διατύπωση συστάσεων αναφορικά με την έγκαιρη αναγνώριση-ανίχνευση της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, την ανάπτυξη παρεμβάσεων προαγωγής υγείας, καθώς και το ρόλο όλων των εμπλεκόμενων φορέων και επαγγελματιών υγείας της Π.Φ.Υ.

Σε ποιους απευθύνεται

Οι συστάσεις που διατυπώνονται στην παρούσα Κ.Ο. για την κατάθλιψη απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ. στην ελληνική επικράτεια. Πρωταρχικοί αποδέκτες είναι οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Π.Φ.Υ. ωστόσο η Κ.Ο. απευθύνεται και σε άλλους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. (νοσηλευτές/-ριες, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας κ.ά.), στους ασθενείς (>18 ετών) που πάσχουν από κατάθλιψη, καθώς και στους φροντιστές αυτών. Επιπρόσθετα γίνεται αναφορά σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως ηλικιωμένους με ή χωρίς κάποιο πρόβλημα υγείας, καθώς και άτομα με κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Εξαιρούνται από την παρούσα Κ.Ο. τα παιδιά, οι έφηβοι και οι γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή της λοχείας.

Μεθοδολογία ανάπτυξης της Κ.Ο.

Στο πλαίσιο των εργασιών για τις ανάγκες του παρόντος έργου δημιουργήθηκε ένα εγχειρίδιο της μεθοδολογίας για την Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Π.Φ.Υ. Σε αυτό, περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία και τα επιστημονικά εργαλεία που ακολούθησε η κάθε επιστημονική ομάδα. Το μεθοδολογικό πλαίσιο βασίζεται στο εργαλείο για την



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ανάπτυξη και υιοθέτηση Κ.Ο, ADARTE²⁰⁻²¹, σε συνδυασμό με τον τροποποιημένο, σύμφωνα με τις ανάγκες μας, αλγόριθμο που προτείνεται από τον Kaiser Permanente²². Στη συνέχεια παρατίθεται μια σύντομη περιγραφή των υιοθετηθέντων βημάτων.

Η ομάδα ανασκόπησης στην προσπάθεια διατύπωσης των συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, προέβη σε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας: α) σε επιλεγμένους ιστότοπους, οι οποίοι αποτελούν αξιόπιστες πηγές αναζήτησης Κ.Ο. και β) σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υψηλής ποιότητας. Προηγουμένως είχε πραγματοποιηθεί η διατύπωση του ορισμού της νόσου, καθώς και τα κλινικά ερωτήματα τα οποία κατεύθυναν την αναζήτηση.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου, η ομάδα ανασκόπησης αναζήτησε Κ.Ο. από διαδικτυακούς τόπους σύμφωνα με δημοσιευμένο άρθρο²³ του Επιστημονικά Υπεύθυνου του έργου, καθ. Χρήστου Λιονή, όπου έχει διαμορφωθεί ένας κατάλογος Επιστημονικών Εταιριών ή Κολεγίων Γενικών Ιατρών με εμπειρία στην ανάπτυξη Κ.Ο. Επιπρόσθετα, η ομάδα ανασκόπησης επέκτεινε την αναζήτηση αυτή και σε άλλους Ευρωπαϊκούς και διεθνείς γνωστούς ιστότοπους παραγωγής και διανομής Κ.Ο. για την κατάθλιψη. Προς αξιολόγηση επιλέχθηκαν οι Κ.Ο. που ήταν προϊόν συμφωνίας ειδικών (consensus), ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence based) και είχαν δημοσιευτεί την τελευταία πενταετία. Εν συνεχεία, οι εντοπισθείσες Κ.Ο. αξιολογήθηκαν από τα μέλη της ομάδας ανασκόπησης. Απώτερος σκοπός ήταν να επιλεγθούν προς αξιολόγηση οι Κ.Ο. που παρουσίαζαν μεγαλύτερη συνάφεια με το σκοπό του παρόντος εγχειρήματος και μπορούσαν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα. Η ποιότητα των Κ.Ο. αξιολογήθηκε με το εργαλείο AGREE (έκδοση I)²⁴.

Ο σκοπός του εργαλείου αξιολόγησης AGREE είναι να εξασφαλίσει ένα πλαίσιο για την εκτίμηση της ποιότητας των Κ.Ο. κλινικής πρακτικής. Με τον όρο ποιότητα των Κ.Ο. κλινικής πρακτικής οι κατασκευαστές των εργαλείων εννοούν i) τη βεβαιότητα ότι οι ενδεχόμενες μεροληψίες κατά την ανάπτυξη των Κ.Ο. έχουν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, ii) ότι οι συστάσεις έχουν εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα. καθώς και iii) ότι μπορούν να ακολουθηθούν στην πράξη.

Αποτελείται από 23 βασικά στοιχεία (ερωτήματα) οργανωμένα σε έξι τομείς. Κάθε τομέας έχει στόχο να συλλάβει μια ξεχωριστή διάσταση της ποιότητας των Κ.Ο. Κάθε στοιχείο-ερώτημα βαθμολογείται με μία κλίμακα τεσσάρων σημείων, που κυμαίνεται από το 4



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

“Συμφωνώ Ανεπιφύλακτα” ως το 1 “Διαφωνώ Πλήρως”, με ενδιάμεσα σημεία το 3 “Συμφωνώ” και το 2 “Διαφωνώ”. Αυτή η κλίμακα μετρά την έκταση στην οποία πληρούται ένα κριτήριο.

Το εργαλείο αξιολόγησης AGREE θα πρέπει να εκληφθεί ως αντανάκλαση της τρέχουσας κατάστασης γνώσης στο πεδίο, καθώς βασίζεται σε θεωρητικές υποθέσεις μάλλον παρά στα εμπειρικά τεκμήρια. Υπεύθυνος για την ελληνική μετάφραση του εργαλείου AGREE I είναι ο καθηγητής ιατρικής κ. Ιωάννης Ιωαννίδης.

Όσον αφορά τη βαθμολόγηση των απαντήσεων, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση των Κ.Ο, αποφασίστηκε από την ομάδα ανασκόπησης της κατάθλιψης να διατηρηθούν οι Κ.Ο. οι οποίες κατά την αξιολόγηση είχαν τελικό score $\geq 4/6$, Δηλαδή τουλάχιστον 4 από τους 6 τομείς θα έπρεπε να βαθμολογηθούν ο καθένας με τουλάχιστον 65% από τους 2 αξιολογητές και σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπει το AGREE. Έξι Κ.Ο. κρίθηκαν ως αποδεκτής ποιότητας και χρησιμοποιήθηκαν για τη διατύπωση των συστάσεων²⁵⁻³⁰.

Αναφορικά με την ανασκόπηση των άρθρων, εξετάσαμε όλες τις δημοσιευμένες εργασίες που εντοπίσαμε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υψηλής ποιότητας PUBMED (<http://www.pubmed.com/>) και Cochrane Library (<http://www.cochrane.org/>), με σκοπό να απαντήσουμε στα κλινικά ερωτήματα αναφορικά με τη νόσο.

Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν ξεχωριστοί αλγόριθμοι αναζήτησης για κάθε κλινικό ερώτημα συνδυάζοντας τις λέξεις-κλειδιά (key-words) και χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον ιατρικές θεματικές επικεφαλίδες (Mesh terms) συνδυαστικά με άλλες τεχνικές αναζήτησης (Boolean προσέγγιση, φίλτρα αναζήτησης). Οι αλγόριθμοι που δημιουργήθηκαν ήταν κοινά για την αναζήτηση και στις δύο βάσεις δεδομένων. Τα κριτήρια εισαγωγής, που τέθηκαν κατά τη συστηματική ανασκόπηση των εργασιών, ήταν ο τύπος μελέτης (συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές), το χρονικό διάστημα δημοσίευσης (πενταετία), και η γλώσσα του κειμένου (αγγλικά).

Στην συνέχεια, ανασκοπήθηκαν από τα μέλη της ομάδας τα επιλεγμένα βάσει των κριτηρίων άρθρα. Η ανασκόπηση περιελάμβανε την ανάγνωση του τίτλου, καθώς και της περίληψης των άρθρων που προέκυπταν από τον αλγόριθμο αναζήτησης ανά κλινικό



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ερώτημα και στις δύο βάσεις δεδομένων. Εντοπίστηκαν τα άρθρα που ήταν κοινά και στις δύο βάσεις, ώστε να αποφευχθούν διπλο-εγγραφές.

Η συνάφεια των μελετών με το εκάστοτε κλινικό ερώτημα, την Π.Φ.Υ. και τη γενική ιατρική διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των εργασιών, των οποίων η ποιότητα εκτιμήθηκε με τα αντίστοιχα εργαλεία αξιολόγησης.

Το εργαλείο AMSTAR χρησιμοποιήθηκε για την αποτίμηση της ποιότητας των Συστηματικών Ανασκοπήσεων και των Μετα-αναλύσεων. Το εργαλείο αποτελείται συνολικά από 11 βήματα-ερωτήματα, τα οποία θα πρέπει να απαντηθούν με ιδιαίτερη προσοχή και ακρίβεια. Λεπτομερής περιγραφή του γίνεται στο εγχειρίδιο των μεθόδων για την ανάπτυξη Κ.Ο. στη Γενική Ιατρική και Π.Φ.Υ. Οι έντεκα ερωτήσεις απαντώνται ως «όχι, ναι, αδυναμία-απάντησης και μη-εφαρμόσιμο». Δεδομένου ότι όσο πιο πολλές απαντήσεις «ναι» υπάρχουν τόσο πιο θετική είναι η κρίση της εργασίας, όλες οι θετικές απαντήσεις δίνουν μία (1) μονάδα στην βαθμολόγηση και όλες οι υπόλοιπες μηδέν (0) μονάδες. Άρα, λοιπόν, το συνολικό score θα έχει ελάχιστη τιμή το μηδέν (0) και μέγιστη τιμή το έντεκα (11). Ως όριο πήραμε τις εργασίες οι οποίες έχουν συνολικό score $\geq 8/11$. Μετά την εφαρμογή του εργαλείου AMSTAR επιλέχθηκαν συνολικά 6 Μετα-αναλύσεις, 2 Συστηματικές Ανασκοπήσεις/Μετα-αναλύσεις και 3 Συστηματικές Ανασκοπήσεις.

Η αποτίμηση των Τυχαιοποιημένων Ελεγχόμενων Κλινικών Δοκιμών (ΤΕΚΔ), που εντοπίστηκαν, έγινε με τη χρήση των εργαλείων που προτείνει το Centre of Evidence Based Medicine του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης (<http://www.cebm.net/>), όπως αυτά προσαρμόστηκαν στην ελληνική γλώσσα. Συγκεκριμένα, συμπληρώθηκε το δελτίο κριτικής αποτίμησης για ΤΕΚΔ (RCTs' Critical Appraisal Sheet). Συνολικά το Critical Appraisal Sheet έχει δέκα (10) τομείς που αξιολογούνται, επομένως αθροίζοντας τις επιμέρους βαθμολογίες το συνολικό score μπορεί να έχει τιμές από μηδέν (0) έως είκοσι (20). Διατηρήθηκαν οι εργασίες οι οποίες έχουν συνολικό score $\geq 14/20$. Μετά την εφαρμογή του δελτίου κριτικής αποτίμησης για ΤΕΚΔ επιλέχθηκαν τελικά 5 ΤΕΚΔ.

Συμπερασματικά, το σύνολο των 140 άρθρων, που προέκυψε από την αρχική αναζήτηση μετά την αφαίρεση των διπλο-εγγραφών, μειώθηκε σε 24 μετά τον έλεγχο των περιλήψεων και τελικά σε 16 μετά από αποτίμηση της ποιότητας των μελετών.

Μετά την ολοκλήρωση των προαναφερθέντων βημάτων, τα αποτελέσματα της επιλεγμένης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν για τη διατύπωση των συστάσεων. Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε και η εκτίμηση του επιπέδου τεκμηρίωσης της κάθε σύστασης σύμφωνα με το σύστημα που προτείνεται από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (National Health and Medical Research Council, NHMRC) της Αυστραλίας³¹.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

Οι διαμορφωθείσες συστάσεις απεστάλησαν ηλεκτρονικά μαζί με μια επτάβαθμη βαθμολογημένη κλίμακα (Α' κύκλος DELPHI) στα μέλη του consensus panel, προκειμένου να γίνει μια πρώτη εκτίμηση και διατύπωση σχολίων, που θα συνέβαλαν καθοριστικά στην τελική συνάντηση ομοφωνίας στην Κρήτη. Τα σχόλια που διατυπώθηκαν συμπεριλήφθηκαν στην αναδιαμόρφωση ορισμένων συστάσεων και παράλληλα πραγματοποιήθηκε και μια πρώτη εκτίμηση του βαθμού σύγκλισης των απόψεων των μελών του πάνελ.

Στην συνέχεια, οι επαναδιατυπωμένες συστάσεις παρουσιάστηκαν στα μέλη του consensus panel στη συνάντηση ομοφωνίας που πραγματοποιήθηκε για την κατάθλιψη. Την πρώτη μέρα στη συνάντηση ομοφωνίας πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση αναφορικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση κάθε σύστασης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Την δεύτερη μέρα, τα μέλη της συνάντησης ομοφωνίας κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις διαμορφωθείσες συστάσεις βάσει του Δελτίου Αξιολόγησης των συστάσεων του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της Αυστραλίας²⁷. Κάθε σύσταση αξιολογήθηκε αναφορικά με την τεκμηρίωση της, τη συνοχή της, την κλινική της επίδραση, τη δυνατότητα γενίκευσής της και τη δυνατότητα εφαρμογής της. Από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους αυτών στοιχείων προέκυψε το επίπεδο τεκμηρίωσης κάθε σύστασης (Α= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη, Β= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, C=Το σύνολο των τεκμηρίων ενισχύει μερικώς τις συστάσεις, αλλά πρέπει να δίνεται προσοχή στην εφαρμογή του, D= Το σύνολο των τεκμηρίων δεν έχει μεγάλη ισχύ και πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή).

Δήλωση συμφερόντων

Όλα τα μέλη της ομάδας ανασκόπησης που συνέβαλαν στη συγγραφή της παρούσας Κ.Ο. δηλώνουν ότι δεν υπόκεινται σε σύγκρουση συμφερόντων και βεβαιώνουν ότι δεν απασχολούνται στη φαρμακευτική βιομηχανία.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

5. Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

Διάγνωση και διαγνωστικά εργαλεία

Αναγνώριση – Ανίχνευση της κατάθλιψης σε ομάδες υψηλού κινδύνου

Σύσταση 1: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η χρήση δύο σύντομων ερωτήσεων διαλογής για την αναγνώριση- ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα υψηλού κινδύνου (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικού νοσήματος, χρόνια πρόβλημα υγείας, πρόσφατη απώλεια, κατάχρηση ουσιών, μειονότητες, οικονομικά αδύναμοι κ.τ.λ.).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Η αποτελεσματική διαχείριση της κατάθλιψης προϋποθέτει την ακριβή αναγνώριση-ανίχνευση της νόσου σε επίπεδο Π.Φ.Υ. Πολλοί ασθενείς με διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν παρουσιάζονται αρχικά αιτιώμενοι καταθλιπτική διάθεση και οι γιατροί της Π.Φ.Υ. πρέπει να υποπτευθούν τις καταθλιπτικές διαταραχές στηριζόμενοι σε ένα σύνολο κοινών συμπτωμάτων και παραγόντων κινδύνου. Άτομα με παράγοντες κινδύνου κυρίως (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικού νοσήματος, χρόνια πρόβλημα υγείας, πρόσφατη απώλεια, κατάχρηση ουσιών, μειονότητες, οικονομικά αδύναμοι κ.τ.λ.), καθώς και με μη ειδικά συμπτώματα (πολλαπλά ανεξήγητα συμπτώματα, πολλαπλές-περισσότερες από πέντε το χρόνο-ιατρικές επισκέψεις, χρόνια κόπωση, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, διαταραχές ύπνου, μνήμης ή άλλες γνωσιακές διαταραχές, δυσλειτουργία στην εργασία, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, μεταβολές του βάρους τους) ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αναλυτικότερα, το ιστορικό ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου συσχετίζεται με 50% πιθανότητα επανεμφάνισης του επεισοδίου, δύο επεισόδια συσχετίζονται με 70% πιθανότητα και τέλος τρία ή και περισσότερα με 90% πιθανότητα επανεμφάνισης κατάθλιψης³⁵.

Η πλειοψηφία των υπαρχουσών Κ.Ο.^{26-28,30} συστήνει το στοχευμένο έλεγχο σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αν και τα επιστημονικά



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

δεδομένα είναι ακόμη ανεπαρκή. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν ΤΕΚΔ που να ελέγχουν αν ο προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο βελτιώνει τις εκβάσεις της νόσου³⁶, εκτός αν υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, οδηγίες που προέρχονται από διεθνείς οργανισμούς^{37,38}, καθώς και Κ.Ο. από διεθνή και ευρωπαϊκά δίκτυα^{39,40} συστήνουν την ανίχνευση της κατάθλιψης ως μέρος της βασικής υποστηρικτικής, καθώς και παρηγορικής θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο. Σύμφωνα με αναφορά, που προέρχεται από το Ηνωμένο Βασίλειο, συστήνεται η ανίχνευση-προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή διαβήτη ως μέρος του ετήσιου ελέγχου τους. Επίσης υπάρχουν ενδείξεις ότι ο στοχευμένος προσυμπτωματικός έλεγχος σε άτομα υψηλού κινδύνου αυξάνει τα ποσοστά ανίχνευσης των συνήθων ψυχικών διαταραχών στην Π.Φ.Υ.⁴¹, καθώς και την πιθανότητα παρέμβασης από τους γενικούς ιατρούς⁴²⁻⁴⁴. Δεν έχει, ωστόσο, τεκμηριωθεί επαρκώς κατά πόσο η ανίχνευση της νόσου επιτυγχάνει στατιστικώς σημαντική βελτίωση στη συνολική κλινική έκβαση.

Η κόπωση είναι το έβδομο πιο συχνό σύμπτωμα στην Π.Φ.Υ. και το 24% όλων των ασθενών που προσέρχονται σε πρωτοβάθμια κέντρα υποστηρίζουν ότι η κόπωση είναι ένα μείζον πρόβλημα υγείας⁴⁵. Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο 39% των ασθενών που προσέρχονται αιτιώμενοι χρόνια κόπωση⁴⁶. Αν και οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα, ο έλεγχος για θυρεοειδοπάθεια σε όλους τους ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν είναι απαραίτητος, καθώς ο επιπολασμός των παθήσεων του θυρεοειδούς στους ασθενείς με κατάθλιψη είναι ο ίδιος με αυτόν του γενικού πληθυσμού^{47,48}. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου με την κατάθλιψη και διαπιστώθηκε ότι η θεραπεία της υποκείμενης ψυχικής διαταραχής συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του συνδρόμου⁴⁹. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με σοβαρού βαθμού παχυσαρκία (Δείκτης Μάζας Σώματος >40) συχνά πάσχουν από κατάθλιψη⁵⁰. Επίσης, η κατάχρηση οινόπνευματος και ουσιών γενικότερα μπορεί να μιμηθεί καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και να συνυπάρχει με κατάθλιψη⁵¹ και έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της επισφαλούς χρήσης οινόπνευματος με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας⁵². Αναλυτικές οδηγίες αναφορικά με την κατάχρηση οινόπνευματος αποτελούν αντικείμενο άλλης Κ.Ο.

Η ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τη χρήση σύντομων (2 προφορικών ερωτήσεων) εργαλείων διαλογής έχει εφαρμοστεί στην Π.Φ.Υ. με αποδεκτά είπεδα ευαισθησίας, αλλά σχετικά χαμηλή ειδικότητα. Οι δύο ερωτήσεις αναφέρονται στην



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

καταθλιπτική διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Η πλειοψηφία των Κ.Ο. συστήνουν τη χρήση δύο προφορικών ερωτήσεων, όπως είναι οι ερωτήσεις του Whooley ή το Patient Health Questionnaire -2 (PHQ-2), για την αναγνώριση-ανίχνευση της κατάθλιψης στους ενήλικες^{26-28,30}. Το 1994 οι Spitzer και συν. δημιούργησαν ένα διαγνωστικό εργαλείο για την ανίχνευση διαφόρων ψυχικών διαταραχών το Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)⁵³ και από αυτό προέκυψαν τρία βασικά εργαλεία: το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)⁵⁴, το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)⁵⁵, καθώς και οι ερωτήσεις του Whooley ('Whooley questions')⁵⁶. Το PHQ-2 και οι ερωτήσεις του Whooley, αν και χρησιμοποιούν τα ίδια στοιχεία (τις πρώτες δύο ερωτήσεις του PHQ-9), διαφέρουν, ωστόσο, στην ποιότητα των χρησιμοποιούμενων μεταβλητών. Το μεν PHQ-2 ακολουθεί την ίδια με το PHQ-9 μορφή, όπου κάθε ερώτηση μπορεί να απαντηθεί με μία διαβαθμισμένη κλίμακα, που παίρνει τιμές από 0 έως 3 (0-καθόλου, 1-μερικές ημέρες, 2-περισσότερες από τις μισές, 3-σχεδόν κάθε μέρα), οι δε ερωτήσεις του Whooley έχουν τη μορφή μίας δίτιμης ποιοτικής μεταβλητής (ναι/όχι) και συνεπώς το κατώφλι για την ανίχνευση είναι το 1 συγκριτικά με το 3 στο PHQ-2. Σύμφωνα με μετα-ανάλυση⁵⁷ η χρήση σύντομων εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα αναφορικά με τον αποκλεισμό της διάγνωσης, στην περίπτωση, όμως, της θετικής δοκιμασίας απαιτείται εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση, προκειμένου να διαπιστωθεί αν το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου⁵⁸. Επίσης, σύμφωνα με άλλη συστηματική ανασκόπηση⁵⁹ προκύπτει ότι προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελούμενα από δύο στάδια μάλλον είναι περισσότερο αποδοτικά, αν και απαιτούνται περαιτέρω μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες, που να συμπεριλαμβάνουν και ανάλυση κόστους-αποτελέσματος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί το συμπέρασμα.

Κατά τη χορήγηση του PHQ-2 στο γενικό πληθυσμό βρέθηκαν υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας⁶⁰. Το PHQ-2 έχει επίσης χρησιμοποιηθεί και σε μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών⁶¹ με πολύ καλά αποτελέσματα, καθώς και σε ασθενείς με καρκίνο. Ειδικότερα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο⁶², διαπιστώθηκε ότι η χρήση των δύο ερωτήσεων είναι μία εκ των δύο περισσότερο ενδεδειγμένων μεθόδων ανίχνευσης της κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Επιπρόσθετα το PHQ-2 έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα⁶³ και σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο⁶⁴, και



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

σε όλες τις περιπτώσεις τα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας προσέγγιζαν ή και ξεπερνούσαν αυτά του γενικού πληθυσμού⁵⁵.

Συνεπώς, τα πρόσφατα δεδομένα συντείνουν στη χρήση του PHQ-2 έναντι της μεθόδου των δύο ερωτήσεων με διχοτομική απάντηση. Ο συνδυασμός της διαβαθμισμένης συχνότητας των συμπτωμάτων της καταθλιπτικής διάθεσης και της ανηδονίας με τον ταυτόχρονο περιορισμό της διάρκειας των συμπτωμάτων σε δύο εβδομάδες μειώνουν το ποσοστό των ψευδώς θετικών περιπτώσεων ανίχνευσης της νόσου. Οι δύο ερωτήσεις του PHQ-2 είναι: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων έχετε νιώσει:

1. πεσμένος, καταθλιπτικό συναίσθημα ή απελπισία;
2. ανηδονία (ελαττωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση κάνοντας τις δραστηριότητές σας);

Εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου

Σύσταση 2: Για άτομα με υποψία κατάθλιψης συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η χρήση εργαλείων διαλογής, όπως του Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) σε συνδυασμό με εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση, που να λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο τα συμπτώματα, αλλά και το επίπεδο έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Υπάρχουσες οδηγίες τόσο από τις Ηνωμένες Πολιτείες⁶⁵ όσο και από το Ηνωμένο Βασίλειο^{26,39} που συστήνουν τη χρήση εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για την ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση⁵⁹ προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελούμενα από δύο στάδια μάλλον είναι περισσότερο αποδοτικά, αν και απαιτούνται περαιτέρω μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες, που να συμπεριλαμβάνουν και ανάλυση κόστους-αποτελέσματος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί το συμπέρασμα. Η πλειοψηφία των υπαρχουσών Κ.Ο.^{26,28,30} συστήνουν αυτή τη στρατηγική. Στο πρώτο στάδιο χρησιμοποιείται ένα ευαίσθητο εργαλείο, όπως π.χ. δύο προφορικές ερωτήσεις ή το PHQ-2. Εάν το άτομο που εξετάζεται, απαντήσει θετικά σε οποιαδήποτε από τις δύο ανιχνευτικές ερωτήσεις, τότε ο κατάλληλα εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας οφείλει να χορηγήσει ένα πιο



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

αναλυτικό εργαλείο, όπως το PHQ-9, στο πλαίσιο μίας εμπειριστατωμένης κλινικής εκτίμησης του περιστατικού⁶⁷.

Για άτομα με υποψία κατάθλιψης συστήνεται η χρήση εργαλείων διαλογής σε συνδυασμό πάντοτε με εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση, που να λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο τα συμπτώματα, αλλά και το επίπεδο έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου. Ένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης είναι το PHQ-9, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια ενός διαγνωστικού αλγόριθμου, ώστε να προκύψει μία πιθανή διάγνωση ή ως εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου, αλλά και ως εργαλείο παρακολούθησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.^{67,68}. Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 αποτελείται από 9 ερωτήσεις και η καθεμία βαθμολογείται από 0 έως 3, επομένως η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 27 με τιμές (κατώφλι) 5, 10, 15, 20 που αντιστοιχούν σε ήπια, μέτρια, μέτρια προς σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη⁶⁷.

Συμπεράσματα από μετα-ανάλυση⁶⁹ υποστηρίζουν την ιδιαίτερη προσοχή που πρέπει να δίνεται, όταν χρησιμοποιείται ένα όριο-κατώφλι, καθώς πρέπει να ληφθούν υπόψη τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το πλαίσιο-πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο- στο οποίο γίνεται ο έλεγχος, καθώς και η αποδοτικότητα των προγραμμάτων διαλογής στις εκβάσεις. Το ίδιο όριο-κατώφλι ίσως δεν είναι κατάλληλο σε όλες τις περιπτώσεις⁶⁹. Από μελέτες έχει προκύψει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη διαγνωστική ακρίβεια του PHQ-9 για τιμές μεταξύ του 8 και 11. Η ειδικότητα του PHQ-9 κυμαίνεται από 0,73 (95% CI 0,63–0,82) για τιμή 7 και 0,96 (95% CI 0,94–0,97) αντίστοιχα για τιμή 15. Βαθμολογία ίση με 11 PHQ-9 έχει την καλύτερη σχέση μεταξύ ευαισθησίας και ειδικότητας⁶⁹.

Το PHQ-9 έχει χρησιμοποιηθεί τόσο από γιατρούς της Π.Φ.Υ. όσο και από ειδικούς σε θέματα ψυχικής υγείας^{70,71}. Αναλυτικότερα το PHQ-9 έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές κλινικές μελέτες σε διάφορες παθήσεις, όπως σε νευρολογικές διαταραχές⁷², καρδιαγγειακά νοσήματα⁷³⁻⁷⁵, σακχαρώδη διαβήτη⁷⁶, χρόνια νεφρική νόσο⁷⁷, καρκίνο^{78,79}, ρευματολογικά νοσήματα⁸⁰, γαστρεντερολογικά νοσήματα⁸¹, γυναικολογικά-μαιευτικά περιστατικά^{82,83}, καθώς επίσης και σε διάφορα χρόνια προβλήματα υγείας^{84,85}. Μεταφράσεις του PHQ υπάρχουν σε περισσότερες από 60 γλώσσες, γεγονός που διευκολύνει τη χρήση του στη μελέτη των ψυχικών διαταραχών, καθώς και στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων σε παγκόσμιο επίπεδο. Περισσότερα στοιχεία σχετικά με το εργαλείο μπορούν να αναζητηθούν στη συγκεκριμένη ιστοσελίδα <http://www.phqscreeners.com>. Το PHQ-9 μπορεί να χορηγηθεί προφορικά, στα πλαίσια της



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

κλινικής συνέντευξης, αλλά και τηλεφωνικά⁸⁶. Ηλικιωμένοι ασθενείς με ήπια γνωσιακή δυσλειτουργία μπορούν να απαντήσουν με αξιοπιστία στις ερωτήσεις του PHQ-9⁸⁰. Τυχόν πολιτισμικές ιδιαιτερότητες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εφαρμογή του³⁰.

Τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου δεν επαρκούν από μόνα τους για τη διάγνωση της κατάθλιψης, αλλά υποδεικνύουν την ανάγκη μιας πιο εμπειριστατωμένης κλινικής εκτίμησης, προκειμένου να διαπιστωθεί αν το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου⁵⁸. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μετα-ανάλυση⁸⁷ η βελτίωση της ικανότητας των γενικών ιατρών να διαγιγνώσκουν την κατάθλιψη μπορεί να επιτευχθεί με επανεκτίμηση των περιστατικών με υποψία κατάθλιψης.

Εφόσον το αποτέλεσμα της διαδικασίας διαλογής αποβεί θετικό, ο γιατρός οφείλει να κάνει μία εμπειριστατωμένη εκτίμηση, που να περιλαμβάνει: το ιστορικό της παρούσας νόσου και συνοδά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων συμπτωμάτων μανίας ή και ψύχωσης, καθώς και το ψυχιατρικό ιστορικό του ατόμου με στοιχεία που αφορούν την τωρινή αγωγή του, ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία, προηγούμενες νοσηλείες ή απόπειρες αυτοκτονίας, όπως και συνύπαρξη άλλων ψυχιατρικών ασθενειών²⁵. Ο γιατρός της Π.Φ.Υ. πρέπει να εξετάσει τη φαρμακευτική αγωγή, που λαμβάνει το άτομο, καθώς και ασθένειες που πιθανό να προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης. Ειδικές εξετάσεις, όπως π.χ. έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας, πρέπει να γίνονται μόνο, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις⁸⁸.

Διάφορα φάρμακα έχουν συσχετιστεί με εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως: η ιντερφερόνη, η αλφα-μεθυλντόπα, τα στεροειδή, η ισοτρετινοΐνη, η βαρενικλίνη, καθώς και οι ορμονικές θεραπείες. Η κατάχρηση αλκοόλης, καθώς και τα υπνωτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης και η συνύπαρξή τους με την κατάθλιψη είναι συχνή⁵¹. Επιπρόσθετα, η διακοπή ορισμένων ουσιών, όπως η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες, τα αγχολυτικά μπορούν να προκαλέσουν σύνδρομο που μιμείται κατάθλιψη. Στο πλαίσιο της αρχικής κλινικής εκτίμησης απαιτείται διαφορική διάγνωση της διαταραχής του συναισθήματος, που μπορεί να οφείλεται σε άλλο πρόβλημα υγείας. Ορισμένα νοσήματα συσχετίζονται με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, όπως νευρολογικά νοσήματα (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, άνοια, νόσος Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση), διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος, μεταβολικά νοσήματα (π.χ. υπερκαλιαιμία), κακοήθειες, καθώς και λοιμώδη νοσήματα^{89,90}.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Μία διεξοδική κλινική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει και πληροφορίες από τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, προκειμένου να εκτιμηθεί η επίδραση της κατάστασης του ατόμου στη λειτουργία της οικογένειας^{91,92}. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε τυχόν πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Σε ορισμένες κουλτούρες, η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα, όταν εμφανίζονται συμπτώματα ψύχωσης, διαταραχές μετατροπής ή και σοβαρή φυσική ασθένεια⁹³.

Ταξινόμηση της Κατάθλιψης

Σύσταση 3: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ταξινόμηση της νόσου σε ήπια, μέτρια, σοβαρή να στηρίζεται όχι μόνο στα συμπτώματα, αλλά και στην έκπτωση της λειτουργικότητας και στη διάρκεια του επεισοδίου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Τα διαγνωστικά κριτήρια και οι μέθοδοι ταξινόμησης των καταθλιπτικών διαταραχών έχουν αλλάξει κατά τη διάρκεια των ετών. Δύο είναι τα διεθνώς αποδεκτά διαγνωστικά συστήματα που έχουν σε γενικές γραμμές παρόμοια διαγνωστικά χαρακτηριστικά για την κλινικώς σημαντική-σοβαρή κατάθλιψη. Σύμφωνα με το DSM-IV³² ή και V³⁴ η κλινικά σοβαρή κατάθλιψη ορίζεται ως Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, ενώ σύμφωνα με το ICD-10³³ ορίζεται ως καταθλιπτικό επεισόδιο. Ωστόσο υπάρχουν και διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων, κυρίως όσον αφορά το κατώφλι των συμπτωμάτων που απαιτούνται για τη διάγνωση της νόσου. Σύμφωνα με το DSM-IV απαιτούνται τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα (στα οποία πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνεται ένα από τα εξής δύο συμπτώματα-κλειδιά: καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία. Κατά το ICD-10 απαιτούνται τέσσερα από τα δέκα συμπτώματα (τουλάχιστο δύο από τα εξής τρία: καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, ελαττωμένη ενέργεια, και τουλάχιστο δύο επιπλέον από τα υπόλοιπα επτά). Αναλυτικά το σύνολο των συμπτωμάτων αναφέρεται στον ορισμό του νοσήματος. Η συμπτωματολογία πρέπει να επιμένει για τουλάχιστο δύο εβδομάδες σύμφωνα και με τα δύο διαγνωστικά συστήματα (με τη διαφορά ότι στο ICD-10 η διάρκεια των συμπτωμάτων μπορεί να είναι και μικρότερη, αν αυτά έχουν αιφνίδια έναρξη ή ασυνήθιστα σοβαρή κλινική εικόνα). Επιπλέον, και στα δύο συστήματα τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, που επιδεινώνεται με τη σοβαρότητα του επεισοδίου. Η λειτουργικότητα αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ακαδημαϊκή ή



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

εργασιακή απόδοση, καθώς και τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Η σταδιοποίηση της βαρύτητας της κατάθλιψης περιγράφεται στο κεφάλαιο του ορισμού.

Η πλειοψηφία των υπαρχουσών Κ.Ο. χρησιμοποιεί το σύστημα DSM-IV για τη διάγνωση και την ταξινόμηση της κατάθλιψης^{25,26,28,30}.

Παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη)

Ψυχοθεραπευτικές Μέθοδοι

Σύσταση 4: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί, οι Ιατροί άλλων ειδικοτήτων καθώς και οι επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να παρέχουν, εφόσον είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ψυχολογικές θεραπείες (συμπεριφορική ενεργοποίηση, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική θεραπεία, θεραπεία επίλυσης προβλημάτων) πριν ή/ και παράλληλα με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ή να παραπέμπουν σε ειδικό θεραπευτή ή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε αντίθετη περίπτωση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί συνδυσμό οδηγιών από υπάρχουσες Κ.Ο.^{25,30} και ταυτόχρονα προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στο πάνελ. Οι ψυχολογικές θεραπείες συστήνονται από τις υπάρχουσες Κ.Ο. ως αρχική θεραπευτική επιλογή είτε ως μονοθεραπεία, κυρίως σε ηπιότερες μορφές της νόσου²⁶⁻²⁹, είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή^{25,30}, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της κατάθλιψης. Οι ψυχολογικές θεραπείες θα πρέπει να παρέχονται από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας⁹⁴. Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχοθεραπευτή, όπως είναι οι ικανότητες και η εμπειρία του, καθώς και με παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως φύση και διάρκεια των συμπτωμάτων, στάσεις και αντιλήψεις του ατόμου, προηγούμενη ανταπόκριση σε ψυχοθεραπευτική μέθοδο²⁵.

Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις^{95,96} η συμπεριφορική ενεργοποίηση είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, τόσο σε ενήλικες όσο και σε ηλικιωμένους συγκριτικά με τη συνήθη φροντίδα και εξίσου αποτελεσματική με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ).

Επιστημονική τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-αναλύσεις καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ΓΣΘ είναι περισσότερο αποτελεσματική συγκριτικά με τη συνήθη θεραπεία και τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική με άλλες ψυχολογικές θεραπείες, όπως η



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ψυχοδυναμική ή η διαπροσωπική θεραπεία⁹⁷⁻¹⁰⁰. Η σύγκριση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ με τη φαρμακοθεραπεία καταλήγει σε αντιφατικά αποτελέσματα^{101,102} και σύμφωνα με μετα-ανάλυση πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων σχετικά με τη συγκριτική αποτελεσματικότητα μεταξύ φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας¹⁰³.

Η διαπροσωπική θεραπεία είναι αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης ασθενών με ΜΚΔ, όπως προκύπτει από συστηματικές ανασκοπήσεις^{104,105}. Σύμφωνα με άλλη συστηματική ανασκόπηση¹⁰⁶ η διαπροσωπική θεραπεία έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα στα συμπτώματα της κατάθλιψης σε σχέση με τη ΓΣΘ, αλλά και τη φαρμακοθεραπεία. Ωστόσο, η ΓΣΘ φάνηκε να υπερέχει στη μείωση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη συγκριτικά με τη διαπροσωπική¹⁰⁷.

Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων είναι αποτελεσματική κυρίως στην πρόληψη της κατάθλιψης των ηλικιωμένων¹⁰⁸, καθώς έχει εφαρμοστεί σε αυτήν ηλικιακή ομάδα στην Π.Φ.Υ.^{109,110}, σε ασθενείς με συννοσηρότητα¹¹¹ και κυρίως σε ήπιες μορφές κατάθλιψης. Σύμφωνα με αποτέλεσμα μετα-ανάλυσης¹¹², η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων βρέθηκε να είναι περισσότερο αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης συγκριτικά με παρεμβάσεις ελέγχου, αν και μεταξύ των μελετών υπήρχε μεγάλη ετερογένεια.

Συμπερασματικά, αναφορικά με την υπεροχή της μίας έναντι της άλλης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση¹¹³ διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των κύριων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (συμπεριφορική ενεργοποίηση, ΓΣΘ, διαπροσωπική θεραπεία, θεραπεία επίλυσης προβλημάτων).

Θεραπευτική διαχείριση ήπιας κατάθλιψης

Σύσταση 5: Σε άτομα με ήπια κατάθλιψη, οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εάν δεν είναι εκπαιδευμένοι στην εφαρμογή ψυχολογικών θεραπειών (I) και δεν υπάρχει πρόσβαση σε υπηρεσίες παροχής ψυχολογικής υποστήριξης, μπορούν να ξεκινούν αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς, όπως εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I,III-1

Βαθμός Σύστασης: B

Σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.²⁵⁻³⁰ η θεραπευτική διαχείριση της ΜΚΔ στηρίζεται στην αρχική εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου (ήπια, μέτρια και σοβαρή). Οι ψυχολογικές



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

παρεμβάσεις συστήνονται από το σύνολο των Κ.Ο.²⁵⁻³⁰ για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. είτε ως μοναδική αρχική θεραπευτική επιλογή^{26,28,29}, κυρίως σε περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης, είτε σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία^{25,30}, ανεξαρτήτως βαρύτητας της νόσου. Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχοθεραπευτή, όπως είναι οι ικανότητες και η εμπειρία του⁹⁴, καθώς και με παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως φύση και διάρκεια των συμπτωμάτων, στάσεις και αντιλήψεις του ατόμου, προηγούμενη ανταπόκριση σε ψυχοθεραπευτική μέθοδο²⁵.

Σύμφωνα με μετα-ανάλυση,¹¹⁴ οι σύντομες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην Π.Φ.Υ. και ίσως να μη διαφέρουν από τη φαρμακοθεραπεία. Οι ψυχολογικές θεραπείες είναι καλύτερα ανεκτές²⁶ και ίσως έχουν μεγαλύτερης διάρκειας επίδραση συγκριτικά με τα αντικαταθλιπτικά^{28,115}. Υπάρχουν ωστόσο φραγμοί στην εφαρμογή τους κυρίως λόγω κόστους και διαθεσιμότητας²⁸.

Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου είναι: η σοβαρότητα και η χρονιότητα των συμπτωμάτων, η παρουσία ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων ερεθισμάτων, η παρουσία συνοδών νοσημάτων, πολιτισμικές αντιλήψεις, διαθεσιμότητα και επάρκεια των θεραπευτικών επιλογών, καθώς και οι προτιμήσεις των ασθενών²⁵. Ασθενείς με μεγαλύτερο αυτοέλεγχο της υγείας τους παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, όταν θεραπεύτηκαν είτε με ψυχοθεραπεία είτε με αντικαταθλιπτικά φάρμακα¹¹⁶. Επειδή τόσο τα αντικαταθλιπτικά όσο και η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικές μέθοδοι, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην προτίμηση του ατόμου¹¹⁷⁻¹¹⁹.

Σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας, λαμβάνοντας υπόψη τους την έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των γενικών ιατρών στη χώρα μας στην εφαρμογή ψυχολογικών θεραπειών και επί αδυναμίας πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ. να χορηγούν σε ασθενείς με ήπια κατάθλιψη αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς, όπως είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Σύμφωνα με τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή,¹²⁰ αν και οι περισσότεροι ασθενείς με ήπια ή ήπια προς μέτρια κατάθλιψη αναρρώνουν χωρίς θεραπεία εντός λίγων



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

εβδομάδων, εντούτοις ένας σημαντικός αριθμός ασθενών δε βελτιώνεται παρόλη την παρακολούθηση αρκετών μηνών.

Σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες:

1. Πρώτης γενιάς αντικαταθλιπτικά στα οποία περιλαμβάνονται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά TCAs και οι μη εκλεκτικοί αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (ΜΑΟΙs).
2. Δεύτερης γενιάς αντικαταθλιπτικά όπως οι: εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοναδρεναλίνης (SNRIs).
3. Άλλα αντικαταθλιπτικά, όπως η μιρταζαπίνη, η βουπροπιόνη, η τραζοδόνη και η νεφαζοδόνη.

Για τους περισσότερους ασθενείς η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών, καθώς και εντός της ίδιας κατηγορίας²⁵. Σε κλινικές μελέτες τα ποσοστά ανταπόκρισης στα διάφορα αντικαταθλιπτικά κυμαίνονται από 50% έως 75%. Επιστημονική τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-αναλύσεις¹²¹⁻¹²³, υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά τους συγκριτικά με το placebo στις σοβαρότερες μορφές σε σχέση με ηπιότερες μορφές της νόσου. Υπάρχουσες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸ δε συστήνουν τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε ήπιας βαρύτητας κατάθλιψη, εκτός και αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι (μη ανταπόκριση σε ψυχολογικές θεραπείες, συνοδό πρόβλημα υγείας, προτίμηση του ασθενή κ.ά.). Ωστόσο οδηγίες από άλλες Κ.Ο.^{25,30} συστήνουν τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής ανεξάρτητα από την αρχική βαρύτητα της νόσου, ακόμη και σε ήπιες μορφές κατάθλιψης. Η σύσταση αυτή ενισχύεται και από την ύπαρξη πρόσφατης μετα-ανάλυσης,¹²⁴ σύμφωνα με την οποία η υπεροχή της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών συγκριτικά με το placebo είναι ξεκάθαρη, και μάλιστα η αρχική βαρύτητα της νόσου δεν επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μία πολυκεντρική τυχαιοποιημένη δοκιμή,¹²⁰ που σχεδιάστηκε για να διευκρινιστεί αν τα αντικαταθλιπτικά, και συγκεκριμένα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) σε συνδυασμό με υποστηρικτική φροντίδα έναντι των ασθενών που έλαβαν μόνο υποστηρικτική φροντίδα είναι αποτελεσματικά σε ήπιες μορφές της νόσου, προέκυψε ότι η προσθήκη ενός SSRI επιπρόσθετα στην υποστηρικτική



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

φροντίδα ήταν αποδοτική, τόσο σε κλινικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα αυτό αφορούσε περιστατικά ήπιας κατάθλιψης, διάρκειας συμπτωμάτων τουλάχιστον 8 εβδομάδων. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ήπια προς μέτρια κατάθλιψη, που αντιμετωπίστηκαν σε επίπεδο Π.Φ.Υ. Αν και δεν είχε ομάδα ελέγχου, ο σχεδιασμός της προσομοιάζε με κανονικές συνθήκες άσκησης κλινικής πράξης. Συνολικά 220 ασθενείς στρατολογήθηκαν για τη μελέτη και οι εκβάσεις αξιολογήθηκαν στις 12 και 26 εβδομάδες. Οι ασθενείς έπρεπε να έχουν μία ελάχιστη βαθμολογία ίση με 12 τουλάχιστο στην κλίμακα Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale-HDRS) και τα συμπτώματα να επιμένουν για τουλάχιστον οκτώ εβδομάδες. Η υποστηρικτική φροντίδα από τους γενικούς ιατρούς περιελάμβανε συνεδρίες παρακολούθησης στις 2, 4, 8, και 12 εβδομάδες μετά την αρχική εκτίμηση. Συνολικά 87% των ασθενών έλαβε αντικαταθλιπτικά στην ομάδα των SSRIs σε συνδυασμό με υποστηρικτική φροντίδα και μόνο 20% στην ομάδα της υποστηρικτικής φροντίδας. Μία μικρή, όμως- στατιστικώς σημαντική- διαφορά καταγράφηκε στην κλίμακα HDRS στο διάστημα των 12 εβδομάδων. Ο αριθμός των ατόμων που έπρεπε να λάβει τη θεραπεία, προκειμένου ένας να θεραπευτεί (numbers needed to treat-NNT), για να επιτευχθεί συγκεκριμένα η ύφεση (HDRS < 8) ήταν 6 στις 12 εβδομάδες και 6 στις 26 εβδομάδες παρακολούθησης. Ο NNT, για να επιτευχθεί σημαντική βελτίωση (HDRS μείωση $\geq 50\%$), ήταν 7 και 5 αντίστοιχα.

Θεραπευτική διαχείριση μέτριας-σοβαρής κατάθλιψης

Σύσταση 6: Σε άτομα με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συστήνεται να χορηγούν αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία, εφόσον είναι διαθέσιμη.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λόγω της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους συστήνονται ως θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη από τους περισσότερους φορείς διανομής Κ.Ο.^{25-28,30}. Σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.^{25,30} για τους περισσότερους ασθενείς με κατάθλιψη (μέτρια ή σοβαρή) η έναρξη της φαρμακολογικής θεραπείας μπορεί να γίνει με ένα από τα φάρμακα των εξής κατηγοριών: SSRIs, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης (SNRIs), μιρταζαπίνη και βουπροπιόνη. Σύμφωνα με άλλες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸ συστήνεται ως θεραπεία πρώτης επιλογής για τους περισσότερους ασθενείς με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη η χορήγηση των SSRIs, και



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

ειδικότερα το γενόσημο σκεύασμα, εκτός και αν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι, που να υποστηρίζουν την επιλογή φαρμάκου από άλλη κατηγορία. Η αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι συγκρίσιμη μεταξύ φαρμάκων διαφορετικών κατηγοριών, αλλά και μεταξύ φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας²⁵. Υπάρχουν ωστόσο διαφορές, όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως: σεξουαλική δυσλειτουργία, καταστολή, αύξηση βάρους, ξηροστομία, ουλίτιδα και περιοδοντική νόσο^{125,126}. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τις παρενέργειες των φαρμάκων πριν την έναρξη της θεραπείας. Η αρχική επιλογή ενός αντικαταθλιπτικού πρέπει να στηρίζεται στις εξής παραμέτρους: στην ασφάλεια, την ανεκτικότητα, στο κόστος της θεραπείας, στο ιστορικό προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής, στην εμπειρία του κλινικού ιατρού, στην ύπαρξη ψυχιατρικής ή οργανικής συννοσηρότητας, καθώς και στις προτιμήσεις των ασθενών. Άλλοι παράγοντες, που πρέπει να ληφθούν υπόψη, περιλαμβάνουν φαρμακολογικές ιδιότητες του φαρμάκου, όπως ο χρόνος ημίσειας ζωής του, ο μεταβολισμός του μέσω του κυτοχρώματος P450 και πιθανές αλληλεπιδράσεις του με άλλα φάρμακα²⁵.

Οι SSRIs συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας, ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα ή σε όσους λαμβάνουν αντιπηκτικά ή άλλα φάρμακα που διαταράσσουν το γαστρεντερικό βλεννογόνο. Σε ηλικιωμένους ή σε άτομα που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή ασπιρίνη μπορεί να χρειαστεί η προσθήκη ενός γαστροπροστατευτικού παράγοντα. Η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη και η παροξετίνη συσχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα συγκριτικά με άλλους SSRIs. Η παροξετίνη εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων που σχετίζονται με διακοπή της θεραπείας συγκριτικά με άλλους SSRIs. Όταν συνταγογραφείται φάρμακο άλλης κατηγορίας πλην των SSRIs, θα πρέπει να συνυπολογισθούν οι εξής παράμετροι:

η αυξημένη πιθανότητα διακοπής της θεραπείας εξαιτίας ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως συμβαίνει συχνά με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και την βενλαφαξίνη.

Η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων απαιτεί ειδικές προφυλάξεις και στενή παρακολούθηση, όπως:

– η βενλαφαξίνη σε υψηλές δόσεις μπορεί να επιδεινώσει καρδιακές αρρυθμίες, καθώς και να απορρυθμίσει την αρτηριακή πίεση.

– η ντουλοξετίνη, επίσης, μπορεί να επιδεινώσει την αρτηριακή υπέρταση.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

- τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προκαλούν ορθοστατική υπόταση και αρρυθμίες.
- οι μη αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι προτιμότερο να συνταγογραφούνται από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας^{25-27,30}

Η σχετική ασφάλεια των SSRIs σε περίπτωση υπερδοσολογίας τα καθιστά περισσότερο ασφαλή από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και επίσης στερούνται των καρδιαγγειακών επιπλοκών που συνδέονται με τα τρικυκλικά¹²⁷.

Σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-ανάλυσεις η αποτελεσματικότητα των SSRIs έχει συγκριθεί με αυτή άλλων αντικαταθλιπτικών και κυρίως με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Οι SSRIs έχουν αποδείξει συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά,¹²⁸⁻¹³¹ ακόμη και όταν συνυπάρχουν συμπτώματα άγχους^{129,130,132-134}. Αν και σύμφωνα με μετα-ανάλυση προέκυψε μικρή υπεροχή των SNRIs έναντι των άλλων αντικαταθλιπτικών, αναφορικά με τα ποσοστά υποτροπής¹³⁵, η πλειοψηφία των επιστημονικών δεδομένων υποστηρίζει την υπεροχή των SSRIs συγκριτικά με όλες τις άλλες κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών^{128,133,134, 136-139}. Μία μετα-ανάλυση υποστηρίζει μία μικρή ανωτερότητα της εσιταλοπράμης συγκρινόμενη με άλλους SSRIs και την βενλαφαξίνη¹³⁶, ενώ μία άλλη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι : η εσιταλοπράμη, η σεραλίνη, η βενλαφαξίνη και η μιρταζαπίνη έχουν σημαντικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με την ντουλοξετίνη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη και παροξετίνη¹⁴⁰. Μετα-ανάλυσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των διαφόρων SSRIs^{128, 136,137,139,141,142}.

Υπάρχει τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-ανάλυση σχετικά με τη συγκριτική αποτελεσματικότητα δώδεκα αντικαταθλιπτικών νεότερης γενιάς για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης. Συνολικά ανασκοπήθηκαν 117 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (25.928 συμμετέχοντες) από το 1991 έως το 2007, οπότε και συγκρίθηκαν μεταξύ τους τα εξής αντικαταθλιπτικά: βουπροπιόνη, σιταλοπράμη, ντουλοξετίνη, εσιταλοπράμη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, μινασιπράμ, μιρταζαπίνη, παροξετίνη, ρεμποξετίνη, σεραλίνη και βενλαφαξίνη. Οι κύριες εκβάσεις της net-work μετα-ανάλυσης ήταν η αναλογία των ασθενών που ανταποκρίθηκαν ή αποσύρθηκαν από την παρεχόμενη θεραπεία. Τα κύρια συμπεράσματα ήταν: η μιρταζαπίνη, η εσιταλοπράμη, η βενλαφαξίνη και η σεραλίνη ήταν περισσότερο αποτελεσματικές από τη ντουλοξετίνη odds ratios [OR] (1·39, 1·33, 1·30 and 1·27, αντίστοιχα), από τη φλουοξετίνη (1·37, 1·32, 1·28, and 1·25,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

αντίστοιχα), τη φλουβοξαμίνη (1·41, 1·35, 1·30, and 1·27, αντίστοιχα), την παροξετίνη (1·35, 1·30, 1·27, and 1·22, αντίστοιχα), και ρεμποξετίνη (2·03, 1·95, 1·89, and 1·85, αντίστοιχα). Η ρεμποξετίνη ήταν σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με όλα τα άλλα αντικαταθλιπτικά. Η εσιταλοπράμη και η σερταλίνη είχαν το καλύτερο προφίλ αποδοχής και το μικρότερο ποσοστό διακοπής συγκριτικά με τη ντουλοξετίνη, τη φλουβοξαμίνη, την παροξετίνη, τη ρεμποξετίνη και τη βενλαφαζίνη. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νεότερων αντικαταθλιπτικών, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή τους, με την εσιταλοπράμη και τη σερταλίνη να έχουν το καλύτερο προφίλ έναντι των υπολοίπων. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μετα-ανάλυση¹⁴⁰ προκύπτει ότι η σερταλίνη ίσως αποτελεί την καλύτερη επιλογή για έναρξη θεραπείας σε μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη στους ενήλικες, καθώς διαθέτει το ευνοϊκότερο προφίλ αποτελεσματικότητας, αποδοχής και κόστους. Έχει αποδειχθεί επίσης από μετα-ανάλυση η συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα της μιρταζαπίνης¹⁴³.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα εκτός από την κλινική αποτελεσματικότητα είναι και το κόστος της αντικαταθλιπτικής αγωγής στην Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση έγινε σύγκριση μεταξύ 10 αντικαταθλιπτικών (σιταλοπράμη, ντουλοξετίνη, εσιταλοπράμη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, μιρταζαπίνη, παροξετίνη, ρεμποξετίνη, σερταλίνη και βενλαφαζίνη), όσον αφορά τα ποσοστά ύφεσης. Στη συνέχεια τα ποσοστά ύφεσης με ειδική στατιστική επεξεργασία μεταφράστηκαν σε κόστος και ποιότητα ζωής σε διάρκεια ενός έτους. Το αποτέλεσμα ήταν ότι η εσιταλοπράμη είχε το υψηλότερο ποσοστό ύφεσης, ήταν η περισσότερο αποτελεσματική τόσο σε κλινικό επίπεδο όσο και συγκριτικά με το κόστος στην Π.Φ.Υ. Επομένως, μικρές διαφορές στα ποσοστά ύφεσης μεταξύ των διαφόρων θεραπειών μπορεί να είναι σημαντικές, όταν υπολογίζεται η κλινική και οικονομική αποτελεσματικότητα¹⁴⁴.

Η ομάδα δημιουργίας των συγκεκριμένων Κ.Ο. στηριζόμενη στα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα συστήνει ως αρχική φαρμακευτική επιλογή για τους περισσότερους ενήλικους ασθενείς με κατάθλιψη-ανεξάρτητα από την βαρύτητα της νόσου- στην Π.Φ.Υ. την επιλογή ενός φαρμάκου από τις παρακάτω κατηγορίες: SSRIs, SNRIs, καθώς και μιρταζαπίνης.

Υπάρχουσες Κ.Ο. συστήνουν το συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής με ψυχολογικές θεραπείες σε μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη²⁵⁻³⁰. Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις^{114,117,145} οι ψυχολογικές θεραπείες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία της ΜΚΔ σε επίπεδο Π.Φ.Υ. γενικά και στους ηλικιωμένους ασθενείς ειδικότερα¹⁴⁶. Σε επίπεδο



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Π.Φ.Υ, όπως προκύπτει και από μετα-ανάλυση οι σύντομες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας^{147,148}. Η περισσότερο προσιτή μορφή ψυχοθεραπείας για τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ίσως είναι η δομημένη θεραπεία επίλυσης προβλημάτων. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση¹⁴⁹ προκύπτει ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικός στη βελτίωση της συμπτωματολογίας των ασθενών με κατάθλιψη και μάλιστα αποδίδει περισσότερο σε σοβαρές, σύνθετες και χρόνιες περιπτώσεις¹⁵⁰⁻¹⁵².

Αρχική παρακολούθηση θεραπείας

Σύσταση 7: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κατά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής, σε άτομα χωρίς αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας η αρχική εκτίμηση να γίνεται σε 1-2 εβδομάδες και στη συνέχεια κάθε 2-4 εβδομάδες για τους πρώτους τρεις μήνες, εφόσον υπάρχει εμφανής βελτίωση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση στηρίζεται σε οδηγίες από υπάρχουσες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸. Σύμφωνα, λοιπόν, με υπάρχουσες Κ.Ο.²⁶⁻²⁸ συστήνεται κατά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής να εξετάζεται η ύπαρξη κινδύνου αυτοκτονίας¹⁵³ (αυτοκτονικού ιδεασμού, επαναλαμβανόμενων σκέψεων θανάτου, ύπαρξης συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας, οικογενειακού ή ατομικού ιστορικού απόπειρας, έντονης απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, συμπτωμάτων άγχους, ανησυχίας, εκνευρισμού κ.ά.). Αύξηση του άγχους, της ανησυχίας και του εκνευρισμού μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας με SSRIs. Τα συμπτώματα αυτά είναι ενοχλητικά και μπορούν να συνδυαστούν με αυξημένη αυτοκτονικότητα. Στην περίπτωση που εμφανιστούν τα συμπτώματα αυτά οι ασθενείς πρέπει να ενημερώσουν το γιατρό τους και να εξετασθεί το ενδεχόμενο πιθανής τροποποίησης της αγωγής τους^{26,27}. Σύμφωνα με αναδρομικού τύπου μελέτη¹⁵³, που πραγματοποιήθηκε για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος θανάτου από αυτοκτονία, προέκυψε ότι ο κίνδυνος δεν είναι σημαντικά υψηλότερος κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της θεραπείας συγκριτικά με τους επόμενους. Επιπρόσθετα, όταν τα νεότερα αντικαταθλιπτικά συγκρίθηκαν με τα παλαιότερα, μία αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας κατά την έναρξη της θεραπείας αφορούσε μόνο τα παλαιότερα. Ωστόσο, το αρχικό διάστημα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμο και απαιτείται στενή παρακολούθηση των ασθενών από το θεράποντα ιατρό της Π.Φ.Υ.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

Αρχική παρακολούθηση θεραπείας σε υψηλού κινδύνου ασθενείς

Σύσταση 8: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε περιπτώσεις ασθενών υψηλού αυτοκτονικού κινδύνου, να παραπέμπουν πρωτίστως για τη διαχείριση της περίπτωσης σε ειδικές διεπιστημονικές ομάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή σε ψυχιάτρους ή σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της συγκεκριμένης Κ.Ο. Η αυτοκτονία αποτελεί τη χειρότερη έκβαση της ΜΚΔ και η εκτίμηση του κινδύνου για αυτοκτονία είναι δύσκολη διαδικασία, απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και θα πρέπει να γίνεται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας και όχι μόνο στην αρχή. Απαιτείται εμπειριστατωμένη κλινική εκτίμηση από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που να λαμβάνει υπόψη της ένα σύνολο παραγόντων για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας¹⁵⁴. Σύμφωνα με υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες^{26,28}, συστήνεται η αρχική παρακολούθηση σε άτομα ηλικίας <30 ετών ή σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας να γίνεται την πρώτη εβδομάδα μετά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής, στη συνέχεια συστήνεται επανεκτίμηση κάθε 1-2 εβδομάδες μέχρι να υπάρξει εμφανής κλινική βελτίωση. Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις κλινικών δοκιμών σε νεαρούς ενήλικες (ηλικίας μικρότερης συνήθως των 25 ετών, διαπιστώθηκε αύξηση της αυτοκτονικότητας (αυτοκτονικές ιδέες και συμπεριφορές) και ειδικότερα αύξηση του σχετικού κινδύνου για αυτοκτονία κατά 1,5 έως 2,5 φορές κατά την έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής¹⁵⁵⁻¹⁵⁹, χωρίς, ωστόσο, να έχει επιβεβαιωθεί αύξηση της θνητότητας ως αποτέλεσμα της αυτοκτονίας¹⁶⁰. Συνήθως η αύξηση της αυτοκτονικότητας κατά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής αποδίδεται σε μη ορθή διάγνωση¹⁶¹⁻¹⁶² (ύπαρξη μεικτών στοιχείων ή και διπολικότητας). Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας περιλαμβάνει προσεκτική αξιολόγηση ενός συνόλου κλινικών παραγόντων: ατομικό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, επιθυμία θανάτου, ύπαρξη συγκεκριμένου σχεδίου, σοβαρότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (απελπισία, αυτοενοχή, αϋπνία, ψυχωτικά στοιχεία, ανησυχία), συννοσηρότητα με ψυχικές- κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας- ή σωματικές ασθένειες, επίμονα ψυχοκοινωνικά στρεσογόνα ερεθίσματα, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας σε συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού, καθώς και έλλειψη οικογενειακού, κοινωνικού ή ιατρικού υποστηρικτικού πλαισίου¹⁶³⁻¹⁶⁷.

Οι ειδικοί που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας δε συστήνουν συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα παρακολούθησης αυτών των ασθενών, απλά προτείνουν, εφόσον κατά



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

την έναρξη της θεραπείας διαπιστωθεί από τον θεράποντα ιατρό της Π.Φ.Υ. αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας, να παραπέμπεται ο ασθενής πρωτίστως σε ειδικές διεπιστημονικές ομάδες της Π.Φ.Υ. ή σε ψυχιάτρους ή σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ανταπόκριση στη θεραπεία-Χρονική διάρκεια θεραπείας

Σύσταση 9: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ενθαρρύνουν τους ασθενείς που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή και ανταποκρίνονται στη θεραπεία να συνεχίσουν την αγωγή τους για 6-12 μήνες μετά την ύφεση του καταθλιπτικού επεισοδίου με στόχο τη μείωση του κινδύνου της υποτροπής της κατάθλιψης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών, που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας, και εν μέρει στηρίζεται σε συστάσεις από υπάρχουσες Κ.Ο. Σύμφωνα, λοιπόν, με οδηγίες από υπάρχουσες Κ.Ο.^{25-28,30}, ο απώτερος στόχος της θεραπείας της ΜΚΔ πρέπει να είναι η πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων, η επιστροφή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας και η πρόληψη της επανεμφάνισης της κατάθλιψης.

Εκτιμάται ότι το 30% των νέων και το 50% των ενηλίκων που εμφανίζει ένα επεισόδιο κατάθλιψης θα υποτροπιάσει, ανεξάρτητα από τη θεραπεία, και ένα ποσοστό αυτών θα μεταπέσει σε χρόνια^{26,27,168}. Ψυχοκοινωνικά στρεσογόνα ερεθίσματα φαίνεται να διαδραματίζουν το μεγαλύτερο ρόλο κατά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης, ενώ η συμβολή τους στην πρόκληση μεταγενέστερων επεισοδίων είναι μικρότερη. Αυτό σημαίνει ότι η αποτελεσματική παρέμβαση κατά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης συμβάλλει ουσιαστικά στην αναχαίτιση της ανάπτυξης μιας ευπαθούς προσωπικότητας που συσχετίζεται με επανεμφάνιση της νόσου¹⁶⁹. Σύμφωνα με επιστημονικές ενδείξεις η επίτευξη πλήρους ύφεσης από ένα οξύ καταθλιπτικό επεισόδιο είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόληψης της υποτροπής και της επανεμφάνισης της νόσου¹⁷⁰.

Θεραπεία οξείας φάσης

Πρόκειται για την αρχική φάση της θεραπείας που στοχεύει στην ύφεση. Διαρκεί 6 με 12 εβδομάδες μπορεί, όμως, το χρονικό διάστημα να παραταθεί μέχρι να επιτευχθεί η ύφεση²⁵. Ύφεση ορίζεται το χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών εβδομάδων κατά το



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

οποίο απουσιάζουν τα βασικά συμπτώματα της νόσου-καταθλιπτική διάθεση και ανηδονία- και υπάρχουν το πολύ τρία συμπτώματα της ΜΚΔ¹⁷¹. Η ύφεση είναι η κατάσταση στην οποία υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία της νόσου ή βαθμολογία στο ΡΗQ-9 μικρότερη ή ίση με 4³⁰. Πλήρης ύφεση ορίζεται το χρονικό διάστημα δύο μηνών κατά το οποίο απουσιάζουν συμπτώματα και σημεία μείζονος κατάθλιψης²⁵.

Συνεχιζόμενη φάση θεραπείας

Μία επιτυχημένη οξεία φάση ακολουθείται από τη συνεχιζόμενη φάση, η οποία διαρκεί 4 με 9 μήνες σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.^{25,172}. Ο στόχος σε αυτή τη φάση είναι η πρόληψη της υποτροπής κατά τη διάρκεια της ευπαθούς περιόδου αμέσως μετά την ύφεση^{173,174}. Η πιθανότητα της υποτροπής θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε αυτή τη φάση της θεραπείας, καθώς ο κίνδυνος είναι μεγάλος¹⁷⁵. Κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά την ανάρρωση από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο η υποτροπή είναι πολύ συχνή, με ποσοστό που κυμαίνεται περίπου από 20%^{176,35} μέχρι και 85%¹⁷⁷ σε πιο σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς που δεν αναρρώνουν πλήρως κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής και ανάγκη για μεγαλύτερης διάρκειας συνεχιζόμενη φάση θεραπείας συγκριτικά με όσους δεν έχουν υπολειμματικά στοιχεία της νόσου^{171,178}. Σύμφωνα με προοπτικού τύπου μελέτη¹⁷⁹ φάνηκε ότι η παρουσία ήπιων υπολειμματικών στοιχείων φαίνεται να αποτελεί πιο σημαντικό παράγοντα επανεμφάνισης επεισοδίου ΜΚΔ συγκριτικά με το προηγούμενο ιστορικό πολλαπλών επεισοδίων ΜΚΔ. Παρόμοια ποσοστά υποτροπής έχουν και οι ασθενείς που δεν έχουν πετύχει πλήρη ύφεση με την ψυχοθεραπεία¹⁸⁰⁻¹⁸².

Αν και οι τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με αντικαταθλιπτικά φάρμακα στη συνεχιζόμενη φάση της θεραπείας είναι περιορισμένες^{183,184}, οι υπάρχουσες Κ.Ο. υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που θεραπεύονται για το πρώτο επεισόδιο με ένα συγκεκριμένο αντικαταθλιπτικό και έχουν ικανοποιητική ανταπόκριση πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνουν το ίδιο φάρμακο στην πλήρη θεραπευτική δόση για διάστημα τουλάχιστο 4 με 9 μηνών^{25,172}. Ικανοποιητική ανταπόκριση θεωρείται η κλινικά σημαντική μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων τουλάχιστο κατά 50% (ο υπολογισμός μπορεί να γίνει και με βάση τη βαθμολογία από μία κλίμακα, όπως π.χ. είναι το ερωτηματολόγιο ΡΗQ-9). Αξιόπιστα εργαλεία, όπως π.χ. το ΡΗQ-9, που χρησιμοποιούνται για την αρχική ανίχνευση και εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως εργαλεία παρακολούθησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.^{67,68}. Για



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας μία ελάττωση κατά 5 βαθμούς στη βαθμολογία του PHQ-9 θεωρείται κλινικά σημαντική διαφορά¹⁸⁵.

Θεραπεία συντήρησης

Είναι η φάση της θεραπείας που έπεται της συνεχιζόμενης φάσης. Ο στόχος σε αυτή τη φάση είναι η πρόληψη της επανεμφάνισης νέων επεισοδίων κατάθλιψης¹⁷³. Οι πλέον κατάλληλοι υποψήφιοι για λήψη θεραπείας συντήρησης είναι: ασθενείς που είχαν τρία ή και περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης, όσοι είχαν δύο επεισόδια, αλλά και σύντομη επανεμφάνιση νέου επεισοδίου, ασθενείς μεγάλης ηλικίας κατά την έναρξη του πρώτου επεισοδίου (> 60 ετών)¹⁸⁶, όσοι είχαν σοβαρά επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό, όσοι είχαν υπολειμματικά συμπτώματα, ασθενείς με συνοδό αγχώδη διαταραχή ή και όσοι κάνουν κατάχρηση ουσιών²⁵. Παράγοντες κινδύνου για επανεμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου αποτελούν: η παρουσία οργανικού προβλήματος υγείας, επίμονες διαταραχές του ύπνου, καθώς και παρουσία στρεσογόνων ψυχοκοινωνικών ερεθισμάτων^{25,187}. Η θεραπεία συντήρησης διαρκεί 2 με 3 έτη και η παρακολούθηση σε αυτή τη φάση μπορεί να γίνει κάθε 3 με 12 μήνες, εφόσον ο ασθενής βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση^{187,188}.

Συμπερασματικά, οι ειδικοί που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας για την παρούσα Κ.Ο, λαμβάνοντας υπόψη τους τις υπάρχουσες οδηγίες, καθώς και τις μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι: οι ασθενείς που ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη θεραπεία τους για το πρώτο επεισόδιο ΜΚΔ πρέπει να ενθαρρύνονται από τους γενικούς ιατρούς, καθώς και από τους άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ, να συνεχίσουν την αγωγή τους στην ίδια θεραπευτική δόση για 6-12 μήνες μετά την ύφεση του πρώτου καταθλιπτικού επεισοδίου με στόχο την πρόληψη της υποτροπής.

Μερική ανταπόκριση -Μη ανταπόκριση στη θεραπεία

Σύσταση 10: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να αυξάνουν τη δόση του φαρμάκου, εφόσον υπάρχει μερική ανταπόκριση στη θεραπεία μετά από διάστημα 3-4 εβδομάδων, και, σε περίπτωση μη ανταπόκρισης στη θεραπεία μετά από 4-6 εβδομάδες, συστήνεται να γίνει επαναξιολόγηση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός Σύστασης: A



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

Η μερική ανταπόκριση αναφέρεται στη μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων τουλάχιστο κατά 25% (ο υπολογισμός μπορεί να γίνει βάση της βαθμολογίας από μία κλίμακα, όπως π.χ. είναι το ερωτηματολόγιο PHQ-9). Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται πλήρως στη φαρμακευτική αγωγή μετά από διάστημα 3-4 εβδομάδων μπορεί να αυξηθεί η δόση του φαρμάκου. Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν την αύξηση της δόσης είναι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και η συμμόρφωση στην αγωγή, καθώς ενδέχεται να αποτελέσουν αιτία πρόωρης διακοπής της θεραπείας¹⁸⁹⁻¹⁹⁰. Εκτός από την αύξηση της δόσης, μία στρατηγική που προτείνεται από υπάρχουσες Κ.Ο.^{25-28,30} σε περιπτώσεις μερικής ανταπόκρισης στην αρχική αγωγή είναι η επέκταση της θεραπείας με προσθήκη και ενός άλλου αντικαταθλιπτικού. Σύμφωνα με τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή¹⁹¹ η αύξηση της δόσης ενός SSRI (φλουοξετίνη) σε ασθενή με μερική ανταπόκριση φάνηκε να υπερτερεί συγκριτικά με την προσθήκη ενός άλλου αντικαταθλιπτικού.

Εάν δεν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία μετά από 4-6 εβδομάδες,, συστήνεται να γίνει επαναξιολόγηση. Παράγοντες που πρέπει να εξεταστούν στην περίπτωση αυτή είναι: ύπαρξη συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως π.χ. κατάχρηση ουσιών, διαταραχή προσωπικότητας, διπολική διαταραχή¹⁹², έλεγχος συμμόρφωσης του ασθενή στη θεραπεία, τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου με τεχνικές είτε επέκτασης-ενίσχυσης της θεραπείας¹⁹³ ή με προσθήκη ψυχοθεραπευτικής μεθόδου¹⁹⁴ ή αλλαγή του είδους της ψυχολογικής θεραπείας ή παραπομπή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας^{30,195}.

Διαχείριση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Σύσταση 11: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη διαχείριση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους να λαμβάνουν υπόψη τους επιπρόσθετα τις φυσιολογικές μεταβολές του οργανισμού που σχετίζονται με την ηλικία, τα πιθανά συνοδά νοσήματα, καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ηλικιωμένος.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Το ποσοστό της κατάθλιψης σε ενήλικες άνω των 65 ετών κυμαίνεται από 7% έως 36% σε εξωτερικούς ασθενείς και αυξάνει στο 40% σε νοσηλευόμενους. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλες σωματικές ή ψυχικές ασθένειες είναι πολύ συχνή στους ηλικιωμένους^{196,197}. Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης ανευρίσκονται σε ασθενείς με



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (30 έως 60%), στεφανιαία νόσο (έως 44%), καρκίνο (έως 40%), νόσο Parkinson (40%) και άνοια τύπου Alzheimer (20 έως 40%). Το ποσοστό επανεμφάνισης είναι επίσης εξαιρετικά υψηλό¹⁹⁸ (40%).

Παρόμοια με άλλες ηλικιακές ομάδες, οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να μην αναφέρουν στον γιατρό τους τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Συχνά προσέρχονται με μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, όπως αυπνία, διαταραχές της όρεξης, έλλειψη ενέργειας, κόπωση, χρόνιο πόνο, δυσκοιλιότητα, καθώς και μυοσκελετικές διαταραχές. Η ανάρρωση των ηλικιωμένων είναι παρόμοια με αυτή των νεότερων ασθενών, εφόσον υπάρχει η κατάλληλη αντιμετώπιση. Συνήθως η θεραπεία διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, καθώς οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται περισσότερο χρόνο για την επίτευξη ύφεσης. Οι ηλικιωμένοι είναι συνήθως αυτοί που έχουν ανάγκη από θεραπεία διατήρησης^{30,186}. Συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν υποτροπή της νόσου και είναι λιγότερο πιθανό να πετύχουν πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία¹⁹⁹⁻²⁰¹.

Τεκμηρίωση προερχόμενη από μετα-αναλύσεις υποστηρίζει ότι τόσο η φαρμακοθεραπεία²⁰²⁻²⁰⁵ όσο και η ψυχοθεραπεία⁹⁶ είναι κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, καθώς υπερτερούν έναντι του placebo κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της θεραπείας. Κατά τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών ο θεράπων ιατρός πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του τον μεταβολισμό του φαρμάκου, καθώς επηρεάζεται από τις φυσιολογικές μεταβολές του οργανισμού κατά τη γήρανση, από τα συνοδά νοσήματα, καθώς και από τη φαρμακευτική αγωγή, που λαμβάνει ο ασθενής. Σε όσους δεν ανταποκρίνονται σε διαφορετικά αντικαταθλιπτικά μεμονωμένα, η ενίσχυση-επέκταση της θεραπείας ίσως είναι απαραίτητη. Η ψυχοθεραπεία είναι επίσης κατάλληλη, υπάρχουν ωστόσο περιορισμοί λόγω γνωσιακών διαταραχών. Παρεμβάσεις συμπεριφορικής ενεργοποίησης, όπως καθημερινή συμμετοχή σε ευχάριστες δραστηριότητες, είναι ασφαλείς, απλές και έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της κατάθλιψης των ηλικιωμένων⁹⁵. Τεκμηρίωση προερχόμενη από τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα της ατομικής ΓΣΘ σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη σε επίπεδο Π.Φ.Υ.²⁰⁶ Επιπρόσθετα, η μακροπρόθεσμη κλινική αποτελεσματικότητα της θεραπείας της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους τεκμηριώνεται και από μεγάλη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή²⁰⁷.

Θεραπεία συννοσηρότητας



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 12: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε περίπτωση συννοσηρότητας της κατάθλιψης με άλλες ψυχικές ή σωματικές παθήσεις, η ταυτόχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας. Οι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά έχουν συνοδά νοσήματα²⁰⁸, ειδικά οι ηλικιωμένοι. Στη μελέτη STAR*D οι συμμετέχοντες είχαν κατά μέσο όρο 3,3 προβλήματα υγείας²⁰⁹. Διάφορα νοσήματα έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, όπως: χρόνιος πόνος²¹⁰⁻²¹², διαβήτης²¹³⁻²¹⁴, καρκίνος²¹⁵⁻²¹⁶, λοίμωξη από τον HIV²¹⁷⁻²²⁰, νόσος του Parkinson²²¹, καρδιαγγειακά²²²⁻²²³ και αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα²²⁴⁻²²⁵. Μελέτες κατέδειξαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ αποτελεσματικής θεραπείας της κατάθλιψης και βελτίωσης της συμμόρφωσης στη θεραπεία των χρόνιων νοσημάτων, όπως στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη²²⁶, του άσθματος και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας²²⁷. Αν και θα περίμενε κανείς ότι η αποτελεσματική ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης θα βελτίωνε τις κλινικές εκβάσεις των συνοδών νοσημάτων, ωστόσο τα υποτιθέμενα οφέλη της αντικαταθλιπτικής αγωγής, όπως ελάττωση της θνητότητας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη, είναι δύσκολο να αποδειχθούν.

Καρδιαγγειακή Νόσος

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση η κατάθλιψη συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου²²⁸⁻²²⁹ και με αυξημένο (κατά τέσσερις φορές) κίνδυνο θνητότητας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου²³⁰, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν άλλες μελέτες που αμφισβητούν την ύπαρξη αυτής της συσχέτισης²³¹⁻²³². Η μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη πριν την εγχείριση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου στο διπλάσιο σε σχέση με όσους δεν πάσχουν από κατάθλιψη²³³.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά δεδομένα που να υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία ελαττώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα²³². Ωστόσο, σύμφωνα με δήλωση, που προέρχεται από συνάντηση ομοφωνίας ειδικών, συστήνεται στα πλαίσια ορθής κλινικής πρακτικής η θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα με ένα ασφαλές φάρμακο²³⁴. Η ομάδα δημιουργίας των συγκεκριμένων Κ.Ο. συμφωνεί με αυτή τη δήλωση.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αν και είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης, εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ορθοστατική υπόταση, επιβράδυνση καρδιαγγειακής αγωγιμότητας, αύξηση καρδιακού ρυθμού, καθώς και προαρρυθμική δραστηριότητα. Αντίθετα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

σεροτονίνης (SSRIs) είναι καλώς ανεκτά φάρμακα με ευνοϊκό καρδιαγγειακό προφίλ και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως αρχική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ασθενών με συνοδό καρδιαγγειακό πρόβλημα²³². Η σεραλίνη και η σιταλοπράμη προτείνονται από τη συμβουλευτική επιστημονική επιτροπή της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας²³⁰ ως φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Σύμφωνα με το канаδικό δίκτυο για τη θεραπεία διαταραχών διάθεσης και άγχους η χρήση ψυχοθεραπευτικών θεραπειών, όπως η ΓΣΘ, η διαπροσωπική θεραπεία, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, είναι ωφέλιμη είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για ασθενείς με ήπια προς μέτρια κατάθλιψη²³⁵.

Χρόνιος Πόνος

Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με συμπτωματολογία άλγους, καθώς φαίνεται να μοιράζονται κοινά βιολογικά και νευροδιαβιβαστικά μονοπάτια. Σύμφωνα με δεδομένα προερχόμενα από τον Π.Ο.Υ. το 2004, το 22% των ασθενών στην Π.Φ.Υ. υποφέρει από χρόνια άλγος. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με χρόνια πόνο ήταν 4 φορές πιο πιθανό να έχουν συνοδό κατάθλιψη σε σχέση με τους μη πάσχοντες από χρόνια άλγος ασθενείς²¹⁰.

Ορισμένες αντικαταθλιπτικές θεραπείες προσφέρουν ταυτόχρονα βελτίωση τόσο στον πόνο όσο και στα συμπτώματα της κατάθλιψης²¹². Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη την STAR*D οι ασθενείς με κατάθλιψη και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα άλγους²¹¹. Σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να εκτιμηθούν και τα δύο συμπτώματα. Εάν υπάρχει συννοσηρότητα χρόνιου πόνου με ήπιας προς μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη προτείνεται η θεραπεία και των δύο νοσημάτων με στόχο τη βελτίωση των εκβάσεων^{212,236}. Εάν ταυτόχρονα με το χρόνια άλγος διαγνωσθεί και συνοδός σοβαρή ΜΚΔ, τότε πρωταρχικός στόχος της θεραπείας θα είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης³⁰.

Σακχαρώδης Διαβήτης

Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και ποσοστό 12-18% των ασθενών με ΣΔ2 πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της ΜΚΔ. Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση²³⁷, η συνοδός κατάθλιψη σε ασθενείς με ΣΔ2 αυξάνει τον κίνδυνο των αγγειακών επιπλοκών, ελαττώνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, αυξάνει τη χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και τον κίνδυνο θνητότητας των διαβητικών ασθενών. Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ΣΔ2 και της κατάθλιψης διαπιστώθηκε, σύμφωνα με τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή²³⁸, ότι βελτιώνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, καθώς και τις κλινικές εκβάσεις των νοσημάτων στην Π.Φ.Υ.

Αγχώδεις Διαταραχές



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που απαντώνται σε ασθενείς με ΜΚΔ²³⁹. Σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη, το 62% των ασθενών με ΜΚΔ εμφανίζει συγχρόνως και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή²⁴⁰. Τόσο η καταθλιπτική συμπτωματολογία όσο και τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην αντικαταθλιπτική θεραπεία²⁴¹. Κατά την έναρξη της θεραπείας με τα νεότερα αντικαταθλιπτικά σε περιπτώσεις συνύπαρξης της κατάθλιψης με αγχώδεις διαταραχές μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της ανησυχίας και του άγχους και γι' αυτό συστήνεται η ταυτόχρονη χορήγηση και αγχολυτικών, όπως είναι οι βενζοδιαζεπίνες²⁴². Οι βενζοδιαζεπίνες εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών και κυρίως της εξάρτησης που προκαλούν δε συστήνονται ως πρωταρχική θεραπεία σε ασθενείς με κατάθλιψη και συνοδό αγχώδη διαταραχή²⁴³. Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι μπορούν επίσης να χορηγηθούν για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του άγχους σε ασθενείς με ΜΚΔ²⁴⁴.

Προαγωγή Υγείας

Προγράμματα άσκησης

Σύσταση 13: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί, άλλοι Ιατροί, καθώς και επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ενθαρρύνουν τους ασθενείς με κατάθλιψη (κυρίως σε ήπιες μορφές της νόσου) στην αύξηση της φυσικής τους δραστηριότητας, εφόσον η γενική κατάσταση της υγείας τους το επιτρέπει.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Στο πλαίσιο των Κ.Ο. ως άσκηση(ως θεραπευτική μέθοδος) ορίζεται η δομημένη φυσική δραστηριότητα με συγκεκριμένη συνιστώμενη συχνότητα, ένταση και διάρκεια. Σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.^{26,30} για τη διαχείριση ασθενών με ήπια και μέτρια κατάθλιψη συστήνεται η εφαρμογή προγραμμάτων ατομικής ή και ομαδικής άσκησης. Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση²⁴⁵ διαπιστώθηκε ασθενής τεκμηρίωση που να συνδέει την μικρής διάρκειας αύξηση της φυσικής δραστηριότητας με τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η σύγκριση έγινε μεταξύ ατόμων που παραπέμφθηκαν, για να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα άσκησης διάρκειας δώδεκα εβδομάδων, και όσων έλαβαν συνήθη φροντίδα. Υπάρχουν μελέτες γύρω από τη θεραπεία μέσω της άσκησης, που έχουν διεξαχθεί σχεδόν αποκλειστικά σε πληθυσμούς με εθελοντές, αλλά τα ευρήματά τους μπορούν να εφαρμοστούν σε ενήλικες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ιδιαίτερα σε εκείνους με ηπιότερες μορφές της κατάθλιψης²⁶.

Επιπρόσθετα, αρκετές μελέτες καταδεικνύουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της αερόβιας άσκησης στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε σχέση με τη μη αερόβια δραστηριότητα²⁴⁷⁻



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

²⁵² . Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες στερούνται μεγάλου δείγματος. Επίσης, υπάρχουν μελέτες που τεκμηριώνουν τη σχέση της θεραπείας της κατάθλιψης με τη φυσική δραστηριότητα^{249,253}. Η άσκηση έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί καλά είτε ως μοναδική θεραπεία είτε παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή σε ηπιότερες μορφές της κατάθλιψης. Ακόμη, η άσκηση λειτουργεί και ως καλή θεραπεία στις περιπτώσεις που είναι ανθεκτική η θεραπεία στη μείζονα κατάθλιψη στις γυναίκες. Επιπλέον, έχει συσχετιστεί και με την πρόληψη υποτροπής²⁵⁴.

Τεκμηρίωση προερχόμενη από συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση²⁵⁵ υποστηρίζει ότι η άσκηση εμφανίζει μέτρια αποτελεσματικότητα συγκρινόμενη με παρεμβάσεις ελέγχου στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, αλλά, όταν στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν μόνο οι υψηλής μεθοδολογικής ποιότητας μελέτες, η υπεροχή της άσκησης μειώθηκε. Η άσκηση δε φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική συγκρινόμενη με ψυχολογικές ή φαρμακολογικές θεραπείες, αν και το συμπέρασμα αυτό στηρίζεται σε λίγες και μικρού μεγέθους μελέτες. Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και ακόμη μία πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση²⁵⁶ και μάλιστα το συμπέρασμα είναι ότι η άσκηση θα μπορούσε να συστηθεί ως θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με ήπια και μέτρια συμπτωματολογία, εφόσον το επιθυμούν και το επιτρέπει η γενικότερή τους φυσική κατάσταση.

Κατά τη συνταγογράφηση της άσκησης, είτε πρόκειται για την μοναδική θεραπεία είτε αποτελεί συμπλήρωμα στη φαρμακευτική αγωγή και στην ψυχοθεραπεία, πρέπει να ληφθούν υπόψη η πολυπλοκότητα και οι ιδιαίτερες συνθήκες για τον κάθε ασθενή. Έτσι, το προσωπικό των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. είναι ανάγκη να:

- Προβλέψει τα πιθανά εμπόδια, την απελπισία και την κούραση που μπορεί να κάνουν την σωματική άσκηση δύσκολη.
- Έχει προσδοκίες ρεαλιστικές, διότι μερικοί ασθενείς είναι ευάλωτοι στην ενοχή και την αυτο-ενοχοποίηση, όταν αποτύχουν να πραγματοποιήσουν τον στόχο.
- Θέσει έναν εφικτό στόχο.
- Τονίσει ευχάριστες πτυχές. Μάλιστα, η συγκεκριμένη επιλογή της άσκησης θα πρέπει να καθοδηγείται από τις προτιμήσεις του ασθενούς και πρέπει να είναι ευχάριστη.
- Ένας στόχος από 30 λεπτά και πάνω μέτριας έντασης αερόβια άσκηση, τρεις έως πέντε φορές την εβδομάδα συνιστάται για υγιείς ενήλικες³⁰.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Αλλαγές του τρόπου ζωής

Σύσταση 14: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί, οι Ιατροί άλλων ειδικοτήτων, καθώς και οι επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ενθαρρύνουν τους ασθενείς με κατάθλιψη στην υιοθέτηση αλλαγής του τρόπου ζωής (διακοπή καπνίσματος (I), μείωση κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης (IV)).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I, IV

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο. Σύμφωνα με υπάρχουσες Κ.Ο.²⁵⁻³⁰ συγκεκριμένοι διαιτητικοί περιορισμοί, όπως αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ για κοινωνικούς λόγους ή αποφυγή πρόσληψης καφεΐνης δε συστήνονται σε ασθενείς με κατάθλιψη, καθώς δεν τεκμηριώνονται από επαρκή επιστημονικά δεδομένα. Ωστόσο, οι ειδικοί που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο. συστήνουν την ενθάρρυνση των ασθενών με κατάθλιψη στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Συγκεκριμένα προτείνουν αλλαγή του τρόπου ζωής, δίνοντας έμφαση στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση²⁵⁷ προέκυψε ότι η διακοπή του καπνίσματος συνδέεται με ελάττωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του άγχους, καθώς και με βελτίωση της διάθεσης και της ποιότητας της ζωής. Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία πρόκλησης νεοπλασιών, καρδιαγγειακών και αναπνευστικών νοσημάτων και η διακοπή του, εκτός από τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης αυτών των νοσημάτων, συνδέεται με βελτίωση της ψυχικής υγείας. Το όφελος από τη διακοπή του καπνίσματος τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία πρέπει να τονίζεται από τους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. στους ασθενείς με κατάθλιψη. Επιπρόσθετα με τη διακοπή του καπνίσματος, σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας για την παρούσα Κ.Ο, οι ασθενείς με κατάθλιψη πρέπει να ενθαρρύνονται στην υιοθέτηση και άλλων αλλαγών του τρόπου ζωής, όπως μείωση κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης, χωρίς ωστόσο να υπάρχει προς το παρόν ικανοποιητική επιστημονική τεκμηρίωση για τα δύο τελευταία μέτρα.

Παραπομπή

Ενδείξεις παραπομπής

Σύσταση 15: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί και οι άλλοι Ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να :

1. παραπέμπουν σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε περιπτώσεις αδυναμίας διαχείρισης των ασθενών με κατάθλιψη σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (επανεμφανιζόμενη κατάθλιψη που δεν έχει ανταποκριθεί σε προηγούμενη θεραπεία,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

συνοδό νόσημα που επιδρά στην αντικαταθλιπτική αγωγή, άτυπη κατάθλιψη ανθεκτική στην αρχική θεραπεία, διαγνωστική αβεβαιότητα).

2. παραπέμπουν άμεσα σε δευτεροβάθμια υπηρεσία ψυχικής υγείας σε περιπτώσεις ασθενών με: σοβαρό αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα, σοβαρό κίνδυνο αυτοκαταστροφικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας, με σοβαρή και επίμονη παραμέληση εαυτού, με κατάθλιψη ανθεκτική στη θεραπεία.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στην συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο, ενώ εν μέρει βασίστηκε και σε σύσταση από υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες^{26-28,30}. Η γνώμη του ειδικού μπορεί να είναι χρήσιμη σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Παραπομπή του ασθενή μπορεί να γίνει για τη διάγνωση της νόσου, τον αποκλεισμό άλλης παθολογίας, τον καθυσχασμό του ασθενή, τη βελτιστοποίηση του θεραπευτικού σχήματος ή την εκτίμηση της ανάγκης πιο σύνθετων θεραπειών σε περιπτώσεις ασθενών με κατάθλιψη ανθεκτική στην αρχική θεραπεία ή άτυπες μορφές της νόσου. Η παραπομπή συναρτάται από ένα συνδυασμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητας της νόσου, της συννοσηρότητας, της ανταπόκρισης στη θεραπεία, καθώς και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.

Επαγγελματίες Υγείας και Υπηρεσίες Υγείας

Συμμετοχή επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση ασθενών με κατάθλιψη και των οικογενειών τους

Σύσταση 16: Συστήνεται στους εκπαιδευμένους στην κατάθλιψη νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην ανίχνευση και εκτίμηση της κατάθλιψης, στην εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του για τη φύση της ασθένειάς του, στην πληροφόρηση για τις θεραπευτικές επιλογές, στην εφαρμογή τους και στη συνεχή παρακολούθηση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-1

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τεκμηρίωση προερχόμενη από μονή τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 14 μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. στην οποία συμμετείχαν 214 ασθενείς με κατάθλιψη και συνοδά νοσήματα, όπως διαβήτης και στεφανιαία νόσο, διαπιστώθηκε ότι παρεμβάσεις



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

που περιλαμβάνουν συντονισμένες προσπάθειες από γιατρούς και νοσηλευτές στα πλαίσια του μοντέλου της συνεργατικής φροντίδας διευκολύνουν τη φροντίδα των ασθενών με πολυνοσηρότητα σε επίπεδο Π.Φ.Υ.²⁵⁸ Στη μελέτη αυτή οι ασθενείς τυχαία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, αυτή της συνήθους φροντίδας και στην ομάδα της παρέμβασης, στην οποία νοσηλεύτρια επιτηρούμενη από ιατρό παρείχε στον ασθενή οδηγίες βάσει Κ.Ο. σχετικά με τη διαχείριση του νοσήματός του, καθώς επίσης και πληροφορίες για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου. Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με την ομάδα ελέγχου από τη φροντίδα που έλαβαν τόσο για την κατάθλιψη όσο και για το χρόνιο πρόβλημα της υγείας τους. Η ικανοποίηση από τη φροντίδα συσχετίζεται με περισσότερο ευνοϊκές εκβάσεις²⁵⁹. Οι νοσηλεύτριες ενίσχυσαν την αυτο-βοήθεια των ασθενών παρέχοντάς τους εκπαίδευση, συμπεριφορική ενεργοποίηση (αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων), επέβλεπαν τη ρύθμιση των στόχων της θεραπείας, καθώς και παρείχαν βοήθεια στην επίλυση προβλημάτων με στόχο τη βελτίωση στη συμμόρφωση στην αγωγή. Τέτοιες παρεμβάσεις σε συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στηρίζονται στις αρχές της τεκμηριωμένης βάσει ενδείξεων ιατρικής και είναι ουσιαστικές για την βελτίωση των εκβάσεων σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας²⁶⁰.

Αρχείο ασθενών

Σύσταση 17: Συνιστάται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η τήρηση φακέλου του ασθενούς με κατάθλιψη με σκοπό τον έλεγχο, την παρακολούθηση και τη συνέχεια της φροντίδας του σε όλα τα επίπεδα παροχής περίθαλψης.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο.

Υπηρεσίες Υγείας και φροντίδας και Τεχνολογία

Σύσταση 18: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς, στους Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η χρήση της τηλεϊατρικής, καθώς και άλλων τεχνολογιών αποκατάστασης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με κατάθλιψη.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο.

Κατ' οίκον νοσηλεία

Σύσταση 19: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και άλλους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να συνεργάζονται με υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας και να συνδέονται με προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας ψυχικής υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο.

Υπηρεσίες Υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις

Σύσταση 20: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς, στους άλλους Ιατρούς, καθώς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ατόμων με κατάθλιψη σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων, προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας των ειδικών που συμμετείχαν στη συνάντηση ομοφωνίας της παρούσας Κ.Ο.

Τεκμηρίωση –Συστάσεις 16-20

Απαραίτητο στοιχείο στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών είναι η τήρηση και χρήση του φακέλου με σκοπό τη συνεχή παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Επιπλέον μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματική και χαμηλού κόστους χρήση της τηλεϊατρικής στη διαχείριση ασθενών με ψυχικές διαταραχές για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας τους^{261,262}. Τέλος, η συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, καθώς και η ενθάρρυνση των ασθενών για συμμετοχή σε δράσεις φορέων και συλλόγων προσθέτουν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας τους και στη συνολική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στο περιβάλλον της Π.Φ.Υ.

Οι παραπάνω συστάσεις που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας συντάχθηκαν ύστερα από υπόδειξη του εκπρόσωπου της Διεύθυνσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΑΔΑΩΝ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

συμφωνήθηκαν και με τα υπόλοιπα μέλη στη συνάντηση ομοφωνίας. Συνεπώς, δεν υπάρχει ξεχωριστή και αναλυτική τεκμηρίωση για κάθε μία εξ' αυτών.



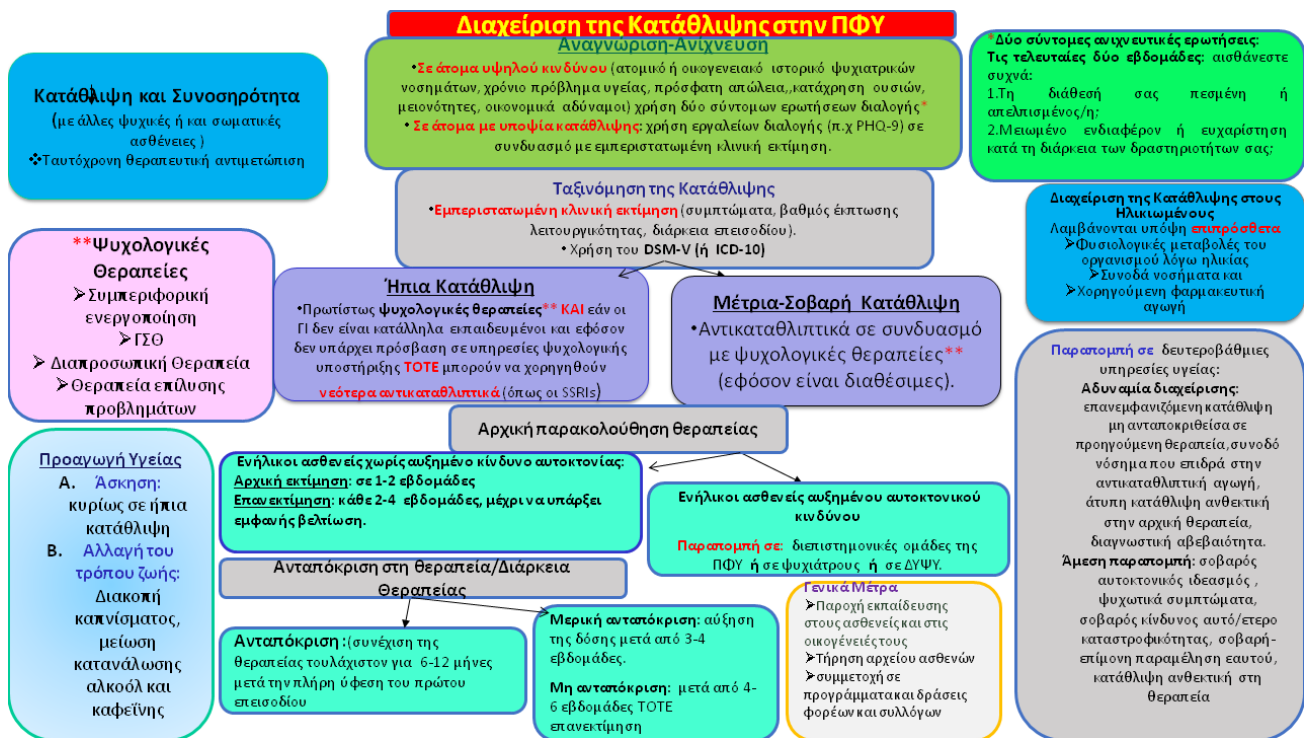
Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

6. Πρακτικός Αλγόριθμος



Συνοτομογραφίες:

Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Γ.Ι: Γενικοί Ιατροί, ΣΓΨ: Συμπεριφορική Γνωστική Ψυχοθεραπεία, ΔΥΨΥ: Δευτεροβάθμια Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Επίλογος

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για την κατάθλιψη, με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ. κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στη καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης, που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας Κ.Ο. από τις δομές Π.Φ.Υ. της χώρας μας μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της κατάθλιψης, που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεσή της από ειδικό ιστότοπο, που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. που μετά την επιδοκιμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκιμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της παρούσας Κ.Ο. με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της, σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της Κ.Ο.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΔΕΙΩΝ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

8. Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. Mental and neurological disorders. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
2. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe —a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4): 357–376.
3. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18(1): 23–33.
4. Murray C, Lopez A. Global burden of disease, a comprehensive assessment of mortality and morbidity from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Vol I Harvard WHO 1996.
5. Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., et al. (2004) Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 124–138.
6. Stylianidis S, Pantelidou S, Chondros P, Roelandt J, Barbato A. Prevalence of mental disorders in a greek island. *Psychiatrike*. 2014 Jan-Mar;25(1):19-26.
7. Fernández A, Haro JM, Codony M, et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord* 2006;96:9–20.
8. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European Studies. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):36–41.
9. Üstün TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care*. Chichester: John Wiley; 1995.
10. Sharp L, Lipsky M: Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *Am Fam Physician*. 2002 Sep 15;66(6):1001-1009.
11. Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998;7:451–61.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

12. Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. The Hampshire Depression Project 3. Br J Psychiatry 2001;179:317–23.
13. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol 2002;17:S1–S11.
14. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians-a systematic literature review and metaanalysis. J Gen Intern Med 2008;23:25–36.
15. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, et al. Increased Recognition of Depression in Primary Care. Comparison between Primary-Care Physician and ICD-10 Diagnosis of Depression. Psychother Psychosom 2005;74:225–30.
16. Duff LA, Kitson AL, Seers K, Humphris D. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. J Adv Nurs 1996, 23:887–895.
17. Kalafati M, Bellali TH, Hatzopoulou M, Fytrou H, Koreli A, Hliopoulou A, Development of clinical guidelines. Nosileftiki 2007, 46:31–37.
18. Μουντουλάκης ΘΔ. Διάγνωση και Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις. Ημέρες Παθολογίας 1998; 226-7.
19. Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles E, Grimshaw J. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. BMJ 1999, 318:527-530.
20. Prepared by the ADAPTE Collaboration. Manual for Guideline Adaptation Version 1.0; 2007. Available at www.adapte.org.
21. Prepared by the ADAPTE Collaboration. Resource Toolkit for Guideline Adaptation Version 1.0; 2007. Available at www.adapte.org.
22. Modified and adapted from Kaiser Permanente, 2012.
23. Λιονής Χ. Κατευθυντήριες Οδηγίες για γενικούς ιατρούς και όχι μόνο: αλήθεια και μύθοι, Βήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Medical Spectrum. Ανασκοπήσεις και εξελίξεις πρακτικού ενδιαφέροντος Μάιος-Ιούνιος 2007, Τεύχος 13:39-40.
24. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument. AGREE; 2001 [updated 2001; cited 2006 Nov]. Available at www.agreecollaboration.org.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

25. American Psychiatric Association: Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition. October 2010.

http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx.

26. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression The treatment and management of depression in adults. (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90.2010.

27. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical problem. Treatment and management. October 2009. NICE clinical guideline 91.
guidance.nice.org.uk/cg91.

28. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Published by New Zealand Guidelines Group; Wellington: 2008.

29. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. January 2010.
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/114/index.html>.

30. Trangle M, Dieperink B, Gabert T, Haight B, Lindvall B, Mitchell J, Novak H, Rich D, Rossmiller D, Setterlund L, Somers K. Institute for Clinical Systems Improvement. Major Depression in Adults in Primary Care. <http://bit.ly/Depr0512>. Updated May 2012.

31. Canberra: National Health and Medical Research Council. NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines [internet] 2009. Available at: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf. Accessed November 23, 2012.

32. APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text Revision) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.

33. World Health Organisation: Mental and Neurological Disorder – Factsheet 265. World Health Organisation; 2001.

34. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

35. NIMH/NIH Consensus Development Conference Statement. Mood disorders: pharmacologic prevention of recurrences. Am J Psychiatry 1985;142:469-76.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

36. Meijer A, Roseman M, Milette K, Coyne JC, Stefanek ME, et al. (2011) Depression Screening and Patient Outcomes in Cancer: A Systematic Review. PLoS ONE 6(11): e27181. doi:10.1371/journal.pone.0027181.
37. Institute of Medicine (2007) Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs. Washington, DC: National Academy Press. 430p.
38. Symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. NIH Consens State Sci Statements. 2002 Jul 15–17; 19(4) 1–29.
39. National Institute for Clinical Excellence (2004) Guideline on cancer services: Improving supportive and palliative care for adults with cancer. UK: National Institute for Clinical Excellence 49 p.
40. National Comprehensive Cancer Network (2008) Distress Management. NCCN clinical practice guidelines in oncology. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf.
41. Christensen KS, Toft T, Frosthalm L, et al. The FIP Study: A randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders. Br J Gen Pract. 2003;53(495):758–63.
42. Bergus GR, Hartz AJ, Noyes R, et al. The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices. Mental Health 2005;21(4):303–9.
43. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. J Am Geriatr Soc 1994;42(8):839–46.
44. Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care: results from a randomized clinical trial. Med Care 1990;28(3):239–50.
- 45 Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, et al. Chronic fatigue in primary care: prevalence, patient characteristics, and outcome. JAMA 1988;260:929-34.
46. Manu P, Matthews DA, Lane TJ. The mental health of patients with a chief complaint of chronic fatigue: a prospective evaluation and follow-up. Arch Intern Med 1988;148:2213-17.
47. Briggs JH, Bauer MS, McBride L, et al. Screening for thyroid disease in ambulatory patients with depression. American Psychiatric Association Abstracts NR144, 1993.
48. Garrard JM. Patient outcomes associated with antidepressant drugs. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ 2001-64. April 2001.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

49. Garakani A, Win T, Virk S, et al. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J of Therapeutics* 2003;10:61-67.
50. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, et al. Is obesity associated with major depression? : results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003;158:1139-47.
51. Davis LL, Frazier E, Husain MM, et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict* 2006;15:278-85.
52. Gilchrist G, Hegarty K, Chondros P, et al. The association between intimate partner violence, alcohol and depression in family practice. *BMC Fam Pract* 2010;11:72.
53. Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., et al. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749–1756.
54. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, The. Validation and utility of a self-report version of prime-md: the PHQ primary care study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
55. Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2003) The Patient Health Questionnaire- 2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41, 1284–1292.
56. Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., et al. (1997) Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 439–445.
57. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007, 57:144–151
58. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med* 2009;151:793-803
59. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2009.
60. Yu X, Stewart SM, Wong PTK, Lam TH. Screening for depression with the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) among the general population in Hong Kong. *J Affect Disord* 2011, 134:444–447.
61. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007, 55:596–602.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

62. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K, Carter GL, Loscalzo MJ et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *J Affect Disord* 2012, 140:149–160.
63. Taylor JK, Schoenbaum M, Katon WJ, Pincus HA, Hogan DM, Unutzer J. Strategies for identifying and channeling patients for depression care management. *Am J Manag Care* 2008, 14:497–504.
64. Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke* 2005, 36:635–
65. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;136:765-776.
66. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. London: NICE; 2004. (NICE Clinical Guideline 90). [cited 09 Dec 2009]. Available from <http://www.nice.org.uk/page.redirect?o=cg023>.
67. Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Löwe B, The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 32 (2010) 345–359.
68. Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, et al. Diagnostic accuracy of the mood module of the patient health questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:388-95.
69. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis *CMAJ*, February 21, 2012, 184(3).
70. Nease Jr DE, Nutting PA, Dickinson WP, Bonham AJ, Graham DG, Gallagher KM, et al. Inducing sustainable improvement in depression care in primary care practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34:247–55.
71. Duffy FF, Chung H, Trivedi M, Rae DS, Regier DA, Katzelnick DJ. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: Is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008;59:1148–54.
72. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care — a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2148–57.
73. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the heart and soul study). *Am J Cardiology* 2005;96:1076–81.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

74. Holzapfel N, Zugck C, Muller-Tasch T, Lowe B, Wild B, Schellberg D, et al. Routine screening for depression and quality of life in outpatients with congestive heart failure. *Psychosomatics* 2007;48:112–6.
75. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:417–24.
76. Katon WJ, Lin EHB, Russo J, et al. Cardiac risk factors in patients with diabetes mellitus and major depression. *J Gen Intern Med* 2004b;19:1192–99.
77. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:306–12.
78. Kroenke K, Theobald D, Norton K, Sanders R, Schlundt S, McCalley S, et al. Indiana Cancer Pain and Depression (INCPAD) Trial: design of a telecare management intervention for cancer-related symptoms and baseline characteristics of enrolled participants. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:240–53.
79. Ell K, Xie B, Quon B, Quinn DI, Dwight-Johnson M, Lee PJ. Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:4488–96.
80. Lowe B, Willand L, Eich W, Zipfel S, Ho AD, Herzog W, et al. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 2004;66:395–402.
81. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, et al. The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Alimentary Pharmacol Therapeutics* 2005;22:101–10.
82. Scholle SH, Haskett RF, Hanusa BH, Pincus HA, Kupfer DJ. Addressing depression in obstetrics/gynecology practice. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:83–90.
83. Leithner K, ssem-Hilger E, Fischer-Kern M, Loeffler-Stastka H, Sam C, Ponocny-Seliger E. Psychiatric morbidity in gynecological and otorhinolaryngological outpatients: a comparative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:233.
84. Lowe B, Grafe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, et al. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med* 2003;65:764–70.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

www.ygeia-pronoia.gr



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

85. Turvey CL, Willyard D, Hickman DH, Klein DM, Kukoyi O. Telehealth screen for depression in a chronic illness care management program. *Telemed J E-Health* 2007;13:51–6.
86. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarrubia M, et al. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *J Gen Intern Med* 2005;20:738-42.
87. Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609–19.
88. Ministry of Health British Columbia. Depression (MDD) – diagnosis and management. Victoria: Guidelines and Protocols Advisory Committee; 2004.
89. Taylor RL: *Psychological Masquerade: Distinguishing Psychological from Organic Disorder*, 3rd ed. New York, Springer, 2007.
90. Sox HC Jr, Koran LM, Sox CH, Marton KI, Dugger F, Smith T: A medical algorithm for detecting physical disease in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:1270–1276.
91. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Zlotnick C: Psychosocial factors and the long-term course of major depression. *J Affect Disord* 1997; 44:57–67.
92. McDermet W, Miller IW, Solomon D, Ryan CE, Keitner GI: Family functioning and suicidality in Depressed adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42:96– 104.
93. Karasz A. Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine* 2005;60:1625-35.
94. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL, Gallop R: Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:409–416.
95. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27:318-26.
96. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(12):1139-49.
97. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen TS: A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68:159–165.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

98. Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5(35):1-173.
99. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2004;20(1):1-7.
100. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001;21(3):401-19.
101. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC: Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002; 3:39–77.
102. Parker G, Roy K, Eyers K: Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *Am J Psychiatry* 2003; 160:825–834.
103. Pincus M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for Later- Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1493-501.
104. Markowitz JC, Weissman MM: Applications of individual interpersonal psychotherapy to specific disorders: efficacy and indications, in *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishers, 2008, pp 339–364.
105. De Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255(2):75–82.
106. Casacalenda N, Perry JC, Loper K. Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1354-60.
107. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CMA, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry* 2007;190:496-502.
108. Rovner BW, Casten RJ: Preventing late-life depression in age-related macular degeneration. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16:454–459.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

109. Arean P, Hegel M, Vannoy S, Fan MY, Unutzer J: Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist* 2008; 48:311–323.
110. Alexopoulos GS, Raue P, Arean P: Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11:46–52.
111. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A, Small SL, Fonzetti P, Hegel M, Arndt S: Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299:2391–2400.
112. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22(1):9-15.
113. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies *J Consult clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):909-22. doi: 10.1037/a0013075.
114. Bortolotti Biancamaria, Menchetti, Marco, Bellini Francesca, Montaguti Milena Barbara, Berardi Domenico, Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials *General Hospital Psychiatry* 30 (2008) 293–302.
115. Davidson L, Shahar G, Lawless MS, et al. Play, pleasure and other positive life events: “non-specific” factors in recovery from mental illness? *Psychiatry* 2006;69(2). 7.
116. Brown C, Schulberg HC, Prigerson HG. Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:242-50.
117. De Jonghe F, Hendriksen M, Van Aalst G, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Brit J Psych* 2004;185:37-45.
118. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:658-70.
119. King M, Sibbald B, Ward E, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess* 2000;4:1-83.
120. Kendrick T, Chatwin J, Dowrick C, Tylee A, Morriss R, Peveler R, Leese M, McCrone P, Harris T, Moore M, Byng R, Brown G, Barthel S, Mander H, Ring A, Kelly V, Wallace V, Gabbay M, Craig T and



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

Mann A. Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost- effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREShold for AntiDepressant. Health Technology Assessment 2009; Vol. 13: No. 22.

121. Khan A, Leventhal RM, Khan SR, Brown WA: Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database. J Clin Psychopharmacol 2002; 22:40–45.

122. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008; 5:e45.

123. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 2010;303:47-53.

124. Fountoulakis KN, Veroniki AA, Siamouli M, Möller HJ. No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: results of a multi meta-analysis. Ann Gen Psychiatry, 2013; 12 26.

125. Shinkai RS, Hatch JP, Schmidt CB, Sartori EA. Exposure to the oral side effects of medication in a community-based sample. Spec Care Dentist 2006;26:116-20.

126. Tschoppe P, Wolgin M, Pischon N, Kielbassa AM. Etiologic factors of hyposalivation and consequences for oral health. Quintessence Int 2010;41:321-33.

127. Gelenberg AJ, Hopkins HS. Assessing and treating depression in primary care medicine. Am J Med 2007;120(2):105–8.

128. Cipriani A, Brambilla P, Furukawa T, Geddes J, Gregis M, Hotopf M, Malvini L, Barbui C: Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. Cochrane Database Syst Rev 2005; CD004185 .

129. Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, et al. Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care. Ann Fam Med. 2005;3:449–56.

130. Anderson IM: Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. J Affect Disord 2000; 58:19–36 .

131. Montgomery SA: A meta-analysis of the efficacy and tolerability of paroxetine versus tricyclic antidepressants in the treatment of major depression. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16:169–178.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

132. Macgillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, Crombie I: Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326:1014 .
133. Geddes JR, Freemantle N, Mason J, Eccles MP, Boynton J: SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001851.
134. Panzer MJ: Are SSRIs really more effective for anxious depression? *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17:23–29.
135. Bauer M, Tharmanathan P, Volz HP, Moeller HJ, Freemantle N: The effect of venlafaxine compared with other antidepressants and placebo in the treatment of major depression: a meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259:172–185.
136. Kennedy SH, Andersen HF, Lam RW: Efficacy of escitalopram in the treatment of major depressive disorder compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31:122– 131.
137. Gartlehner G, Gaynes BN, Hansen RA, Thieda P, DeVeaugh-Geiss A, Krebs EE, Moore CG, Morgan L, Lohr KN: Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 149:734–750.
138. Barbui C, Hotopf M, Freemantle N, Boynton J, Churchill R, Eccles MP, Geddes JR, Hardy R, Lewis G, Mason JM: Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic and heterocyclic antidepressants: comparison of drug adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD002791.
139. Murdoch D, Keam SJ: Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs* 2005; 65:2379–2404.
140. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella M, Barbui C: Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009a; 373:746–758.
141. Keller MB: Citalopram therapy for depression: a review of 10 years of European experience and data from US clinical trials. *J Clin Psychiatry* 2000;61:896–908.
142. Edwards JG, Anderson I: Systematic review and guide to selection of selective serotonin reuptake inhibitors. *Drugs* 1999; 57:507–533.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

143. Papakostas GI, Homberger CH, Fava M: A meta-analysis of clinical trials comparing mirtazapine with selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of major depressive disorder. *J Psychopharmacol* 2008; 22:843-848.

144. Ramsberg J, Asseburg C, Henriksson M (2012) Effectiveness and Cost-Effectiveness of Antidepressants in Primary Care: A Multiple Treatment Comparison Meta-Analysis and Cost-Effectiveness Model. *PLoS ONE* 7(8): e42003. doi:10.1371/journal.pone.0042003.

145. Oestergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2011;131:24-36.

146. Mackin RS, Arean PA. Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28(4):805-20

147. Cape John, Whittington Craig, Buszewicz Marta, Wallace Paul, Underwood Lisa. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression *BMC Medicine* 2010, 8:38.

148. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, van Aalst G, Gijbbers-van Wilk C, Hendriksen M, Kool S, Peen J, Van R, de Jonghe F: Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety* 2008; 25:565–574.

149. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C: Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:714–719.

150. Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M: An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007; 164:768–777.

151. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF III, Pilkonis PA, Hurley K, Grochocinski V, Kupfer DJ: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1009–1015.

152. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka J: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342:1462–1470.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

153. [Simon GE](#), [Savarino J](#), [Operskalski B](#), [Wang PS](#) Suicide risk during antidepressant treatment. [Am J Psychiatry](#). 2006 Jan;163(1):41.
154. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. [Am J Psychiatry](#) 2003; 160(Nov suppl):1–60.
155. Wohlfarth TD, van Zwieten BJ, Lekkerkerker FJ, Gispen-de Wied CC, Ruis JR, Elferink AJ, Storosum JG: Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide. [Eur Neuropsychopharmacol](#) 2006; 16:79–83
156. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K: Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. [Clin Trials](#) 2006; 3:73–90.
157. Dubicka B, Hadley S, Roberts C: Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. [Br J Psychiatry](#) 2006; 189:393–398.
158. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA: Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. [JAMA](#) 2007; 297:1683–1696
159. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. [Arch Gen Psychiatry](#) 2006; 63:332–339.
160. Hammad TA, Laughren TP, Racoosin JA: Suicide rates in short-term randomized controlled trials of newer antidepressants. [J Clin Psychopharmacol](#) 2006; 26:203–207.
161. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z: Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. [J Affect Disord](#) 2005, 85(3):245-258.
162. Rihmer Z, Akiskal H: Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant- suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. [J Affect Disord](#) 2006, 94:3-13.
163. Rihmer Z: Suicide risk in mood disorders. [Curr Opin Psychiatry](#) 2007, 20(1):1722.
164. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET: Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. [Br J Psychiatry](#) 2005, 186:314-318.
165. Rihmer Z: Suicide risk in mood disorders. [Curr Opin Psychiatry](#) 2007, 20(1):1722.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

166. Kessing LV: Severity of depressive episodes according to ICD- 10: prediction of risk of relapse and suicide. *Br J Psychiatry* 2004, 184:153-156.
167. Sokero P, Eerola M, Rytsala H, Melartin T, Leskela U, Lestela-Mielonen P, Isometsa E: Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord* 2006, 95(1-3):95-102.
168. Angst J. Clinical course of affective disorders. In: Helgason T, Daly RJ, editors. *Depression illness: predication of course and outcome*. Berlin: Springer-Verlag; 1988. p. 1–47.
169. Allen NB, Hetrick SE, Simmons JG, et al. Early intervention for depressive disorders in young people: the opportunity and the (lack of) evidence. *Med J Aust* 2007;187(7):S15–S7.
170. Lam RW, Kennedy SH. Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on metaanalyses. *Can J Psychiatry* 2004;49(3 Suppl 1):17S–26S.
171. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E, Ninan PT, Thase ME, Gelenberg AJ, Kupfer DJ, Regier DA, Rosenbaum JF, Ray O, Schatzberg AF: Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31:1841–1853.
172. Agency for Healthcare Policy Research: Evidence Report on Treatment of Depression—Newer Pharmacotherapies. San Antonio Evidence-Based Practice Center. Washington, DC, AHCP, Evidence-Based Practice Centers, 1999.
173. Rush AJ. Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1999;60:21-26.
174. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, Maser JD, Mueller T, Solomon DA, Keller MB: Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry* 2000; 157:1501–1504.
175. McGrath PJ, Stewart JW, Petkova E, Quitkin FM, Amsterdam JD, Fawcett J, Reimherr FW, Rosenbaum JF, Beasley CM Jr: Predictors of relapse during fluoxetine continuation or maintenance treatment of major depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:518–524.
176. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, Coryell W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Endicott J: Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157:229–233.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

177. Tew JD Jr, Mulsant BH, Haskett RF, Joan P, Begley AE, Sackeim HA: Relapse during continuation pharmacotherapy after acute response to ECT: a comparison of usual care versus protocolized treatment. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19:1–4.
178. Koran LM, Gelenberg AJ, Kornstein SG, Howland RH, Friedman RA, DeBattista C, Klein D, Kocsis JH, Schatzberg AF, Thase ME, Rush AJ, Hirschfeld RM, LaVange LM, Keller MB: Sertraline versus imipramine to prevent relapse in chronic depression. *J Affect Disord* 2001; 65:27–36.
179. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Paulus MP, Kunovac JL, Leon AC, Mueller TI, Rice JA, Keller MB: Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998; 50:97–108.
180. Fava M, Kaji J: Continuation and maintenance treatments of major depressive disorder. *Psychiatr Annals* 1994; 24:281–290.
181. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:816–820.
182. Jarrett RB, Basco MR, Risser R, Ramanan J, Marwill M, Kraft D, Rush AJ: Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients? *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:1036–1040.
183. Segal ZV, Bieling P, Young T, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1256-64.
184. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:468-77.
185. Trivedi MH. Tools and strategies for ongoing assessment of depression: a measurement-based approach to remission. *J Clin Psychiatry* 2009;70:26-31.
186. Flint AJ, Rifat SL. Maintenance treatment for recurrent depression in late life. *Am J of Geriatr Psychiatry* 2000;8:2.
187. Burcusa SL, Iacono WG: Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:959–985.
188. Oxman TE, Dietrich AJ, Williams JW Jr, Kroenke K. A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. *Psychosomatics* 2002;43:441-50



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

189. Trivedi MH, Rush AJ, Gaynes BN, Stewart JW, Wisniewski SR, Warden D, Ritz L, Luther JF, Stegman D, Deveaugh-Geiss J, Howland R: Maximizing the adequacy of medication treatment in controlled trials and clinical practice: STAR(*)D measurement-based care. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32:2479–2489.
190. Nierenberg AA, Farabaugh AH, Alpert JE, Gordon J, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Fava M: Timing of onset of antidepressant response with fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1423–1428.
191. Fava M, Thase ME, DeBattista C. A multicenter, placebo-controlled study of modafinil augmentation in partial responders to selective serotonin reuptake inhibitors with persistent fatigue and sleepiness. *J Clin Psychiatry* 2005;66:85-93.
192. Sharma V, Khan M, Smith A. A closer look at treatment resistant depression: is it due to a bipolar diathesis? *J of Affective Disorders* 2005;84:251-57.
193. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, Thase ME, Quitkin F, Warden D, Ritz L, Nierenberg AA, Lebowitz BD, Biggs MM, Luther JF, Shores-Wilson K, Rush AJ: Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354:1243–1252.
194. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007;164:739-52.
195. McGrath PJ, Stewart JW, Nunes EV, et al. A double-blind crossover trial of imipramine and phenelzine for outpatients with treatment-refractory depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:118-23.
196. Djernes JK: Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:372–387.
197. Krishnan KR, DeLong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, McDonald W, Dew M, Alexopoulos G, Buckwalter K, Cohen PD, Evans D, Kaufmann PG, Olin J, Otey E, Wainscott C: Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry* 2002; 52:559–588
198. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Phys* 2004;69:2375-82
199. Dew MA, Whyte EM, Lenze EJ, Houck PR, Mulsant BH, Pollock BG, Stack JA, Bensasi S, Reynolds CF III: Recovery from major depression in older adults receiving augmentation of antidepressant pharmacotherapy. *Am J Psychiatry* 2007; 164:892–89.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

200. Mandelli L, Serretti A, Zanardi R, Rossini D, De Ronchi D, Tarricone I, Colombo C: Antidepressant response in the elderly. *Psychiatry Res* 2007; 152:37–44.
201. Driscoll HC, Karp JF, Dew MA, Reynolds CF III: Getting better, getting well: understanding and managing partial and non-response to pharmacological treatment of non-psychotic major depression in old age. *Drugs Aging* 2007; 24:801–814.
202. Sheikh JI, Cassidy EL, Doraiswamy PM, Salomon RM, Hornig M, Holland PJ, Mandel FS, Clary CM, Burt T: Efficacy, safety, and tolerability of sertraline in patients with late-life depression and comorbid medical illness. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:86–9252:559–588.
203. Mottram P, Wilson K, Strobl J: Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD003491.
204. Gerson S, Belin TR, Kaufman A, Mintz J, Jarvik L: Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry* 1999; 7:1–28.
205. Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS: Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16:558–567.
206. Serfaty. Marc Antony, Haworth Deborah, Blanchard Martin, Buszewicz Marta, Murad Shahed, King Michael, Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(12):1332-1340.
207. . Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332:259-63.
208. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical comorbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2007;19:289-303.
209. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006b;163:28-40.
210. Lépine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004;19:S3-S7.
211. Husain MM, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Pain in depression: STAR*D study findings. *J Psychosomatic Research* 2007;63:113-22.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

212. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. Arch Intern Med 2003;163: 2433-45.
213. Ali S, et al. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine. 2006; 23(11):1165–1173.
214. [Roy T](#), [Lloyd CE](#). Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review [J Affect Disord](#). 2012 Oct;142 Suppl:S8-21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6.
215. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:32-39
216. Lo C, Zimmermann C, Rydall A, et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. J Clin Oncol. 2010;28:3084-3089.
217. Atkinson JH, Heaton RK, Patterson TL, et al. Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men. J Affect Disord.2008;108:225-234.
218. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. Arch Gen Psychiatry.1998;55:452-457.
219. Ferrando SJ, Goldman JD, Charness WE. Selective serotonin reuptake inhibitor treatment of depression in symptomatic HIV infection and AIDS. Improvements in affective and somatic symptoms. Gen Hosp Psych. 1997;19:89-97.
220. Yun LW, Maravi M, Kobayashi JS, et al. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005;38:432-438.
221. [Menza M](#), [Dobkin RD](#), [Marin H](#). Treatment of depression in Parkinson's disease [Curr Psychiatry Rep](#). 2006 Jun;8(3):234-40.
222. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. J Gen Intern Med.2006;21:30-38.
223. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. Biol Psychiatry. 2003;54:227-240.
224. Thomas AJ, Kalaria RN, O'Brien JT. Depression and vascular disease: what is the relationship? J Affect Disord.2004;79:81-95.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

225. Ramasubbu R. Relationship between depression and cerebrovascular disease: conceptual issues. *J Affect Disord.*2000;57:1-11.
226. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000;160:3278-85.
227. Pommer Antoinette M, Pouwer François Denollet, Johan, Pop Victor JM.. Managing co-morbid depression and anxiety in primary care patients with asthma and/or chronic obstructive pulmonary disease: study protocol for a randomized controlled trial.*Trials* 2012, 13:6.
228. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003;65:201-10
229. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002;23:51-61.
230. Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American heart association prevention committee of the council on cardiovascular nursing, council on clinical cardiology, council on epidemiology and prevention, and interdisciplinary council on quality of care and outcomes research: endorsed by the American psychiatric association. *Circulation* 2008;118:1768-75.
231. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6,362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006;27:2763-74.
232. Jiang W, Davidson JRT. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J* 2005;150:871-81.
233. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003;362:604-09.
234. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on depression, anxiety, and cardiovascular disease. *J Clin Psychiatry* 2001;62:24-27.
235. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. *Annals of clinical psychiatry* 2012;24(1):91-109.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

236. Kroenke Kurt, Bair Matthew J., Damush Teresa M, Wu Jingwei, Hoke Shawn, Sutherland Jason, Tu Wanzhu. Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2009;301(20):2099-2110
237. Mijung Park, Wayne J. Katon, Fredric M. Wolf. Depression and Risk of Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review. Gen Hosp Psychiatry. 2013 ; 35(3): 217–225
238. Bogner Hillary R, Morales Knashawn H, De Vries Heather F, Cappola Anne R.. Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: A Randomized Controlled Trial. Ann Fam Med 2012;10:15-22. doi:10.1370/afm.1344.
239. Zimmerman M, Chelminski I, McDermut W: Major depressive disorder and Axis I diagnostic comorbidity. J Clin Psychiatry 2002; 63:187–193.
240. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:617–627.
241. Schatzberg AF, Ballenger JC: Decisions for the clinician in the treatment of panic disorder: when to treat, which treatment to use, and how long to treat. J Clin Psychiatry 1991; 52(suppl):26–31.
242. Schneier FR, Blanco C, Campeas R, Lewis-Fernandez R, Lin SH, Marshall R, Schmidt AB, Sanchez-Lacay JA, Simpson HB, Liebowitz MR: Citalopram treatment of social anxiety disorder with comorbid major depression. Depress Anxiety 2003; 17:191–196 52(suppl):26–3139.
243. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Panic Disorder, Second Edition. Am J Psychiatry 2009; 166:(Jan suppl)1–68.
244. Ninan PT, Rush AJ, Crits-Christoph P, Kornstein SG, Manber R, Thase ME, Trivedi MH, Rothbaum BO, Zajecka J, Borian FE, Keller MB: Symptomatic and syndromal anxiety in chronic forms of major depression: effect of nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination. J Clin Psychiatry 2002; 63:434–44.
245. Pavey TG, Taylor AH, Fox KR, Hillsdon M, Anokye N, Campbell JL, Foster C, Green C, Moxham T, Mutrie N, Searle J, Trueman P, Taylor RS. [Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis BMJ 2011;343:d6462 doi: 10.1136/bmj.d6462.](https://doi.org/10.1136/bmj.d6462)



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

246. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007;69(7):587-96.
247. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159(19):2349-56.
- 3.
248. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. The DOSE study: a clinical trial to examine efficacy and dose response of exercise as treatment for depression. *Control Clin Trials* 2002;23(5):584-603.
249. Dunn AL, Madhukar HT, Kampert JB, et al. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005;28:1-8.
250. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo ME. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002;180: 411-5.
251. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *Eur J Public Health* 2006;16(2):179-84.
252. Singh NA, Clements KM, Singh MA. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(8):M497-504.
253. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62:633-38.
254. Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Borowsky C, Fleck MP. Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. *J Affect Disord* 2011;133:615-18.
255. [Cooney GM](#), [Dwan K](#), [Greig CA](#), [Lawlor DA](#), [Rimer J](#), [Waugh FR](#), [McMurdo M](#), [Mead GE](#). Exercise for depression. [Cochrane Database Syst Rev](#). 2013 Sep 12;9:CD004366. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
256. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports*. 2014 Apr;24(2):259-72. doi: 10.1111/sms.12050. Epub 2013 Jan 30.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

257. Gemma Taylor, Ann McNeill, Alan Girling, Amanda Farle, Nicola Lindson-Hawley, Paul Aveyard. Change in mental health after smoking cessation:systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151 doi: 10.1136/bmj.g1151

258. Katon, W. J., Lin, E. H.B., Korff, M. V., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor M. and McCulloch, D. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363(27):2611-2620.

259. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992;15:447-68.

260.. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74:511-44.

261. Southard EP, Neufeld JD, Laws S. Telemental Health Evaluations Enhance Access and Efficiency in a Critical Access Hospital Emergency Department. *Telemed J E Health*. 2014 May 8.

262. Seidel RW, Kilgus MD Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for Emergency Department psychiatry patients. *J Telemed Telecare*. 2014 Mar;20(2):59-62.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΔΕΙΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Παράρτημα 1: Γλωσσάριο

Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Κ.Ο.	Κατευθυντήρια Οδηγία
ΜΚΔ	Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή
ΤΕΚΔ	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Κλινική Δοκιμή
ΓΣΘ	Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



www.espa.gr

"Αυτό το έγγραφο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έγγραφο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών. "

Σχετ. 5

Depression

30 January 2020

العربي
ة

中文

Français

Русский

Español

Key facts

- Depression is a common mental disorder. Globally, more than 264 million people of all ages suffer from depression.
- Depression is a leading cause of disability worldwide and is a major contributor to the overall global burden of disease.
- More women are affected by depression than men.
- Depression can lead to suicide.
- There are effective psychological and pharmacological treatments for moderate and severe depression.

Overview

Depression is a common illness worldwide, with more than 264 million people affected(1). Depression is different from usual mood fluctuations and short-lived emotional responses to challenges in everyday life. Especially when long-lasting and with moderate or severe intensity, depression may become a serious health condition. It can cause the affected person to suffer greatly and function poorly at work, at school and in the family. At its worst, depression can lead to suicide. Close to 800 000 people die due to suicide every year. Suicide is the second leading cause of death in 15-29-year-olds.

Although there are known, effective treatments for mental disorders, between 76% and 85% of people in low- and middle-income countries receive no treatment for their disorder(2). Barriers to effective care include a lack of resources, lack of trained health-care providers and social stigma associated with mental disorders. Another barrier to effective care is inaccurate assessment. In countries of all income levels, people who are depressed are often not correctly diagnosed, and others who do not have the disorder are too often misdiagnosed and prescribed antidepressants.

The burden of depression and other mental health conditions is on the rise globally. A World Health Assembly resolution passed in May 2013 has called for a comprehensive, coordinated response to mental disorders at the country level.

Type text here

Types and symptoms

Depending on the number and severity of symptoms, a depressive episode can be categorized as mild, moderate or severe.

A key distinction is also made between depression in people who have or do not have a history of manic episodes. Both types of depression can be chronic (i.e. over an extended period) with relapses, especially if they go untreated.

Recurrent depressive disorder: this disorder involves repeated depressive episodes. During these episodes, the person experiences depressed mood, loss of interest and enjoyment, and reduced energy leading to diminished activity for at least two weeks. Many people with depression also suffer from anxiety symptoms, disturbed sleep and appetite, and may have feelings of guilt or low self-worth, poor concentration and even symptoms that cannot be explained by a medical diagnosis.

Depending on the number and severity of symptoms, a depressive episode can be categorized as mild, moderate or severe. An individual with a mild depressive episode will have some difficulty in continuing with ordinary work and social activities but will probably not cease to function completely. During a severe depressive episode, it is unlikely that the sufferer will be able to continue with social, work or domestic activities, except to a limited extent.

Bipolar affective disorder: this type of depression typically consists of both manic and depressive episodes separated by periods of normal mood. Manic episodes involve elevated or irritable mood, over-activity, pressure of speech, inflated self-esteem and a decreased need for sleep.

Contributing factors and prevention

Depression results from a complex interaction of social, psychological and biological factors. People who have gone through adverse life events (unemployment, bereavement, psychological trauma) are more likely to develop depression. Depression can, in turn, lead to more stress and dysfunction and worsen the affected person's life situation and depression itself.

There are interrelationships between depression and physical health. For example, cardiovascular disease can lead to depression and vice versa.

Prevention programmes have been shown to reduce depression. Effective community approaches to prevent depression include school-based programmes to enhance a pattern of positive thinking in children and adolescents. Interventions for parents of children with behavioural problems may reduce parental depressive symptoms and improve outcomes for their children. Exercise programmes for the elderly can also be effective in depression prevention.

Diagnosis and treatment

There are effective treatments for moderate and severe depression. Health-care providers may offer psychological treatments such as behavioural activation, cognitive behavioural therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (IPT), or antidepressant medication such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and tricyclic antidepressants (TCAs). Health-care providers should keep in mind the possible adverse effects associated with antidepressant medication, the ability to deliver either intervention (in terms of expertise, and/or treatment availability), and individual preferences. Different psychological treatment formats for consideration include individual and/or group face-to-face psychological treatments delivered by professionals and supervised lay therapists.

Psychosocial treatments are also effective for mild depression. Antidepressants can be an effective form of treatment for moderate-severe depression but are not the first line of treatment for cases of mild depression. They should not be used for treating depression in children and are not the first line of treatment in adolescents, among whom they should be used with extra caution.

WHO response

Depression is one of the priority conditions covered by WHO's mental health Gap Action Programme (mhGAP). The Programme aims to help countries increase services for people with mental, neurological and substance use disorders through care provided by health workers who are not specialists in mental health. WHO has developed brief psychological intervention manuals for depression that may be delivered by lay workers. An example is Problem Management Plus, which describes the use of behavioural activation, relaxation training, problem solving treatment and strengthening social support. Moreover, the manual Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression describes group treatment of depression. Finally, Thinking Healthy covers the use of cognitive-behavioural therapy for perinatal depression.



Neuropsychiatric and Cognitive Sequelae of COVID-19

Sanjay Kumar^{1*}, Alfred Veldhuis¹ and Tina Malhotra²

¹Department of Psychology, Oxford Brookes University, Oxford, United Kingdom, ²Oxford Health Foundation NHS Trust, Oxford, United Kingdom

OPEN ACCESS

Edited by:

Gian Mauro Manzoni,
University of eCampus, Italy

Reviewed by:

Gregory Zecca,
Independent researcher,
Geneva, Switzerland
Jing Yuan,
Children's Hospital of Capital Institute
of Pediatrics, China

*Correspondence:

Sanjay Kumar
skumar@brookes.ac.uk

Specialty section:

This article was submitted to
Psychology for Clinical Settings,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

Received: 29 June 2020

Accepted: 08 February 2021

Published: 02 March 2021

Citation:

Kumar S, Veldhuis A and
Malhotra T (2021) Neuropsychiatric
and Cognitive Sequelae of
COVID-19.
Front. Psychol. 12:577529.
doi: 10.3389/fpsyg.2021.577529

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is likely to have long-term mental health effects on individuals who have recovered from COVID-19. Rightly, there is a global response for recognition and planning on how to deal with mental health problems for everyone impacted by the global pandemic. This does not just include COVID-19 patients but the general public and health care workers as well. There is also a need to understand the role of the virus itself in the pathophysiology of mental health disorders and longer-term mental health sequelae. Emerging evidence suggests that COVID-19 patients develop neurological symptoms such as headache, altered consciousness, and paraesthesia. Brain tissue oedema and partial neurodegeneration have also been observed in an autopsy. In addition, there are reports that the virus has the potential to cause nervous system damage. Together, these findings point to a possible role of the virus in the development of acute psychiatric symptoms and long-term neuropsychiatric sequelae of COVID-19. The brain pathologies associated with COVID-19 infection is likely to have a long-term impact on cognitive processes. Evidence from other viral respiratory infections, such as severe acute respiratory syndrome (SARS), suggests a potential development of psychiatric disorders, long-term neuropsychiatric disorders, and cognitive problems. In this paper, we will review and evaluate the available evidence of acute and possible long-term neuropsychiatric manifestations of COVID-19. We will discuss possible pathophysiological mechanisms and the implications this will have on preparing a long-term strategy to monitor and manage such patients.

Keywords: coronavirus disease 2019, neuropsychiatric disease, cognition, depression, mental health

INTRODUCTION

Coronaviruses are single-stranded RNA viruses, which caused two well-known outbreaks: (1) severe acute respiratory syndrome (SARS) in 2002 and (2) Middle East respiratory syndromes (MERS) in 2012. Since December 2019, several cases of atypical pneumonia have been reported from Wuhan, China. A novel coronavirus was identified to be the cause and was subsequently named by the WHO as: “severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2).” It is well known that coronaviruses affect the respiratory tract, with most patients experiencing only mild symptoms akin to the common cold (e.g., blocked/runny nose, headaches, sneezing, a raised temperature, loss of taste and smell, etc.) and the illness is self-limiting. However, if the virus reaches lower respiratory tract, in

vulnerable individuals such as new-born, elderly, and immunocompromised, it can cause severe illness such as pneumonia, bronchitis, exacerbation of asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and acute respiratory syndrome (ARS), as seen in SARS, MERS, and now COVID-19 (Desforges et al., 2014; Raj et al., 2014). Unfortunately, coronavirus is an opportunistic virus and can allude immune response, potentially spreading to cells other than the respiratory tract's epithelial cells. Several coronaviruses have shown to be neuro-invasive, including SARS and MERS (Gu et al., 2005; Xu et al., 2005; Arabi et al., 2015).

As of the 28th of June 2020, SARS-CoV-2 has now infected over 10 million people worldwide (Dong et al., 2020) and the pandemic continues to grow. The disease caused by SARS-CoV-2 is known as corona virus disease 2019 (COVID-19), which manifests not just as a respiratory illness but also impacts the cardiovascular, renal, and the nervous system functions (Yuki et al., 2020). It is known from previous pandemics, such as Spanish influenza and SARS, that there are not just acute effects of the viral infection but also long-term sequelae due to disease itself as well as social effects due to governmental measures of containment such as quarantine, social distancing, and lockdown.

In this paper, we aim to present an understanding of pathophysiology, possible effects of SARS-CoV-2 infection to the brain and its long-term neuropsychiatric and cognitive consequences. Understanding neuropsychiatric and cognitive consequences are important, as millions of individuals have been affected; many more are undetected, and the number of infections is still rising. If even a fraction of such individuals experience neuropsychiatric complications, the public health implications could be considerable. Therefore, it is important to understand the neuropsychiatric and cognitive consequences of COVID-19. In this paper, we will briefly outline how COVID-19 can affect the central nervous system (CNS), review emerging evidence of effects on CNS and explore the possible neuropsychiatric sequelae of the COVID-19 infection. We will discuss diverse neuropsychiatric and cognitive complications following COVID-19 infection, possibly affecting a large proportion of individuals previously suffering from COVID-19. This, in turn, could lead to a potential increase in patients with psychiatric and cognitive problems. Understanding and assessing cognitive consequences following COVID-19 is important as it could be used to estimate an individual's capacity to work effectively, drive, manage finances, participate in daily family activities, or make informed decisions. Appropriate neuropsychological rehabilitation could be planned to remediate or compensate for cognitive deficits in COVID-19 survivors.

Neuropsychiatric consequences are neurological, psychiatric, and cognitive problems due to direct brain damage, disease, or indirect effects on the CNS *via* an immune response or medical therapy (Rogers et al., 2020). The acute psychiatric manifestations of COVID-19 reported in surveys are increased stress, anxiety, and depression (Asmundson and Taylor, 2020). In the long-term, psychiatric presentations could also be affected by the outcome of their illness, stigma or memories,

and amnesia associated with the critical care they receive (Jones et al., 1998). Acute neurological symptoms such as headache, altered sensorium, acute cerebrovascular incidents, convulsions, and ataxia have been reported in more than a third of hospitalized patients (Mao et al., 2020). Reports of acute cognitive complications such as attention and dysexecutive symptoms are also emerging (Rogers et al., 2020; Varatharaj et al., 2020). However, we can just speculate about the long-term neuropsychiatric and cognitive consequences of COVID-19.

PATHOPHYSIOLOGY OF NEUROPSYCHIATRIC AND COGNITIVE CONSEQUENCES OF COVID-19

SARS-CoV-2 is a novel virus and its pathophysiological mechanism on various physiological systems is yet to be fully understood. However, a lot can be learnt from other subtypes of coronaviruses. Coronaviruses primarily affect upper respiratory tracts, but they have been detected both in the brain and cerebrospinal fluids of the infected individuals (Bohmwald et al., 2018). There are several mechanisms through which coronaviruses can damage the nervous system. These may include direct infection injury, virus entering through blood circulation pathway, neuronal pathway, hypoxic injury, immune injury, and *via* binding to the angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2). The neurotropic capacities of coronaviruses allow them to evade the immune response of the host and achieve latency. This makes them a potent factor to cause acute and late neurological effects. Although early indication shows that the expression of SARS-CoV-2 in the brain deviates slightly compared to SARS-CoV-1 and MERS expression, it is still a potential source for causing short and long-term neuropsychiatric and cognitive complications. For a detailed discussion of these mechanisms, please see Wu et al. (2020). The neuronal pathway *via* the olfactory nerve and role of ACE2 has been observed to be the primary pathophysiological mechanisms contributing to neuropsychiatric and cognitive complications in COVID-19 (Mirfazeli et al., 2020; Pantelis et al., 2020). This is mainly because coronaviruses affect the respiratory tract and can reach the ACE2-enzymes in the respiratory epithelial cells, and the olfactory nerve, providing a pathway for the coronavirus to enter the CNS.

Neuronal Pathway

Neurotropic viruses, such as coronaviruses, use sensory and motor neuronal pathways to enter the CNS. One example of a neuronal pathway is the olfactory nerve (Desforges et al., 2019). This is mediated by the unique organization of olfactory nerves and the olfactory bulb in the nasal cavity and forebrain. The virus thus can reach the brain and CSF, which can cause inflammation and a demyelinating reaction. If the infection is set, then the viruses can reach the whole brain and CSF in less than 7 days (Bohmwald et al., 2018). Altered olfaction and gustatory problems (anosmia, hyposmia, and ageusia) have

been reported in 49% of COVID-19 patients (Hornuss et al., 2020; Vaira et al., 2020) implicating the possibility of CNS infection through the olfactory neuronal pathway.

ACE2 and Its Role in Neuropsychiatric Complications

ACE2 enzyme is widely present in various organs including oro-nasal, respiratory, cardiovascular, cerebrovascular, and immune systems. The high density of ACE2 in oro-nasal mucosa and their binding with SARS-CoV-2 may account for olfactory symptoms of anosmia in COVID-19 (Lechien et al., 2020). Coronaviruses directly bind to ACE-2 receptors in respiratory epithelial cells cause cytokine storm, which causes widespread inflammation in patients with COVID-19, leading to multiple organ damage and immune-mediated encephalopathy manifesting as delirium and convulsions. Neuroinflammation is a well-recognized mechanism for the development of psychiatric disorders (Yuan et al., 2019). It can also cause hypercoagulable states causing ischaemic stroke besides other vascular events (Fotuhi et al., 2020). ACE2 plays an important role in controlling blood pressure but binding to SARS-CoV-2 can cause an increase in blood pressure, which can increase the propensity to cerebral hemorrhage. This may also explain the increase in mortality in patients with COVID-19 with comorbid metabolic conditions such as hypertension, high body mass index and diabetes (Fang et al., 2020). It has also been proposed that the spike protein of SARS-CoV-2 can bind to ACE2 receptors in capillaries, breaking the blood-brain barrier and allowing the virus to enter the brain directly (Wu et al., 2020). Neurons have a high density of ACE-2 and high binding to coronaviruses if they cross the blood-brain barrier. SARS-CoV-2 can lie latent in the neurons of patients who recover from acute effects of COVID-19, increasing the risk of long-term consequences by causing demyelination and neurodegeneration (Lippi et al., 2020).

NEUROPSYCHIATRIC AND COGNITIVE EFFECTS OF CORONAVIRUS INFECTION

Acute Effects

In the short-term, 20–40% of COVID-19 cases may present with neuropsychiatric complications, such as cerebrovascular events, headache, dizziness, encephalopathies, anosmia, ageusia, and mood problems (Bo et al., 2020; Crunfli et al., 2020; Lu et al., 2020; Mao et al., 2020; Mirfazeli et al., 2020; Troyer et al., 2020; Varatharaj et al., 2020; Wu et al., 2020; Zhang et al., 2020), see **Table 1**. The acute effect of CoV infections on the CNS is manifested in viral encephalitis, infectious toxic encephalopathy, and acute cerebrovascular disease. In a recent meta-analytic review, Rogers et al. (2020) reported the neuropsychiatric short- and long-term consequences of SARS and MERS infection. They reported that during the acute illness, 27–41% of cases had neuropsychiatric symptoms such as confusion, depressed mood, anxiety, impaired memory, and insomnia. Steroid-induced mania and psychoses were also reported. The meta-analysis also looked at the available data related to COVID-19 infection and neuropsychiatric consequences and found that confusion and agitation were present in 65–69% of the intensive care unit patients. Importantly, at discharge, 33% of the patients with COVID-19 had dysexecutive syndromes. Similarly, in a United Kingdom wide surveillance study, 153 patients were reported to have neurological and neuropsychiatric complications following COVID-19 infection (Varatharaj et al., 2020). Twenty-one of these cases developed a new diagnosable psychiatric disorder. The other noteworthy observation was the effect of age on altered mental status and cerebrovascular incident. Thirty-seven patients had altered mental status and 49% of these patients were younger than 60 years. However, of 74 patients who presented with cerebrovascular incidents, 81% of the patients were aged over 60. In another report, Mao et al. (2020) reported

TABLE 1 | Percentage of COVID-19 patients showing neuropsychiatric and cognitive effects.

Reference	COVID-19 patients showing neuropsychiatric and cognitive effects							
	CNS ¹	PNS ²	Affective disorders	Anxiety	Fatigue	PTSD	Impaired attention	Impaired memory
Short-term								
Bo et al., 2020						96%		
Crunfli et al., 2020			20%	28%			45%	28%
Lu et al., 2020	25%	35% ^a	42%		27%			13%
Mao et al., 2020	53%	19%						
Mirfazeli et al., 2020	40%	36% ^b						
Varatharaj et al., 2020	62%		17%					26%
Zhang et al., 2020			29%					
Long-term							0.57SD ^c	
Hampshire et al., 2020								
Lu et al., 2020	10%	22%	17%		7%			28%
Woo et al., 2020			11%		17%		44%	50%

¹Central nervous system (CNS) includes dizziness, headaches, mental state, ataxia, seizure, and acute cerebrovascular disease.

²Peripheral nervous system (PNS) includes an impaired sense of smell, taste, vision, and nerve pain.

^aA count of PNS symptoms occurring, it is possible a single patient had multiple symptoms.

^bAverage of reported PNS symptoms.

^cSignificant SD away from the healthy control group, indicating cognitive impairments for groups with different levels of medical assistance, the value here is the SD for patients requiring hospitalization with a ventilator.

neurologic manifestations of COVID-19. The study had 214 patients with mild to severe COVID-19 infection. Around 36.4% of the patients showed neurologic manifestations involving the CNS, peripheral nervous system (PNS) and skeletal muscles. These neurologic manifestations were more prevalent in patients with a severe infection and included signs of impaired consciousness and acute cerebrovascular diseases. Autopsy results have indicated degenerated neurons and an increased blood flow to some regions together with edematous brain tissue (Mao et al., 2020).

Structural brain abnormalities have also been reported with SARS-CoV-1 and MERS infections. In an MRI study looking into the post-infectious neurological consequences of MERS in three patients with severe neurologic syndrome found hyperintensities in the white matter of the parietal lobes, temporal lobes, frontal lobes, basal ganglia, and corpus callosum (Arabi et al., 2015). The neurological manifestations shown by these patients included: altered mental status (ranging from confusion to coma) ataxia, and focal motor deficits. Similarly, a study investigating autopsies of six SARS patients found evidence of edema and scattered red degeneration of the neurons (likely the result of neuronal hypoxia or ischemia), after finding evidence of SARS genome sequences in the hypothalamus and cortex (Gu et al., 2005). Structural brain abnormalities have been reported in COVID-19 patients too. Montalvan et al. (2020) have reported cases with brain abnormalities present in the bilateral thalamic, medial temporal lobes, hippocampus, and insular regions.

As reported by Helms et al. (2020), there are some findings of encephalopathy and reduced blood flow in the frontotemporal brain region following a COVID-19 infection. The extent to which COVID-19 infection leads to neurological damages and neuronal symptoms is currently still unknown. However, several studies have found patients with neurological diseases ranging from encephalitis to strokes (Mao et al., 2020; Moriguchi et al., 2020). Encephalitis alone is linked to an increased risk of a range of long-term sequelae such as epilepsy, bipolar disorders, psychotic disorders, anxiety disorders, cognitive problems, and dementia (Granerod et al., 2017).

Long-Term and Chronic Neuropsychiatric Sequelae

It is known that the neural and immune cells can host latent CoV which could contribute to delayed neurologic and neuropsychiatric complications (Desforges et al., 2019). However, long-term neuropsychiatric sequelae of COVID-19 are currently unknown. We can speculate long-term effects from our understanding of the mechanisms of the COVID-19 on the CNS and evidence from long-term neuropsychiatric effects of SARS-CoV-1 and MERS. Lam et al. (2009) reported that 55% of survivors of SARS-CoV-1 had post-traumatic stress disorder (PTSD). Furthermore, depression was in 39%, pain disorder in 36.4%, panic disorder in 32.5%, and obsessive-compulsive disorder in 15.6% of SARS-CoV-1 survivors. In their meta-analytic review, Rogers et al. (2020) also reported long-term neuropsychiatric consequences of SARS and MERS infections in 10–20% of the cases, such as depressed mood,

insomnia, anxiety, irritability, memory impairment, and fatigue. However, it is important to understand that the neuropsychiatric manifestations, such as PTSD, depression, or anxiety, following COVID-19 infection could also be a psychological reaction to being infected, being in intensive care unit or experiencing stigma of contracting the infection.

If similar proportions of long-term neuropsychiatric complications emerge following COVID-19, then we can expect a crashing wave of neuropsychiatric sequelae (Troyer et al., 2020), which will have huge implication for management of the stretched healthcare resources in every country. Besides the neuropsychiatric sequelae, long-term implications will be observed with many neurological problems. For example, loss of smell is considered one of the hallmark symptoms of COVID-19 infection implying CNS involvement. This might have long-term implications for neuro infections and neurodegenerative diseases. Indeed, loss of olfaction is considered an early manifestation in Parkinson's disease (Doty, 2012; Chase and Markopoulou, 2020). Therefore, the emergence of cognitive symptoms following COVID-19 may indicate an underlying neurodegenerative process. Furthermore, individuals with certain immunocompromised neurological conditions such as multiple sclerosis (MS) may show alterations in their non-motor symptoms following COVID-19, which may indicate an underlying neurodegenerative process. Higher risk of developing Parkinson's disease and MS has been previously linked to SARS-CoV-1 infection (Fazzini et al., 1992; Murray et al., 1994). Indeed, long-term assessment of cognition will become a critical part of the care pathway for such individuals.

Long-Term Cognitive Sequelae

From the emerging evidence and our understanding of the mechanism of CoV in the CNS, one can expect to have a range of cognitive consequences of COVID-19 infection. Attention and dysexecutive symptoms have commonly been reported with COVID-19 (Rogers et al., 2020; Varatharaj et al., 2020). Hypoperfusion in the frontotemporal region of the brain has also been reported (Helms et al., 2020) as well as structural brain abnormalities thalamic and temporal regions (Montalvan et al., 2020). Considering the demyelinating nature of the viral infection in the CNS, we can expect common cognitive problems that characterize demyelinating illnesses (such as MS). The Symbol Digit Modalities Test (SDMT), a test to assess the speed of information processing, is an exceptionally reliable and sensitive cognitive test for MS patients (Benedict et al., 2017). Similarly, a link between loss of smell in COVID-19 patients and the prodromal phase of Parkinson's disease should be kept in mind while examining long-term cognitive consequences. A large amount of research has shown that executive functions are primarily affected in the prodromal phase of Parkinson's disease along with prominent memory problems (Fengler et al., 2017). Taken together, the long-term cognitive examination of COVID-19 survivors should at least include tests assessing attention, executive functions, learning, and memory as well as the speed of information processing.

Implications for Monitoring Long-Term Neuropsychiatric and Cognitive Sequelae

It is clear from the past outbreaks of SARS-CoV-1 and MERS and current reports of neurological and neuropsychiatric complications following COVID-19 that a large number of survivors will experience a range of neuropsychiatric and cognitive sequelae. These are likely to affect their mental, physical, and cognitive well-being. Which, in turn, will affect their emotional, occupational, and financial situations. Some of these patients may develop a full-blown neurological or psychiatric illness, or some might experience mild cognitive problems and that will increase their risk of developing dementia. Early indications show that the cognitive domains of executive functions, attention, and memory appear to be affected by COVID-19. Furthermore, there are potential increases in affective disorders, anxiety, fatigue, and PTSD (Hampshire et al., 2020; Lu et al., 2020; Woo et al., 2020), see **Table 1**. These symptoms can be due to pathoplastic change in brain physiology where the COVID-19 infection may modify brain functions after infection, which can lead to the development of brain vulnerabilities that may increase the probability to develop psychological distress. It is also possible that these neuropsychiatric symptoms and disorders are the psychological reactions of having contracted COVID-19 and undergoing associated medical interventions. This complex nature of neuropsychiatric presentations can be understood through a careful study of case history, accompanied by standardized neuropsychological assessments. This will help clarify if the neuropsychiatric and cognitive problems are a direct consequence of structural brain abnormalities or are a psychological reaction of the potential physical and the mental stress associated with recovering from COVID-19. Therefore, early detection and

prevention of neuropsychiatric and cognitive problems should be the long-term aim of health services and governments across the world as this could present as a “**third wave**” of the pandemic.

CONCLUSION

The short-term neuropsychiatric and cognitive complications following COVID-19 are varied and affect a large proportion of COVID-19 survivors. In the medium- and long-term period, there is going to be an influx of patients with psychiatric and cognitive problems who were otherwise healthy prior to COVID-19 infection. Increased neuropsychiatric manifestations could be observed in the form of an increase in cases of depression, anxiety, PTSD, and in certain cases severe mental illnesses. Cognitive sequelae are also likely to be varied and a detailed cognitive evaluation should be considered for such individuals to monitor the emergence of new neurological cases. Robust neuropsychiatric and cognitive monitoring will enable health care providers to plan adequate health care delivery and allocate resources adequately. Early intervention for emerging cognitive problems will be critical for independent functioning and improved quality of life for many COVID-19 survivors.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

All authors participated in the literature search, manuscript preparation, and feedback on final manuscript. SK led the process and conceptualized the topic. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

REFERENCES

- Arabi, Y. M., Harthi, A., Hussein, J., Bouchama, A., Johani, S., Hajeer, A. H., et al. (2015). Severe neurologic syndrome associated with Middle East respiratory syndrome corona virus (MERS-CoV). *Infection* 43, 495–501. doi: 10.1007/s15010-015-0720-y
- Asmundson, G. J. G., and Taylor, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J. Anxiety Disord.* 70:102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196
- Benedict, R. H. B., DeLuca, J., Enzinger, C., Geurts, J. J. G., Krupp, L. B., and Rao, S. M. (2017). Neuropsychology of multiple sclerosis: looking back and moving forward. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 23, 832–842. doi: 10.1017/S1355617717000959
- Bo, H. -X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., et al. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol. Med.* 1–2. doi: 10.1017/S0033291720000999 [Epub ahead of print]
- Bohmwald, K., Gálvez, N. M. S., Ríos, M., and Kalergis, A. M. (2018). Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Front. Cell. Neurosci.* 12:386. doi: 10.3389/fncel.2018.00386
- Chase, B. A., and Markopoulou, K. (2020). Olfactory dysfunction in familial and sporadic Parkinson's disease. *Front. Neurol.* 11:447. doi: 10.3389/fneur.2020.00447
- Crunfli, F., Carregari, V. C., Veras, F. P., Vendramini, P. H., Fragnani Valença, A. G., Leão Marcelo Antunes, A. S., et al. (2020). SARS-CoV-2 infects brain astrocytes of COVID-19 patients and impairs neuronal viability. medRxiv [Preprint]. doi: 10.1101/2020.10.09.20207464
- Desforges, M., Le Coupanec, A., Dubeau, P., Bourgooin, A., Lajoie, L., Dubé, M., et al. (2019). Human coronaviruses and other respiratory viruses: underestimated opportunistic pathogens of the central nervous system? *Viruses* 12:14. doi: 10.3390/v12010014
- Desforges, M., Le Coupanec, A., Stodola, J. K., Meessen-Pinard, M., and Talbot, P. J. (2014). Human coronaviruses: viral and cellular factors involved in neuroinvasiveness and neuropathogenesis. *Virus Res.* 194, 145–158. doi: 10.1016/j.virusres.2014.09.011
- Dong, E., Du, H., and Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect. Dis.* 20, 533–534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1
- Doty, R. L. (2012). Olfaction in Parkinson's disease and related disorders. *Neurobiol. Dis.* 46, 527–552. doi: 10.1016/j.nbd.2011.10.026
- Fang, L., Karakiulakis, G., and Roth, M. (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir. Med.* 8:e21. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30116-8
- Fazzini, E., Fleming, J., and Fahn, S. (1992). Cerebrospinal fluid antibodies to coronavirus in patients with Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 7, 153–158. doi: 10.1002/mds.870070210
- Fengler, S., Liepelt-Scarfone, I., Brockmann, K., Schäffer, E., Berg, D., and Kalbe, E. (2017). Cognitive changes in prodromal Parkinson's disease: a review. *Mov. Disord.* 32, 1655–1666. doi: 10.1002/mds.27135
- Fotuhi, M., Mian, A., Meysami, S., and Raji, C. A. (2020). Neurobiology of COVID-19. *J. Alzheimers Dis.* 76, 3–19. doi: 10.3233/JAD-200581
- Granerod, J., Davies, N. W. S., Ramanuj, P. P., Easton, A., Brown, D. W. G., and Thomas, S. L. (2017). Increased rates of sequelae post-encephalitis in individuals attending primary care practices in the United Kingdom: a population-based retrospective cohort study. *J. Neurol.* 264, 407–415. doi: 10.1007/s00415-016-8316-8

- Gu, J., Gong, E., Zhang, B., Zheng, J., Gao, Z., Zhong, Y., et al. (2005). Multiple organ infection and the pathogenesis of SARS. *J. Exp. Med.* 202, 415–424. doi: 10.1084/jem.20050828
- Hampshire, A., Trender, W., Chamberlain, S., Jolly, A., Grant, J. E., Patrick, F., et al. (2020). Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls: an N=84,285 online study. medRxiv [Preprint]. doi: 10.1101/2020.10.20.20215863
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H., Clere-Jehl, R., Schenck, M., Kummerlen, C., et al. (2020). Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N. Engl. J. Med.* 382, 2268–2270. doi: 10.1056/NEJMc2008597
- Hornuss, D., Lange, B., Schröter, N., Rieg, S., Kern, W. V., and Wagner, D. (2020). Anosmia in COVID-19 patients. *Clin. Microbiol. Infect.* 26, 1426–1427. doi: 10.1016/j.cmi.2020.05.017
- Jones, C., Humphris, G. M., and Griffiths, R. D. (1998). Psychological morbidity following critical illness - the rationale for care after intensive care. *Clin. Intensive Care* 9, 199–205. doi: 10.3109/tcic.9.5.199.205
- Lam, M. H. B., Wing, Y. K., Yu, M. W. M., Leung, C. M., Ma, R. C. W., Kong, A. P. S., et al. (2009). Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors long-term follow-up. *Arch. Intern. Med.* 169, 2142–2147. doi: 10.1001/archinternmed.2009.384
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siat, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodriguez, A., et al. (2020). Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 277, 2251–2261. doi: 10.1007/s00405-020-05965-1
- Lippi, A., Domingues, R., Setz, C., Outeiro, T. F., and Krisko, A. (2020). SARS-CoV-2: at the crossroad between aging and Neurodegeneration. *Mov. Disord.* 35, 716–720. doi: 10.1002/mds.28084
- Lu, Y., Li, X., Geng, D., Mei, N., Wu, P. -Y., Huang, C. -C., et al. (2020). Cerebral micro-structural changes in COVID-19 patients – an MRI-based 3-month follow-up study. *EclinicalMedicine* 25:100484. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100484
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., et al. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 77, 683–690. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127
- Mirfazeli, F. S., Sarabi-Jamab, A., Jahanbakhshi, A., Kordi, A., Javadnia, P., Shariat, S. V., et al. (2020). Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 can be clustered in three distinct symptom categories. *Sci. Rep.* 10:20957. doi: 10.1038/s41598-020-78050-6
- Montalvan, V., Lee, J., Bueso, T., De Toledo, J., and Rivas, K. (2020). Neurological manifestations of COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 194:105921. doi: 10.1016/j.clineuro.2020.105921
- Moriguchi, T., Harii, N., Goto, J., Harada, D., Sugawara, H., Takamino, J., et al. (2020). A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. *Int. J. Infect. Dis.* 94, 55–58. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.062
- Murray, R. S., Cai, G. Y., Hoel, K., Johnson, S., and Cabirac, G. F. (1994). Coronaviruses and multiple sclerosis. *Adv. Exp. Med. Biol.* 342, 353–357. doi: 10.1007/978-1-4615-2996-5_54
- Pantelis, C., Jayaram, M., Hannan, A. J., Wesselingh, R., Nithianantharajah, J., Wannan, C. M., et al. (2020). Neurological, neuropsychiatric and neurodevelopmental complications of COVID-19. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 0004867420961472. doi: 10.1177/0004867420961472 [Epub ahead of print]
- Raj, V. S., Osterhaus, A. D. M. E., Fouchier, R. A. M., and Haagmans, B. L. (2014). MERS: emergence of a novel human coronavirus. *Curr. Opin. Virol.* 5, 58–62. doi: 10.1016/j.coviro.2014.01.010
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 7, 611–627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0
- Troyer, E. A., Kohn, J. N., and Hong, S. (2020). Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav. Immun.* 87, 34–39. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.027
- Vaira, L. A., Salzano, G., and Deiana, G., and De Riu, G. (2020). Anosmia and Ageusia: common findings in COVID-19 patients. *Laryngoscope* 130:1787. doi: 10.1002/lary.28692
- Varatharaj, A., Thomas, N., Ellul, M., Davies, N. W. S., Pollak, T., Tenorio, E. L., et al. (2020). UK-wide surveillance of neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19: The first 153 patients. SSRN [Preprint]. doi: 10.2139/ssrn.3601761
- Woo, M. S., Malsy, J., Pöttgen, J., Seddiq Zai, S., Ufer, F., Hadjilaou, A., et al. (2020). Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. *Brain Commun.* 2:fcaa205. doi: 10.1093/braincomms/fcaa205
- Wu, Y., Xu, X., Chen, Z., Duan, J., Hashimoto, K., Yang, L., et al. (2020). Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav. Immun.* 87, 18–22. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.031
- Xu, J., Zhong, S., Liu, J., Li, L., Li, Y., Wu, X., et al. (2005). Detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus in the brain: potential role of the chemokine mig in pathogenesis. *Clin. Infect. Dis.* 41, 1089–1096. doi: 10.1086/444461
- Yuan, N., Chen, Y., Xia, Y., Dai, J., and Liu, C. (2019). Inflammation-related biomarkers in major psychiatric disorders: a cross-disorder assessment of reproducibility and specificity in 43 meta-analyses. *Transl. Psychiatry* 9:233. doi: 10.1038/s41398-019-0570-y
- Yuki, K., Fujiogi, M., and Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: a review. *Clin. Immunol.* 215:108427. doi: 10.1016/j.clim.2020.108427
- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., et al. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav. Immun.* 87, 49–50. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.031

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2021 Kumar, Veldhuis and Malhotra. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020)

Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος
ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Νοέμβριος 2011

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ.....	4
A.0 Προοίμιο: Ψυχική Υγεία. Μέγεθος του προβλήματος.....	4
A.1 Ιστορική εξέλιξη και αρχιτεκτονική της εθνικής στρατηγικής ψυχικής υγείας ...	10
A.2 Αρχές και αξίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	14
A.3 Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β΄	15
A.4 Σύμφωνο Sridla.....	21
A.5 Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργός.....	22
A.6 Διεθνές περιβάλλον.....	24
A.7 Πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Γ 2011-2020	26
B. ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
B1. Κοινοτικές Υπηρεσίες για ενήλικους με ψυχικές διαταραχές.....	29
B.1.1 Προτεραιότητες ανάπτυξης υπηρεσιών.....	29
B.1.2 Τυπολογία υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	30
B.1.3 Ανθρώπινοι πόροι.....	41
Εσωτερ. ασθενών.....	44
B.1.4 Πλαίσιο Δημιουργίας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στους ΤοΨΥ της χώρας	46
B.1.5 Σχέδιο Άμεσης Προσαρμογής στις ιδιαιτερότητες του ΕΣΠΑ.....	48
B. 2. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας Παιδιών – Εφήβων.....	50
B.2.1. Γενικές αρχές για την ανάπτυξη, την οργάνωση και τον συντονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών – Εφήβων.....	52
B.2.2 Ανάγκες για Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (γενικό μέρος)	53
B.2.3. Προτεραιότητες για την ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.....	55
B.3. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας για Ευπαθείς Ομάδες.....	57
B. 3.1. Αυτισμός.....	57
B. 3.2. Άνοιες.....	62
B.3.3. Άτομα με ψυχικές διαταραχές εντός των φυλακών	76
B. 3.4. Φτωχοί, άνεργοι, μετανάστες.....	84
Γ. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	88
Γ1. Παρακολούθηση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας.....	88
Γ.1.1 Πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας συστήματος παρακολούθησης.....	88
Γ.1.2 Διερεύνηση αναγκών.....	89
Γ.1.3 Καθιέρωση δεικτών και κριτηρίων εκβάσεων.....	91
Γ.1.4 Εθνικές Πολιτικές & Σύστημα Παρακολούθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	96
Γ.1.5 Καθορισμός διαδικασιών στην ψυχική υγεία.....	97
Γ.1.6 Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος.....	98
Γ2. Αξιολόγηση Ποιότητας.....	99
Γ.2.1 Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance).....	99
Γ.2.2 Θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών.....	101
Δ. Προαγωγή & Πρόληψη Ψυχικής Υγείας.....	103
Δ.1.1 Εισαγωγή.....	103

<u>Δ.1.2 Δράσεις πρόληψης της κατάθλιψης.....</u>	<u>103</u>
<u>Δ.1.3 Νεολαία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία.....</u>	<u>105</u>
<u>Δ.1.4 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης και της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων</u>	<u>107</u>
<u> Δ.1.4.1 Προαγωγή της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης.....</u>	<u>107</u>
<u> Δ.1.4.2 Δράσεις Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των ανέργων</u>	<u>108</u>
<u> Δ.1.4.3 Προαγωγή της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων</u>	<u>109</u>
<u> Δ.1.4.4 Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων</u>	<u>112</u>

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

A.0 Προοίμιο: Ψυχική Υγεία. Μέγεθος του προβλήματος

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας, δείχνουν πως το 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, από τις ελαφρότερες, έως τις βαρύτερες που συχνά προκαλούν αναπηρία δια βίου.

Δύο πρόσφατες μελέτες (Wittchen & συν 2011, Gustavsson & συν 2011), συνδύασαν τα επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης (27 χώρες της ΕΕ, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία) των ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών, ή «νόσων του εγκεφάλου» όπως ορίζονται σε αυτές, προκειμένου να προσδιορίσει τον επιπολασμό των διαταραχών αυτών, την κοινωνική επιβάρυνση που προκαλούν, όπως και το ετήσιο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η φροντίδα τους.

Στον Πίνακα 1 συνοψίζεται ο ετήσιος επιπολασμός των «νόσων του εγκεφάλου» στις 30 ευρωπαϊκές χώρες της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	
Επιπολασμός 12 μηνών των «Νόσων του Εγκεφάλου» σε 30 χώρες της Ευρώπης	
Ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων	27,1%
Ψυχικές διαταραχές των παιδιών και εφήβων	2,6% (9,6%*)
Σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας	1,3%
Διαταραχές ύπνου	4,6%
Άνοιες	1,2% (5,4%**)
Όλες οι «Νόσοι του Εγκεφάλου»	38,2%
Συνολικός Πληθυσμός στις 30 χώρες	164.800.000 άτομα

* Στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό

** Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Όπως φαίνεται από τον πίνακα, το ένα τέταρτο περίπου του πληθυσμού θα εμφανίσει κάθε έτος κάποια ψυχική διαταραχή. Στον Πίνακα 2, απεικονίζεται ο ετήσιος επιπολασμός των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, οι οποίες σε ένα υψηλό ποσοστό προκαλούν σημαντική δια βίου αναπηρία. Στην 4η στήλη, σε αυτόν, όπως και στους επόμενους πίνακες, γίνεται αναγωγή στον ελληνικό πληθυσμό, χωρίς φυσικά να λαμβάνονται υπ' όψη οι μικρές τοπικές διαφορές που μπορεί να υπάρχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2			
Επιπολασμός 12 Μηνών των «σοβαρών» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης			
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Ψυχώσεις	1,2%	5,0	132
Διπολική Διαταραχή	0,9%	3,0	99
Άνοιες	(5,4*) 1,2%	6,3	132

* Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Όπως φαίνεται, το 2% περίπου του πληθυσμού, πάσχει είτε από ψυχώσεις (συνήθως σχιζοφρένεια), είτε από διπολική διαταραχή. Οι διαταραχές αυτές συχνά απαιτούν δια βίου φροντίδα και ψυχιατρική θεραπεία και παρακολούθηση. Οι παρεμβάσεις είναι πολλαπλές και κυμαίνονται από τη φαρμακευτική θεραπεία και την νοσηλεία (σε περιόδους υποτροπής), έως ειδικές υπηρεσίες στέγασης και ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Επιπλέον, σοβαρό πρόβλημα αποτελεί η άνοια, με έναρξη συνήθως κατά την τρίτη ηλικία.

Όμως, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού πάσχει από τις λεγόμενες «συνήθεις» ψυχικές διαταραχές, με βασικά συμπτώματα το άγχος, τη διαταραχή του συναισθήματος και σωματικά ενοχλήματα. Οι διαταραχές αυτές είναι μεν λιγότερο σοβαρές από τις προηγούμενες και θεραπεύσιμες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αλλά δεν παύουν να προκαλούν σημαντική πτώση του επιπέδου λειτουργικότητας των πασχόντων. Στον Πίνακα 3 απεικονίζεται ο επιπολασμός των διαταραχών αυτών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3			
Επιπολασμός 12 Μηνών των «συνήθων» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης			
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Μείζων Κατάθλιψη	6,9%	30,3	759
Διαταραχή πανικού	1,8%	7,9	198
Αγοραφοβία	2,0%	8,8	220
Κοινωνική φοβία	2,3%	10,1	253
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	1,7-3,4%	8,9	225
Ειδικές φοβίες	6,4%	22,7	704
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,7	2,9	77
Διαταραχή μετά ψυχοτραυματισμό	1,1-2,9	7,7	200
Σωματόμορφη διαταραχή	4,9	20,4	539
Ψυχογενής Ανορεξία	0,2-0,5	0,8	38,5
Ψυχογενής Βουλιμία	0,1-0,9	0,7	35

Η συχνότερη διαταραχή, η οποία συχνά συνυπάρχει με άλλες από τον πίνακα, είναι η κατάθλιψη, η οποία υπολογίζεται από τον ΠΟΥ πως το 2020 θα αποτελεί το δεύτερο σε κοινωνική επιβάρυνση πρόβλημα υγείας παγκοσμίως.

Σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας αποτελούν επίσης οι διαταραχές από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στον Πίνακα 4, δίνεται ο επιπολασμός 12 μηνών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες των κυριότερων ψυχοδραστικών ουσιών. Στον πίνακα δεν γίνεται αναγωγή στον ελληνικό πληθυσμό, λόγω των μεγάλων διαφορών που παρατηρούνται μεταξύ χωρών, εξ' αιτίας πολιτισμικών και κοινωνικών παραγόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4		
Επιπολασμός 12 Μηνών των ψυχικών διαταραχών από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών σε 30 χώρες της Ευρώπης		
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)
Εξάρτηση από τα οινόπνευματώδη	3,4%	14,6
Εξάρτηση από οπιούχα	0,1-0,4%	1,0
Εξάρτηση από κάνναβη	0,3-1,8%	1,4

Οι διαταραχές με έναρξη κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, όπως και οι σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, των οποίων τα πρώτα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται κατά αυτές τις ηλικίες, είναι επίσης αρκετά συχνές. Στον Πίνακα 5, απεικονίζεται ο επιπολασμός τους στις 30 ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5			
Επιπολασμός 12 Μηνών των ψυχικών διαταραχών με έναρξη κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, σε 30 χώρες της Ευρώπης			
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Δ.Ε.Π.Υ.*	(5,0**) 0,6%	3,3	66
Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης	0,6%	0,6	-
Διαταραχές διαγωγής	(3,0**) 0,4%	2,1	44
Άλλες διαταραχές παιδιού και εφήβου	1,0	4,2	110
Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας	0,7	2,3	77
Αντικοινωνική διαταρ. προσωπικότητας	0,6	2,0	-

* Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερδραστηριότητας

** Στον πληθυσμό παιδιών και εφήβων

Ο Πίνακας 6 δίνει στοιχεία για την κοινωνική επιβάρυνση χρησιμοποιώντας τον δείκτη DALY (Disability Adjusted Life Years) στον οποίο υπολογίζεται η επιβάρυνση που προκύπτει από τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και την αναπηρία των διαφόρων νόσων. Σε αυτόν παρουσιάζεται η % συμμετοχή των κυριότερων ψυχικών διαταραχών σε σχέση με την κοινωνική επιβάρυνση των προβλημάτων υγείας εν γένει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6	
Κοινωνική Ψυχικών Διαταραχών σε 30 ευρωπαϊκές χώρες	
Διαταραχή	% Επιβάρυνση σε DALYs
Μείζων Κατάθλιψη	7,2
Άνοιες	3,7
Αλκοολισμός	3,4
Διαταραχές από άλλες ουσίες	1,3
Διπολική Διαταραχή	1,2
Σχιζοφρένεια	1,2
Όλες οι Ψυχικές Διαταραχές	21,6

Τέλος, όσον αφορά στο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες, αυτό είναι τεράστιο. Στη μελέτη των Gustavson και συνεργατών (2011), το συνολικό ετήσιο κόστος των «νόσων του εγκεφάλου» στις 30 ευρωπαϊκές χώρες υπολογίσθηκε σε 798 δις. €. Από αυτό, 37% αφορά σε άμεσο υγειονομικό κόστος, το 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας. Στον Πίνακα 7 φαίνεται το κόστος των κυριότερων ψυχικών διαταραχών στην ίδια μελέτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7	
Ετήσιο Οικονομικό Κόστος των Ψυχικών Διαταραχών σε 30 Ευρωπαϊκές Χώρες	
Διαταραχή	Δις. €
Διαταραχές του συναισθήματος*	113,4
Άνοιες	105,2

Ψυχώσεις	93,9
Διαταραχές άγχους	74,4
Εξαρτήσεις από ουσίες	65,7
Νοητική στέρηση	43,3
Διαταραχές προσωπικότητας	27,3
Σωματόμορφες διαταραχές	21,2

* Περιλαμβάνει τις διάφορες μορφές της κατάθλιψης και τη διπολική διαταραχή

Υπάρχουν ελάχιστα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Για την ακρίβεια, τα πιο πρόσφατα και αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από την πρόσφατη έρευνα σε τυχαίο δείγμα 4900 ατόμων ηλικίας 18-74 ετών. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα, το 14% των Ελλήνων (1.200.000 άτομα), πάσχουν από κάποια «συνήθη» ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στους μισούς από αυτούς, (7% ή περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση. Εν τούτοις, μόνο το 25% από αυτούς έχει επαφή με ψυχίατρο για το πρόβλημά του, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό. Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν την έρευνα, δεν διαφέρει από εκείνη σε έρευνες με την ίδια μεθοδολογία σε άλλες χώρες, όπως στην Μ. Βρετανία, όμως το «χάσμα στη θεραπεία» σε αυτές είναι πολύ μικρότερο.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα σε αυτήν την έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Η συχνότητα των κατάθλιψης στους άνεργους και τους συνταξιούχους είναι υπερδιπλάσια από τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ευρήματα που αφορούν το σύμπτωμα «ευχές θανάτου», που αφορά στην τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση για τα προβλήματά του. Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με τις ιδέες αυτοκτονίας, που με τη σειρά του σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα, προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους εργαζόμενους (10% προς 3%), ενώ τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες μεγαλύτερη από έξη φορές συχνότητα σε σχέση με τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (13% προς 2%). Κατά συνέπεια, το βάθεμα της οικονομικής κρίσης και η επέκταση της ανέχειας σε μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, αναμένεται να αυξήσει τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, εφόσον περισσότερα άτομα θα ανήκουν στις κατηγορίες των ανέργων και των οικονομικά μειονεκτούντων. Επιπλέον, λόγω της

οικονομικής κρίσης και της μείωσης των πόρων που το άτομο και το κράτος μπορούν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία, το «χάσμα θεραπείας» αναμένεται να διευρυνθεί περισσότερο.

A.1 Ιστορική εξέλιξη και αρχιτεκτονική της εθνικής στρατηγικής ψυχικής υγείας

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» είναι ένα πρόγραμμα δράσεων με δεκαετή χρονικό ορίζοντα, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το 1997 για την περίοδο 1997 - 2006 και αναθεωρήθηκε το 2001 για την περίοδο 2001 - 2010. Στον παρόντα τόμο αποτυπώνεται η δεύτερη Αναθεώρηση του προγράμματος για την περίοδο 2011-2020, η οποία καλύπτει και την περίοδο υλοποίησης του ΕΣΠΑ. Η περίοδος 2011-2015 αποτελεί την Α' φάση του προγράμματος (η οποία συμπίπτει με την περίοδο υλοποίησης του ΕΣΠΑ) και η περίοδος 2014-2018 τη Β' φάση υλοποίησης του. Στο τέλος της πρώτης περιόδου προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί η τρίτη αναθεώρησή του προγράμματος.

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις».

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, λειτουργούσαν 9 ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία¹ ενώ αντίστοιχα το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ήταν υποτυπώδες. Η ανοικτή ψυχιατρική περίθαλψη συνίστατο κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και του ΙΚΑ².

Ο στρατηγικός σχεδιασμός ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα μας μέσω του Κανονισμού 815/84³ της Ε.Ε. (τότε ΕΟΚ), ο οποίος αποτέλεσε το πλαίσιο για την επεξεργασία και υλοποίηση του πρώτου προγράμματος για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας (Browne et al, 1984; Μαδιανός, 1994:484; ΚΕΣΥ, 1985). Αυτός στην πρώτη φάση (1984-89) εστίασε στον εκσυγχρονισμό των ΨΝ⁴, στη δημιουργία νέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στη δεύτερη φάση (1989-1995) στην προώθηση της αποϊδρυματοποίησης, ιδιαίτερα στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου⁵ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995:34). Το πρώτο πενταετές πρόγραμμα έθεσε, επίσης, τις ακόλουθες προτεραιότητες:

- Λειτουργία Ψυχιατρικών Τομέων, δηλαδή ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών οι οποίοι θα εξυπηρετούν καθορισμένα γεωγραφικά διαμερίσματα και πληθυσμιακές ομάδες με στόχο την έγκαιρη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ΑμΨΔ, την παραμονή του ασθενή στο κοινωνικό του περιβάλλον και την ταχεία αποθεραπεία του ασθενούς.
- Κατάρτιση και ταχύρυθμη εκπαίδευση του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων δια της χορήγησης υποτροφιών και ίδρυση σχολών για ψυχιατρική νοσηλευτική.
- Διενέργεια επιδημιολογικών μελετών και ερευνητικών προγραμμάτων με αντικείμενο την απογραφή των νοσηλευόμενων ενηλίκων και παιδιών στα δημόσια και ιδιωτικά ΨΝ (one day census), την εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

¹ Τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ήταν τα εξής: το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δρομοκαΐτειο, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

² Επιπρόσθετα, οι ανοικτές ψυχιατρικές υπηρεσίες περιλάμβαναν 1 Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης και 4 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα.

³ Ο Κανονισμός 815/84 προέβλεπε χορήγηση 120 εκατομμυρίων ECU για την ανάπτυξη δομών κατάρτισης (Πρόγραμμα Α) και τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης (Πρόγραμμα Β). Η χρηματοδότηση αυτή κάλυπτε το 55% της συνολικής δαπάνης. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής του προγράμματος δημιουργήθηκαν 134 νέες δομές ψυχικής υγείας, εκ των οποίων οι σημαντικότερες ήταν 25 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 28 Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία και 42 ξενώνες και διαμερίσματα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995:35)

⁴ Ο εκσυγχρονισμός των ΨΝ περιλάμβανε την επισκευή των κτιριακών εγκαταστάσεων, την ανάπτυξη μονάδων αξιολόγησης, οξέων περιστατικών και κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι προτάσεις αυτές υποδηλώνουν ότι στο πλαίσιο του Καν. 815 το ΨΝ εξακολουθούσε να είναι η σπονδυλική στήλη του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης.

⁵ Προγράμματα “Λέρος Ι” και “Λέρος ΙΙ”

- Ανάπτυξη μονάδων επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης με στόχο την προώθηση των ΑμΨΔ σε συνεταιριστικές μονάδες, προστατευμένα εργαστήρια και την αγορά εργασίας.
- Αξιολόγηση του προγράμματος αποασυλοποίησης.
- Μετά τη λήξη του Κανονισμού 815/84, τον Ιούνιο του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προέβη στην εκπόνηση ενός δεκαετούς Σχεδίου Δράσης με την επωνυμία «Ψυχαργός», το οποίο υποβλήθηκε στην Ε.Ε.⁶ το 1997. Οι στόχοι του προγράμματος ήταν οι ακόλουθοι (ΥΥΠ, 1997:2):
- Η αποασυλοποίηση 1500 ασθενών μακράς παραμονής στα ΨΝ της χώρας με ιδιαίτερη έμφαση στη συρρίκνωση του ΨΝΑ, ως ένα από τα πέντε εναπομείναντα υπερμεγέθη ψυχιατρεία της ΕΕ (δυναμικότητας άνω των 1000 κλινών)
- Η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε συγκεκριμένες υποομάδες (υπερήλικους, παιδιά και εφήβους, άτομα που πάσχουν από αυτισμό, παραβατικά παιδιά) των ΑμΨΔ. Το ανωτέρω Σχέδιο Δράσης ήταν διαρθρωμένο σε τρεις άξονες δράσεων που αφορούσαν στους ενήλικους, στα παιδιά-εφήβους και στην τρίτη ηλικία και προέβλεπε την παράλληλη υλοποίηση υποστηρικτικών-συνοδευτικών ενεργειών που αφορούσαν στην υλοποίηση της τομεοποίησης των υπηρεσιών, στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας και στην εκπαίδευση του προσωπικού.
- Η πρώτη αναθεώρηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός (Ψυχαργός Β΄) για την περίοδο 2001-2010 προβλέπει τα ακόλουθα:
- Ανάπτυξη δικτύου μονάδων στην κοινότητα, μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) κατά 40%, κατάργηση των ΨΝ της Αθήνας, Θεσσαλονίκης και Λέρου έως το 2015 και του Δρομοκαϊτείου ως το 2010.
- Αγωγή κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος και την αποδοχή της ιδιαιτερότητας του ασθενούς και υποστήριξη δράσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με εθελοντικές δράσεις.
- Επαγγελματική επανένταξη ασθενών, με τη λειτουργία 46 Μονάδων Επαγγελματικής Επανένταξης και Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) ισάριθμων προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ). Επίσης, τίθεται ως στόχος η επαγγελματική ένταξη του 30% των ασθενών που δύνανται να εργαστούν ως το 2005 και του 55-65% έως το 2007-2010.
- Τέλος, οι άξονες δράσης που περιλαμβάνονται στον άξονα της Ψυχικής Υγείας του ΕΠ Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΕΣΠΑ (2009-2015) είναι οι ακόλουθοι:
- Ανάπτυξη ΜΨΑ για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ΑμΨΔ που διαβιούν στην κοινότητα.

⁶ Η πρώτη φάση του Προγράμματος Ψυχαργός (1997-2001) χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο της Ε.Ε. με 15,5 δισεκατομμύρια δραχμές (ποσοστό 80% της συνολικής δαπάνης) στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π.) «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» (ΥΥΠ, 2002:16). Τα αποτελέσματα του Προγράμματος περιλάμβαναν τη δημιουργία 80 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για 1000 περίπου ασθενείς και 35 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης (ΥΥΠ, 2001:11).

- Οριζόντια-διατομεακά προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, ενίσχυσης των οργανώσεων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συνηγορίας και καταπολέμησης του στίγματος.
- Λειτουργία και εφαρμογή μηχανισμών, εργαλείων και διαδικασιών για την παρακολούθηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Διοικητική, λειτουργική και επιστημονική υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) για την προώθηση του θεσμού και τη στήριξη του έργου τους.
- Μηχανισμοί υποστήριξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δικτύωσης σε τομεακό και περιφερειακό επίπεδο.
- Δράσεις κοινωνικής ενσωμάτωσης και επαγγελματική ένταξης ΑμΨΔ.
- Ηλεκτρονική ψυχική υγεία και ηλεκτρονική διοίκηση (ηλεκτρονικός ψυχιατρικός φάκελος, ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών και εφαρμογές τηλεψυχιατρικής).

Η συνολική αποτίμηση του προγραμματισμού του ΥΓΚΑ⁷ για την περίοδο 1984-2009 καταδεικνύει ότι ο σχετικός σχεδιασμός ήταν υπηρεσιοκεντρικός, και επικεντρωμένος στην υλοποίηση της αποασυλοποίησης και δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, η εκπόνηση ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού, η χρηματοδότηση της υλοποίησης του από κοινοτικούς πόρους και η πρόταξη του οράματος της κοινοτικής περίθαλψης συνιστούσαν μια νησίδα καινοτομίας σ' ένα τοπίο μιας ασυνάρτητης και μωπικής δημόσιας διοίκησης.

Οι αιτίες για την απουσία μιας ισόρροπης στρατηγικής ήταν κυρίως η σύνδεση της με τα κοινοτικά χρηματοδοτικά πλαίσια⁸ (Καν.815/84, Β' και Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης), η απουσία διασύνδεσης με τους φορείς υλοποίησης, η αδυναμία υποβολής ολοκληρωμένων προτάσεων από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) οι οποίες να υπερβαίνουν τη συντεχνιακή λογική ενίσχυσης της στελέχωσης υφιστάμενων υπηρεσιών, η έλλειψη αποκεντρωμένων υγειονομικών περιφερειών και η απουσία εξειδικευμένων στελεχών στην κεντρική υπηρεσία του ΥΓΚΑ⁹. Τροχοπέδη, επίσης, στην ισόρροπη υλοποίηση του σχεδιασμού αποτέλεσε η οικτρή κατάσταση των ΨΝ που αναδείχθηκε ακόμη περισσότερο με το σκάνδαλο του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου το 1989¹⁰ και τον καταστρεπτικό σεισμό του 1999 που έπληξε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

⁷ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

⁸ Αποτελεί αδιαφιλονίκητο γεγονός ότι η κοινοτική χρηματοδότηση αποτέλεσε ένα από τους βασικούς μοχλούς του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος. Ωστόσο, η επιταγή της απορρόφησης κοινοτικών κονδυλίων σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια αποτέλεσε τροχοπέδη για την εισαγωγή δομικών αλλαγών οι οποίες δεν θα είχαν ταμειακό αντίκρισμα.

⁹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΓΚΑ ιδρύθηκε μόλις το 1990 κατά τη διάρκεια της οικουμενικής διακυβέρνησης με στόχο το σχεδιασμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση της επιχειρούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Κωνσταντόπουλος και Γιαννουλάτος, 2004:538).

¹⁰ Σχετικά βλ. άρθρο της αγγλικής εφημερίδας Observer με τίτλο "Europe's guilty secret" (10 September 1989).

A.2 Αρχές και αξίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής Αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Αναλυτικότερα, οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι ακόλουθες (ΟΗΕ, 1991; ΠΟΥ, 2001):

- Κάθε άτομο με ψυχικές διαταραχές έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται στην κοινότητα
- Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία
- Ενδυνάμωση χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία
- Συνέχεια της Φροντίδας
- Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών (θεραπευτικών και κοινωνικών) για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ΑμΨΔ
- Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
- Συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών*

Επιπρόσθετα, η ιδεολογία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Η παροχή αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής ποιότητας, με στόχο την μείωση της ψυχοπαθολογίας, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την πρόληψη ή μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών των υπηρεσιών.
2. Η κατάργηση των ψυχιατρείων και η αντικατάστασή τους από δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινότητας.
3. Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό σε 24ωρη λειτουργία και η συμβατότητά τους με τις ανάγκες των ασθενών.

4. Η παροχή των κατάλληλων θεραπειών όποτε αυτές είναι αναγκαίες.
5. Η συνέχεια στην φροντίδα για όσο χρόνο αυτή απαιτείται.
6. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής σε κάθε επίπεδο.
7. Η προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, των συγγενών και φροντιστών τους, του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας εν γένει.
8. Η κατά το δυνατόν παροχή αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων, που προάγουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη επιλογή από τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειές τους.
9. Ο συντονισμός μεταξύ του προσωπικού και των υπηρεσιών μεταξύ τους, δηλαδή η δημιουργία δικτύων συνεργαζομένων υπηρεσιών.
10. Η λειτουργία πολυ-επαγγελματικών ομάδων στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
11. Η ενδυνάμωση και υποστήριξη του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (εκπαίδευση, αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης - burn-out).
12. Η θέσπιση και η δημιουργία οργάνων σε τοπικό επίπεδο και η αναφορά τους στις ανώτερες υπηρεσίες (ΥΥΚΑ, Τ.Ε.Ψ.Υ., ΥΠε(;;)), όπως και η αξιολόγησή τους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), δηλαδή η δημιουργία ενός ιεραρχικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με δυνατότητα αναθεωρήσεων με βάση τα αποτελέσματα διαδικασιών αξιολόγησης.

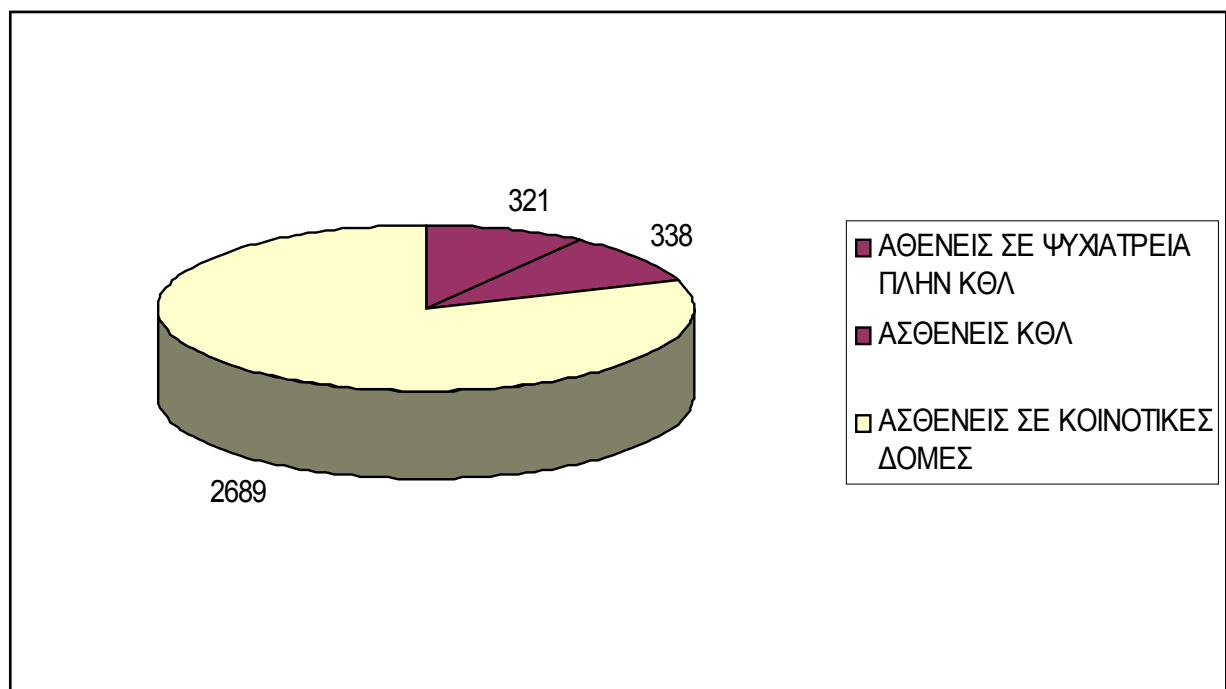
A.3 Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β´

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς αναπτύχθηκε σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη συνέχιση της αποασυλοποίησης, ο δεύτερος στη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Τα έτη 2001-9 στο πλαίσιο της υλοποίησης της Β φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώ» συντελέστηκε η κατάργηση 4 από τα 9 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝ). Τα ασυλικά τμήματα του ΨΝ Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκαν τον Ιανουάριο του 2005, του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων το Φεβρουάριο του 2006, του ΨΝ Κέρκυρας τον Οκτώβριο του 2006, του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής το Σεπτέμβριο του 2007. Παράλληλα, μειώθηκε δραστικά ο αριθμός των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται στα εναπομείναντα ΨΝ, ήτοι στο Ψυχιατρικό

Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής- Δρομοκαΐτειο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο ΨΝ Τρίπολης και σε μικρότερο βαθμό στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όπου οι νοσηλευόμενοι ασθενείς είναι κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης νέων εισαγωγών από περιοχές άλλες πλην του νομού Δωδεκανήσου. Ως συνέπεια του προγράμματος αποασυλοποίησης οι ψυχικά νοσούντες που διαβιούν σε 452 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) ανέρχονταν το 2009 σε 2689 (2002: 1289 ασθενείς σε 146 ΜΨΑ), ενώ αντίστοιχα οι ασθενείς μακράς διαμονής που νοσηλεύονται στα ΨΝ είναι λιγότεροι από 2000. Οι μονάδες αυτές έχουν διασπαρθεί σε όλη την επικράτεια με αποτέλεσμα τη λειτουργία στεγαστικών δομών σε όλες τις περιφέρειες της χώρας και σε 37 νομούς της χώρας¹¹. Οι ΜΨΑ αυτές είναι δυνητικοί χώροι διαβίωσης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές από την κοινότητα ώστε να αποτραπεί η ιδρυματοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.

Η κατανομή των ασθενών μακράς διαμονής σε ασυλικές και κοινοτικές δομές ως συνέπεια της αποασυλοποίησης αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα:



Η προοπτική ανάπτυξης των ΜΨΑ εντός του οικιστικού ιστού των πόλεων επέφερε σε πολλές περιπτώσεις τις αντιδράσεις των περιοίκων και της τοπικής κοινότητας. Ωστόσο, οι αντιδράσεις αυτές δεν οδήγησαν στη ματαίωση της λειτουργίας των

¹¹ Οι νομοί που δεν διαθέτουν ΜΨΑ είναι οι νομοί Σητείας, Ζακύνθου, Λευκάδας, Σάμου, Λέσβου, Κυκλάδων, Ευρυτανίας, Φλώρινας, Καστοριάς, Γρεβενών, Ημαθίας, Κιλκίς, Ξάνθης, Δράμας και Ροδόπης.

ΜΨΑ ενώ βαθμιαία σημειώθηκε μεταστροφή της τοπικής κοινότητας η οποία πλέον διάκειται θετικά στις νέες δομές.

Ως συνέπεια της εφαρμογής του προγράμματος αποασυλοποίησης, ασθενείς που λαθροβιούσαν για μακρό χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν μεταστεγαστεί σε ΜΨΑ εντός του αστικού ιστού σε πόλεις όλης της επικράτειας με κριτήριο τον τόπο καταγωγής τους και την ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Κατά τη νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία οφείλονται στην αύξηση των εισαγωγών σε νοσηλευτικές δομές και στην αποφυγή του ισόβιου εγκλεισμού των ψυχικά ασθενών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, η οποία επιφέρει πολλαπλές εισαγωγές λόγω της υποτροπής της νόσου σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η αύξηση των εισαγωγών επιβαρύνει ιδιαίτερα τις νοσηλευτικές δομές των δύο μεγάλων αστικών κέντρων. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της όξυνσης των εισαγωγών έχουν επεκταθεί και ενισχυθεί οι προσφερόμενες υπηρεσίες με την ανάπτυξη νέων δομών και την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού. Παρά την επέκταση των κοινοτικών νοσηλευτικών δομών, οι περισσότερες εισαγωγές ασθενών εξακολουθούν να λαμβάνουν χώρα στα 3 μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ενώ ένα μεγάλο μέρος των νέων δομών δεν καλύπτει ακούσια περιστατικά.

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2007), οι ακούσιες εισαγωγές προσεγγίζουν τις 6000/έτος για το σύνολο των νοσηλευτικών δομών της χώρας, ήτοι 53.8/100.000 κατοίκους.

Στον εξωνοσοκομειακό-κοινοτικό τομέα, αντίστοιχα, έχει σημειωθεί μεγαλύτερη πρόοδος με τη λειτουργία 40 Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Επίσης, το κοινοτικό δίκτυο ενισχύθηκε ιδιαίτερα με τη λειτουργία των Κέντρων Ημέρας και των Κινητών Μονάδων, δομές οι οποίες αποτελούν τους αποκλειστικούς ή κύριους φορείς παροχής υπηρεσιών σε 11 νομούς της χώρας¹². Η έμφαση που δόθηκε στην ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών οφείλεται αφενός στη δυστοκία των δημόσιων φορέων παροχής ψυχικής υγείας λόγω των χρονοβόρων διαδικασιών ανάπτυξης υποδομών και στελέχωσής τους και αφετέρου στην ευελιξία των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ήταν οι φορείς υλοποίησης των δράσεων αυτών.

¹² Οι νομοί αυτοί είναι οι εξής: Χίου, Κεφαλονιάς, Λευκάδας, Θεσπρωτίας, Φωκίδας, Τρικάλων, Καρδίτσας, Λακωνίας, Φθιώτιδας, Λασιθίου και Κυκλάδων.

Ως αποτέλεσμα αυτής της μεγέθυνσης του δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών, μόνο 5¹³ από τους 52 νομούς της χώρας δεν έχουν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ με την ολοκλήρωση του Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια το ήμισυ των νομών της χώρας θα διαθέτουν ένα ικανοποιητικό δίκτυο υπηρεσιών¹⁴. Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών θα λειτουργήσει ως φίλτρο για την ανάσχεση της ιδρυματικής περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και θα διασφαλίσει την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. Αποστολή των υπηρεσιών αυτών είναι η έγκαιρη παρακολούθηση και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων σε υπηρεσίες οι οποίες είναι πλησίον της οικίας τους, η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων ασθενών ώστε να προληφθεί η υποτροπή της νόσου και η προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Αναλυτικότερα, το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών έχει ως εξής:

A. Από το Δημόσιο Τομέα

- ♦ 33 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων
- ♦ 13 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- ♦ 39 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- ♦ 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- ♦ 13 Κέντρα Ημέρας
- ♦ 5 Νοσοκομεία Ημέρας
- ♦ 12 Κινητές Μονάδες
- ♦ 2 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας
- ♦ 36 Οικοτροφεία
- ♦ 78 Ξενώνες
- ♦ 198 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- ♦ 15 Κοι.Σ.Π.Ε.
- ♦ Παροχή υπηρεσιών Ψ.Υ. από Κ.Υ. των 1^{ης}, 3^{ης}, 5^{ης} & 6^{ης} ΥΠΕ

B. Από τα ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

- ♦ 1 Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- ♦ 1 Νοσοκομείο Ημέρας
- ♦ 52 Κέντρα Ημέρας
- ♦ 13 Κινητές Μονάδες
- ♦ 89 Οικοτροφεία
- ♦ 19 Ξενώνες
- ♦ 32 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- ♦ 4 Κέντρα Αλτσχάιμερ και αυτισμού
- ♦ 4 Εργαστήρια
- ♦

¹³ Οι νομοί αυτοί είναι οι εξής: Πρέβεζα, Φλώρινα, Καστοριά, Ημαθία και Βοιωτία εκ των οποίων οι 4 διαθέτουν Ψυχιατρικό Τμήμα που έχει μόνο εξωτερικά ιατρεία..

¹⁴ Ήτοι τουλάχιστον δύο κοινοτικές υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩ» έχουν αναπτυχθεί κοινοτικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες στοχεύουν αφενός στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και αφετέρου στη διευκόλυνση της ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού.

Αναλυτικότερα, στον εξωνοσοκομειακό-κοινοτικό τομέα έχουν αναπτυχθεί 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και 27 Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, λειτουργούν Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους.

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, κυρίαρχη θέση κατείχε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το οποίο λειτουργούσε Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών για παιδιά και εφήβους. Η βαθμιαία μετατόπιση προς ένα κοινοτικό μοντέλο περίθαλψης καταδεικνύεται από τη λειτουργία 8 Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία σε 5 νομούς της χώρας¹⁵. Η πλήρης κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου έχει συντελεστεί το τρέχον έτος με τη μεταφορά 4 Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων από το ψυχιατρείο σε ισάριθμα Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής.

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στέγασης των παιδιών και εφήβων έχει ολοκληρωθεί η κατάργηση των ασυλικών εγκαταστάσεων του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής με τη μεταφορά των πασχόντων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Επίσης, δημιουργήθηκαν ξενώνες στην Αττική για εφήβους με ψυχικές διαταραχές (1) και για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων (1).

Οι εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης απαρτίζονται από 14 Κέντρα Ημέρας σε πέντε νομούς της χώρας¹⁶ για άτομα που πάσχουν από αυτισμό. Στον τομέα της τριτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν 3 ξενώνες στους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων και Λαρίσης και 1 οικοτροφείο για παιδιά-εφήβους με αυτισμό στην Αττική.

Όσον αφορά στη γεροντική άνοια και στις ασθένειες τύπου Alzheimer, τα έτη 2001-9 αναπτύχθηκαν επτά (7) Κέντρα Ημέρας σε 5 νομούς της χώρας¹⁷ με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, καθώς και 3 Οικοτροφεία. Επίσης, έχουν λειτουργήσει 33 οικοτροφεία που φιλοξενούν ψυχογηριατρικά περιστατικά από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας στο πλαίσιο του προγράμματος της

¹⁵ Οι νομοί αυτοί είναι οι εξής: Αττικής, Έβρου, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας και Ηρακλείου.

¹⁶ Τα υφιστάμενα Κέντρα Ημέρας για άτομα που πάσχουν από αυτισμό έχουν αναπτυχθεί στην Αττική (10), το Μεσολόγγι, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα και την Καλαμάτα.

¹⁷ Έχουν λειτουργήσει τρία (3) Κέντρα Ημέρας στην Αθήνα, ένα (1) στην Θεσσαλονίκη, ένα (1) στον Βόλο και ένα (1) στα Χανιά και ένα (1) στην Κατερίνη.

αποασυλοποίησης. Στόχος των οικοτροφείων είναι η διασφάλιση της παραμονής των ατόμων στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Επιπρόσθετα, έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαδέλφεια». Οι μονάδες αυτές αποσκοπούν στο να προετοιμάζουν τις υπόλοιπες υπηρεσίες ώστε να δεχτούν τα άτομα αυτά ενώ παράλληλα υποστηρίζουν το προσωπικό και τους ενοίκους των δομών φιλοξενίας να τα υποδεχτούν και να σεβαστούν τα δικαιώματά τους. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν από ένα Κέντρο Ημέρας για μουσουλμάνους και για Ρομ στο νομό Αττικής. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί 1 Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για πρόσφυγες με προβλήματα ψυχικής υγείας και δύο Κέντρα Ημέρας για μετανάστες με ψυχικές διαταραχές στο νομό Αττικής.

Επιπλέον, λειτουργεί Κέντρο Ημέρας και ξενώνας βραχείας φιλοξενίας στο νομό Αττικής για την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άστεγους. Η δομή αυτή αποσκοπεί στη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους και την προώθηση της σταδιακής κοινωνικής τους επανένταξης. Ο χάρτης των υπηρεσιών πλαισιώνεται, επίσης, από εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας για άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται με τη μητρότητα (επιλόχεια κατάθλιψη).

Θεσμικός πυλώνας της μεταρρύθμισης που αφορά την εργασιακή ένταξη των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές αποτέλεσε ο Ν. 2716/99, ο οποίος θεσμοθετεί τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Αφορμή για τη μεταρρύθμιση αποτέλεσε η ανάγκη υπέρβασης των στρεβλώσεων που χαρακτήριζαν τις προστατευμένες μορφές απασχόλησης μέχρι τότε (πρακτικές απασχολησιοθεραπείας) και η ανάγκη πρόταξης της οικονομικής βιωσιμότητας, της εισαγωγής επιχειρηματικής τεχνογνωσίας, της διασφάλισης των εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων των απασχολούμενων, της ευρείας συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών και της εισαγωγής καινοτόμων αντικειμένων απασχόλησης

Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 2716/99, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες οι οποίες αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι ΚΟΙΣΠΕ είναι ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έως τώρα έχουν αναπτυχθεί 15 ΚΟΙΣΠΕ και ο συνολικός αριθμός των εργαζόμενων ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχει ανέλθει σε 270 άτομα περίπου.

Συμπερασματικά, ο κοινοτικός αναπροσανατολισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο τα τελευταία έτη με την ανάπτυξη ενός ικανοποιητικού αλλά όχι επαρκούς δικτύου υπηρεσιών και με τη βαθμιαία κατάργηση των ασύλων.

A.4 Σύμφωνο Spidla

Η ασυνέχεια στη χρηματοδότηση των κοινοτικών δράσεων ψυχικής υγείας και η αβελτηρία στην υλοποίηση του προγράμματος Β Ψυχαργός είχε ως συνέπεια την παρέμβαση της ΕΕ, η οποία οδήγησε στη σύναψη Συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης. Το Σύμφωνο Spidla περιλάμβανε συμφωνημένα σημεία στα οποία έπρεπε να υπάρξουν δράσεις από μέρους της τελευταίας, και Οδικό Χάρτη υλοποίησής τους. Οι προϋποθέσεις αυτές ήταν αναγκαίες προκειμένου να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που υλοποιείται από το πρόγραμμα ΕΣΠΑ.

Τα κύρια σημεία του Συμφώνου είναι τα παρακάτω:

1. Η προσήλωση τόσο της Ε.Ε., όσο και των Ελληνικών αρχών στη φιλοσοφία, στις αρχές και στους στόχους του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και στη συνέχισή του μέσω του Άξονα Προτεραιότητας 5 του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013» (ΕΠΑΝΑΔ).
2. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω ΕΣΠΑ 2007-2013.
3. Η αξιολόγηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων.
4. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών με εξασφαλίσουν την πλήρη στελέχωση των δομών που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και να προγραμματίσουν έγκαιρα τη στελέχωση των νέων δομών που πρόκειται να δημιουργηθούν. Έως το τέλος του 2009 έπρεπε να έχουν προσληφθεί 100 ιατροί (ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι) και 800 λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
5. Η προώθηση, έως 30/6/2009, εκ μέρους των Ελληνικών αρχών της πιστοποίησης και της έκδοσης των αδειών λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών των ΜΚΟ, όπως και η σύναψη συμφώνων μεταξύ του ΥΓΚΑ και των ΜΚΟ που θα επικυρώνουν την εκχώρηση και τους όρους προσφοράς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκ μέρους τους (ποιοτικά πρότυπα, στοιχεία

κοστολόγησης, κριτήρια και διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και οικονομικού ελέγχου).

6. Η σε μόνιμη βάση επίλυση των προβλημάτων τακτικής χρηματοδότησης των ΜΚΟ.
7. Η εκ μέρους των Ελληνικών αρχών ανάπτυξη, στήριξη και εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ.
8. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών για την ανάπτυξη μιας επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών που θα παρέχει τη δυνατότητα της συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ως συνέπεια του Συμφώνου, το Υπουργείο Υγείας υποχρεούται να εναρμονίσει τη στρατηγική του με τα σημεία που περιέχονται σε αυτό και να υποβάλει σε τακτά χρονικά διαστήματα εκθέσεις για την πρόοδο που σημειώνεται στην υλοποίησή τους.

A.5 Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργός

Το τρίτο σημείο του Συμφώνου Spidla αποτέλεσε η ανάγκη αξιολόγησης των μέχρι τότε δράσεων, από ξένους ειδικούς, η οποία και υλοποιήθηκε από ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων.

Η έκθεση, η οποία παραδόθηκε το 2010 επισημαίνει τα παρακάτω θετικά σημεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»:

- Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στη κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης
- Έμφαση στην αποασυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων
- Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών.
- Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επ/κής αποκατάστασης.
- Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους.
- Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

- Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση.
- Ανάπτυξη των ΚΟΙΣΠΕ
- Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς.
- Ύπαρξη καμπάνιας αντί-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος.

Τα αδύναμα σημεία, αντίστοιχα, του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός» είναι τα παρακάτω:

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αποσπασματικό, ανεπαρκώς συντονισμένο, συχνά με ανεπαρκή παροχή στον πληθυσμό, και αδύναμες διαδικασίες εφαρμογής της συμφωνημένης πολιτικής και βιαστικό και χωρίς περίσκεψη σχεδιασμό.
- Το σύστημα δεν βασίστηκε σε προσέγγιση με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο (άλλωστε δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία).
- Μη ισότιμη ανάπτυξη στις διάφορες περιοχές, αλλά ευκαιριακή ανάλογα με “επιχειρηματικές πρωτοβουλίες” παρά πραγματικές ανάγκες. Σημαντικά τμήματα της χώρας (π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα) δεν διαθέτουν ούτε τις βασικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Υπερανάπτυξη του εξειδικευμένου προσωπικού και υπανάπτυξη προσωπικού σε ρόλους υποστήριξης.
- Προβλήματα ηγεσίας και αφοσίωσης και μη ύπαρξη της “κρίσιμης μάζας” των μεταρρυθμιστών οι οποίοι θα προωθήσουν την μεταρρύθμιση του συστήματος και θα αναπτύξουν νέες πρωτοβουλίες και καινοτομίες.
- Προβλήματα στο συντονισμό των διαφόρων τμημάτων του σχεδιασμού με υπερανάπτυξη ορισμένων από αυτά και υπο-ανάπτυξη άλλων.
- Χάσματα στη φροντίδα ομάδων όπως παιδιά - έφηβοι, τρίτη ηλικία, “αδικημένες ομάδες” (π.χ. αυτισμός, νοητική υστέρηση, αλκοολισμός).
- Μικρή αλληλεπίδραση των διαφόρων τμημάτων του συστήματος με μη ανταποκρινόμενες στους ρόλους τους & ασυντόνιστες υπηρεσίες.
- Απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Απουσία έρευνας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.
- Προβλήματα και ρόλος των Τομεακών Επιτροπών Ψ.Υ., οι οποίες έχουν μόνο συμβουλευτικό χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, από τον οποίο εκπηγάζει και η αδυναμία τους να φέρουν εις πέρας τα καθήκοντά τους.

- Προβλήματα των τμημάτων εσωτερικής νοσηλείας τα οποία υπερφορτώνονται (ράντζα), ενώ απουσιάζουν τα ειδικά τμήματα νοσηλείας οξέων περιστατικών για τα οποία συχνά είναι απαραίτητη η αναγκαστική νοσηλεία.
- Προβλήματα ποιότητας στις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας.
- Προβλήματα σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών.
- Μη συμμετοχή των χρηστών και των οικογενειών τους στις αποφάσεις για το σχεδιασμό και την πολιτική ψυχικής υγείας.
- Προβλήματα λόγω των τεσσάρων ξεχωριστών συστημάτων στο χώρο της Ψ.Υ. (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία, ΜΚΟ, Ιδιωτικός Τομέας, αλλά και τα Ασφαλιστικά Ταμεία), τα οποία λειτουργούν ανεξάρτητα και χωρίς συντονισμό μεταξύ τους.

A.6 Διεθνές περιβάλλον

Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Οι θεμέλιοι λίθοι της διαδικασίας άρθρωσης της κοινοτικής στρατηγικής ψυχικής υγείας ήταν οι διατάξεις του άρθρου 152 της Συνθήκης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΕΚ)¹⁸, οι αποφάσεις και τα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου από το 1999 για επιμέρους θέματα ψυχικής υγείας¹⁹ και η ανάδειξη της ψυχικής υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως προτεραιότητα για ανάληψη δράσης, ιδιαίτερα μετά τον εορτασμό του 2001 ως έτους ψυχικής υγείας.

Καταλυτικό ρόλο στην ανάδυση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία αποτέλεσε η Υπουργική Διάσκεψη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΕΓ ΠΟΥ), η οποία έλαβε χώρα τον Ιανουάριο του 2005 στο Ελσίνκι. Στη Διάσκεψη αυτή υιοθετήθηκαν η Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία (ΕΓ ΠΟΥ, 2005a) και το Σχέδιο Δράσης για την Ευρώπη (ΕΓ ΠΟΥ, 2005b). Ο σχεδιασμός αυτός αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης και αναφοράς για τις μεταγενέστερες πρωτοβουλίες της Ε.Ε.

¹⁸ «Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου» (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2006: 114).

¹⁹ Οι σχετικές αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου αναφέρονται στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, στην ανάληψη δράσης αναφορικά με τους καθοριστές υγείας, στη στρατηγική για τη μείωση της σχετικής με το αλκοόλ βλάβης, στην καταπολέμηση του στρες και της κατάθλιψης και στη δράση της Ε.Ε. για θέματα ψυχικής υγείας (European Council 1999; 2000; 2001a; 2001b; 2005a).

Η Πράσινη Βίβλος με θέμα τη διαμόρφωση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία της Ε.Ε. αποτέλεσε απάντηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην πρόσκληση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου και του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Π.Ο.Υ. για την υλοποίηση των αποφάσεων της Υπουργικής Διάσκεψης του Ελσίνκι (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2005).

Επίσης, έθεσε το πλαίσιο μιας διαδικασίας διαβούλευσης με αντικείμενο την εκπόνηση ενδεχόμενης στρατηγικής και ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία.

Σε αυτό το πλαίσιο έλαβαν χώρα οι ακόλουθες θεματικές συναντήσεις²⁰:

- Προαγωγή ψυχικής υγείας και πρόληψη ψυχικής ασθένειας (16 - 17 Ιανουαρίου 2006, Λουξεμβούργο)
- Κοινωνική ένταξη και Θεμελιώδη Δικαιώματα²¹ (16 - 17 Μαρτίου 2006, Βιέννη)
- Ενημέρωση, έρευνα και επιμόρφωση (18 - 19 Μαΐου 2006, Λουξεμβούργο)

Με την περαίωση της διαδικασίας διαβούλευσης, οργανώθηκε συνδιάσκεψη το 2008 για την Ψυχική Υγεία με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η οποία κατέληξε σε Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία. Στην Ευρωπαϊκή αυτή διάσκεψη συμμετείχαν εκπρόσωποι από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, τα κράτη μέλη, οργανώσεις και εκπρόσωποι εμπλεκόμενων φορέων για θέματα ψυχικής υγείας.

Στο πλαίσιο του Συμφώνου αναδείχθηκαν πέντε τομείς προτεραιότητας για δράση στ' ακόλουθα πεδία: Πρόληψη κατάθλιψης και αυτοκτονιών, Ψυχική Υγεία στους νέους και στην εκπαίδευση, Ψυχική Υγεία σε εργασιακούς χώρους, Καταπολέμηση στίγματος και κοινωνικού αποκλεισμού και Ψυχική Υγεία των ηλικιωμένων.

Το Σύμφωνο απεύθυνε έκκληση στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα Κράτη Μέλη, μαζί με τους σχετικούς διεθνείς οργανισμούς και ενδιαφερόμενους ως προς τα ακόλουθα:

- Να δημιουργήσουν ένα μηχανισμό για την ανταλλαγή πληροφοριών.
- Να συνεργαστούν ώστε να εντοπίσουν καλές πρακτικές και παράγοντες επιτυχίας της πολιτικής δράσης και της δράσης των εμπλεκόμενων για την

²⁰ Επιπρόσθετα, στις Βρυξέλλες στις 8 Μαρτίου 2006 έλαβε χώρα κοινή άτυπη συνάντηση στην οποία συμμετείχαν οι εκπρόσωποι των κρατών μελών και της πλατφόρμας για την ψυχική υγεία με θέμα την «Κοινωνική ένταξη και τα Θεμελιώδη Δικαιώματα» και τους προτεινόμενους ρόλους της Ε.Ε.

²¹ Στη συνάντηση της Βιέννης έλαβαν χώρα δύο θεματικές τράπεζες που αφορούσαν αφ' ενός τον κοινωνικό αποκλεισμό και αφ' ετέρου τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ανικανότητα στα κράτη-μέλη της ΕΕ.

αντιμετώπιση των ζητημάτων προτεραιότητας του Συμφώνου, και να αναπτύξουν κατάλληλες συστάσεις και σχέδια δράσης.

- Να ανακοινώνουν τα αποτελέσματα τέτοιων εργασιών μέσα από μια σειρά διασκέψεων σχετικά με τα θέματα προτεραιότητας του Συμφώνου κατά τα επόμενα χρόνια ;

Στην κατεύθυνση της υλοποίησης των αποφάσεων του Συμφώνου, της παρακολούθησης της προόδου, της ανταλλαγής καλών πρακτικών και της επικαιροποίησης του σχεδίου δράσης, πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια διασκέψεις σε κάθε πεδίο προτεραιότητας.

Το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και οι σχετικές προτεραιότητες για δράση φιλοδοξούν να αποτελέσουν το περίγραμμα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την ψυχική υγεία. Το Σύμφωνο βασιζόμενο στην βέλτιστη Ευρωπαϊκή πρακτική, θα βοηθά στην εκπόνηση συστάσεων για δράση.

A.7 Πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Γ 2011-2020

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2011-2020 αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων παραμέτρων:

1. Του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2001-2009)
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
4. Των σημείων του Συμφώνου Spidla
5. Των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ
6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας
7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων
8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους,

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παραμέτρους, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την

κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας. Το τρίτο αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών
2. Προαγωγή - Πρόληψη Ψυχικής Υγείας
3. Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας

Αναλυτικότερα, οι προτάσεις της επιτροπής αφορούν:

- Τη σύσταση **Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας** με τέσσερες διαφορετικές επιλογές:

1. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα υπάρχοντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
2. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία
3. Δημιουργία **“Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας”** στο πρότυπο των **“Mental Health Trusts”** της Μ. Βρετανίας, στο πλαίσιο του νέου διοικητικού συστήματος των περιφερειών, η οποία και φαίνεται να αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή.
4. Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.

- Προτεραιότητα στη λειτουργία των ΤοΨΥ ως δίκτυο συντονισμένων υπηρεσιών.
- Προσδιορισμός προτύπων υπηρεσιών με προτεραιότητα τις κοινοτικές.
- Πλήρωση των κενών στα παιδιά-εφήβους, 3^η ηλικία, **“αδικημένες ομάδες”**.
- Πρόβλεψη για τους νέους ασθενείς μακράς παραμονής.
- Έλεγχος των κενών στις στεγαστικές υπηρεσίες.
- Κάλυψη των προβλημάτων στη μισθοδοσία του προσωπικού.
- Πρόβλεψη μηχανισμών λογοδοσίας.
- Δημιουργία μηχανισμών και μοντέλων για την εκτίμηση των τοπικών αναγκών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου των νέων αλλαγών με

συμμετοχή χρηστών και οικογενειών.

- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Προτεραιότητα στην κοινοτική και κοινωνική φροντίδα και στον συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος.
- Προτεραιότητα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
- Προτεραιότητα στην εκπαίδευση του προσωπικού κύρια στα πρακτικά προβλήματα και σε οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση την τεκμηριωμένη ψυχιατρική.
- Προώθηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) ή άλλων μοντέλων εργασιακής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
- Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Ενίσχυση της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της αξιολόγησης κυρίως μέσω των ακαδημαϊκών τμημάτων.

B. ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

B1. Κοινοτικές Υπηρεσίες για ενηλίκους με ψυχικές διαταραχές

B.1.1 Προτεραιότητες ανάπτυξης υπηρεσιών

Είναι πρακτικά πολύ δύσκολο να καθοριστούν εκ των προτέρων οι απαραίτητες υπηρεσίες ενός συστήματος ψυχικής υγείας, εφόσον στη διαδικασία αυτή παρεμβαίνουν πολλοί παράγοντες που αφορούν στη δυναμικότητα των υπάρχουσών υπηρεσιών, στη χρηματοδότηση του συστήματος, στα επιδημιολογικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού κάθε περιοχής, στις τοπικές αντιλήψεις και απόψεις για την ψυχική διαταραχή και την ψυχική υγεία, στις διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού και στα χαρακτηριστικά της διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης, όπως και στην ανάπτυξη άλλων στοιχείων του συστήματος υγείας, όπως η ΠΦΥ. Εν τούτοις, πρέπει να τονιστεί, ότι τα συστήματα υγείας λειτουργούν με βάση την «υδραυλική αρχή», με την έννοια ότι η μη προσφορά υπηρεσιών σε έναν τομέα, λόγω ελλιπούς ανάπτυξης ή υπολειτουργίας του, μεταφέρει την πίεση κάλυψης των αναγκών σε έναν άλλον. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής ανάπτυξη συστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα, έχει ως συνέπεια να χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Κατά συνέπεια, η ισόρροπη ανάπτυξη όλων των τομέων ψυχικής υγείας αποτελεί το ευκταίο, στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων που πρέπει να τίθενται με βάση τη σοβαρότητα των προβλημάτων και τις δυνατότητες τους συστήματος. Στην περίπτωση της χώρας μας, αποτελεί σημαντική έλλειψη η ανεπαρκής ανάπτυξη του συστήματος ΠΦΥ, που θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Παρ' όλα αυτά, οι παρακάτω βασικές αρχές προσδιορίζουν στα σύγχρονα συστήματα ψυχικής υγείας τις προτεραιότητες την ανάπτυξη και τον καθορισμό των απαραίτητων υπηρεσιών του συστήματος:

- 1. Προτεραιότητα στην πρόληψη σε κάθε επίπεδο και στην προαγωγή υγείας.**
- 2. Προτεραιότητα στις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ψυχώσεις, διπολική διαταραχή, μείζων κατάθλιψη).**

3. Επικέντρωση στην παροχή περίθαλψης στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον.
4. Επικέντρωση στην παροχή περίθαλψης στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής του ασθενούς, δηλαδή στην κοινότητα.
5. Επικέντρωση στη συνέχεια στη φροντίδα.
6. Επικέντρωση στην υπευθυνότητα απέναντι στον ασθενή και στην σαφή κατανομή των ρόλων απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του.
7. Παροχή στον ασθενή αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.
8. Παροχή στον ασθενή επιλογής εναλλακτικών μορφών φροντίδας και θεραπείας και ενίσχυση της δυνατότητάς του για επιλογή.
9. Επικέντρωση στην προσβασιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό της περιοχής.
10. Κάλυψη των βασικών αναγκών του ασθενούς για περίθαλψη ολόκληρο το 24ωρο.
11. Αποδοτική λειτουργία με την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων του συστήματος.
12. Ενίσχυση του ρόλου των οργανισμών των ασθενών και των οικογενειών τους.

B.1.2 Τυπολογία υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Με βάση τις παραπάνω αρχές και την τυποποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από διάφορους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς που υφίστανται, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης. Πρόκειται για υπηρεσίες στις οποίες η ψυχιατρική φροντίδα παρέχεται σε εξωτερική βάση, στο πλαίσιο της κοινότητας. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία παρόμοιων υπηρεσιών, προσαρμοσμένων στις ανάγκες των ασθενών. Η εξειδίκευσή τους στην παροχή υπηρεσιών, μπορεί να δράσει ως φραγμός στον κίνδυνο αλληλοεπικαλύψεων, που υπάρχει ιδιαίτερα σε αυτόν τον τύπο υπηρεσιών. Με τη φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ασχολούνται περισσότερες της μιας υπηρεσίες, αλλά με διακριτούς ρόλους η καθεμία. Οι κυριότερες υπηρεσίες αυτού του τύπου είναι οι παρακάτω:
 - Υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων ή των ψυχιατρείων: Είναι οι παλαιότερες

υπηρεσίες αυτού του τύπου, που συνήθως αναλαμβάνουν την παρακολούθηση ασθενών που νοσηλεύθηκαν με εσωτερική νοσηλεία, αλλά αναλαμβάνουν και νέα περιστατικά μόνο σε εξωτερική βάση. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι η παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και (συνήθως) η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Λόγω του γεγονότος ότι η μητρική υπηρεσία (ψυχιατρική κλινική ή ψυχιατρείο) είναι εκείνη με την μικρότερη εμπλοκή στην κοινότητα, συνήθως δεν αναλαμβάνουν και αυτές πρωτοβουλίες στις οποίες απαιτείται κοινοτική εμπλοκή. Το θετικό αυτών των υπηρεσιών είναι, ότι με τη σημερινή διάρθρωση του συστήματος, προσφέρουν σε κάποιο βαθμό «συνέχεια στη φροντίδα» όσον αφορά το ιατρικό μέρος, εφ' όσον οι ίδιοι θεράποντες εμπλέκονται στην θεραπεία των ασθενών στην εσωτερική τους νοσηλεία και στην παρακολούθησή τους στη συνέχεια. Στις υπηρεσίες αυτές είναι δυνατό να δημιουργηθούν θυγατρικές δομές (π.χ. ειδικά ιατρεία). Σημαντική επικάλυψη μπορεί να δημιουργηθεί με άλλες Μο.Ψ.Υ. που προσφέρουν τις ίδιες υπηρεσίες, ιδιαίτερα τα Κ.Κ.Ψ.Υ., όταν αυτά υφίστανται στην ίδια περιοχή.

- **Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.):** Η ιστορία των υπηρεσιών αυτών στη χώρα μας είναι αρκετά περίπλοκη. Στα τέλη της δεκαετίας του '50 δημιουργήθηκε στην Αθήνα το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το οποίο όμως δεν αποτελούσε δομή κοινοτικής ψυχιατρικής, αλλά μάλλον εξειδικευμένο κέντρο παροχής περίθαλψης, κύρια ψυχοθεραπευτικού τύπου, σύμφωνα με τις τότε επικρατούσες απόψεις. Τα πρώτα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας δημιουργήθηκαν το 1979 και 1980 στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και στη συνέχεια, κύρια στη δεκαετία του '90 ακολούθησαν και σε άλλες πόλεις. Ο στόχος τους ήταν διττός: αφ' ενός μεν να παρέχουν «πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας», αφ' ετέρου δε να παρέχουν ειδικές υπηρεσίες τριτοβάθμιου τύπου (ειδικές ψυχοθεραπείες, ειδικά ιατρεία, κλπ). Όσον αφορά τον πρώτο στόχο, ο όρος κρίνεται τουλάχιστον ως νεολογισμός, εφ' όσον ο επιθετικός προσδιορισμός «πρωτοβάθμια» υπονοεί, σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική, την φροντίδα σε μη ειδικά κέντρα υγείας, δηλαδή στην ΠΦΥ. Φυσικά, με την υπανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα, οι

δευτεροβάθμιες υπηρεσίες αναλαμβάνουν, σύμφωνα με την «υδραυλική αρχή» να καλύψουν ανάγκες που σε άλλη περίπτωση θα καλύπτονταν από την ΠΦΥ. Πάντως, αν και δεν υπάρχουν επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία, φαίνεται, σύμφωνα με δεδομένα της μονάδας παρακολούθησης των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν ανακοινωθεί από τον καθηγητή Μ. Μαδιανό, ότι με ελάχιστες εξαιρέσεις, λόγω της απουσίας αξιολόγησης και κανόνων κοινοτικής εμπλοκής, διαπιστώνεται σημαντική υπολειτουργία των υπηρεσιών αυτών σε αυτόν τον τομέα, όπως και σημαντικές αποκλίσεις και διαφορές μεταξύ των υπηρεσιών. Όσον αφορά δε τον δεύτερο στόχο, σε λίγα Κ.Κ.Ψ.Υ. αναπτύχθηκαν παρόμοιες υπηρεσίες (για την αποδοτικότητα των οποίων δεν υπάρχουν στοιχεία), ενώ σε καμιά περίπτωση μετά από προσεκτική μελέτη της κάλυψης κοινοτικών αναγκών της περιοχής. Παρατηρείται επίσης, σημαντική επικάλυψη με άλλες Μο.Ψ.Υ. που παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες, όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων και ψυχιατρείων. Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι οι μονάδες αυτές είναι προσαρτημένες σε νοσοκομεία, παρατηρείται, στις περισσότερες περιπτώσεις χαλαρή σύνδεσή τους με τις άλλες μονάδες του συστήματος ψυχικής υγείας.

- Υπηρεσίες περίθαλψης στο σπίτι του ασθενούς/ κινητές μονάδες (επέμβασης σε οξεία κρίση, παρακολούθησης στο σπίτι (assertive outreach service)): Πρόκειται για νεώτερου τύπου υπηρεσίες, οι οποίες έχουν ως στόχο την κάλυψη των κενών που παρατηρούνται στη φροντίδα των ασθενών για διάφορους λόγους (απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, γεωγραφικοί λόγοι, λόγοι σχετικοί με την διαταραχή, κλπ), όσον αφορά στην παρακολούθησή τους και την έγκαιρη παρέμβαση και αποφυγή της χρονιότητας και αναπηρίας (δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη) και τη θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς στο περιβάλλον του και στο λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον. Συχνά οι υπηρεσίες αυτές δημιουργούνται στο πλαίσιο μεγαλύτερων μονάδων (ψυχιατρικές κλινικές, Κ.Κ.Ψ.Υ.). Στην Ελλάδα υπάρχουν από ετών λίγες παρόμοιες υπηρεσίες με καλά αποτελέσματα.

- **Υπηρεσίες αντιμετώπισης νέων περιστατικών ψύχωσης (Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης):** Η μόνη υπηρεσία τέτοιου τύπου που λειτουργεί στην Ελλάδα εντάσσεται στη λειτουργία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα ψυχικής υγείας, τέτοιες μονάδες λειτουργούν από 15ετίας και πλέον. Συχνά είναι ενταγμένες σε μεγαλύτερες μονάδες, αποτελούνται δε από πολυεπαγγελματικές ομάδες διαφόρων ειδικοτήσεων. Στόχο έχουν στην **έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στα νέα περιστατικά ψύχωσης, ει δυνατόν με αποφυγή της νοσηλείας (οπότε συνδυάζονται με θεραπεία στο σπίτι) και πρόληψη της αναπηρίας.** Επειδή αποτελούν υπηρεσίες δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, συνδυάζονται συνήθως με προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που αποσκοπούν στην αγωγή της κοινότητας. Θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές, ιδιαίτερα για συστήματα ψυχικής υγείας στα οποία υπάρχει στόχος κλεισίματος των ψυχιατρείων (όπως στην Ελλάδα), εφ' όσον αποσκοπούν στην πρόληψη της αναπηρίας μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης και κατά συνέπεια αναμένεται να έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των «νέων χρόνιων» ασθενών με ψύχωση, από τους οποίους προκύπτει ο πληθυσμός των ιδρυμάτων αυτών.
- **Ειδικά ιατρεία και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες:** Αποτελούν συνήθως υπηρεσίες μεγάλων Μο.Ψ.Υ., με στόχο την παροχή φροντίδων σε ασθενείς για τους οποίους απαιτείται ειδική εμπειρία (π.χ. τρίτης ηλικίας, με διαταραχές διατροφής, κλπ) ή παρέχουν ειδικές θεραπείες, (συνήθως ψυχοθεραπείες όπως ψυχοδυναμικού ή γνωστικού τύπου, οικογενειακές θεραπείες, θεραπείες ομάδος) ή αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της θεραπείας ειδικών ομάδων ασθενών για τους οποίους απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα (σε θεραπεία με άλατα λιθίου ή ενέσιμα νευροληπτικά μακράς διάρκειας).
- **Υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης:** Συχνά αποτελούν υπηρεσίες του μη κερδοσκοπικού ιδιωτικού φορέα, αν και, ιδιαίτερα αν έχουν πανεθνική εμβέλεια, αποτελούν μονάδες του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρέχουν συμβουλές σε άτομα σε κρίση τα οποία και κατευθύνουν σε μονάδες ανάλογα με τη φύση του προβλήματος.

Στην Ελλάδα, παρόμοια γραμμή λειτουργεί στην Αθήνα από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπως και από ΜΚΟ.

2. Υπηρεσίες εσωτερικής νοσηλείας/ υπηρεσίες οξέων περιστατικών

- Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων (περιλαμβανομένων των μονάδων οξέων περιστατικών και ακούσιας νοσηλείας και των μονάδων νοσηλείας για ειδικές διαταραχές): Στόχο έχουν τη νοσηλεία περιστατικών που βρίσκονται σε κρίση και για τα οποία κάθε άλλη παρέμβαση δεν ενδείκνυται στην παρούσα φάση, λόγω κινδύνου αυτοκαταστροφής ή βλάβης σε άλλους, ανάγκης 24ωρης παρακολούθησης της πορείας και της θεραπείας ή αποτυχίας κάθε άλλης μορφής παρέμβασης. Συνήθως η νοσηλεία είναι βραχείας διάρκειας, μέχρι την πάροδο της κρίσης και του κινδύνου και τη σταθεροποίηση της κατάστασης, οπότε παραπέμπονται σε υπηρεσία κοινοτικής φροντίδας. Λόγω των περιορισμών που συνεπάγεται η νοσηλεία, συνιστάται η χρήση τους μόνο στις ανωτέρω ενδείξεις. Στην Ελλάδα όμως, όπως αναφέρθηκε ήδη, οι υπάρχουσες κλινικές δεν έχουν την δυνατότητα νοσηλείας πολλών από αυτά τα περιστατικά, λόγω της απουσίας της απαραίτητης υποδομής (μονάδες οξέων περιστατικών) και της απουσίας εξειδικευμένου και ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού. Το κενό αυτό καλύπτουν σε πολλές περιπτώσεις τα υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Βασική αιτία θεωρείται το γεγονός οι προδιαγραφές για την ίδρυσή τους θεσπίστηκαν το 1985, σε ένα σύστημα στο οποίο τα ψυχιατρεία θα αναλάμβαναν τη νοσηλεία των περιστατικών αυτών. Επιπλέον, λόγω έλλειψης υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής, πολλά από τα περιστατικά των κλινικών αυτών αποτελούν ηπιότερες περιπτώσεις που σε άλλα συστήματα δεν θα χρειαζόνταν νοσηλεία. Κατά συνέπεια, οι ανάγκες σε ψυχιατρικές κλίνες εξαρτώνται από την ανάπτυξη των υπολοίπων υπηρεσιών του συστήματος. Κρίνεται ότι θα πρέπει οι κλινικές αυτού του είδους να αποκτήσουν τις υποδομές και το προσωπικό για την νοσηλεία οξέων περιστατικών (υπάρχει ήδη σχετικά πρόβλεψη στο πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ενώ πρόσφατα εγκρίθηκε η σκοπιμότητα δημιουργίας μονάδας οξέων περιστατικών στην Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων).

- **Ψυχιατρικά Νοσοκομεία:** Ο νόμος 2716/99 και το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προβλέπουν την σταδιακή κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων έως το 2015, και την αντικατάστασή τους από υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής. Εν τούτοις, ενδέχεται στο μέλλον, να αποδειχθεί ότι ένας μικρός αριθμός ιδρυμάτων (1-2 σε όλη τη χώρα) με μικρό αριθμό κλινών να χρειασθεί να παραμείνουν για ειδικά περιστατικά για τα οποία είναι αδύνατη η φροντίδα άλλου είδους λόγω υψηλής επικινδυνότητας (ψυχιατρεία μέσης και υψηλής ασφαλείας, δικαστικά ψυχιατρεία).

3. **Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας.** Την τελευταία δεκαετία έχουν αναπτυχθεί πλήθος υπηρεσιών αυτής της κατηγορίας. Στοχεύουν στην καταπολέμηση της αναπηρίας/ αποκατάσταση της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών (κυρίως ψυχωτικών) μέσα στο πλαίσιο της κοινότητας και στην εμπλοκή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες και ρόλους οι οποίοι παραβλάπτονται σημαντικά, είτε ως αποτέλεσμα της διαδικασίας της ψυχικής διαταραχής, είτε (και) ως επακόλουθο των κοινωνικών εμποδίων και διακρίσεων που προκύπτουν. Σημαντικός είναι ο ρόλος και η λειτουργία τους στη διαδικασία της αποασυλοποίησης και επανένταξης των ασυλοποιημένων ασθενών των ψυχιατρείων. Βασικοί δείκτες έκβασης αποτελούν η βελτίωση της λειτουργικότητας, η απόδοση σε κοινωνικούς ρόλους και η παραμονή στην κοινότητα (community tenure) και η αποφυγή της νοσηλείας. Σημαντικό πρόβλημα στη λειτουργία τους (ιδιαίτερα εκείνων που έχουν ως βασικό στόχο την εργασιακή αποκατάσταση) είναι ότι τα αποτελέσματά τους εξαρτώνται συχνά από γενικότερους κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες τους οποίους το σύστημα δεν μπορεί να ελέγξει και να επηρεάσει (π.χ. η αποκατάσταση στην εργασία στην ελεύθερη αγορά εξαρτάται σημαντικά από τα επίπεδα ανεργίας, το νομικό πλαίσιο για τα βοηθήματα και τη συνταξιοδότηση, τη δημιουργία συνεργατικών επιχειρήσεων, κλπ). Υφίσταται σημαντική ανάγκη διασύνδεσης τέτοιων υπηρεσιών με τους ευρύτερους κοινωνικούς φορείς για την προώθηση των ασθενών στην εργασία.

- **Νοσοκομεία Ημέρας/ Προγράμματα Μερικής Νοσηλείας:** Υφίσταται ποικιλία υπηρεσιών αυτού του τύπου, αυτούς φορές με διαφορετικούς στόχους. Οι βασικοί αυτούς στόχοι είναι: α) η υποκατάσταση της κλειστής νοσηλείας σε ασθενείς σε οξεία φάση (όπου αυτό είναι δυνατό), β) η μετάβαση από την κλειστή νοσηλεία

στην ανοικτή νοσηλεία, γ) η ψυχιατρική και συνολική φροντίδα και αποκατάσταση χρόνιων ασθενών σε κοινωνικούς ρόλους και η εκπαίδευση αυτούς κοινωνικές δεξιότητες (social skills training) και δ) η φροντίδα ασθενών με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας και η κοινωνική αυτούς προσαρμογή (αμερικανικό μοντέλο). Συχνά συνδυάζονται με άλλα προγράμματα αποκατάστασης, στέγασης ή ακόμη και κλειστής νοσηλείας (District Services Center του νοσοκομείου Maudsley του Λονδίνου). Στην Ελλάδα λειτουργούν ελάχιστα τέτοια προγράμματα, με πρώτο εκείνο αυτούς Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

- **Κέντρα Ημέρας:** Μοιάζουν σημαντικά με τα προηγούμενα και απευθύνονται σε χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς. Βασική διαφορά είναι ότι δεν αποτελούν ψυχιατρικές υπηρεσίες με τη στενή έννοια του όρου και το προσωπικό δεν περιλαμβάνει ιατρούς. Λόγω αυτής της ιδιότητάς τους, συχνά δημιουργούνται από Μ.Κ.Ο. Σημαντικός αριθμός Κέντρων Ημέρας δημιουργήθηκε στη Β' Φάση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».
- **Προστατευμένα Εργαστήρια προ-εργασιακής και εργασιακής αποκατάστασης:** Συχνά αποτελούν παραγωγικές εργασιακές μονάδες οι οποίες είναι δυνατό να δημιουργούνται και από άλλες κρατικές υπηρεσίες ή Μ.Κ.Ο., με στόχο την εργασιακή αποκατάσταση επιλεγμένων ασθενών με σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο εργασιακής λειτουργικότητας. Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες παρόμοιες υπηρεσίες.
- **Λέσχες Ασθενών:** Είναι προγράμματα που δημιουργούνται στο πλαίσιο ΜΟ.Ψ.Υ. και συχνά παραμένουν λειτουργούντα και εκτός ωραρίου εργασίας. Στόχο έχουν την βοήθεια αυτούς αποκατάστασης των ασθενών και σε ρόλους στους οποίους συνήθως δεν εξασκούνται οι ασθενείς σε άλλα προγράμματα (π.χ. ψυχαγωγία) αλλά και την διατήρηση επαφής με ασθενείς οι οποίοι δεν επιθυμούν επαφή με αυτούς υπηρεσίες αλλά λόγω της «χαλαρότητας» του προγράμματος αποδέχονται την συμμετοχή σε αυτό σε χαλαρή βάση. Ελάχιστα τέτοια προγράμματα λειτουργούν στην Ελλάδα.
- **Προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης:** Υφίσταται ποικιλία παρόμοιων προγραμμάτων με στόχο την εκπαίδευση και κατάρτιση σε εργασιακούς ρόλους, αλλά και σε κοινωνικούς ρόλους γενικότερα

(social skills training). Συνήθως εντάσσονται σε μεγάλες Μο.Ψ.Υ. Στην Ελλάδα υφίστανται αρκετά τέτοια προγράμματα από την δεκαετία του '80, αν και αρκετά έχουν ουσιαστικά σταματήσει τη λειτουργία τους ή υπολειπούνται λόγω έλλειψης κονδυλίων, εφ' όσον δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του κανονισμού αυτούς Ε.Ε. 815/84 και δεν προβλέφθηκε η επαρκής κρατική χρηματοδότηση για τη συνέχιση της λειτουργίας τους.

- **Προστατευόμενη εργασία και εργασία υπό επίβλεψη:** Ποικίλα σχήματα επιδοτούμενης εργασίας και επίβλεψης έχουν δοκιμαστεί τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες. Αποτελούν νεότερα προγράμματα τα οποία έχουν σημαντικές δυνατότητες, αλλά που πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή προκειμένου να εφαρμόζονται σωστά και να αποφεύγονται φαινόμενα εκμετάλλευσης από εργοδότες αλλά και να γίνεται η σωστή επιλογή των ασθενών που συμμετέχουν σε αυτά.
- **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.):** Αποτελούν ενδιαφέρουσες πρωτοβουλίες με σημαντικές δυνατότητες, που εφαρμόζονται ήδη σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Ολλανδία), όπως και στην Ελλάδα.
- **Ομάδες αυτοβοήθειας:** Δεν αποτελούν ψυχιατρικές υπηρεσίες, αλλά ομάδες πρωτοβουλίας ασθενών ή μελών των οικογενειών τους με στόχο την αλληλοβοήθεια και την υποστήριξη των μελών τους. Συνήθως δημιουργούνται από άτομα με κάποιο ψυχολογικό ή κοινωνικό πρόβλημα ή που ανήκουν σε κάποια πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου που χρειάζεται υποστήριξη. Κάποιες από αυτές (π.χ. οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί) αρνούνται την συμμετοχή τους σε ευρύτερα σχήματα ή ακόμη και την υποστήριξη των ιατρικών υπηρεσιών. Εν τούτοις, αναγνωρίζεται ότι η βοήθεια και υποστήριξη που είναι δυνατόν να παρέχουν είναι σημαντική και ότι το σύστημα υγείας πρέπει να στηρίζει και να ενθαρρύνει παρόμοιες προσπάθειες. Ιδιαίτερα πρέπει να αναφερθούν οι ομάδες και σύλλογοι οικογενειών ψυχωτικών ασθενών, όπου σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές μπορεί να οργανωθούν ομάδες ενημέρωσης και επίλυσης προβλημάτων στην οικογένεια ή αποφόρτισης της αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας. Στην Ελλάδα υπάρχουν πολύ λίγες παρόμοιες ομάδες λόγω του στίγματος της ψυχικής αρρώστιας και της μικρής

παράδοσης συμμετοχής σε τέτοιες προσπάθειες, αλλά και της μη συμμετοχής των υπηρεσιών (με ελάχιστες εξαιρέσεις) σε παρόμοιες προσπάθειες.

4. Υπηρεσίες στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής. Ένα σημαντικό πρόβλημα των χρόνιων ψυχικά αρρώστων είναι το πρόβλημα της στέγασης. Οι χρόνιοι ασθενείς, συχνά, είτε λόγω της απώλειας των γονέων τους και της έλλειψης στηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος, είτε λόγω της αδυναμίας διαβίωσης στην οικογένεια λόγω άλλων λόγων (απόρριψη, στίγμα, κακές μη βελτιούμενες σχέσεις με τους γονείς/ αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα) χρειάζονται τη στέγασή τους σε υπηρεσίες στις οποίες θα πρέπει να υπάρχει ειδική φροντίδα για την κατάστασή τους με στόχο την υψηλή ποιότητα ζωής (σε συνδυασμό με τα άλλα προγράμματα αποκατάστασης). Παλαιότερα, το κενό αυτό καλύπτονταν από τη ψυχιατρεία, αλλά με επακόλουθο την ασυλοποίηση και την διαβίωση σε απaráδεκτες συνθήκες. Σήμερα, το πρόβλημα αφορά αφ' ενός μεν αρκετούς ασθενείς που ζουν στην κοινότητα, αφ' ετέρου δε τους ασθενείς που εξέρχονται από τη υπό κατάργηση ψυχιατρεία. Για τους τελευταίους υπάρχει πρόβλεψη στο πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Εν τούτοις, κάθε πρόνοια θα πρέπει να λάβει υπ' όψη τον αριθμό των «νέων χρόνιων» ασθενών που θα προκύψουν τα επόμενα χρόνια. Γι' αυτούς, θα πρέπει να προβλεφθούν νέα σχήματα και να ενισχυθούν καινοτόμες πρωτοβουλίες από μη κρατικούς φορείς (Μ.Κ.Ο., ενώσεις συγγενών) για εύκαμπτα σχήματα στέγασης, πιθανόν και με συμμετοχή των συγγενών που έχουν τις οικονομικές δυνατότητες.

- Μετανοσοκομειακοί ξενώνες: Αποτελούν υπηρεσίες ψυχιατρικών κλινικών και απευθύνονται σε ασθενείς για τους οποίους απαιτείται στενή ψυχιατρική επίβλεψη αλλά όχι κλειστή νοσηλεία. Η παραμονή σε αυτούς είναι δυνατό να παρατείνεται για καθορισμένο χρονικό διάστημα με στόχο την προώθηση των ασθενών σε κοινοτικές στεγαστικές δομές ή σε ανεξάρτητη διαβίωση.
- Ξενώνες μέσης και μακράς παραμονής, με ποικίλα σχήματα επίβλεψης: Αποτελούν υπηρεσίες που δημιουργούνται στο πλαίσιο της κοινότητας από κρατικούς ή (κατά προτίμηση) άλλους φορείς (ΜΚΟ) και, ανάλογα με τους ανάγκες των ασθενών, η επίβλεψη ποικίλει από 24ωρη έως μερική. Μεγάλος αριθμός τέτοιων δομών έχουν δημιουργηθεί από το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», αλλά

υπάρχουν σημαντικές ανάγκες για ασθενείς οι οποίοι δεν νοσηλεύονται στα ψυχιατρεία. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί ότι τους ξενώνες των δημοσίων φορέων, οι θέσεις εργασίας των φροντιστών (νοσηλευτών, κλπ) δεν αναπληρώνονται σε περίπτωση αποχώρησής τους λόγω του γεγονότος ότι αυτές είναι προσωποπαγείς, οπότε συχνά παρατηρείται έλλειψη προσωπικού. Οι δομές αυτές, πρέπει να συνδυάζονται με υπηρεσίες αποκατάστασης. Ιδιαίτερη προσοχή στη δημιουργία τους (όπως και των οικοτροφείων) πρέπει να δίνεται στη διερεύνηση και τον χειρισμό των στάσεων τους τοπικής κοινωνίας, προκειμένου να αποφεύγονται οι τοπικές αντιδράσεις που συμβαίνουν συχνά (σύνδρομο NIMBY - Not In My Back-Yard). Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η πολύ μικρή έως σήμερα προώθηση των ενοίκων είτε προς την ανεξάρτητη διαβίωση είτε σε πιο προστατευμένες δομές (οικοτροφεία).

- **Οικοτροφεία:** Η λειτουργία τους άρχισε πρόσφατα στη χώρα μας (Β' φάση «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Αποσκοπούν να προσφέρουν στέγη σε ασθενείς με πολύ μικρή λειτουργικότητα για τους οποίους πολύ μικρές πιθανότητες αποκατάστασης υπάρχουν είτε λόγω ηλικίας, ψυχιατρικής κατάστασης (βαριά υπολειμματικά συμπτώματα) ή λόγω συνυπάρχουσας νοητικής στέρξης. Τα περισσότερα οικοτροφεία έχουν ανατεθεί σε τοπικούς ΜΚΟ, με εμπειρία από προηγούμενες φάσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ή σε συλλόγους συγγενών ψυχικά ασθενών. Αναμένεται να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση των ασθενών αυτών στην κοινότητα, για το υπόλοιπο διάστημα τους ζωής τους. Ιδιαίτερη πρόνοια πρέπει να δοθεί ώστε να μην μετατραπούν με το πέρασμα του χρόνου σε «μικρά άσυλα».
 - **Προστατευόμενα διαμερίσματα:** Αποτελούν προγράμματα στέγασης στην κοινότητα, όπου επιδιώκεται η ημι-ανεξάρτητη διαβίωση ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, υπό την τακτική επίβλεψη των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
 - **Ανάδοχες οικογένειες:** Είναι πρόσφατα προγράμματα, με όχι τόσο μεγάλη διάδοση, στα οποία επιδιώκεται και επιδοτείται η από οικογένειες διαβίωση ασθενών, αρκετά λειτουργικών, σε οικογένειες.
5. **Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες.** Αποτελεί ίσως κοινοτοπία η υπογράμμιση της ανάγκης συνεργασίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών με άλλους φορείς και

υπηρεσίες, κρατικές και του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα, στη δημιουργία των απαραίτητων δικτύων στην κοινότητα τα οποία διευκολύνουν σημαντικά στη φροντίδα των ασθενών και κινητοποιούν τους πόρους της κοινότητας, διευκολύνουν δε την αγωγή κοινότητας, ενημέρωση και καταπολέμηση του στίγματος.

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Άλλες ιατρικές υπηρεσίες
- Κοινωνικές υπηρεσίες/ υπηρεσίες πρόνοιας
- ΟΑΕΔ
- Οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών και οικογενειών
- Υπηρεσίες ΟΤΑ
- Άλλες κρατικές υπηρεσίες (αστυνομία, δικαστικές υπηρεσίες)
- Μη κυβερνητικοί οργανισμοί και άλλοι κοινωνικοί φορείς (εκκλησία, ΜΚΟ, εθελοντικές οργανώσεις, πολιτιστικοί σύλλογοι).

Το σύνολο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιγράφεται στις κατηγορίες 1-4, ενώ στο 5 αναφέρονται οι υπηρεσίες με τις οποίες χρειάζεται να υπάρχει συνεργασία, εφόσον, όπως ήδη τονίστηκε, μπορούν να προσφέρουν στην περίθαλψη ή έρχονται συχνά σε επαφή με ψυχικά ασθενείς. **Οι δυνατότητες των υπαρχουσών δομών ψυχικής υγείας, οι διατιθέμενοι πόροι και οι τοπικές ανάγκες θα προσδιορίσουν τις προτεραιότητες στην ανάπτυξη των υπηρεσιών.** Εν τούτοις, κρίνεται ότι (με εξαίρεση τα ψυχιατρικά νοσοκομεία) όλες οι παραπάνω υπηρεσίες αποτελούν απαραίτητα στοιχεία του συστήματος, προκειμένου να παρέχεται υψηλού επιπέδου φροντίδα στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, επιβάλλεται η επανεξέταση (μέσω της αξιολόγησης της λειτουργίας των υπηρεσιών) και ο επαναπροσδιορισμός της λειτουργίας ορισμένων από αυτές, στο πλαίσιο της θέσπισης προτεραιοτήτων, της αποφυγής αλληλοεπικαλύψεων με άλλες υπηρεσίες που λειτουργούν στην περιοχή και της χρήσης τους με επιδίωξη τη βέλτιστη λειτουργία και αποδοτικότητα του συστήματος. Για παράδειγμα, στη λειτουργία των ΚΚΨΥ στην Ελλάδα παρατηρούνται αλληλοεπικαλύψεις σε σημαντικό βαθμό, με τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων, ενώ παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην απόδοσή τους. Επίσης, οι ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία δεν έχουν τη δυνατότητα, λόγω της δομής τους και του αρχικού προσδιορισμού της λειτουργίας τους πριν 23 έτη, να νοσηλεύσουν οξεία περιστατικά ή περιστατικά για τα οποία απαιτείται ακούσια νοσηλεία. Αυτό αποτελεί τουλάχιστον αναχρονισμό, λόγω του γεγονότος ότι σήμερα η χρήση υπηρεσιών εσωτερικής νοσηλείας ενδείκνυται κυρίως για τα περιστατικά αυτά

(ιδιαίτερα όταν υφίσταται κίνδυνος αυτοκτονίας ή σωματικής βλάβης ή της ζωής άλλων ατόμων) , λόγω της ανάπτυξης άλλων υπηρεσιών και προγραμμάτων με τη χρήση των οποίων αποφεύγεται η εσωτερική νοσηλεία.

Απαραίτητη για την αξιολόγηση των υπηρεσιών και το σχεδιασμό της ανάπτυξης του συστήματος είναι η από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας **τήρηση στοιχείων που αποτυπώνουν τη λειτουργία τους και τη χρήση τους από τον πληθυσμό**. Τέτοια στοιχεία είναι:

1. Πληροφορίες για τις εκτελεσθείσες πράξεις από την υπηρεσία (π.χ. αριθμός εισαγωγών ανά έτος)
2. Πληροφορίες για τη συχνότητα ορισμένων πράξεων από την υπηρεσία βασισμένες στους ασθενείς (π.χ. αριθμός ασθενών που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία)
3. Πληροφορίες βασισμένες στους ασθενείς για επεισόδια ψυχικών διαταραχών από την έναρξη μέχρι την αποδρομή (π.χ. αριθμός ή συχνότητα θεραπευθέντων από την υπηρεσία επεισοδίων κατάθλιψης ανά έτος)
4. Πληροφορίες βασισμένες στους ασθενείς για «επεισόδια φροντίδας ή θεραπείας» (episodes of care).

Τέλος, υπάρχει μεγάλη ανάγκη να δημιουργηθούν από το ΥΥΚΑ, πιο λεπτομερή πρότυπα και προδιαγραφές των ψυχιατρικών υπηρεσιών (στη δομή, τις διαδικασίες και τις εκβάσεις), συμβατά με τις σύγχρονες εξελίξεις και λαμβάνοντας υπ' όψη τα διεθνή κριτήρια ποιότητας, ούτως ώστε η δομή και η λειτουργία και η απόδοσή τους να μπορεί να συγκρίνεται προς κάποιο μέτρο αναφοράς.

B.1.3 Ανθρώπινοι πόροι

Η σωστή χρήση των ανθρωπίνων πόρων, που αποτελούν τον σημαντικότερο πόρο του συστήματος ψυχικής υγείας, η λειτουργία του οποίου δεν βασίζεται στην υψηλή τεχνολογία, αποτελεί βασικό και απαραίτητο στοιχείο της λειτουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παράμετροι που αφορούν στη χρήση του χρόνου και των δεξιοτήτων του προσωπικού και στη δυνατότητα του συστήματος να το ανακατανέμει σύμφωνα με τις διαπιστούμενες ανάγκες, στις επενδύσεις του συστήματος σε εκπαίδευση και στον προγραμματισμό της, αποτελούν προϋποθέσεις για την σωστή διοίκηση και λειτουργία του συστήματος. Τα παραδοσιακά σχήματα διορισμού σε συγκεκριμένες θέσεις από όπου οι εργαζόμενοι στο σύστημα είναι αμετακίνητοι, δημιουργεί σημαντικές παρενέργειες

και συμβάλλει στην αντιοικονομική χρήση των ανθρώπινων πόρων και στον περιορισμό αξιοποίησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, ενώ, σε συνάρτηση και με την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών για την εργασία τους, συμβάλλει στην επαγγελματική τους καταπόνηση (burn-out).

Σε προκαταρκτικό στάδιο, στην παρούσα πρόταση, πρέπει να προηγηθεί η καταγραφή του προσωπικού των Μο.Ψ.Υ., και η αξιολόγηση στοιχείων όπως η εκπαίδευσή τους, η χρήση του χρόνου στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η ύπαρξη οδηγιών για την εκτέλεση της εργασίας τους, η γεωγραφική κατανομή τους, η ικανοποίησή τους από την εργασία τους και η έκταση του φαινομένου της επαγγελματικής καταπόνησης.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο θέμα της εκπαίδευσης του προσωπικού, εφόσον η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, εξαρτάται σημαντικά από αυτήν και δεν είναι μόνο θέμα αριθμού προσωπικού, όπως φαίνεται παρακάτω από στοιχεία που αφορούν το υπηρετούν προσωπικό στην περιοχή. Με εξαίρεση τους ψυχιάτρους, για τους οποίους προβλέπεται ειδική εκπαίδευση πριν την έναρξη της εργασίας τους (ειδικότητα), το υπόλοιπο προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (με εξαίρεση τους ψυχολόγους, για τους οποίους απαιτείται μόνο το πτυχίο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην ψυχολογία), προσλαμβάνεται από τα νοσοκομεία στα οποία ανήκουν οι υπηρεσίες, μόνο με βάση τη γενική τους επαγγελματική εκπαίδευση και δεν απαιτείται εξειδίκευση στην ψυχική υγεία. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι τα παρακάτω:

- Έλλειψη εξειδίκευσης στην ψυχική υγεία σε σημαντικό ποσοστό του μη ιατρικού προσωπικού, κύρια των νοσηλευτών.
- Μη σταθερότητα του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (κύρια του νοσηλευτικού) που είτε έχει αποκτήσει εμπειρία με το χρόνο, είτε έχει παρακολουθήσει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης μετά τη λήψη του επαγγελματικού του διπλώματος, εφόσον υπόκειται στη γενική κατανομή του προσωπικού του νοσοκομείου και στην τοποθέτησή του σύμφωνα με τις γενικές ανάγκες του, που, εφόσον αφορούν όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, μπορεί να είναι ανταγωνιστικές προς εκείνες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Έλλειψη εξειδίκευσης των περισσότερων ψυχολόγων στην κλινική ή συμβουλευτική ψυχολογία, εφόσον για το διορισμό μέσω ΑΣΕΠ απαιτείται μόνο το πτυχίο ΑΕΙ, αλλά και της μεγάλης έλλειψης μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών ψυχολογίας.

Με βάση τα παραπάνω, υφίσταται σημαντική ανάγκη σε εθνικό επίπεδο, με πρωτοβουλία των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας να αναθεωρηθούν τα προγράμματα σπουδών των ΤΕΙ νοσηλευτικής ώστε να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στα θέματα της ψυχικής υγείας και να καταρτιστούν μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών στην ψυχιατρική νοσηλευτική, ή (το προτιμότερο) να εξεταστεί η δυνατότητα προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην ψυχιατρική νοσηλευτική, με κατοχύρωση του επαγγελματικού τίτλου, και να αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην κλινική και συμβουλευτική ψυχολογία.

Ο παρακάτω πίνακας, παρέχει τον αριθμό του ελάχιστου απαιτούμενου προσωπικού ψυχικής υγείας ενηλίκων για τους τρεις ΤΟ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τον ΠΟΥ (199..) για πληθυσμό 1.000.000.

ΕΛΑΧΙΣΤΟΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (1.000.000) ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΟΥ ΠΟΥ

Επάγγελμα	Εσωτερ. ασθενών		Εξωτ. ασθενών	Διοίκηση	Σύνολο
	Οξέων	Μέσης/μακράς παραμονής			
<i>Κλινικοί ψυχολόγοι</i>	-	2	12	-	14
<i>Ψυχιατρικοί νοσηλευτές</i>	90	28	42	2	162
<i>Εργο-θεραπευτές</i>	-	4	12	-	16
<i>Ψυχίατροι*</i>	18	4	12	2	36
<i>Κοινωνικοί λειτουργοί</i>	6	2	12	-	20
ΣΥΝΟΛΟ	114	40	90	4	248

* Συμπεριλαμβανομένων των ειδικευομένων ψυχιάτρων

Τα τελευταία υπάρχοντα συγκεντρωτικά στοιχεία για το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνονται στην έκδοση του ΠΟΥ (Ευρώπης) “Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges” από τα οποία προκύπτει ότι το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

1. Υψηλό αριθμό ψυχιάτρων (15/100.000 πληθυσμού). Η Ελλάδα, σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία βρίσκεται στην 8^η θέση μεταξύ 46 ευρωπαϊκών χωρών. Τα στοιχεία περιλαμβάνουν και τους ψυχιάτρους του ιδιωτικού τομέα που αποτελούν και την πλειονότητα. Επιπλέον δεν λαμβάνουν υπ’ όψη τις γεωγραφικές ανισότητες που υπάρχουν (υπερσυγκέντρωση στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη).
2. Εξαιρετικά χαμηλό αριθμό νοσηλευτών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (3/100.000 πληθυσμού). Η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση μεταξύ των 46 ευρωπαϊκών χωρών.
3. Υψηλό αριθμό ψυχολόγων (14/100.000 πληθυσμού). Η Ελλάδα βρίσκεται στην 5^η θέση μεταξύ 31 ευρωπαϊκών χωρών. Τα στοιχεία περιλαμβάνουν και τους ιδιώτες ψυχολόγους, ενώ δεν αναφέρονται στην παρατηρούμενη στην Ελλάδα απουσία εξειδίκευσης των ψυχολόγων

στην κλινική ή συμβουλευτική ψυχολογία, ή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

4. Τα στοιχεία δεν απεικονίζουν την γεωγραφική κατανομή του προσωπικού, που ποικίλει σημαντικά. Έτσι, υπάρχει σχεδόν πλήρης απουσία δομών και προσωπικού ψυχικής υγείας σε ορισμένες περιοχές της χώρας, ενώ μεγάλος αριθμός των ψυχιάτρων συγκεντρώνεται στην πρωτεύουσα και την Θεσσαλονίκη, ενώ των νοσηλευτών στα μεγάλα ψυχιατρεία.

Τα πρότυπα που ετέθησαν από τον ΠΟΥ στις αρχές της δεκαετίας του '90, δεν λαμβάνουν υπ' όψη τις νεότερες εξελίξεις, αλλά αποτυπώνουν πρακτικές των δεκαετιών του '70 και '80 και δεν υπολογίζουν νέου τύπου υπηρεσίες και ανάγκες για θεραπεία που στο μεταξύ προσδιορίστηκαν. Κατά συνέπεια, το ελάχιστο αναγκαίο προσωπικό πρέπει να είναι σημαντικά υψηλότερο από εκείνο που προσδιορίζεται από τον ΠΟΥ, αποτελεί δε θέμα ειδικής μελέτης στο πλαίσιο της συγκεκριμένης πρότασης.

Τα παραπάνω στοιχεία, θα πρέπει να συμπληρωθούν και να εξεταστούν σε σχέση με τις παραμέτρους που ετέθησαν ανωτέρω, προκειμένου να αξιολογηθεί η έως σήμερα λειτουργία του συστήματος. Στη συνέχεια, στο πλαίσιο του στρατηγικού σχεδίου που θα εκπονηθεί και του προγράμματος ανάπτυξης των δομών θα εξεταστεί η προσφορότερη κατανομή τους στο σύστημα. Επιπλέον, η δημιουργία των νέων δομών στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ'» αναμένεται να προσθέσει νέο προσωπικό, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις θα χρειαστεί ειδική εκπαίδευση, αλλά και υποστήριξη από το ήδη υπηρετούν προσωπικό. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να προβλεφθεί η προγραμματισμένη ανάμιξη του «νέου» και του «παλαιού» προσωπικού, μέσω μετακινήσεων επιλεγμένων στελεχών των υπηρεσιών στις νέες υπηρεσίες.

B.1.4 Πλαίσιο Δημιουργίας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στους ΤοΨΥ της χώρας

Στο πλαίσιο της τρέχουσας φάσης του προγράμματος Ψυχαργός, η οποία συμπίπτει με την Δ΄ Προγραμματική Περίοδο, έχει σχεδιαστεί η λειτουργία των παρακάτω υπηρεσιών²² :

- 36 Ψυχιατρικά Τμήματα (ΨΤ)
- 2 Ψυχιατρικά Τμήματα Εφήβων (ΨΤΕΦ)
- 6 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- 3 Ξενώνες Βραχείας Παραμονής Εφήβων (ΞΒΠΕΦ)
- 1 Ψυχιατρικό Τμήμα Μητέρας Παιδιού (ΨΤΜΠ)
- 52 Ξενώνες Βραχείας Παραμονής (ΞΒΠ)
- 3 Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση (ΚΠΚ)
- 44 Κέντρα Ψυχικής Υγείας με κλίνες (ΚΨΥΚΛ)
- 72 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΚ)
- 71 Ξενώνες Βραχείας Παραμονής Παίδων κι Εφήβων (ΞΒΠΠΕΦ)
- 18 Πολυδύναμα Κέντρα Αντιμετώπισης της Κρίσης Χρηστών Ναρκωτικών (ΠΚΝ)
- 17 Κέντρα Αντιμετώπισης Αλκοολισμού (ΚΑΑ)
- 18 Ολοκληρωμένα Κέντρα Αυτισμού (ΟΚΑ)
- 33 Δομές Τελικού Σταδίου Αλτσχάιμερ (ΔΤΣΑΛΤ)
- 3 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- 1 Οικοτροφείο εφήβων
- 1 Μονάδα Οξέων- Μονάδα Ημερήσιας νοσηλείας

Όπως ήδη αναπτύχθηκε, ακόμη και μετά τις δύο πρώτες φάσεις του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», παρά την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, παραμένουν ακόμη σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες και κενά, ενώ πολλές υπηρεσίες που

²² Υ5α/Γ.Π.οικ.45994/19 -4 -2010 Υπουργική Απόφαση με θέμα «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης δομών και υποδομών του Τομέα Ψυχικής Υγείας κατά την τριετία 2010 2013 στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (Φάση Γ΄)

ιδρύθηκαν δεν λειτουργούν, είτε λόγω έλλειψης του αναγκαίου προσωπικού, είτε για άλλους διοικητικούς λόγους.

Στόχος της πρότασης είναι η συμπλήρωση-επικαιροποίηση του ανωτέρω σχεδιασμού με την ενίσχυση των τοπικών δικτύων υπηρεσιών, με προτεραιότητα τις περιοχές όπου υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις (π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα).

Για το σκοπό αυτό, έχουν συνταχθεί πίνακες ανά ΤοΨΥ με όλες της υπηρεσίες που λειτουργούν σε αυτούς, όπως επίσης και όλες τις στεγαστικές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Επιπλέον, οι πίνακες συμπληρώθηκαν με όλες τις μονάδες ψυχικής υγείας που έχουν κατά καιρούς προταθεί ανά ΤοΨΥ (βλ. Παράρτημα 1).

Οι πηγές των προτάσεων είναι: α) έργα της Β' Φάσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» που δεν υλοποιήθηκαν, αν και είχαν αρχικά προχωρήσει β) έγκριση σκοπιμότητας 2010, με αποτύπωση του βαθμού προτεραιότητας, και γ) σχεδιασμός της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας 2006 για τις ανάγκες διαπραγμάτευσης του ΕΣΠΑ.

Πλαίσιο Παρέμβασης:

1. Σε κάθε ΤοΨΥ θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον ένα **Ψυχιατρικό Τμήμα σε Γενικό Νοσοκομείο**. Ελάχιστη δύναμη 15-20 κλίνες (με εξαίρεση τις υπάρχουσες δομές). Το Τμήμα πρέπει να περιλαμβάνει και Μονάδα Οξέων Περιστατικών τουλάχιστον 6 κλινών. Προτεραιότητα στο ΕΣΠΑ πρέπει να δοθεί στις περιοχές της χώρας στις οποίες υπάρχει έλλειψη τέτοιων μονάδων, π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιά Αιγαίου. Η δράση αυτή πρέπει να χαρακτηριστεί ως **άμεσης προτεραιότητας**.
2. Εναλλακτικά, σε κάθε ΤοΨΥ θα πρέπει να υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με **δυνατότητα βραχύτατης νοσηλείας, ακόμη και αν δεν υπάρχει ψυχιατρικό τμήμα**. Στην περίπτωση αυτή θα μπορούσαν να διατίθενται 2-5 κλίνες για ολιγοήμερη νοσηλεία σε άλλη (π.χ. παθολογική) κλινική. Η δυνατότητα αυτή δεν μπορεί να ισχύσει για ασθενείς με ανάγκη νοσηλείας σε Μονάδα Οξέων Περιστατικών.
3. Δημιουργία σε κάθε ΤοΨΥ με ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, ιδιαίτερα σε εκείνους με μεγάλο πληθυσμό αναφοράς, **δορυφορικού Μετανοσοκομειακού Ξενώνα Βραχείας Παραμονής 10-15 θέσεων**, για τις περιπτώσεις ανάγκης νοσηλείας άνω των δύο μηνών στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, και τους ασθενείς με υψηλό αριθμό

νοσηλειών σε μικρό χρονικό διάστημα. Εναλλακτικά, οι ασθενείς μέσης νοσηλείας θα παραπέμπονται στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ΤΟΨΥ.

4. Σε κάθε ΤοΨΥ θα πρέπει να υπάρχει Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ). Η λειτουργία του θα πρέπει να προβλέπει την άμεση επαφή με τους εξυπηρετούμενους, κατά συνέπεια, θα πρέπει να μπορεί να λειτουργήσει στο πλαίσιο των νεότερων εξελίξεων στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα (μοντέλα Case Management και Assertive Community Treatment). Σε ειδικές περιπτώσεις (προβλήματα γεωγραφικής επικοινωνίας, μικρός πληθυσμός αναφοράς, απουσία Τμήματος στο Γενικό Νοσοκομείο) θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα να περιλαμβάνει μικρό αριθμό κλινών υπερ-βραχείας νοσηλείας. Η δράση αυτή πρέπει να χαρακτηριστεί ως άμεσης προτεραιότητας.
5. Δημιουργία 1-2 Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας σε κάθε ΤοΨΥ, υποστηριζόμενων από 1-2 προστατευόμενα διαμερίσματα για ολιγοήμερη παραμονή, όπου αυτό απαιτείται για θεραπευτικούς λόγους ή ιδιαίτερους λόγους φροντίδας της ψυχικής υγείας. Εναλλακτικά, θα υποστηρίζονται από τους Ξενώνες Βραχείας Παραμονής ή τις ΜΨΑ του ΤΟΨΥ.
6. Δημιουργία στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε περιοχές και ΤοΨΥ όπου παρατηρείται έλλειψη (Δ. Μακεδονία, Αττική, Κ. Μακεδονία, κ.α.).
7. «Άνοιγμα» των στεγαστικών δομών σε νέους ασθενείς από την κοινότητα, με εποπτεία της διαδικασίας από την οικεία ΤΕΨΥ. Απαιτείται ανάκληση της Υπ. Απόφασης που ορίζει ελάχιστο διάστημα 12 μηνών σε δημόσια ψυχιατρεία για εισδοχή σε στεγαστικές δομές.
8. Υλοποίηση του σημείου 6 του Συμφώνου Spidla - Αβραμόπουλου (πρόσληψη 100 ψυχιάτρων/ παιδοψυχιάτρων και 800 λοιπών επαγγελματιών ψυχικής υγείας), με υλοποίηση των μέχρι σήμερα προκηρύξεων. Εξαίρεση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το πάγωμα προσλήψεων στο δημόσιο (η υλοποίηση του ΕΣΠΑ αποτελεί επαρκή λόγο).

B.1.5 Σχέδιο Άμεσης Προσαρμογής στις ιδιαιτερότητες του ΕΣΠΑ

Το σχέδιο αυτό συναρτάται με το προηγούμενο και αποσκοπεί στην ταχεία υλοποίηση έργων πρώτης και δεύτερης προτεραιότητας, με παράλληλη χρήση

υπαρχόντων πόρων από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία τα οποία θα πρέπει μέχρι το 2015 (ή λίγο αργότερα) να καταργηθούν. Επί πλέον, για την υλοποίησή του θεωρείται πως θα πρέπει να προχωρήσουν οι διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού που αφορούν το σημείο 6 του Συμφώνου Spidla - Αβραμόπουλου (πρόσληψη 100 ψυχιάτρων/ παιδοψυχιάτρων και 800 λοιπών επαγγελματιών ψυχικής υγείας). Το σχέδιο προτείνεται για δράση μόνο σε περίπτωση μεγάλων εμποδίων στην περαιτέρω υλοποίηση του ΕΣΠΑ στην ψυχική υγεία.

Ο παρακάτω πίνακας είναι ενδεικτικός.

α/α	Δράσεις	Έργα (κατ'εκτίμηση)	Προϋπολογισμός (κατ' εκτίμηση)	Παρατηρήσεις
1	Υλοποιούνται τα έργα που είχαν πάρει προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη, είχαν σχεδιαστεί στο Γ΄ ΚΠΣ και δεν εντάχθηκαν (είναι περίπου 18 σημαντικά έργα)	18	22.000.000,00	
2	Συστήνονται και λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας (με κλίνες και μονάδα αντιμετώπισης κρίσης) από Ν.Π.Ι.Δ. (3-4 απ' αυτά θα μπορούσε να είναι Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά & εφήβους, τα αντίστοιχα δηλαδή Κέντρα Ψυχικής Υγείας για παιδιά-εφήβους)	15	18.000.000,00	
3	Συστήνονται και λειτουργούν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας από Ν.Π.Ι.Δ. σε περιοχές που δεν υπάρχουν σήμερα	15	9.000.000,00	
4	Συστήνονται και λειτουργούν κυρίως Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία με το minimum αναγκαίο προσωπικό	10	15.000.000,00	
5	Συστήνονται και λειτουργούν Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία με προσωπικό που μεταφέρεται από τα "υπό κατάργηση" Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (κυρίως σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, αφού εκεί υπάρχει σημαντική ανάγκη)	7-8	10.000.000,00	
6	Συστήνονται και λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας με κλίνες και μονάδα αντιμετώπισης κρίσης από Ν.Π.Δ.Δ. (Νοσοκομεία) με προσωπικό που θα μεταφέρεται από τα "υπό κατάργηση" Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	7-8	8.500.000,00	
7	Παράλληλα, υλοποιούνται και όλες οι υπόλοιπες δράσεις (π.χ. εκπαιδευτικά προγράμματα, οριζόντιες δράσεις κ.λ.π. που δεν προϋποθέτουν τη χρηματοδότησή τους από πόρους του Τακτικού Προϋπολογισμού του ΥΓΚΑ μετά την περίοδο συγχρηματοδότησης.		;	

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα:

1. Δημιουργούνται περίπου 65 - 70 νέες δομές ψυχικής υγείας από το ΕΣΠΑ
2. Μπορούν να απορροφηθούν πόροι του ΕΣΠΑ της τάξεως των 85 - 90 εκατομμυρίων €, μόνο από τις δομές που θα δημιουργηθούν (με περίοδο συγχρηματοδότησης 2 έτη), πλέον των πόρων που θα απορροφηθούν από τα υπόλοιπα έργα.

3. Αν επιχειρηθεί με επιτυχία επιμήκυνση της περιόδου συγχρηματοδότησης σε 3 έτη το ποσό των πόρων που μπορεί να απορροφηθεί για τις δομές αυτές (και όχι για όλα τα έργα ψυχικής υγείας), μπορεί να φθάσει και τα 130 εκατομμύρια €.

4. Χρειάζεται να αυξηθεί ο ετήσιος Τακτικός Προϋπολογισμός του ΥΥΚΑ για χρηματοδότηση των Ν.Π.Ι.Δ. από τα 82 εκατομμύρια € που είναι το 2011 στα 105-110 εκ. €, μαζί με κάποια από τα υπόλοιπα έργα και μαζί με το έλλειμμα που παρουσιάζεται στο 2011. Κάτι τέτοιο θεωρείται μάλλον εφικτό.

B. 2. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας Παιδιών - Εφήβων

Οι υπηρεσίες παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα, πάντοτε υπολείπονταν σε ανάπτυξη, σε σχέση με εκείνες των ενηλίκων. Εκτός του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΠΝΑ), ελάχιστες μονάδες νοσηλείας είχαν αναπτυχθεί, κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Επιπλέον, στις υπηρεσίες εξωτερικής φροντίδας (ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, στεγαστικές μονάδες, ειδικές υπηρεσίες) που φέρουν το μεγαλύτερο βάρος των καθημερινών προβλημάτων υπάρχουν σημαντικά κενά, με ολόκληρες γεωγραφικές περιοχές χωρίς καμιά παιδοψυχιατρική φροντίδα.

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, είχε θέσει ως προτεραιότητα την αποασυλοποίηση των χρόνιων ενηλίκων ασθενών και την κατάργηση των ψυχιατρικών Νοσοκομείων με αποτέλεσμα τη δημιουργία ελάχιστων δομών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Η δημιουργία μικρών Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία ανά Υγειονομική Περιφέρεια μαζί με ένα συντονισμένο τοπικό δίκτυο ενδιάμεσων δομών είναι αναγκαία για να καλύψει τις ανάγκες πρώτης γραμμής.

Συγκεκριμένα στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν:

A) Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες στην Αττική (5), στην Ορεστιάδα, στην Αλεξανδρούπολη, στο Καρπενήσι, στη Θεσσαλονίκη (3), στα Ιωάννινα, στην Καβάλα, στη Λάρισα, στο Βόλο, στην Καλαμάτα, στην Ξάνθη, στην Κατερίνη, στη Σάμο, στις Σέρρες.

B) Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών έχει παραρτήματα σε όλη την Ελλάδα με υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους και συγκεκριμένα στην Αττική, στην Πάτρα, στη Ζάκυνθο, στο Ηράκλειο, στη Θεσσαλονίκη και στο Βόλο.

Γ) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα που αποτελούν εξειδικευμένα κέντρα για παιδιά και εφήβους στην Αττική (7), στη Θεσσαλονίκη (2) και στο Ηράκλειο.

Δ) Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους από ειδικευμένο προσωπικό. Κινητές Μονάδες λειτουργούν στην Αλεξανδρούπολη, στη Ζάκυνθο, στα Ιωάννινα, στην Καρδίτσα, στα Τρίκαλα, στην Κεφαλλονιά, στην Κοζάνη, στις Κυκλάδες (3) και στη Χίο.

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν:

Το τρέχον έτος ολοκληρώθηκε η κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ήταν το κύριο νοσοκομείο για παιδιά και εφήβους που παρείχε και ιδρυματικού τύπου περίθαλψη και το οποίο έχει ολοκληρώσει την κατάργηση των ασυλιακών του εγκαταστάσεων πλην της Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών) με τη μεταφορά των Κλινικών του στα ακόλουθα Γενικά Νοσοκομεία

- Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο ΓΝ Τζάνειο (4 κλίνες για παιδιά),
- Παιδοψυχιατρικό Τμήμα το Γ.Ν. Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού», (2-4 κλίνες για παιδιά)
- Επίκειται η λειτουργία Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στο ΓΝ Παίδων Πεντέλης (4-5 κλίνες για παιδιά).

Επίσης, υπάρχουν οι εξής δευτεροβάθμιες υπηρεσίες:

- Την Παν. Παιδοψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. Παίδων «Αγία Σοφία», (10 κλίνες)
- Παιδοψυχιατρικά τμήματα (3).στη Θεσσαλονίκη
- Παιδοψυχιατρικά τμήματα (3) στη υπόλοιπη Ελλάδα (Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο, Πάτρα)

Στον τομέα της τριτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν ξενώνες για παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές.

Συγκεκριμένα έχουν αναπτυχθεί οι ακόλουθες δομές:

α. Ξενώνες για παιδιά-εφήβους με ψυχικές διαταραχές στην Αθήνα (3), β. Ξενώνας παιδιών ψυχικά ασθενών γονέων.

Επίσης, είναι σε εξέλιξη η διαδικασία αναμόρφωσης του καθεστώτος της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης στην περίπτωση παιδιών που εμπλέκονται με τον νόμο (θυμάτων ή θυτών).

B.2.1. Γενικές αρχές για την ανάπτυξη, την οργάνωση και τον συντονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών - Εφήβων

1. Η ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τη χώρα μας. Η επένδυση επαρκών οικονομικών πόρων στη δημιουργία ενός ικανοποιητικού δικτύου ΥΨΥΠΕ αποτελεί μια ουσιαστική επένδυση στην πρόληψη μελλοντικής ψυχοπαθολογίας, τη μείωση ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού

2. Οι ΥΨΥΠΕ λειτουργούν ως Δίκτυο και αναπτύσσονται, οργανώνονται και συντονίζονται σε Μονάδες γεωγραφικές ευθύνης. Με την παρούσα διοικητική οργάνωση του ΥΥΚΑ προτείνεται η λειτουργία δικτύου ΥΨΥΠΕ ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Σε κάθε Υγειονομική περιφέρεια (Υ. Πε) αναπτύσσονται επί μέρους Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψυ.ΠΕ) .

3. Στόχος και αποστολή κάθε δικτύου ΥΨΥΠΕ/ ανά Υ.Πε είναι να εξυπηρετείται όλο το φάσμα των αναγκών ψυχικής υγείας του παιδικού /εφηβικού πληθυσμού και των οικογενειών τους, της περιοχής ευθύνης του, κοντά στον τόπο κατοικίας τους, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής (άρθρο 1 του Νόμου 2716/99, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας). Περιλαμβάνονται δράσεις και ανάπτυξη υπηρεσιών για την Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους.

4. Το Δίκτυο ΥΨΥΠΕ / Υ.Πε., πρέπει να διαθέτει όλους τους αναγκαίους πόρους, ώστε να είναι σε θέση να δώσει λύσεις για κάθε πρόβλημα Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου της περιοχής ευθύνης του. Για το σκοπό αυτό καταγράφει και αξιοποιεί όλους τους υπάρχοντες πόρους.

Ως πόροι του δικτύου ΥΨΥΠΕ /Υ.Πε., νοούνται όλες οι δομές και οι ανθρώπινοι πόροι του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που μπορεί να καλύψουν ανάγκες ψυχικής Υγείας των Παιδιών/ Εφήβων της περιοχής όπως: οι Υπηρεσίες που περιγράφονται στα άρθρα 4,5,6,7 και 8, 9, 10, 11 και 12 του Ν. 2716/99, Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν από Δήμους, ΜΗΚΥΟ, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησιαστικά ιδρύματα.

5. Η Διοίκηση - Συντονισμός του «Δικτύου ΥΨΥΠΕ / Υ.Πε» ανατίθεται σε ένα όργανο το οποίο αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας της περιοχής. Οι επαγγελματίες αυτοί μπορεί να μετέχουν και σε ΤΕΨΥΠΕ ενώ προτείνεται και η συμμετοχή εκπροσώπων των χρηστών των υπηρεσιών. Προτείνεται το συντονιστικό αυτό όργανο να εδρεύει στις ΥΠΕ και να υποστηρίζεται διοικητικά, γραμματειακά και οικονομικά από αυτές. Τα συντονιστικά όργανα των δικτύων συντονίζονται κεντρικά από φορέα του Υπουργείου Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης (πχ στα πλαίσια Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας) .

6. Συνεργασίες

Το Δίκτυο των ΥΨΥΠΕ ανά Υ.ΠΕ συνεργάζεται στην περιοχή του με:

A) το αντίστοιχο δίκτυο των Υπηρεσιών Πρόνοιας. Η συνεργασία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική δεδομένης της συνέχειας των αναγκών των παιδιών σε Υπηρεσίες Πρόνοιας και Ψυχικής Υγείας,

B) το δίκτυο των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για ενήλικες της ίδιας περιφέρειας, ιδίως όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών στους γονείς των παιδιών και την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας προς τα παιδιά μετά την ενηλικίωσή τους.

Γ) τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δικαιοσύνης της ίδιας περιφέρειας. Θεωρούμε απαραίτητο το Υπουργείο Δικαιοσύνης να δεσμεύσει τους δικαστικούς λειτουργούς ώστε οι πράξεις που αφορούν ανήλικους που εμπλέκονται με τον νόμο (ανάθεση επιμέλειας, εισαγγελική παραγγελία αξιολόγηση με ερώτημα αναγκαστικής νοσηλείας, θεραπευτικά μέτρα κ.α.), να ανατίθενται σε δομές ΨΥΠΕ και προνοιακές δομές εντός των ορίων της Υ.Πε όπου κατοικεί το παιδί/έφηβος και η οικογένειά του.

Δ) τις Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας που αφορούν σε ζητήματα που αποτελούν «σημεία τομής» με την Ψυχική Υγεία.

B.2.2 Ανάγκες για Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (γενικό μέρος)

1. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα η Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου

Είτε ονοματίζονται Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα είτε Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου (προτιμούμε την δεύτερη ονομασία), είναι, κατά γενική

παραδοχή, το απαραίτητο συντονιστικό κέντρο κάθε Παιδοψυχιατρικού Τομέα και ΥΠΕ. Αποτελεί άμεση προτεραιότητα η πλήρης στελέχωση τουλάχιστον ενός Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου ανά Το. Ψυ. ΠΕ.

2. Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων Παιδιών και Ψυχιατρικά Τμήματα Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων.

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο Γενικό Νοσοκομείο (ΠΨ.Τ.Γ.Ν.) αποτελεί αναγκαιότητα για την Νοσηλεία των δυσκολότερων περιπτώσεων, αλλά και για την ανάπτυξη των απαραίτητων Παιδοψυχιατρικών δομών, σε διασύνδεση με το Γενικό Νοσοκομείο (Εξωτερικά Ιατρεία, Διασυνδεδετική Συμβουλευτική, Κέντρα Ημέρας, Επείγοντα, ΜΕΝ, χρόνια ή καταληκτικά νοσήματα κλπ.). Η αποτίμηση και η οικονομικοτεχνική υποστήριξη ενός ΠΨ.Τ.Γ.Ν δεν πρέπει να υπολογίζεται μόνο με βάση τον αριθμό των κρεβατιών, αλλά και με την εξαιρετική σημασία που έχουν όλες οι παραπάνω Παιδοψυχιατρικές λειτουργίες σ' ένα Γενικό Νοσοκομείο. Οι ανάγκες για Νοσηλεία υπολογίζονται grosso modo σε μια μονάδα νοσηλείας (max 8 κρεβάτια), ανά 1.000.000 πληθυσμού για τους εφήβους (14-18) και λιγότερων για τα παιδιά.

3. Άλλες Υπηρεσίες του Δικτύου των δομών

Πλην των Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων και Ι.Κ.- Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας Παιδιού Εφήβου, θεωρούμε πολύτιμη τη δημιουργία και των υπόλοιπων αναγκαίων δομών Ψ.Υ.Π.Ε. σε κάθε Γεωγραφικό διαμέρισμα: Κέντρων Ημέρας, Ξενώνων και Οικοτροφείων για Εφήβους, Προστατευμένων διαμερισμάτων, Κέντρων υποδοχής στην Κρίση, Κινητών Μονάδων για περιοχές της χώρας με δύσκολη πρόσβαση σε πόρους, και των άλλων Μονάδων Ψ.Υ.Π.Ε., όπως προβλέπονται από τον 2716/99. Εφόσον λειτουργεί μια ΠΛΗΡΗΣ Παιδοψυχιατρική μονάδα ανά περιοχή και η αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή, ο προγραμματισμός των παραπάνω μονάδων θα συνεχιστεί ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε τομέα και εφόσον θα ανευρίσκονται οι αναγκαίοι πόροι.

4. Στελέχωση των Υπηρεσιών

Η επαρκής στελέχωση των ΥΨΥΠΕ με παιδοψυχιάτρους και πλήρη διεπιστημονική ομάδα αποτελεί προϋπόθεση για τη λειτουργία τους. Υπογραμμίζεται ότι η παρουσία μεμονωμένων παιδοψυχιάτρων σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας ή γενικά νοσοκομεία θεωρείται απολύτως ανεπαρκής.

Επίσης, για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού είναι απαραίτητη η αύξηση του συνολικού αριθμού των παιδοψυχιάτρων. Η Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος έχει ζητήσει αύξηση του αριθμού των θέσεων της ειδικότητας (από 38 σε 76).

5. Αντιστοίχιση δομών Παιδιών και Εφήβων με τις δομές των Ενηλίκων.

Θεωρούμε απαραίτητη την αντιστοίχιση- διασύνδεση με τις αντίστοιχες Τομεακές Υπηρεσίες Ενηλίκων, με στόχο την συνολική κάλυψη της ψυχικής υγείας του πληθυσμού (παιδιών & ενηλίκων) και την εξασφάλιση του περάσματος των παιδιών στις αντίστοιχες δομές ενηλίκων, στην ενηλικίωση.

B.2.3. Προτεραιότητες για την ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας

1. Αύξηση του χρόνου ειδικότητας σε 5 έτη (έχει υποβληθεί πρόταση της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας στο ΚΕΣΥ) με διαμόρφωση του περιεχομένου εκπαίδευσης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της UEMS
2. Ανάπτυξη της Ακαδημαϊκής Παιδοψυχιατρικής με τη σύσταση και προκήρυξη θέσεων μελών ΔΕΠ Παιδοψυχιατρικής (είναι μόνον 9!)
3. Ανάπτυξη της έρευνας για την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων
4. Αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από τις ΥΨΥΠΕ
5. Ανάπτυξη του θεσμού των αναδόχων οικογενειών και αξιοποίησή του για την κατάργηση της ιδρυματικής φροντίδας (σε συμπληρωματική λειτουργία με ξενώνες και άλλες δομές)
6. Άσκηση της παιδοψυχιατρικής σύμφωνα με τις αρχές του Κώδικα Δεοντολογίας της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος - Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων (2009),(www.hscap.gr).

Εν κατακλείδι, το πλαίσιο των παρεμβάσεων για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε παιδιά και εφήβους αφορά στις κάτωθι δράσεις:

- Ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών (σε Επαρχιακά Νοσοκομεία, σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή σε Κέντρα Υγείας) σε κάθε Νομό της χώρας
- Ανάπτυξη Ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή στα Κέντρα Υγείας στους ΤΟΨΥ που δεν έχουν παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες
- Συμπλήρωση στελέχωσης Κινητών Μονάδων με παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες
- Δημιουργία τουλάχιστον ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος με δυνατότητα νοσηλείας ανά περιφέρεια (κατά προτεραιότητα ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στα Πα.Γ.Ν. Ρίου Πατρών, Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης, Πα.Γ.Ν. Ιωαννίνων και Πα.Γ.Ν. Αλεξανδρουπόλεως)
- Δημιουργία εξειδικευμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων και εφήβους με ψυχική ανορεξία
- Δημιουργία εξειδικευμένων παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών για παιδιά-εφήβους πρόσφυγες-μετανάστες
- Αύξηση του αριθμού των θέσεων των ειδικευομένων στην Παιδοψυχιατρική από 40 σε 70, με παράλληλη αναδιάρθρωση του χρόνου ειδικότητας
- Συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης, ώστε να αναθεωρηθεί το καθεστώς της Παιδοψυχιατρικής Πραγματογνωμοσύνης και να οργανωθούν ειδικές υπηρεσίες για τα Παιδιά που εμπλέκονται με τον Νόμο
- οργάνωση δομών για την κάλυψη των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών των παιδιών με πρόβλημα κακοποίησης- παραμέλησης και διασύνδεση με προνοιακές δομές για παιδιά-εφήβους
- ΚΕΣΥ: αύξηση του αριθμού των θέσεων της ειδικότητας από 40 σε 70 (χρόνος αναμονής για την ειδικότητα 8 -10 χρόνια και αναθεώρηση των χρόνων της ειδικότητας.
- Διασύνδεση με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της σχολικής ένταξης των παιδιών

B.3. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας για Ευπαθείς Ομάδες

B. 3.1. Αυτισμός

A. Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού και Συλλογή στοιχείων για μια αποτελεσματική πολιτική

Οι διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού εντοπίζονται σε ανθρώπους όλων των εθνικοτήτων, φυλών ή κοινωνικών ομάδων. Οι έρευνες έδειξαν ότι η συχνότητα της τυπικής μορφής του αυτισμού (σύνδρομο Kanner) είναι 4-6 στις 10000, ενώ για όλες τις άλλες μορφές του αυτισμού και γενικά τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές τα ποσοστά κυμαίνονται γύρω στα 90 άτομα ανά 10000 του γενικού πληθυσμού μιας χώρας. Στη Μεγάλη Βρετανία η Εθνική Οργάνωση Αυτισμού (NAS) μας ενημερώνει ότι το 2005 το ποσοστό στη χώρα ήταν 1 άτομο σε κάθε 120 άτομα του γενικού πληθυσμού. Στις Η.Π.Α. 1.500.000 άνθρωποι περιλαμβάνονται στα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και κάθε 20' προστίθεται στον κατάλογο αυτό ένα νέο διαγνωσμένο περιστατικό (U.N. 27/11/2007). Επίσης τα αγόρια επηρεάζονται 3-4 φορές περισσότερο από τα κορίτσια. Στην Ελλάδα παρόλο που δεν υπάρχει επιδημιολογική έρευνα το ποσοστό πρέπει να κυμαίνεται σε ανάλογο βαθμό.

B. Καλές πρακτικές (cost-effectiveness) για πρώιμη παρέμβαση

Μια διάσταση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης αποτελεί και η οικονομική τους απόδοση, η μελέτη της οποίας καθίσταται ολοένα και περισσότερο αναγκαία εξαιτίας της μεγάλης ζήτησης για τα προγράμματα αυτά, του μεγάλου κόστους λειτουργίας τους και της μεγάλης ποικιλίας τους. Έρευνες οικονομικής απόδοσης έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες πολιτείες των Η.Π.Α., στον Καναδά και σε άλλες χώρες.

Οι έρευνες αυτές έχουν δείξει ότι τα προγράμματα πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης αποτελούν μια προσοδοφόρα επένδυση για το κράτος και την κοινωνία γενικότερα που αποφέρουν μία επιστροφή που μπορεί να κυμαίνεται από 2.36 έως 19 δολάρια, για κάθε δολάριο που επενδύεται, καθώς και πολλά άλλα οφέλη για το παιδί, την οικογένεια και την κοινωνία. Τα οικονομικά οφέλη εντοπίζονται κυρίως σε τέσσερις τομείς: (α) στον τομέα της εκπαίδευσης, (β) στον τομέα της εργασίας, (γ) στον τομέα της υγείας και (δ) στον τομέα της δικαιοσύνης. Τέλος, παράγοντες που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την οικονομική απόδοση των προγραμμάτων

πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης είναι το ίδιο το πρόγραμμα, το άτομο και το περιβάλλον του (Μακρυγιάννη, 2010).

Γ. Ορισμός του οράματος, των αξιών, αρχών και στόχων της πολιτικής

Τα παιδιά και τα άτομα με αυτιστικές διαταραχές αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες που συνδέονται με το στίγμα και τις διακρίσεις καθώς και με την έλλειψη πρόσβασης σε φροντίδα. Πολλοί αγωνίζονται αντιμετωπίζοντας πολλαπλά εμπόδια στην καθημερινή τους ζωή. Πάρα πολλά άτομα βρίσκονται αντιμέτωπα με φοβερές διακρίσεις, την κακοποίηση και την απομόνωση, ενώ τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματά τους παραβιάζονται.

Ο αυτισμός είναι μια πολύπλοκη διαταραχή. Όμως, σε πολλές περιπτώσεις, η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να επιφέρει βελτιώσεις. Για το λόγο αυτό είναι τόσο σημαντική η ενημέρωση για τις ενδείξεις του αυτισμού όπως και η παροχή υπηρεσιών το συντομότερο δυνατό.

Κρίσιμης σημασίας είναι επίσης η στήριξη των γονέων, η δημιουργία θέσεων εργασίας για τα άτομα με αυτισμό με βάση τις ικανότητες και τις δυνάμεις τους και η βελτίωση της δημόσιας εκπαίδευσης ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μαθητών με αυτισμό.

Δ. Η ανάπτυξη υπηρεσιών για τον αυτισμό στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Γ

Σύμφωνα με τον Νόμο 2716/1999 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, περίθαλψη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα (Άρθρο1, παρ.1).

Έως την έναρξη του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, υπήρχαν μόνο ορισμένες δομές από ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες για τα άτομα με Αυτισμό και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, ενώ κάποιες ιδιωτικές δομές που εξυπηρετούσαν Άτομα με Ειδικές Ανάγκες γενικότερα, παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, κινητικά προβλήματα και άλλες ψυχικές παθήσεις.

Με την ολοκλήρωση του ΨΥΧΑΡΓΩΣ, ο πληθυσμός αυτός μπορεί να εξυπηρετηθεί σε οργανωμένα Κέντρα όπως:

α. Ειδικά, Γενικά, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία εφόσον διαθέτουν εξειδικευμένα για τον Αυτισμό Ιατρεία ή /και Κέντρα, Ειδικές Μονάδες, Κινητές Μονάδες.

β. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα .

γ. Εξειδικευμένα Κέντρα Περίθαλψης, Κέντρα Ημέρας και Ολοκληρωμένα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης Ατόμων με Αυτισμό

δ. Διαγνωστικά Κέντρα Φυσικών η Ν.Π.Ι.Δ.

Οι δομές που παρέχουν Διάγνωση, Αξιολόγηση, Σχεδιασμό παρέμβασης, Συμβουλευτική Υποστήριξη και που διαθέτουν ομάδα εξειδικευμένων στελεχών μπορούν να προωθούν και την εφαρμογή του θεραπευτικού-εκπαιδευτικού προγράμματος του ατόμου με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. Προκειμένου για παιδιά προσχολικής ηλικίας αυτό στοχεύει σε μία αντιμετώπιση στηριγμένη στο σπίτι, με παράλληλη ένταξη του παιδιού σε Κέντρα Ημέρας Πρώιμης Παρέμβασης, σε παιδικό σταθμό, στο νηπιαγωγείο και ταυτόχρονη εκπαίδευση και στήριξη της οικογένειας. Ακόμη, το ΨΥΧΑΡΓΩΣ προβλέπει Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης (Κέντρα Ημέρας) :

1) για παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές-Αυτισμό.

2) για έφηβους και ενήλικες με Αυτισμό Υψηλής Λειτουργικότητας ή σύνδρομο Asperger.

Στα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης εντάσσονται παιδιά τα οποία παρακολουθούν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα προετοιμασίας για ένταξη σε σχολικό πλαίσιο. Στόχος είναι η όσο το δυνατόν ταχεία ένταξη στο νηπιαγωγείο.

Οι έφηβοι παρακολουθούν κανονικά το πρόγραμμα του εκπαιδευτικού πλαισίου στο οποίο είναι ενταγμένοι ενώ οι ενήλικες εργάζονται και τους παρέχονται συμβουλευτική υποστήριξη, καθοδήγηση, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ένταξης.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της διαβίωσης τέλος των ατόμων αυτών, υπάρχει η δυνατότητα οργάνωσης, λειτουργίας «Μονάδων και Προγραμμάτων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης».

Ως «Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» ορίζονται: α . Ξενώνες, β. Οικοτροφεία, γ. Κατοικίες, δ. Φιλοξενούσες Οικογένειες

Προτεινόμενες ενδεικτικές Δράσεις:

- **Δημιουργία Εθνικού Κέντρου Αναφοράς για τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού - Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές**

Έργο Εθνικού Κέντρου Αναφοράς :

- Συντονιστικό Όργανο Ενεργειών και Δράσεων που έχουν ως αντικείμενο τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού και γενικότερα τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Το Κέντρο αυτό λειτουργεί στο πλαίσιο του Οργανισμού Νοσοκομείου, υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α. και έχει άμεση διασυνδετική συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και άλλες Υπηρεσίες.
- Κέντρο Έρευνας - Μελέτης και Κατάρτισης, Εκπαίδευσης, Εξειδίκευσης Στελεχών.
- Εξειδικευμένο Διαγνωστικό Κέντρο και «Κέντρο Μεθοδολογίας» για την συνεχή βελτίωση των μεθόδων Διάγνωσης , Αξιολόγησης και Εφαρμογής σύγχρονων Μεθόδων Αντιμετώπισης των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και ειδικότερα του Αυτισμού.
- «Πειραματικό Πεδίο Εφαρμογής» της θεραπευτικής - ψυχοεκπαιδευτικής μεθοδολογίας, στο πλαίσιο της λειτουργίας Πρότυπου Κέντρου Εξειδικευμένης Περίθαλψης - Κέντρου Ημέρας Πρώιμης Παρέμβασης.
- Φορέας υλοποίησης καινοτόμων και πιλοτικών προγραμμάτων

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι είναι τα ίδια τα άτομα με αυτισμό και οι οικογένειές τους

- Με την ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την οργάνωση και συντονισμό των δομών μεγιστοποιείται η κάλυψη των βασικών ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού.
 - Οικονομική ωφέλεια μακροπρόθεσμα για τα ίδια τα άτομα με αυτισμό και τις οικογένειές τους, κοινωνική ένταξη στο μέτρο του δυνατού των ατόμων και δημιουργία προϋποθέσεων για την αποδοχή τους από την κοινότητα.
 - Οι οικογένειες ατόμων με αυτισμό θα έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε θεσμοθετημένο συντονιστικό όργανο για την έγκυρη ενημέρωση, καθοδήγηση, υποστήριξη, εμπύκωσης και της ενδυνάμωσης.
 - Κοινωνικοοικονομική ωφέλεια της οικογένειας, αύξηση της παραγωγικότητας των γονέων η των αδελφών
- Έμμεσα και γενικά ωφελούμενοι
- Το προσωπικό με την δημιουργία των νέων θέσεων εργασίας, την δημιουργία νέων προοπτικών στον εργασιακό χώρο και με την διαρκή επιμόρφωσή του.

- Επαγγελματίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, γενικότερα υγείας καθώς και παιδείας
- Όλος ο πληθυσμός καθ' όσον θα έχει δυνατότητα γενικότερης ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και κοινωνικής ενσωμάτωσης χωρίς προκαταλήψεις και προβλήματα.
- Αύξηση θέσεων απασχόλησης και συμβολή στην μείωση της ανεργίας
- Αλλαγή κοινωνικών στάσεων της κοινότητας σε θέματα που αφορούν τον αυτισμό

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

- Συμβολή στην ολοκλήρωση του Ε.Π. ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ και στους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο πλαίσιο του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»
- Συντονισμός των έργων με αντικείμενο τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, βελτίωση της αποτελεσματικότητας των ενεργειών και δράσεων και ελαχιστοποίηση του χρόνου υλοποίησης.
- Αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αποτελεσματικής αντιμετώπισης που θα προτείνονται από το κέντρο αναμένεται να διατηρηθούν τα θετικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων και να μειωθεί στο ελάχιστο ο κίνδυνος υποτροπής.
- Καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού
- Ενίσχυση της απασχόλησης
- Κοινωνικό όφελος
- Ισότητα των δυο φύλων
- **Εκπαίδευση, κατάρτιση, εξειδίκευση επαγγελματιών υγείας, ψυχικής υγείας και παιδείας με αντικείμενο τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και γενικότερα τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές**

Λόγω της ιδιαιτερότητας των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού και γενικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών απαιτείται εξειδικευμένη γνώση για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, την εκτενή αξιολόγηση, τον θεραπευτικό σχεδιασμό, τις αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις, πρωτίστως την πρόληψη, όπως επίσης και για την ψυχοεκπαίδευση, την συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση των οικογενειών καθώς και την ευαισθητοποίηση, αγωγή της κοινότητας.

Εκπαίδευση επαγγελματιών όπως παιδίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικοί παιδαγωγοί, ειδικοί θεραπευτές, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό των

δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (Ν.Π.Δ.Δ. & Ν.Π.Ι.Δ.)

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Τα άτομα με αυτισμό - δ.α.δ.

Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση δίνει την δυνατότητα για θεραπευτικό σχεδιασμό και πρώιμη παρέμβαση σε πολύ μικρή ηλικία κάτι που αποδεικνύεται ως η πλέον αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Η δυνατότητα κάλυψης των ψυχοκοινωνικών αναγκών του ατόμου σε όλες τις φάσεις της ζωής οδηγεί στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων και την πιθανότητα παλινδρομήσεων και υποτροπών

Οι οικογένειες τους

Οι επαγγελματίες

Οι δομές και οι υπηρεσίες

Η κοινότητα

Προσδοκώμενα αποτελέσματα

- Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της Ψυχικής Υγείας
- Ποιοτική και ποσοτική βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και τις οικογένειες τους.
- Αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών.
- Ελαχιστοποίηση των παλινδρομήσεων, υποτροπών και αποτελεσματική αντιμετώπιση των κρίσεων.
- Ψυχοκοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των ατόμων.

B. 3.2. Άνοιες

A. Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού και Συλλογή στοιχείων για μια αποτελεσματική πολιτική

Το ποσοστό των ηλικιωμένων προβλέπεται να αποτελέσει το 30% του πληθυσμού για τις χώρες τις ΕΕ (EU-27) το 2060 σε σύγκριση με το 2008 που κυμαινόταν στο 17% (Giannakouris, 2008). Η Άνοια, η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι ηλικιωμένοι με σχιζοφρένεια (ενήλικες με σχιζοφρένεια που γέρασαν) αποτελούν ήδη νοσήματα του σύγχρονου επιδημιολογικού προτύπου των ηλικιωμένων. Η θεραπευτική αντιμετώπισή τους σημαίνει αναπόφευκτα υψηλές υγειονομικές δαπάνες, άμεσες αλλά και έμμεσες που επιβαρύνουν σοβαρά οικονομικά και ψυχολογικά τόσο τον πυρήνα της κοινωνίας, την οικογένεια όσο και το σύστημα

υγείας. Υπολογίζεται ότι το 2040 περίπου 81 εκατομμύρια νέων περιστατικών με άνοια θα υπάρχουν παγκοσμίως, τα περισσότερα στις ανεπτυγμένες χώρες . Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου 15 εκατομμύρια νέα περιστατικά θα υπάρξουν την επόμενη δεκαετία . Δεδομένου ότι η πορεία της άνοιας είναι χρόνια και υπολογίζοντας ότι η διάρκεια της νόσου είναι από 3-4 έτη έως 10-12 έτη αναλόγως της μελέτης τίθεται ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που αφορά τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες τους αλλά και ολόκληρη την κοινωνία. Υπολογίζεται επίσης ότι το ετήσιο κόστος για την άνοια στις ΗΠΑ θα είναι περίπου 400 δισεκατομμύρια δολάρια συμπεριλαμβάνοντας τόσο το άμεσο όσο και το έμμεσο κόστος (Λυκέτσος 2011). Το κόστος μπορεί να είναι είτε έμμεσο και αφορά στις δαπάνες φροντίδας των ασθενών, όπως οι δαπάνες παρακολούθησης, ιατρικών επισκέψεων, εξετάσεων, φαρμακευτικής αγωγής, νοσήλεια, είτε έμμεσο κόστος αναφέρεται σε μη εμφανείς δαπάνες που απορρέουν από τις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος, όπως η απουσία του κύριου φροντιστή από την εργασία του. Συνολικά, το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή ποικίλλει και κυμαίνεται από 4.930\$ για συστήματα υγείας αναπτυσσόμενων χωρών και υπερβαίνει τα 36.749\$ στις ανεπτυγμένες χώρες. Για την Ελλάδα υπολογίζεται ότι το μηνιαίο κόστος για ένα ασθενή που βρίσκεται στο στάδιο που λειτουργεί αυτόνομα είναι 341€, στο στάδιο που ο ασθενής εξαρτάται από τους φροντιστές 957€ και τέλος στο στάδιο της ολικής αναπηρίας και εξάρτησης που σηματοδοτεί και την μακρόχρονη παραμονή του σε ίδρυμα 1267€. Όσον αφορά στη φροντίδα απαιτούνται συνολικά 168 ώρες μηνιαίως από μέλη της οικογένειας και 72 ώρες από έμμισθη φροντίδα (Κυριόπουλος, 2005). Η κατάθλιψη αποτελεί απειλή για την υγεία με ολέθρια αποτελέσματα. Η γηριατρική κατάθλιψη μεγιστοποιεί τον προσωπικό πόνο, την ανικανότητα, την παθολογική επιβάρυνση και την αποδιοργάνωση της οικογένειας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη επιβαρύνει περισσότερο την υγεία απ' ό,τι η στηθάγχη, τα εκφυλιστικά νοσήματα των αρθρώσεων, το άσθμα, και ο σακχαρώδης διαβήτης, καθολικά σε όλες τις χώρες και ανεξάρτητα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Alexopoulos, 2011). Στην Τρίτη ηλικία η κατάθλιψη είναι μοιραία γιατί αυξάνει τόσο την αυτοκτονία όσο και την θνησιμότητα που δεν προέρχεται από την αυτοκτονία. Η αναλογία της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια είναι υψηλότερη απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό ενώ κατάθλιψη είναι συχνά πρόδρομη της νόσου Alzheimer (Alexopoulos, 2009) . Συνεπώς τόσο η άνοια όσο και η κατάθλιψη αποτελούν σοβαρά προβλήματα για τον γηράσκοντα πληθυσμό παγκοσμίως αλλά και για την Ελλάδα, δεδομένου του ολοένα και αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων και

δεδομένου ότι βασικά ανθρώπινα δικαιώματα είναι η διασφάλιση καλής υγείας και καλής ποιότητας ζωής. Με βάση αυτό το σκεπτικό η ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης ασθενών με άνοια και κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό βήμα για την δίκαιη και ίση μεταχείριση τους στην κοινωνία έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν και να έχουν πρόσβαση σε αυτές αναλόγως με τις ανάγκες τους.

B. Επιδημιολογικά στοιχεία για την άνοια και την κατάθλιψη στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα υπάρχουν 160.000 ασθενείς με άνοια σύμφωνα με το EUROCODE (2009).

Οι επιδημιολογικές μελέτες για την Άνοια και την κατάθλιψη στην Ελλάδα είναι περιορισμένες. Συνολικά θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στα εξής:

1. Το 1993, οι Tsolaki και συν. (1999) μελέτησαν τον επιπολασμό και την επίπτωση της άνοιας σε ένα δείγμα 380 ηλικιωμένων ατόμων στην περιοχή της Πυλαίας Θεσσαλονίκης. Ο εκτιμώμενος ρυθμός επίπτωσης των ανοιών στο συγκεκριμένο δείγμα ήταν 57/1,000 για τα άτομα άνω των 70 ετών και ειδικότερα για τη Νόσο Alzheimer κυμαινόταν στο 39,9/1,000. Επιπλέον, ο επιπολασμός για την άνοια κυμαινόταν στο 6,29% για τις ηλικίες άνω των 70 ετών. Οι γυναίκες αποτελούν ομάδα υψηλότερου κινδύνου συγκριτικά με τους άντρες για να εμφανίσουν Άνοια σύμφωνα με τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου δείγματος.
2. Το 2005 οι Paradoroulos και συν. (2005), δημοσίευσαν αφού μελέτησαν τον επιπολασμό και την επίπτωση της γηριατρικής κατάθλιψης σε ένα δείγμα 965 ηλικιωμένων ατόμων στην ευρύτερη αγροτική περιοχή του Βελεστίνου. Ο επιπολασμός της ήπιας κατάθλιψης ήταν 27% και της μέτριας και σοβαρής 7%. Με ομάδες υψηλότερου κινδύνου τις γυναίκες τους υπερήλικες, τους ηλικιωμένους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ενώ παράλληλα η άνοια συνδέεται με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. Επίσης άλλο σημαντικό εύρημα ήταν η αυξημένη συν-νοσηρότητα κατάθλιψης με παθολογικά προβλήματα.
3. Το 2007, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας Νόσου Alzheimer (21 Σεπτεμβρίου), ομάδα Νευρολόγων και Ψυχολόγων πραγματοποίησε σύντομη αξιολόγηση νοητικών λειτουργιών σε ένα δείγμα γενικού πληθυσμού, 788 ατόμων, με μ.ο. ηλικίας άνω των 50 ετών (Sakka και συν., 2009). Το 69,4% ανέφερε διαταραχές μνήμης ως το βασικό λόγο συμμετοχής τους στην εκδήλωση πρόληψης και ενημέρωσης

4. Από το 2008 έως 2009 πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές ομιλίες και σύντομες νευροψυχολογικές δοκιμασίες μνήμης στα μέλη των Λεσχών Φιλίας του Δήμου Αθηναίων. Συμμετείχαν συνολικά 1800 άτομα, με μ.ο ηλικίας τα 73 έτη, εκ των οποίων αξιολογήθηκαν 286 άτομα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 70,1% του δείγματος ανέφερε τη μνημονική έκπτωση ως βασικό λόγο της συμμετοχής του στην αξιολόγηση. Η μνημονική έκπτωση δεν επιβεβαιώθηκε από τις νευροψυχολογική αξιολόγηση, αλλά ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη, άγχος) ήταν παράγοντες προσέλευσης για νοητική αξιολόγηση. MMSE < 25 βρέθηκε στο 8% των συμμετεχόντων (Sakka και συν., 2010)
5. Από το 2009 η προοπτική επιδημιολογική μελέτη που λαμβάνει χώρα στους Δήμους Ιλίου, Βύρωνα και Ηλιούπολης (Ilion - Byron - Helioupolis Municipalities (I.B.H.M) Hellenic Study), σε πληθυσμό 1200 ατόμων με στόχο τον επιπολασμό της άνοιας και της κατάθλιψης επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα των Papadopoulos και συν. (2006) για την ήπια κατάθλιψη 28% και για την σοβαρού βαθμού 8% σε δείγμα αστικού πληθυσμού, ενώ ο επιπολασμός για την άνοια κυμαινόταν στο 8% για τις ηλικίες άνω των 60 ετών (Solias, 2010)

Γ. Ανταλλαγή πληροφόρησης με άλλες χώρες

Υπάρχει μεγάλη διασύνδεση της Ελλάδας με Ευρώπη και Αμερική για την άνοια. Στην Ευρώπη υπάρχουν τρία κυρίως Συμβούλια για την Άνοια:

- Το European Alzheimer Disease Consortium, στο οποίο συμμετέχουν εκπρόσωποι από περισσότερα από 50 Πανεπιστήμια της Ευρώπης. Από 2002 συμμετέχει και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης με τέσσερα ερευνητικά προγράμματα. Κύριος στόχος είναι η υποβολή αιτήσεων για χρηματοδότηση ευρωπαϊκών προγραμμάτων για έρευνα.
- Το δεύτερο συμβούλιο είναι το Addneuromed Consortium που έχει επίσης στόχο του την έρευνα και συνεργάζεται με το αντίστοιχο της Αμερικής σε κοινά ερευνητικά προγράμματα. Από το 2005 συμμετέχει και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Το τρίτο συμβούλιο είναι αυτό της Alzheimer Europe που είναι η ομπρέλα των Εταιρειών Alzheimer όλων των χωρών της Ευρώπης. Η Ελλάδα είναι μέλος του συμβουλίου αυτού από το 1998. Επίσης είναι μέλος της Alzheimer Disease International από το 1997.

Δ. Φροντιστές

1. **PROCARE** (2004) πρόκειται για ευρωπαϊκή έρευνα που παρουσιάζει στοιχεία για τις υπηρεσίες που παρέχονται στην Ελλάδα για την Τρίτη Ηλικία. Στη συγκεκριμένη έρευνα υπάρχει αναφορά για οικογενειακούς φροντιστές.
2. **EUROFAMCARE** (Triantafyllou και συν., 2006). Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πιο πρόσφατη μελέτη για τους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων, στα οποία περιλαμβάνονται ηλικιωμένοι με άνοια. Συνολικά, μελέτησε ένα δείγμα 1029 Ελλήνων φροντιστών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο πρώτος λόγος παροχής φροντίδας αποτελεί πάθηση-αναπηρία του ηλικιωμένου ατόμου σε ποσοστό 30%, ακολουθούν κινητικά προβλήματα σε ποσοστό 24% και η εξασθένηση που σχετίζεται με την ηλικία (15,9%). Το 35,8% των ατόμων που δέχονται φροντίδα αντιμετωπίζει προβλήματα μνήμης, ενώ μόνο το 1,9% του δείγματος δέχεται φροντίδα για ψυχολογικά προβλήματα όπως για π.χ. η κατάθλιψη. Η μέση ηλικία των ατόμων που προσέφεραν φροντίδα ήταν τα 51,7 χρόνια, ενώ οι κύριοι παροχείς φροντίδας είναι οι γυναίκες σε ποσοστό 80,9%. Το 47,2% των ατόμων που φρόντιζαν κάποιο ηλικιωμένο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος εργαζόταν ακόμη, ενώ το 26,4% του δείγματος που προσέφερε φροντίδα ανέφερε ότι η κατάσταση υγείας του δεν ήταν καλή.
3. Οι Tsolaki, Sakka και συν. (2008) μελέτησαν ένα δείγμα 200 οικογενειακών φροντιστών ασθενών με άνοια για να διερευνήσουν τις στάσεις τους σε θέματα σχετικά με την άνοια και τη Νόσο Alzheimer. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πιο πρόσφατη μελέτη οικογενειακών φροντιστών ανθρώπων με άνοια στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 85% του δείγματος ανέφερε σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση που οφειλόταν στη φροντίδα του ασθενούς. Η εξέλιξη της νόσου συσχετιζόταν άμεσα με την επιδείνωση των αρνητικών συναισθημάτων για τους φροντιστές σε σχέση με τη φροντίδα και τη συνολική αύξηση του φορτίου του φροντιστή.
4. Οι Mougias και συν. (2011) μελέτησαν ένα δείγμα 161 ασθενών με άνοια και τους φροντιστές τους για να διερευνήσουν τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και των δύο ομάδων. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πιο πρόσφατη μελέτη για την ποιότητα ζωής οικογενειακών φροντιστών ανθρώπων με άνοια και ασθενών με άνοια στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών,

καλύτερη οικονομική κατάσταση και λιγότερα παθολογικά προβλήματα ενώ χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται κυρίως με τα ψυχιατρικά συμπτώματα όπως η κατάθλιψη.

Ε. Υφιστάμενη κατάσταση

Η ολοκλήρωση της Β' φάσης του προγράμματος "Ψυχαργός" για τη Ψυχιατρική μεταρρύθμιση βελτίωσε την υφιστάμενη κατάσταση δομών και υπηρεσιών για την Άνοια και συνολικά τη Ψυχική Υγεία της Τρίτης Ηλικίας αλλά δεν την ολοκλήρωσε. Σημαντικό μέρος από τις στεγαστικές μονάδες που ιδρύθηκαν στο πλαίσιο του κανονισμού 815/84 και του προγράμματος «Ψυχαργός» δέχτηκαν ψυχογηριατρικό πληθυσμό με ψυχιατρικά προβλήματα (33 οικοτροφεία) συμπεριλαμβανομένων της άνοιας της υπολειμματικής σχιζοφρένειας, ενώ δεν αναπτύχθηκε καμία μέριμνα για την γηριατρική κατάθλιψη.

Παράλληλα, τμήματα Νοσοκομείων του ΕΣΥ και Πανεπιστημιακών κλινικών, ΜΚΟ και ΟΤΑ έχουν αναπτύξει δράσεις που αν και δεν υπάγονται στο χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα "Ψυχαργός" έρχονται να προσθέσουν σε δομές και υπηρεσίες για τη φροντίδα των οικογενειών και των ασθενών άνοια και με γηριατρική κατάθλιψη. Συνοπτικά οι δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν και παρέχονται αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα για την Άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη είναι οι παρακάτω:

Α) Ιατρεία Μνήμης. Σήμερα Ιατρεία Μνήμης λειτουργούν είτε ως ειδικά ιατρεία Νευρολογικών κλινικών είτε ως ιατρεία στο πλαίσιο Ψυχογηριατρικών μονάδων τόσο σε τμήματα γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ όσο και σε Πανεπιστημιακές Νευρολογικές και Ψυχιατρικές κλινικές. Επιπλέον, Ιατρεία Μνήμης δραστηριοποιούνται σε ΜΚΟ που ασχολούνται με την Νόσο Alzheimer και την Άνοια γενικότερα όσο και σε Κέντρα Ημέρας για ασθενείς με Άνοια. Τα Ιατρεία μνήμης παρέχουν ολοκληρωμένη αξιολόγηση: νευρολογική εξέταση, νευροψυχολογική αξιολόγηση, συμβουλευτική) σε ανθρώπους με άνοια και στις οικογένειες τους.

Ιατρεία Μνήμης:

4 Δημόσια Ιατρεία Μνήμης σε Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα

3 Δημόσια Ιατρεία Μνήμης σε Γενικά Νοσοκομεία στη Θεσσαλονίκη

5 Δημόσια Ιατρεία Μνήμης σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

2 Ιατρεία Μνήμης σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία στην Αθήνα

9 Ιατρεία Μνήμης σε Κέντρα Ημέρας ΜΚΟ Alzheimer σε όλη την Ελλάδα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Βόλος, Ρόδος, Χανιά)

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ΜΚΟ Alzheimer παραπέμπουν σε νευρολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και ψυχογηριατρικές μονάδες. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν **57** Νευρολογικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία(συμπεριλαμβανομένων των Ιατρείων Μνήμης).

Β) Ψυχογηριατρικά Ιατρεία Είναι ειδικά ιατρεία που λειτουργούν στο πλαίσιο των Ψυχογηριατρικών μονάδων τόσο σε τμήματα γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ όσο και σε Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές κλινικές. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν 5 Ψυχογηριατρικές κλινικές, 6 ψυχογηριατρικά ιατρεία σε μονάδες τριτοβάθμιας περίθαλψης και 2 ψυχογηριατρικά ιατρεία στην κοινότητα. Τα Ψυχογηριατρικά Ιατρεία παρέχουν ολοκληρωμένη αξιολόγηση σε ασθενείς με άνοια και στις οικογένειες τους και σε ασθενείς με γηριατρική κατάθλιψη.

Γ) Ειδικές Δομές

Οι δομές που εξυπηρετούν ασθενείς με άνοια διακρίνονται σε Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Βραχείας Παραμονής (Ξενώνες), Μονάδες Μακράς Παραμονής, ΚΗΦΗ, Προγράμματα Φροντίδας στο Σπίτι.

I. Κέντρα Ημέρας:

Αθήνα- 5 Κέντρα Ημέρας

Θεσσαλονίκη -4 Κέντρα Ημέρας

Βόλος - 1 Κέντρο Ημέρας

Ρόδος - 1 Κέντρο Ημέρας

Χανιά - 1 Κέντρο Ημέρας

Συνολικά λειτουργούν **12** Κέντρα Ημέρας σε όλη την Ελλάδα (11 ανήκουν σε ΜΚΟ Alzheimer και υπάγονται σε χρηματοδότηση Ψυχαργώς)

II. Μονάδες Βραχείας Παραμονής: Οι μονάδες Βραχείας Παραμονής λειτουργούν από ΜΚΟ Alzheimer και χρηματοδοτούνται από το πρόγραμμα Ψυχαργώς. Σήμερα υπάρχουν 2 τέτοιες δομές στην Αθήνα και το Βόλο.

III. Μονάδες Μακράς Παραμονής: Αρκετές μονάδες μακράς παραμονής των ηλικιωμένων ανήκουν σε κοινωφελή (πχ. Γηροκομείο Αθηνών) ή εκκλησιαστικά ιδρύματα. Η μεγάλη όμως πλειοψηφία των ιδρυμάτων, κυρίως με ανοϊκούς ασθενείς είναι ιδιωτικά με όρους λειτουργίας που δεν γνωρίζουμε.

IV. ΚΗΦΗ. Τα ΚΗΦΗ είναι δομές για την ημερήσια φροντίδα των ηλικιωμένων, δέχονται και ανθρώπους με άνοια και λειτουργούν περισσότερο ως χώροι

«στάθμευσης». Οι παραπάνω δομές χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο και ανήκουν σε Δήμους. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν στην Ελλάδα συνολικά 56 ΚΗΦΗ.

V. Προγράμματα Φροντίδα στο Σπίτι (ΦΣΣ) για ασθενείς με Άνοια

Αθήνα: 2 ΦΣΣ που ανήκουν σε ΜΚΟ

Βόλος: 1 ΦΣΣ

Θεσσαλονίκη: 1 ΦΣΣ

Συνολικά 3 Προγράμματα Φροντίδα Στο Σπίτι για ασθενείς με Άνοια σε όλη την Ελλάδα, ανήκουν σε ΜΚΟ Alzheimer και χρηματοδοτούνται από το Ψυχαργώς.

Τα Προγράμματα αυτά δεν έχουν κοινή δομή (αριθμό προσωπικού και ειδικότητα), αλλά αναπτύσσονται βάσει των αναγκών του Φορέα και των διαθέσιμων πόρων).

Επιπλέον, τα τελευταία 2 χρόνια έχουν αρχίσει και αναπτύσσονται ιδιωτικά προγράμματα Φροντίδα στο Σπίτι για Ηλικιωμένους .

Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα δεν υπάρχουν μονάδες τελικού σταδίου για τους ανθρώπους με άνοια, παρά μόνο σε ιδιωτικές κλινικές και σε πολλές περιπτώσεις είναι στην ευχέρεια των ιδιοκτητών για το εάν θα δεχθούν ανθρώπους με άνοια.

Δ) Εταιρείες Νόσου Alzheimer και Ψυχογηριατρικές εταιρείες

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν συνολικά 30 ΜΚΟ-Εταιρείες Alzheimer (με ενεργή δράση 7), 2 ψυχογηριατρικές εταιρείες - μη κερδοσκοπικά σωματεία, καθώς και η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εταιρειών Alzheimer.

Ε) Δομές για την 3^η Ηλικία

Η Ελλάδα στον τομέα της πρόληψης και της κοινωνικής στήριξης έχει να επιδείξει τον θεσμό των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ανήκουν στη δικαιοδοσία τοπικής αυτοδιοίκησης. Σήμερα λειτουργούν 260 από τα οποία 80 στην Αττική . Παρά την επιτυχία του θεσμού η περαιτέρω ανάπτυξη τους έχει προσκρούσει στα οικονομικά προβλήματα κάλυψης της μισθοδοσίας του προσωπικού και των λειτουργικών εξόδων, τα οποία επιβαρύνουν κυρίως την τοπική αυτοδιοίκηση. Τα Κ.Α.Π.Η. μπορεί να αποτελέσουν χώρους παρέμβασης και πρόληψης για την Άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη (Πλουμπίδης, 2011)

Συμπερασματικά: Αυτή τη στιγμή, οι υπηρεσίες και οι δομές που έχουν αναπτυχθεί για την άνοια , αφορούν στη πρόληψη και στη θεραπεία και διακρίνονται σε δομές και υπηρεσίες κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Ημέρας) και περιορισμένες τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης είναι περιορισμένες οι δομές που έχουν αναπτυχθεί για την γηριατρική κατάθλιψη και διακρίνονται σε δομές και υπηρεσίες κυρίως τριτοβάθμιας περίθαλψης. Οι χρήστες μπορούν να απευθυνθούν

σε οποιαδήποτε υπηρεσία ή δομή χωρίς κάποια παραπομπή από γιατρό. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις η διασύνδεση μεταξύ εταιρειών, δομών και λοιπών υπηρεσιών είναι προβληματική και στηρίζεται στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας των φορέων, των δομών και των Ιατρείων. Τέλος έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες στην επιδημιολογική προσέγγιση του προβλήματος τόσο της άνοιας όσο και της κατάθλιψης, ενώ έχει αναδειχθεί το θέμα της φροντίδας των ασθενών με άνοια, ο βαθμός επιβάρυνσης των φροντιστών αλλά και η επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών, υπογραμμίζοντας την ιδιαιτερότητα που έχει η Ελλάδα στην φροντίδα των ασθενών με άνοια η οποία γίνεται κυρίως στο σπίτι σε ποσοστό περίπου 90%. Σύμφωνα με τον Πλουμπίδη (2011) η πρόληψη, ο συντονισμός, η διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών, η εκπαίδευση των επαγγελματιών και η θεσμοθέτηση των παρεμβάσεων είναι η σύγχρονη πρόκληση για την Ελλάδα για τους ασθενείς με άνοια και κατάθλιψη.

ΣΤ. Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

«Διεπιστημονικό Τηλε-Σεμινάριο για τις Άνοιες»

Αντικείμενο του προτεινόμενου έργου είναι η εκπαίδευση και η εξειδίκευση στο χώρο της άνοιας των επαγγελματιών υγείας με στόχο την ύψιστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ανοιών είναι μία πραγματικότητα. Η αναγκαιότητα κάλυψης αυτού του κενού προκύπτει από κάθε επαφή μας τόσο με ασθενείς και οικογένειες, όσο και με τους ίδιους τους επαγγελματίες. Η έλλειψη αυτή προκαλεί λανθασμένες διαγνώσεις, καθυστέρηση ή λανθασμένες και ζημιογόνες θεραπείες, αδυναμία υποστήριξης και ορθής καθοδήγησης ασθενών και οικογενειών, σύγχυση και επιπλέον επιβάρυνση των ασθενών, αύξηση του οικονομικού και ψυχολογικού βάρους των οικογενειών, αύξηση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι θα είναι οι συμμετέχοντες στο σεμινάριο: Επαγγελματίες Υγείας από όλη την Ελλάδα.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι όλοι όσοι χρησιμοποιούν τις ενημερωμένες πλέον και εξειδικευμένες υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας: ασθενείς με άνοια, οι οικογένειές τους και οι περιθάλποντές τους, ηλικιωμένοι με νοητικά ελλείμματα, συνολικά οι ηλικιωμένοι και άλλοι επισκέπτες των επαγγελματιών υγείας.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

Οι συμμετέχοντες θα αποκτήσουν τις παρακάτω δεξιότητες:

- Καλύτερη συνεργασία με άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας
- Αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών
- Εναλλακτικά εργαλεία για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους
- Κατανόηση των τάσεων της έρευνας στο χώρο των ανοιών
- Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και εξυπηρέτησης
- Παραλαβή Βιβλίων απαραίτητων για τη δουλειά των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι το Βιβλίο «Άνοια: ιατρική και κοινωνική Πρόκληση», «Ασκήσεις μνήμης προσοχής και λόγου», «Κλίμακες και Κριτήρια» «Κέντρα Ημέρας» «Βιβλίο Περιθαλπόντων»

Ανάπτυξη Μονάδας Ολοκληρωμένης Βοήθειας (ΜΟΒ)

Βασικό χαρακτηριστικό της λειτουργίας της ΜΟΒ είναι η παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένους σε διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, με τη μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς στόχος είναι η απαρτίωση των ήδη υπάρχουσών δομών και η ανάπτυξη και λειτουργία, όπου κρίνεται απαραίτητη συμπληρωματικών δομών.

Η λειτουργία της ΜΟΒ βασίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Η δημιουργία και λειτουργία της Μονάδας Ολοκληρωμένης Βοήθειας (ΜΟΒ) σηματοδοτεί την εγκατάσταση ψυχογηριατρικών υπηρεσιών μέσα στον κοινωνικό ιστό με σκοπό την παροχή ενός συνόλου υπηρεσιών σε συνεργασία με άλλες δομές. Πρόκειται για την μετάβαση από διάσπαρτες μη διασυνδεδεμένες υπηρεσίες σε ΜΟΒ, δηλαδή σε διασυνδεδεμένες Υπηρεσίες κοινωνικής και κοινωνικής υποστήριξης των πασχόντων ηλικιωμένων που θα ανταποκρίνονται στις συνολικές κατευθύνσεις φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια και κατάθλιψη (Πρόληψη, Πρώιμη αναγνώριση, Ολοκληρωμένη ιατρική και κοινωνική εκτίμηση, Διαχείριση του περιστατικού, Συνεχόμενη φροντίδα, Υποστήριξη και επανεκτίμηση του ατόμου και του φροντιστή(των), Πληροφόρηση, Συμβουλευτική, Φροντίδα σε χώρους διαμονής, Κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ηλικιωμένους ασθενείς).

Η Ελλάδα στον τομέα της πρόληψης και της κοινωνικής στήριξης έχει να επιδείξει τον θεσμό των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) που ανήκουν στη δικαιοδοσία τοπικής αυτοδιοίκησης. Σήμερα λειτουργούν 260 από τα οποία 80 στην Αττική. Τα Κ.Α.Π.Η. μπορεί να αποτελέσουν χώρους παρέμβασης και

πρόληψης για την Άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη. Η λειτουργία της MOB προϋποθέτει την ενίσχυση και τον μετασχηματισμό των ΚΑΠΗ σε χώρους πρόληψης και ουσιαστικής φροντίδας αξιοποιώντας μία σειρά από ήδη υπάρχουσες και στελεχωμένες δομές εξειδικευμένες ως προς την Τρίτη ηλικία και τα προβλήματα της (Ιατρείο Μνήμης, Κέντρο Ημέρας, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.)

Η πιλοτική δημιουργία και λειτουργία των MOB θα πρέπει να λάβει υπόψη την ανομοιογενή γεωγραφική διασπορά των δομών και των υπηρεσιών για την άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη, όπου υπάρχουν, που καθιστά δύσκολη την πρόσβαση και αυξάνει το κόστος παροχής υπηρεσιών ενώ παράλληλα υπάρχει ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των αναγκών των ηλικιωμένων. Στο πλαίσιο αυτό η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας στις επικοινωνίες (τηλεψυχιατρική), ιδιαίτερα για τις απομακρυσμένες γεωγραφικά και μη προνομιούχες περιοχές (νησιωτικές περιοχές) ως προς τις ψυχιατρικές υπηρεσίες μπορεί να επιλύσει μία σειρά από προβλήματα.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα, στο αστικό περιβάλλον τους ηλικιωμένους που πάσχουν από άνοια και κατάθλιψη και έμμεσα τόσο τους φροντιστές όσο και τη τοπική κοινωνία και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι MOB θα επιλύσουν αρκετά από τα παρακάτω προβλήματα:

α)τη δύσκολη πρόσβαση του πληθυσμού του Δήμου σε μονάδες ψυχικής υγείας, και την διασπορά των ειδικών μονάδων άνοιας σε όμορους ή απομακρυσμένους Δήμους. Η δύσκολη αυτή πρόσβαση αφορά ιδιαίτερα τα νησιά, όπου έχει τροποποιηθεί ο αγροτικός χάρτης του νησιού με την παρουσία συχνά ενός αστικού κέντρου και περιφερικών απομακρυσμένων ημιαστικών και αγροτικών κέντρων,

β) την αδυναμία άμεσης επίλυσης επείγουσών ψυχογηριατρικών περιστατικών π.χ. ασθενών με άνοια και διαταραχές συμπεριφοράς, ή ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη

γ) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γηριατρικό πληθυσμό απομακρυσμένων περιοχών

δ) την ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των ψυχολογικών αναγκών στην κοινότητα των ηλικιωμένων και των φροντιστών .

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

- Διαμόρφωση επιδημιολογικού χάρτη

- Διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων αλλά και των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια και κατάθλιψη
- Ταχύτερος και αποτελεσματικός σχεδιασμός για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καθώς και των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια και κατάθλιψη και των φροντιστών τους
- Άμεση παρέμβαση στην κρίση
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας
- Εξατομικευμένες παρεμβάσεις
- Εκπαίδευση του προσωπικού των ΚΑΠΗ
- Εκπαίδευση του προσωπικού του ΚΥ
- Συνεργασία με τους οικογενειακούς ιατρούς της κοινότητας
- Περιορισμός των δαπανών με την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας
- Εύρυθμη λειτουργία της πρόληψης
- Αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας για την επικοινωνία και για την διαμόρφωση βάσης δεδομένων των ηλικιωμένων ασθενών της συγκεκριμένης κοινότητας

Πρόγραμμα Υποβοηθούμενης Διαβίωσης σε συνεργασία με ΟΤΑ

Αντικείμενο του προτεινόμενου έργου είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος απομακρυσμένης φροντίδας και παρακολούθησης ανθρώπων με άνοια (Mitseva και συν., 2009, 2010). Το συνολικό σύστημα αποτελείται από τα εξής μέρη:

- Κέντρο Ημέρας για ασθενείς με άνοια, που θα λειτουργεί ως σταθμός διαχείρισης και αναφοράς του συστήματος σε συνεργασία με τον Δήμο και άλλους τοπικούς φορείς.
- τις φορητές συσκευές επικοινωνίας, συσκευές εντοπισμού κίνησης και θέσης αλλά και συσκευές μέτρησης παραμέτρων υγείας που θα δοθούν σε ηλικιωμένους υπό τη μορφή δανεισμού,
- τους αισθητήρες ελέγχου που θα εγκατασταθούν σε διάφορα σημεία του σπιτιού των ηλικιωμένων με στόχο την αποτροπή και πρόληψη ατυχημάτων,
- το λογισμικό και βάση δεδομένων παρακολούθησης, καταγραφής μετρήσεων και συμβάντων καθώς και διαχείρισης κλήσεων - πλατφόρμα διαχείρισης
- και την διαδικτυακή πύλη ενημέρωσης.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι είναι οι ασθενείς με άνοια και οι άνθρωποι με Ήπια Νοητική Διαταραχή και οι οικογένειές τους.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι ευρύτερη κοινότητα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά και οι αποκεντρωμένες κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες των Δήμων.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

Προσδοκώμενα αποτελέσματα της δράσης είναι:

- Βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με άνοια και προαγωγή της αυτόνομης διαβίωσης
- Ελάφρυνση του φορτίου των φροντιστών
- Εξοικείωση των ηλικιωμένων με νέες τεχνολογίες
- Χρονική καθυστέρηση της εισαγωγής ασθενών με άνοια σε εξειδικευμένες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Δημιουργία δικτύου για ανάπτυξη δράσεων πρόληψης και ενημέρωσης για την Άνοια με την αξιοποίηση υφιστάμενων δομών της τοπικής αυτοδιοίκησης (Οριζόντια Δράση)

Η προτεινόμενη πράξη αφορά στην πρόληψη για την Άνοια και την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Η υλοποίηση των συγκεκριμένων δράσεων θα πραγματοποιηθεί μέσω της δημιουργίας μηχανισμού δικτύωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες δομές επιλεγμένων ΚΑΠΗ και ΟΤΑ για την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών ενημέρωσης, πρόληψης και παρέμβασης για την Άνοια με τη χρήση εξειδικευμένων και καινοτόμων εργαλείων.

Η πράξη αναφέρεται σε μια σειρά από υποστηρικτικές-οριζόντιες δράσεις, απαραίτητες για την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης στην τοπική κοινωνία. Οι δράσεις αυτές είναι: δημιουργία δικτύου με σκοπό την αμφίδρομη ροή πληροφοριών, επιστημονικών προσεγγίσεων, πρακτικών, προτύπων, τεχνογνωσίας, κυρίως μεταξύ επαγγελματιών υγείας των ΚΑΠΗ , ΟΤΑ και άλλων φορέων (ΕΚΚΑ, Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών, πανεπιστήμια, ΜΚΟ / οργανώσεις Alzheimer κ.ά.), δημιουργία συστήματος συμβουλευτικής και υποστήριξης (e-mentoring, υλοποίηση εκπαιδευτικού προγράμματος - Κατάρτιση, υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης για την Άνοια (αξιολόγηση νοητικών λειτουργιών/ screening, ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους, ενημερωτικές ομιλίες στην κοινότητα) (Σακκά και συν, 2010, Λυμπεροπούλου και συν, 2009), υλοποίηση των προγραμμάτων παρέμβασης για την

Άνοια (ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης ασθενών με άνοια, συμβουλευτική συγγενών).

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι είναι οι επαγγελματίες υγείας - εργαζόμενοι των ΟΤΑ, οι οικογένειες ασθενών με άνοια και οι ασθενείς με Νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι η ευρύτερη κοινότητα και οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γιατί θα γίνεται αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπων με προβλήματα μνήμης, έγκαιρη διάγνωση της άνοιας και ορθολογική χρήση των υπηρεσιών από τους ασθενείς.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

Ειδικότερα οι στόχοι της προτεινόμενης πράξης είναι:

- η προαγωγή της υγείας και βελτίωση ποιότητας ζωής υγιών ηλικιωμένων
- η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας και μείωση του στίγματος
- η έγκαιρη διάγνωση για την Άνοια
- η ενημέρωση ασθενών με Άνοια και των οικογενειών τους
- η κατάρτιση επαγγελματιών υγείας σε θέματα πρόληψης και παρέμβασης που αφορούν τη νόσο.
- η διασύνδεση του Φορέα Λειτουργίας με υπηρεσίες Υγείας και κοινωνικές δομές ΟΤΑ και ΚΑΠΗ (του Νομού Αττικής και άλλων Νομών της Ελλάδας) καθώς επίσης και με άλλους σχετικούς φορείς στην Ελλάδα (εταιρείες Alzheimer , κοινωνικοί λειτουργοί, προνοιακοί φορείς και επιστημονικοί φορείς).
- η αξιοποίηση υφιστάμενων δομών ΚΑΠΗ και ΟΤΑ για την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών πρόληψης και παρέμβασης για την άνοια.
- η πιλοτική εφαρμογή των δράσεων πρόληψης και παρέμβασης για την άνοια και αξιολόγησή τους.
- Η ελάφρυνση της συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης

«Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» σε ασθενείς με άνοια-αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς

Η νόσος Alzheimer και οι άλλες μορφές άνοιας, εκτός από το γνωστικό έλλειμμα που συνεπάγονται, προκαλούν πολλά προβλήματα συμπεριφοράς. Πολλές μελέτες δείχνουν, πως τα προβλήματα αυτά της συμπεριφοράς, είναι ο βασικός παράγοντας επιδείνωσης της Ποιότητας Ζωής των ασθενών (Μουγίας και συν. 2011), αλλά και επιβάρυνσης των περιθαλπόντων τους (Bédard και συν. 2000). Τα φάρμακα δεν

είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, σε αντίθεση με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικές (Gitlin et al. 2007). Η προτεινόμενη παρέμβαση συνίσταται σε εβδομαδιαίες επισκέψεις στο σπίτι από 5 επαγγελματίες υγείας: μια ψυχολόγο, μια επισκέπτρια υγείας, έναν οδοντίατρο, έναν φυσικοθεραπευτή και μια κοινωνική λειτουργό. Η διάρκεια της παρέμβασης θα είναι 9 εβδομάδες ανά ωφελούμενο, με αναμνηστικές συναντήσεις. Το κόστος της παρέμβασης θα είναι μικρό, με τη μισθοδοσία πέντε ατόμων να καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία των εξόδων.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι: Άμεσα ωφελούμενοι του προγράμματος θα είναι οι ασθενείς με άνοια, ενώ έμμεσοι θα είναι οι περιθάλποντες των ασθενών. Περιθάλποντες των ασθενών είναι συνήθως οι σύζυγοι ή τα παιδιά των ασθενών. Οι σύζυγοι, συχνά, είναι οι ίδιοι επιβαρυνμένοι με πολλά και χρόνια προβλήματα υγείας, ενώ τα τέκνα των ασθενών, συχνά εργάζονται και έχουν δική τους οικογένεια. Το αποτέλεσμα είναι, οι περιθάλποντες των ασθενών να είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι. Ο αριθμός των άμεσα ωφελουμένων, υπολογίζεται σε περισσότερους από 120 ετησίως, ενώ ο αριθμός συνολικά των ωφελουμένων θα είναι πολλαπλάσιος.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα: Μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς στο πλαίσιο της άνοιας, μείωση της χρήσης ακριβών αντιψυχωτικών και άλλων ψυχιατρικών φαρμάκων, βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών και μείωση της Επιβάρυνσης των περιθαλπόντων των ασθενών.

B.3.3. Άτομα με ψυχικές διαταραχές εντός των φυλακών

A. Τα Σωφρονιστικά Καταστήματα

1. Στα Σωφρονιστικά Καταστήματα της Ελλάδας λειτουργεί ο νόμος των «συγκοινωνούντων Δοχείων». Με αυτή την έννοια, είναι δύσκολο να επιτευχθεί οποιαδήποτε αλλαγή σε ένα μόνο Κατάστημα, γιατί η πιθανή δυσλειτουργία των άλλων Καταστημάτων θα επηρεάσει οποιαδήποτε αλλαγή στο συγκεκριμένο Κατάστημα. Είναι λοιπόν βασική προϋπόθεση η κατανόηση της άμεσης αλληλεπίδρασης και επηρεασμού που υπάρχει μεταξύ των, για την επιτυχία οποιασδήποτε παρέμβασης στο χώρο των Σωφρονιστικών καταστημάτων.

2. Θέματα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν οι κρατούμενοι σε όλα τα Καταστήματα Κράτησης σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό (EUPRIS Project, European Commission 2007, σ. 164, Alevizopoulos και συν. 2007). Αυτό σημαίνει ότι αν πρώτα δεν ληφθούν μέτρα σε θέματα Ιατρικών και γενικότερα υπηρεσιών Υγείας στα Καταστήματα Κράτησης θα είναι δύσκολο αν όχι αδύνατον να πετύχουν οποιοσδήποτε αλλαγές στα Θεραπευτικά καταστήματα Κράτησης, στα οποία μετακινούνται οι προς νοσηλεία κρατούμενοι όλης της Ελλάδας.

Σημειώνουμε ότι, στις Δικαστικές κ.λπ. φυλακές χρειάζεται η πρόσληψη τουλάχιστον ενός Παθολόγου, ενός Ψυχιάτρου, ενός Ψυχολόγου, και οδοντιατρική κάλυψη. Σε Δικαστικές φυλακές με μεγάλο αριθμό κρατουμένων προφανώς τα παραπάνω νούμερα να πρέπει να τροποποιηθούν προς τα πάνω (π.χ. για τις Δικαστικές Φυλακές του Κορυδαλλού ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού επιβάλλεται να είναι πολύ μεγαλύτερος).

Ενδεικτικά παρατίθεται ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών σε κρατούμενους Ελληνικών φυλακών και τη σχετική τους χωρητικότητα.

Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών σε κρατούμενους Ελληνικών φυλακών (Alevizopoulos και συν. 2007)		
Διάγνωση	Αριθμός ατόμων (%)	
Χωρίς ψυχική διαταραχή	272 (54.94)	
Διαταραχή προσωπικότητας	79 (15.96)	
Κατάχρηση ουσιών	72 (14.54)	
Κατάθλιψη	22 (4.44)	
Νευρώσεις	18 (3.64)	
Ψυχώσεις	13 (2.63)	
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	7 (1.41)	
Μανία	5 (1.01)	
Διπλή διάγνωση	7 (1.41)	
Χωρητικότητα Ελληνικών Καταστημάτων Φύλαξης και αριθμός κρατουμένων Σωφρονιστικό σύστημα Ελλάδας 16-5-2006		
	30	5584
		10051
Κύρια καταστήματα και ιατροδικαστικές ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα		
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κορυδαλλού	160	258
Γενικό Νοσοκομείο Κορυδαλλού	60	-
Φυλακή Κορυδαλλού (ανδρών)	640	2190
Φυλακή Κορυδαλλού (γυναικών)	270	554
Φυλακή Πατρών	343	718
Φυλακή Θεσσαλονίκης	370	615
Φυλακή Εξαρτημένων Ελαιών	300	51

B. Τα Θεραπευτικά Καταστήματα

1. Το Επιστημονικό Προσωπικό Υγείας των Σωφρονιστικών καταστημάτων, αποτελεί ομάδα επιστημόνων με ιδιαίτερα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, δεξιότητες και γνώσεις (δικαστικής ιατρικής, ψυχιατροδικαστικής κ.λπ.), λόγω των αναγκών και των ιδιαιτεροτήτων του χώρου που εργάζονται. Είναι ανάγκη, για την αποτελεσματική λειτουργία του, να αποτελείται μόνο από μόνιμο προσωπικό. Οι ευκαιριακές εμπλοκές επιστημόνων μέσα από συμβάσεις, συμφωνίες κ.α. όχι μόνο δεν βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των κρατουμένων, αλλά αντιθέτως συχνά υποβαθμίζει και να κάνει επισφαλή την παροχή υπηρεσιών υγείας στο Σωφρονιστικό Χώρο. Χρειάζεται λοιπόν οι επιστήμονες υγείας των Σωφρονιστικών Καταστημάτων να αποτελέσουν συγκεκριμένο σώμα, να αποτελείται από μόνιμο προσωπικό που θα εργάζεται στα καταστήματα, να συντονίζονται από Επιστήμονα με μακρά εμπειρία στα θέματα του σωφρονιστικού συστήματος επιστήμονα υγείας (όπως π.χ η θέση του Επιθεωρητή Υγείας του Υπ. Δικαιοσύνης) και κυρίως να υπάρχει διάρθρωση και ιεράρχηση στο πλαίσιο δημιουργίας Ιατρικών Διευθύνσεων και Τμημάτων (επισυνάπτω τμήμα σχετικής πρότασης που είχαμε υποβάλλει στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, ως Πρόεδρος του Συλλόγου Επιστημόνων Υγείας του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Σ.Ε.Υ.Υ.Δ.). Τα παραπάνω είναι ανεξάρτητα με το αν, τότε και πού θα ενταχθούν τα Θεραπευτικά Καταστήματα (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Υπουργείο Υγείας κ.λπ.) και πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα.

2. Στα Θεραπευτικά καταστήματα χρειάζεται η πρόσληψη μόνιμου Ιατρικού και γενικότερα μόνιμου Επιστημονικού προσωπικού.

Ειδικότερα, στο Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού (Ψ.Κ.Κ.) , χρειάζονται τουλάχιστον 10-12 μόνιμοι ψυχίατροι και 17 τουλάχιστον νοσηλευτές απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών (νοσηλεύει ημερησίως 270-300 άτομα και ετησίως περί τα 2000 άτομα). Στελέχωση με ψυχολόγους. Άμεση ανάγκη ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και όχι μόνο φαρμακευτικών (έχω καταθέσει στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, σε παρουσίαση στο ΚΕ.Σ.Φ., προ σχεδόν 15ετίας πρόταση λειτουργίας ψυχοθεραπευτικής κοινότητας στο Ψ.Κ.Κ., την οποία επισυνάπτω) . Φυσικά, κάλυψη των όποιων παθολογικών ή χειρουργικών αναγκών των νοσηλευομένων στο Ψ.Κ.Κ. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα παραπάνω, χρειάζεται η δημιουργία Ιατρικής Διεύθυνσης στο Ψυχιατρείο.

Τα αντίστοιχα ισχύουν για το Νοσοκομείο Κρατουμένων Κορυδαλλού (Ν.Κ.Κ.) το οποίο θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες για την άμεση (με την εισαγωγή των)

διενέργεια των ιατρικών εργαστηριακών εξετάσεων των νοσηλευομένων στο Ψ.Κ.Κ.

II. Ειδικότερα

Στα Θεραπευτικά Καταστήματα χρειάζεται:

1. Άμεση δημιουργία Ιατρικών Διευθύνσεων στα Θεραπευτικά Καταστήματα και Ιατρικών τμημάτων στα Σωφρονιστικά Καταστήματα Κράτησης, με μόνιμο Επιστημονικό Προσωπικό. Σαφής διαχωρισμός αρμοδιοτήτων Διοικητικής και Ιατρικής Διεύθυνσης
2. Συνεχής επιστημονική επιμόρφωση και ενημέρωση του Ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού Υγείας.
3. Εκπαίδευση του φυλακτικού προσωπικού σε θέματα χειρισμού ψυχιατρικών νοσηλευομένων-κρατούμενων και χειρισμού των.
4. Περιοδική εκτίμηση της ικανότητας του φυλακτικού προσωπικού των Θεραπευτικών Καταστημάτων όσον αφορά στο χειρισμό των νοσηλευομένων κρατούμενων.
5. Κίνητρα για την προσέλκυση μόνιμου Ιατρικού Προσωπικού (συνθήκες εργασίας, ερευνητικές δυνατότητες, οικονομικά κίνητρα).

Γ. Ψυχιατροδικαστικές Υπηρεσίες

Εισαγωγή

Ο αριθμός ανθρώπων στη φυλακή με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά υψηλός. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι η επικράτηση της ψυχικής ασθένειας είναι τόσο μεγάλη που έχει επιπτώσεις σε σχεδόν εννέα στους δέκα φυλακισμένους (Singleton, 1998). Οι κυβερνήσεις των αναπτυγμένων κρατών έχουν αναγνωρίσει ότι «συνεχίζουμε να φυλακίζουμε πάρα πολλούς ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας» Παράλληλα, ο πληθυσμός των φυλακισμένων έχει ανέλθει στα πρωτοφανή επίπεδα για την χώρα μας, παρά τις νομοθετικές προσπάθειες για το περιορισμό τους.

Θεωρείται εξαιρετικής σημασίας η αποτελεσματική παραπομπή πολλών φυλακισμένων που θα ωφελούνταν από την θεραπεία για την ψυχική νόσο έξω από το Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης. Η παραπομπή αυτή μπορεί να εξασφαλίσει ότι οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας θεραπεύονται στο καλύτερο δυνατό πλαίσιο από ιατρικής, κοινωνικής και ηθικής σκοπιάς. Μπορεί επίσης να βοηθήσει να μειώσει τον αυξανόμενο αριθμό των φυλακισμένων και τα αυξανόμενα ποσοστά επανάληψης της παραβατικότητας για εκείνους που βγαίνουν

από τη φυλακή. Τα ανωτέρω θα βοηθήσουν στην προστασία του κοινού και στην εξοικονόμηση χρημάτων που θα ξοδεύονταν σε καινούργιες καταδίκες και φυλακίσεις.

Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία παραπομπής, βοηθώντας ανθρώπους να παραμείνουν εκτός φυλακής ή και να αποφυλακιστούν. Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες, επίσης, παρέχουν ασφαλή φύλαξη/κράτηση σε ειδικά νοσοκομεία με έμφαση στην θεραπεία και την φροντίδα παρά στην τιμωρία.

Στον Δυτικό κόσμο ο πληθυσμός των φυλακισμένων έχει αυξηθεί γρήγορα στην τελευταία δεκαετία, αντίστοιχα με τον ψυχιατροδικαστικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, ο αριθμός ανθρώπων που τίθενται υπό κράτηση στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες της Μ. Βρετανίας έχει μια αυξανόμενη τάση την τελευταία δεκαετία, από 2.650 το 1997 σε σχεδόν 4.000 μέχρι τον Ιούλιο 2007. Επιπλέον, ο αριθμός των φυλακισμένων που μεταφέρεται στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αντίστοιχα αυξάνει κάθε έτος.

Οι περισσότεροι άνθρωποι στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες είναι νέοι ενήλικες άνδρες, αλλά μεγαλύτεροι σε ηλικία από τον πληθυσμό των φυλακών. Οι γυναίκες στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αντιστοιχούν σε μία στους οκτώ, ένα ποσοστό διπλάσιο από ότι στον πληθυσμό των φυλακών.

Αν και υπάρχει ποικιλία παραβάσεων στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες, σχεδόν κατά το ήμισυ τίθενται υπό κράτηση για βίαια εγκλήματα. Παρά τη συχνά σοβαρή φύση των παραπτωμάτων /εγκλημάτων που διαπράττονται από τους νοσηλευόμενους στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες και μια αύξηση στην αναστολή ή στην υπό όρους απόλυση τα ποσοστά επανάληψης παραβατικής συμπεριφοράς στα δύο επόμενα έτη μετά από το εξιτήριο είναι εξαιρετικά - χαμηλό σε σύγκριση με εκείνους που απελευθερώνονται από τη φυλακή. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ η μεγάλη πλειοψηφία (σχεδόν 97%) των ανθρώπων που μεταφέρονται άμεσα από τη φυλακή στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες μεταφέρονται στα μέσης και υψηλής ασφάλειας νοσοκομεία.

Υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα σε φυλακτικά καταστήματα μπορούν να παραμείνουν για τις ανάγκες των κρατουμένων και παράλληλα υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες για Σοβαρά Επικίνδυνη Διαταραχή Προσωπικότητας (DSPD-Dangerous Severe Personality Disorder Units) και ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους. CAHMS (Children and Adolescent Mental Health Services).

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ψυχικά πάσχοντες που εγκληματούν μπορούν επίσης να τεθούν υπό κράτηση μετά από εισαγγελική εντολή ή να μεταφερθούν σε ψυχιατρικές μονάδες εντατικής φροντίδας αλλά και σε κοινοτικές ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Δ. Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες: Ανάπτυξη

Με τον όρο Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αναφέρονται στις υπηρεσίες προς τα άτομα με ψυχική διαταραχή τα οποία έχουν ή είχαν προβλήματα με τον νόμο λόγω των πράξεων τους. Στην χώρα μας όπως τόνισε και η αξιολόγηση του «Ψυχαργώς», υπάρχουν πολύ μεγάλα κενά στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στα άτομα αυτά. Σήμερα, για την ψυχιατρική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών υπάρχει μόνο το Ψυχιατρικό Κατάστημα των Φυλακών Κορυδαλλού (ΨΚΚ). Στον χώρο αυτό κρατούνται (νοσηλεύονται) άτομα από όλη την Ελλάδα που έχουν καταδικασθεί με ποινές φυλάκισης. Το ΨΚΚ στελεχώνεται από προσωπικό του Υπ. Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Νοσηλεύονται περί τα 200-250 άτομα με ανεπαρκή ιατρική και νοσηλευτική στελέχωση. Δεν υπάρχουν κοινοτικές υπηρεσίες, ξενώνες, Κοι.Σ.Π.Ε. και καμία μέριμνα για του αποφυλακιζόμενους πλην του Ψυχιατροδικαστικού εξωτερικού Ιατρείου στην Β Ψυχιατρική Κλινική του Αττικού Νοσοκομείου.

Οι παραβάτες που έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι παραμένουν στα Ψυχιατρικά Τμήματα στις Αθήνας και της περιφέρειας για «φύλαξη» σύμφωνα με το Άρθρο 69 του Π.Κ. Η παραμονή τους στα Ψυχιατρικά τμήματα δημιουργεί προβλήματα στην λειτουργία των τμημάτων αυτών καθώς οι ασθενείς αυτοί παραμένουν μαζί με ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια ή εκούσια για μεγάλο χρονικό διάστημα (5-6 χρόνια τουλάχιστον) και δεν μπορούν να λάβουν εξιτήριο αν δεν συναινέσει η δικαστική αρχή. Τα προβλήματα γίνονται άμεσα εμφανή αν γίνει αντιληπτό ότι ο μέσος όρος νοσηλείας δεν υπερβαίνει τους 2 μήνες στην συντριπτική πλειονότητα των ψυχικά πασχόντων. Με την μακροχρόνια παραμονή τους, οι ασθενείς του «άρθρου 69» επιβαρύνουν τις ήδη περιορισμένες δυνατότητες ενδονοσοκομειακής θεραπείας, αυξάνοντας τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση τους.

Στην Ευρώπη υπάρχουν δύο κύρια επίπεδα ασφάλειας στα ψυχιατροδικαστικά νοσοκομεία στα οποία και οι παραβάτες υπεύθυνοι για ένα έγκλημα και οι φυλακισμένοι που αναπτύσσουν ψυχική διαταραχή μπορούν να μεταφερθούν: υψηλής ή/και μέσης ασφαλείας. Υπάρχουν επίσης Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες χαμηλού επιπέδου ασφαλείας, αλλά πολύ λίγοι παραβάτες μεταφέρονται εκεί άμεσα από τις φυλακές ή τα δικαστήρια. Η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων που

μεταφέρονται από τη φυλακή ή τα δικαστήρια εισάγονται αρχικά στις υψηλής ή/και μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες. Το 2007 υπήρχαν σχεδόν 4.500 κρεβάτια υψηλής ή/και μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Υψηλής ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Σε ορισμένα Ευρωπαϊκά κράτη όλα τα κρεβάτια στις υψηλής ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, σε άλλα κράτη από κοινές δράσεις των υπ. Υγείας και Δικαιοσύνης. Οι κλίνες νοσηλείας στα Νοσοκομεία αυτά χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς που τίθενται υπό κράτηση στο πλαίσιο νόμου για παραβάτες με ψυχική νόσο και οι οποίοι είναι σοβαρός και άμεσος κίνδυνος για το κοινό.

Μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Στη Ευρώπη, οι κλίνες στις Μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες ανήκουν στο ΕΣΥ αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Οι κλίνες αυτές κατανέμονται σε ολόκληρη την χώρα. Είναι σχεδιασμένες για την νοσηλεία ασθενών υπό φύλαξη που θεωρείται ότι αντιπροσωπεύουν ΣΟΒΑΡΟ κίνδυνο για την κοινωνία.

Χαμηλής ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Πρόκειται για τα Τμήματα Οξέων Περιστατικών που πρέπει να υπάρχουν στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων.

Συνήθως, οι ασθενείς μετακινούνται σε αυτές τις υπηρεσίες μετά από μια χρονική περίοδο παραμονής σε μέσης ασφάλειας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για εκούσιους νοσηλευόμενους. Οι δομές αυτές αποτελούν ένα στάδιο πριν την πλήρη κοινωνική επανένταξη των ψυχιατροδικαστικών ασθενών. Η συνήθης μέγιστη διάρκεια νοσηλείας στις Χαμηλής Ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες είναι οκτώ εβδομάδες. Αυτά τα κρεβάτια χρησιμοποιούνται κατά ένα μεγάλο μέρος από εκείνους που τίθενται σε αναγκαστική νοσηλεία άμεσα από την κοινότητα ή που μετακινούνται από μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Ε. Ψυχιατροδικαστικός πληθυσμός

Από άποψη εθνικότητας παρουσιάζεται αυξημένη αντιπροσώπευση των εθνικών μειονοτήτων τόσο στην Φυλακή όσο και στις Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες και αυτό αναμένεται ότι θα ισχύει και για την Ελλάδα.

Σύμφωνα με την διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, όλοι εκείνοι που μεταφέρονται στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες έχουν μια ψυχική διαταραχή ή νοητική υστέρηση. Η πλειοψηφία, 76% είχαν διάγνωση ψυχική διαταραχή, με ή χωρίς άλλες συνοδές διαταραχές. Ψυχοπαθητική διαταραχή προσωπικότητας είχαν 12%,

Νοητική υστέρηση 5% και μη προσδιοριζόμενη σαφώς ψυχική διαταραχή 7%. Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών διαγιγνώσκονται ως Ψυχοπαθητική διαταραχή (21% των γυναικών) σε σύγκριση με 12% των αντρών.

Διακίνηση ασθενών σε ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Αν και οι εισαγωγές ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες μπορούν να γίνουν από διάφορες οδούς, 3 είναι οι συνηθέστεροι:

1. Κατευθείαν από φυλακή, όπου παρέχεται πρωτίστως θεραπεία και όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία γυρνούν στην φυλακή.
2. Το δικαστήριο μπορεί να ορίσει την φύλαξη ως εναλλακτική τρόπο έκτισης ποινής και μπορεί να βρίσκονται κάτω από την δικαστική εξουσία σε θέματα παραμονής στην δομή.. Κάτω από αυτή τη δικαστική εντολή οι ασθενείς πρέπει να συνεχίσουν να φροντίδα και θεραπεία και μετά την απομάκρυνση από την δομή.
3. Ασθενείς που μεταφέρονται κατευθείαν από τις κοινοτικές υπηρεσίες.

Η πιο συνηθισμένη παραβατική συμπεριφορά είναι η επιθετικότητα προς τρίτους (36%), με τή εγκληματική βλάβη (εμπρησμό (14%) ή ληστεία(10%)) να ακολουθούν.

Οι ανθρωποκτόνοι παρουσίασαν αύξηση 65% ανάμεσα στο 200 και 2004.

Ζ. Χρησιμότητα ανάπτυξης σύγχρονων Ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών στην ΕΛΛΑΔΑ

Η ύπαρξη Ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών φέρνει την χώρα μας στην ομάδα των κρατών με ανεπτυγμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες για ειδικούς πληθυσμούς. Παράλληλα, ελαχιστοποιεί την πιθανότητα καταδικαστικών απόψεων και αποφάσεων για την Ελλάδα αναφορικά με παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων (ιδιαίτερα το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας) αλλά και συνθηκών κράτησης-φύλαξης ατόμων με ευαλωτότητες.

Σημαντικότερο όμως είναι ότι η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αποασυλοποίηση στην χώρα μας δεν θα μπορέσει ποτέ να εφαρμοσθεί με επιτυχία χωρίς την ύπαρξη ενός «πλέγματος ασφάλειας» για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της παραβατικότητας που σχετίζεται με την ψυχική διαταραχή. Τέτοιες υπηρεσίες θα ενισχύσουν το αίσθημα ασφάλειας της κοινωνίας και θα δράσουν αποφασιστικά στην μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στιγματισμού της ψυχικής διαταραχής.

Επιπλέον, τα ποσοστά επανάληψης εγκληματικής συμπεριφοράς αυτών που παίρνουν πρώτο εξιτήριο από ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες στην κοινότητα

είναι εξαιρετικά χαμηλό (μικρότερο από 7%) σε σύγκριση με εκείνους που απελευθερώνονται από τη φυλακή. Σε σύγκριση, το ποσοστό επανάληψης εγκληματικής συμπεριφοράς για τους ενήλικους φυλακισμένους μέσα σε δύο έτη από την απελευθέρωση είναι 27% σεξουαλικά εγκλήματα και 46% για βίαια εγκλήματα.

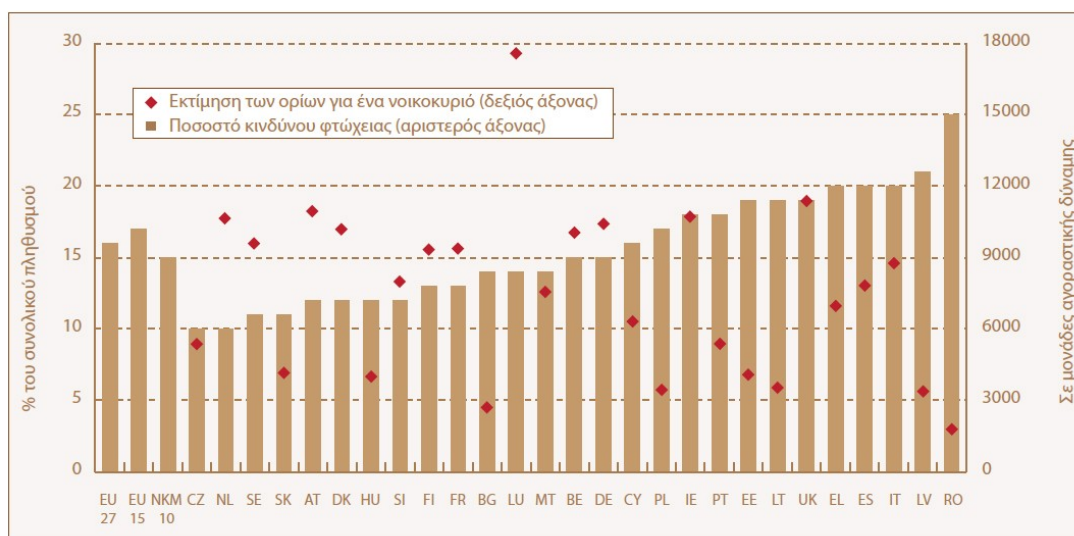
Η. Ειδικό πλαίσιο προτάσεων και κατευθύνσεων για τη Φροντίδα ψυχικής υγείας των κρατουμένων και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εντός των φυλακών και Ψυχιατροδικαστικές Υπηρεσίες

1. Το πρωτόκολλο συνεργασίας μεταξύ των Φυλακών και των Ψυχιατρικών Μονάδων να περάσει στις Το.Ψ.Υ.
2. Τα θεραπευτικά ιδρύματα εντός των Φυλακών να περάσουν στο Υπ. Υγείας και οι γιατροί που εργάζονται σε αυτά να περάσουν στο Ε.Σ.Υ.
3. Χορήγηση Χρηματικών Κινήτρων για την κάλυψη άγονων θέσεων στην Επαρχία.
4. Διακλαδική ομάδα παρέμβασης στις Φυλακές.
5. Ένταξη μιας ψυχιατρικής εκτίμησης στην υποδοχή των κρατουμένων από μια διακλαδική ομάδα.

B. 3.4. Φτωχοί, άνεργοι, μετανάστες

Περίπου το 16 % του πληθυσμού της ΕΕ (79 εκατομμύρια άνθρωποι) διατρέχουν τον κίνδυνο της εισοδηματικής φτώχειας, ενώ στα παιδιά και τους ηλικιωμένους αυτό το ποσοστό είναι ακόμα υψηλότερο. Η φτώχεια έχει πολλαπλές αιτίες: ελλιπής στέγαση, ανεπαρκείς δεξιότητες, έλλειψη πραγματικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και σε άλλες ζωτικές υπηρεσίες, ανικανότητα πρόσβασης στην αγορά εργασίας –όλοι αυτοί οι παράγοντες, κυρίως σε συνδυασμό μεταξύ τους, μπορούν να στερήσουν από τους πολίτες τη δυνατότητα να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία.

Ποσοστό κινδύνου φτώχειας στην ΕΕ (% , 2007)



Πηγή: EU-SILC (2007): εισοδηματικό έτος 2006· πλην HB (εισοδηματικό έτος 2006) και Ιρλανδίας (μεταβλητή περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2005/06)· RO: National Household Budget Survey 2006. Λείπουν στοιχεία Βουλγαρίας. NKM = Νέα κράτη μέλη.

Εδώ και αρκετά χρόνια, συγκεκριμένα από το 1989, η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μεγάλα μεταναστευτικά κινήματα τα οποία αναδομούν την κοινωνική γεωγραφία του κέντρου της Αθήνας. Πρόκειται για μετανάστες από χώρες όπως το Αφγανιστάν, το Πακιστάν, το Μπαγκλαντές, το Ιράκ, το Κουρδιστάν, η Παλαιστίνη, το Σουδάν και η Σομαλία, από χώρες όπου η φτώχεια, οι πόλεμοι και η εξαθλίωση διαμορφώνουν συνθήκες αναγκαστικής φυγής. Ο ίδιος, με γραφειοκρατικά παράνομους και με εξαιρετικά βίαιους τρόπους διασχίζουν τα σύνορα και έρχονται στην Ελλάδα, είτε για να συνεχίσουν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είτε για να παραμείνουν στη χώρα μας.

Με βάση σχετική έρευνα του ΕΚΚΑ το έτος 2009 υπολογίζονται 21.216 Άστεγοι σε όλη την Ελλάδα από τους οποίους μόνοι οι 500 έχουν επιλέξει τη ζωή στο δρόμο. Με στοιχεία της ΜΚΟ «ΚΛΙΜΑΚΑ», προστίθενται 4 νέο-άστεγοι την ημέρα. Στη συνέχεια, παραθέτουμε τα αυξημένα αιτήματα στο Δήμο Αθηναίων κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011. Παρατηρήθηκαν δηλαδή, τα εξής:

- Η κοινωνική υπηρεσία του Κέντρου Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων λειτουργεί με μία μόνον υπάλληλο και 3 ή 4 πρώην συμβασιούχους που παρέμειναν ως εθελοντές.
- Όπως προκύπτει από το αρχείο της κοινωνικής υπηρεσίας του Κέντρου Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων, τον τελευταίο χρόνο (από Απρίλιο 2010 έως Απρίλιο 2011) παρατηρείται σταδιακή αύξηση του αριθμού

των ατόμων που απευθύνονται στις υπηρεσίες του προκειμένου να ενταχθούν σε κάποιο από τα προγράμματά του.

- ο Συγκεκριμένα, στο πρόγραμμα στέγασης παρατηρείται συνολική αύξηση κατά 25% των ανθρώπων που ζητούν στέγη, καθώς και των αναφορών, τηλεφωνικών και γραπτών, για ανθρώπους που διαβιούν στον δρόμο με πολλαπλά προβλήματα (Το πρόγραμμα στέγασης αφορά δύο ξενώνες που λειτουργούν σε ενοικιαζόμενα παλαιά ξενοδοχεία και εξυπηρετούν συνολικά 180 αστέγους).

- ο Αύξηση κατά 20 % παρατηρείται και στο πρόγραμμα σίτισης (Πρόκειται για τα συσσίτια που προσφέρονται στο Κέντρο Σίτισης επί της οδού Σοφοκλέους 70, περί τις 1.800 μερίδες ημερησίως).

- ο Οι ενδιαφερόμενοι για το πρόγραμμα του Κοινωνικού Παντοπωλείου έχουν αυξηθεί κατά 35% (Το Κοινωνικό Παντοπωλείο λειτουργεί στον χώρο του Κέντρου Σίτισης σε συνεργασία με τον όμιλο Carrefour. Τρόφιμα και άλλα είδη πρώτης ανάγκης διανέμονται δωρεάν σε άπορους Έλληνες και νόμιμους μετανάστες).

- ο Στην Αθηναϊκή Αγορά παρατηρείται αύξηση κατά 24,5% (Λειτουργεί στο αίθριο της Βαρβακείου Αγοράς και διαθέτει είδη ένδυσης και υπόδησης σε άπορους Έλληνες και νόμιμους μετανάστες).

- ο Στο πρόγραμμα του Κοινωνικού Φαρμακείου υπάρχει αύξηση 22% σε ό,τι αφορά τους δικαιούχους, αλλά και τους ανθρώπους που εξυπηρετούνται κατά περίπτωση -εκείνους, δηλαδή, που έχουν μεν βιβλιάριο Πρόνοιας, δεν μπορούν όμως να εξυπηρετηθούν από τα φαρμακεία των νοσοκομείων λόγω έλλειψης συγκεκριμένων φαρμάκων (λειτουργεί επίσης στο αίθριο της Βαρβακείου Αγοράς και διαθέτει φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα σε ανασφάλιστους).

Το πρόβλημα είναι επίσης οξύ για τους Μετανάστες που ζουν στην Αθήνα και την Ελλάδα γενικότερα. Συγκεκριμένα, για την κατηγορία των ατόμων που δεν έχουν γνώση Ελληνικών και έχουν πολλαπλές ανάγκες. Είναι πληθυσμός που δεν έχει πρόσβαση σε κανονικές υπηρεσίες. Τα 2/3 απαιτούν διερμηνέα για να κάνουν οποιαδήποτε κίνηση. Οι Υπηρεσίες δεν έχουν διαμεσολαβητές και κατά συνέπεια δεν μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες. Οι συνθήκες στις οποίες ζουν είναι και αυτές άσχημες. Καθώς παρατηρούνται φαινόμενα όπως «ύπνος με

βάρδιες» όπου χρεώνονται 2-4€ για 8 ώρες ενώ δεν υπάρχει καμία πολιτική ένταξής τους. Τα θέματα που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι άνθρωποι, βρίσκονται στις παρυφές της ψυχιατρικής διαταραχής. Είναι σημαντικό λοιπόν, να καταβάλλονται προσπάθειες, προκειμένου οι άνθρωποι που ήταν στο περιθώριο να αναπτύσσουν δεσμούς και σχέσεις με το κοινωνικό σώμα. Όσο διασπώνται αυτές οι σχέσεις, ωθούνται στην παρανομία.

Γ. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γ1. Παρακολούθηση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας

Γ.1.1 Πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας συστήματος παρακολούθησης

Η ανάπτυξη και η λειτουργία ενός συστήματος παρακολούθησης της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μέσω της συστηματοποίησης των διαδικασιών συγκέντρωσης και επεξεργασίας στοιχείων και δεδομένων, αποσκοπεί κατά πρώτον στην αποτύπωση μιας σαφούς συνολικής εικόνας της κατάστασης και κατά δεύτερον στην αποτύπωση των εξελίξεων σε μια συνεχή βάση. Πέραν τούτου, επιτρέπει τη συστηματική διερεύνηση και αποτύπωση των αναγκών για περαιτέρω παρεμβάσεις σε επίπεδο δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Απώτερος στόχος ενός τέτοιου συστήματος παρακολούθησης είναι να συμβάλλει καθοριστικά στην αποτελεσματική αξιοποίηση των εκάστοτε χρησιμοποιούμενων μέσων και των διαθέσιμων πόρων (υλικών και ανθρώπινων) και στη βελτιστοποίηση της επίπτωσης των εν λόγω παρεμβάσεων, ειδικότερα όσον αφορά στην αυτόνομη διαβίωση και στη δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης για τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα ακόμα, επιδιώκει να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων εφαρμογής των παρεμβάσεων ή των πιθανών αστοχιών του αρχικού προγραμματισμού, ώστε να είναι δυνατή στη συνέχεια η ανάληψη διορθωτικών ενεργειών με στόχο τη «μεγιστοποίηση» της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

Προκειμένου να αξιολογηθεί επαρκώς ένα σύστημα Ψυχικής Υγείας και Φροντίδας, και ιδιαίτερα η εφαρμογή και επίδραση των διαφόρων· έργων/προγραμμάτων που υλοποιούνται, είναι αναγκαίο να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και στοιχεία όσον αφορά τις γεωγραφικές περιοχές, τον πληθυσμό των ασθενών και τη χρήση των διαφορετικών επί μέρους Τμημάτων του εν λόγω συστήματος. Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η συγκέντρωση σε μία κεντρική μονάδα όλων των διαθέσιμων στοιχείων και πληροφοριών από όλες τις ψυχιατρικές μονάδες και η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων.

Για το σκοπό αυτό, κρίνεται σκόπιμο να δημιουργηθούν τέσσερις κατηγορίες δεικτών, οι οποίοι θεωρούνται κατάλληλοι τόσο για την παρακολούθηση της πορείας, όσο και για την αποτίμηση των αποτελεσμάτων και των επιπτώσεων εφαρμογής των διαφόρων παρεμβάσεων στον εν λόγω τομέα. Οι δείκτες αυτοί έχουν ως εξής:

- Δείκτες υπάρχουσας κατάστασης: Πρόκειται για στατικούς δείκτες που εκφράζουν την δυναμικότητα/ ικανότητα των υφισταμένων δομών/ υπηρεσιών ψυχικής υγείας και επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Δείκτες εισροών/ διαδικασιών: Πρόκειται για δυναμικούς δείκτες που εκφράζουν τις προσπάθειες που καταβάλλονται και τις διαδικασίες που συντελούνται κατά χρονικά διαστήματα και γενικότερα τις κάθε είδους εισροές.
- Δείκτες εκροών/ αποτελεσμάτων: Πρόκειται για ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες που αποσκοπούν στο να εξακριβωθούν οι εκροές και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή των διαφόρων παρεμβάσεων κοινωνικής ενσωμάτωσης.
- Δείκτες επιπτώσεων: πρόκειται για ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες που αποσκοπούν στην αποτίμηση των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων των παρεμβάσεων, ειδικότερα όσον αφορά το βαθμό κάλυψης των ατόμων της ομάδας στόχου και τις αλλαγές που έχουν επέλθει στην κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση.

Γ.1.2 Διερεύνηση αναγκών

Η διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο προγραμματισμού των ψυχικών υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα και κατά συνέπεια, πρέπει να αποτελεί τη βάση οικοδόμησης ενός σύγχρονου συστήματος ψυχικής υγείας.

1. Στο περιφερειακό επίπεδο, αφορά στους πόρους (οικονομικούς και ανθρώπινους) που διατίθενται για την ψυχική υγεία και στην κατανομή τους στα στοιχεία που απαρτίζουν το σύστημα, δηλαδή στη διερεύνηση της χρήσης των πόρων που διατίθενται σχετικά με τις ανάγκες που έχουν ήδη διαπιστωθεί, όπως και στο ποσοστό κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού

της περιφέρειας από τους Το.Ψ.Υ. Η διαπίστωση μη καλυπτόμενων αναγκών, μπορεί να οδηγήσει σε ανακατανομή των πόρων στην περιφέρεια ή σε αιτήματα για επιπλέον πόρους ή για άλλες παρεμβάσεις (νέες οδηγίες ή πολιτικές, νέα στρατηγική σχεδιασμού υπηρεσιών, προγραμματισμός της εκπαίδευσης, κατάρτιση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και οδηγιών) οι οποίες πρέπει να ελέγχονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (συνήθως ανά έτος). Σημαντικό πρόβλημα στη χώρα μας αποτελεί η έλλειψη ξεχωριστού συστήματος κατανομής των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων σε διάφορους τομείς της υγείας και της πρόνοιας. Για τη συγκεκριμένη πρόταση κρίνεται ότι θα ήταν αναγκαίο, σε πειραματικό επίπεδο, να δοκιμαστεί η λειτουργία και η απόδοση ενός ξεχωριστού συστήματος κατανομής των οικονομικών και των ανθρώπινων πόρων για το σύστημα ψυχικής υγείας.

2. Στο τοπικό επίπεδο, αφορά στην κάλυψη των αναγκών που διαπιστώνονται στον πληθυσμό του Το.Ψ.Υ., μέσω επιδημιολογικών μελετών στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές ομάδες (πληθυσμός των χρηστών υπηρεσιών, ειδικές πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες διαπιστώνονται υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας) σε σχέση με τους πόρους και την κατανομή τους σε τοπικό επίπεδο, σχετίζεται δε με τη χρήση τους και την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των Μο.Ψ.Υ. και του προσωπικού τους με τους δεδομένους πόρους. Διορθωτικές παρεμβάσεις επιχειρούνται όταν το σύστημα δεν είναι δυνατό να καλύψει τις ανάγκες που έχουν ήδη διαπιστωθεί, ή υπάρχει υπερκάλυψη αναγκών (σχεδιασμός και προγραμματισμός νέων μονάδων, επιπλέον προσωπικό, ανακατανομή των μονάδων και του προσωπικού τους, έλεγχος της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, συνεργασία μεταξύ των μονάδων και με άλλες υπηρεσίες και φορείς, εκπαίδευση σε νέα αντικείμενα, καινοτόμες δράσεις και παρεμβάσεις). Κάθε νέα παρέμβαση και διόρθωση του συστήματος πρέπει να αποτελεί με τη σειρά της αντικείμενο αξιολόγησης, προκειμένου να διαπιστώνονται η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά της. Τακτική αξιολόγηση του επιπέδου κάλυψης αναγκών σε τοπικό επίπεδο, πρέπει να διενεργείται ανά έτος.
3. Στο επίπεδο των μονάδων ψυχικής υγείας, αφορά στην εκτίμηση και το βαθμό κάλυψης των ατομικών αναγκών και αιτημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους. Η διαπίστωση μη καλυπτομένων ή υπερκαλυπτομένων αναγκών πρέπει να οδηγήσει σε διορθωτικές παρεμβάσεις (αιτήματα για επιπλέον προσωπικό, εκπαίδευση σε νέες παρεμβάσεις, μεταβολές των

θεραπευτικών παρεμβάσεων), οι οποίες και πάλι πρέπει να αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους. Και εδώ, η ετήσια αξιολόγηση είναι αναγκαία.

Γ.1.3 Καθιέρωση δεικτών και κριτηρίων εκβάσεων

Γιατί η μέτρηση της έκβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι τόσο επιτακτική σήμερα; Μια προσπάθεια για απάντηση δίνεται στο επόμενο τμήμα της πρότασης. Αρχικά είναι σκόπιμο να ορίσουμε και να διασαφηνίσουμε τις έννοιες της δραστηριότητας (efficacy), αποτελεσματικότητας (effectiveness) και αποδοτικότητας (efficiency) για τα οποία είναι απαραίτητη η καθιέρωση των δεικτών εκβάσεων.

Η δραστηριότητα αποτελεί ένα μέτρο της ωφέλειας (benefit) που προκύπτει από μια παρέμβαση σε συνθήκες ιδανικής κλινικής φροντίδας (π.χ. σε μια τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη - randomized controlled trial), για ένα συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό.

Μια παρέμβαση, ωστόσο, μπορεί να είναι δραστηρική κάτω από ιδανικές ερευνητικές συνθήκες αλλά όχι και αποτελεσματική κάτω από πραγματικές συνθήκες. Η έννοια της αποτελεσματικότητας αναφέρεται στην ωφέλεια που προκύπτει από μια παρέμβαση σε συνθήκες συνήθους κλινικής φροντίδας, για ένα συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό. Η αποτελεσματικότητα είναι όρος ευρύτερος, αφού περιλαμβάνει τόσο την δραστηριότητα μιας παρέμβασης όσο και την αποδοχή της από εκείνους στους οποίους προσφέρεται ή εφαρμόζεται.

Η αποδοτικότητα προσθέτει στην έννοια της αποτελεσματικότητας την ιδέα του κόστους σε σχέση με το όφελος. Απαντά στο ερώτημα: είναι μια υπηρεσία αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος της, ή το όφελος που παράγει είναι «ακριβό» και άρα παρατηρείται απώλεια πόρων, που τους στερούνται άλλες υπηρεσίες του συστήματος για τις οποίες υπάρχει ανάγκη;

Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ορίσουμε τι ακριβώς σημαίνει έκβαση στην ψυχική υγεία, διότι ο όρος τείνει να χρησιμοποιείται με αρκετή ασάφεια, ιδιαίτερα, όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Το πρώτο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να διευκρινισθεί είναι ότι ο όρος χρησιμοποιείται πιο σωστά στον πληθυντικό παρά στον ενικό: μιλάμε δηλαδή για εκβάσεις (outcomes) και όχι γενικά για έκβαση (outcome). Διαφορετικά είδη εκβάσεων μπορεί να είναι η μεταβολή των κλινικών συμπτωμάτων ενός ασθενή όπως αυτά εκτιμούνται με μια κλίμακα, το ποσοστό των ασθενών που επανεισάγεται σε μια κλινική, το ποσοστό των ασθενών που συνεχίζει μια

ψυχοθεραπεία, ή η ικανοποίηση των φροντιστών ασθενών με σχιζοφρένεια, αυτισμό κ.λπ. Είναι λοιπόν σημαντικό να χρησιμοποιούμε τον όρο στον πληθυντικό ακριβώς για να υποδηλώνουμε ότι το αποτέλεσμα μιας υπηρεσίας μπορεί να εκτιμηθεί ή να μετρηθεί από πολλές οπτικές γωνίες.

Μια χρήσιμη διάκριση των εκβάσεων είναι η ακόλουθη:

α) Κλινικές Εκβάσεις: εκβάσεις που σχετίζονται με τα κλινικά χαρακτηριστικά των χρηστών μιας υπηρεσίας υγείας.

Η μέτρηση των κλινικών εκβάσεων πρέπει να βασίζεται σε κάποιες αρχές οι κυριότερες από τις οποίες δίνονται παρακάτω:

<i>Τι μετράται</i>	
Αρχή 1:	Ακριβής καθορισμός των στόχων της υπηρεσίας. Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει μόνο τα κλινικά εκείνα χαρακτηριστικά που είναι σχετικά προς τους στόχους αυτούς
Αρχή 2:	Καθορισμός των αναγκών και των ενδιαφερόντων των χρηστών της υπηρεσίας. Η εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε τα χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν και τους χρήστες (π.χ. όχι μόνο αξιολόγηση κλινικών χαρακτηριστικών που ενδιαφέρουν τους κλινικούς αλλά και θέματα όπως η ποιότητα ζωής ή η λειτουργικότητα)
Αρχή 3:	Μέτρηση μόνο εκείνων των εκβάσεων που θεωρούνται δυνατό να μετρηθούν από πρακτική άποψη. Μέτρα που απαιτούν υπερβολικούς πόρους ή υπερβολική εξειδίκευση είναι καταδικασμένα να αποτύχουν
<i>Πώς μετράται</i>	
Αρχή 4:	Χρησιμοποίηση υπαρχόντων κλιμάκων με τις οποίες να υπάρχει εξοικείωση. Η δημιουργία νέων κλιμάκων είναι πιο χρονοβόρα και κοστίζει περισσότερο
Αρχή 5:	Καθορισμός των ατόμων που θα χορηγήσουν τις κλίμακες (Π.χ. θεραπευτές, ερευνητές, διοικητικό προσωπικό, αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια;)
Αρχή 6:	Τα μέτρα πρέπει να είναι αξιόπιστα και έγκυρα
<i>Πότε μετράται</i>	
Αρχή 7:	Η μέτρηση πρέπει πάντα να αρχίζει όσο πιο γρήγορα γίνεται σε σχέση με την αρχική επαφή
Αρχή 8:	Η μέτρηση πρέπει να γίνεται σε προκαθορισμένα διαστήματα ιδιαίτερα όταν δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί η λήξη της θεραπείας

β) Διοικητικές Εκβάσεις: εκβάσεις που σχετίζονται με την χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, αριθμός ραντεβού ανά ασθενή και ανά επεισόδιο, ταυτόχρονη χρήση άλλων υπηρεσιών, κόστος, κ.λπ.).

γ) Ικανοποίηση χρηστών: Εκβάσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών μιας υπηρεσίας. Ειδικοί δείκτες (ερωτηματολόγια) που σχετίζονται με το είδος της υπηρεσίας όπου καταγράφονται στοιχεία για την τεχνική ποιότητα της υπηρεσίας, την επάρκεια των θεραπειών, τη διαπροσωπική ποιότητα (διαπροσωπικές ικανότητες του προσωπικού), την πρόσβαση στην υπηρεσία, τη δυνατότητα επιλογής και διαθεσιμότητας εναλλακτικών επιλογών στην θεραπεία, τη διάρκεια της θεραπείας και τέλος την ωφέλεια του ασθενή, δηλαδή πόσο πιστεύει ο χρήστης ότι ωφελήθηκε τελικά από την παρέμβαση της υπηρεσίας.

Η μεθοδολογία της μέτρησης των εκβάσεων είναι αρκετά περίπλοκη και απαιτεί μεγάλου βαθμού επιδημιολογική και στατιστική εξειδίκευση.

Από τα προηγούμενα έχει ήδη γίνει κατανοητή η χρησιμότητα των εκβάσεων στην διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η επικέντρωση στις εκβάσεις προσφέρει στην υπηρεσία την απαραίτητη επανατροφοδότηση, έτσι ώστε ποιοτικές αποκλίσεις να γίνονται αντιληπτές και να διορθώνονται - τροποποιούνται. Όσον αφορά στη συγκεκριμένη πρόταση, η καθιέρωση σταθερών δεικτών έκβασης είναι απαραίτητη, εφόσον μέσω αυτής επιτελείται η θέσπιση κριτηρίων με βάση τα οποία κρίνεται το αποτέλεσμα της λειτουργίας του συστήματος. Η θέσπιση απλών δεικτών, όπως βελτίωση, επιδείνωση, σταθερότητα, δεν επαρκεί, εφόσον αυτοί εμπεριέχουν υποκειμενικά στοιχεία από τη μεριά του θεραπευτή και του ασθενούς και μεταδίδουν πολύ λίγες πληροφορίες, επιπλέον δε δεν περιέχουν χρηστικούς ορισμούς που εξασφαλίζουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Κατά συνέπεια, η υιοθέτηση ή η δημιουργία δεικτών με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία στην αλλαγή) αποτελεί αναγκαία επένδυση που συμβάλλει στην μελέτη της απόδοσης του συστήματος ψυχικής υγείας. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί, ότι η επιλογή των δεικτών πρέπει να γίνεται ανάλογα με τον στόχο της κάθε Μο.Ψ.Υ. και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα από τη λειτουργία της. Με τη λογική αυτή, είναι αφενός επιθυμητή αφενός μεν η καθιέρωση ενιαίων δεικτών έκβασης γενικού τύπου (generic) για όλες τις Μο.Ψ.Υ., αλλά και ειδικών για κάθε υπηρεσία (service specific) δεικτών ανάλογα με την υπηρεσία. Έτσι, αν για παράδειγμα επιδιώκεται από μια υπηρεσία μερικής νοσηλείας (ή ημερήσιας νοσηλείας) η μείωση των εισαγωγών για εσωτερική νοσηλεία, η μείωση της συχνότητας των εισαγωγών μπορεί να αποτελέσει επιπλέον δείκτη έκβασης για την συγκεκριμένη υπηρεσία.

1. Στο επίπεδο του Π.Σ.Ψ.Υ., η παρακολούθηση δεικτών που υποδεικνύουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, όπως οι δείκτες κοινωνικής στέρησης (π.χ. δείκτης Jarman), το επίπεδο ανεργίας, η συχνότητα παραβατικής συμπεριφοράς και έλλειψης οικογένειας και στέγης σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, η συχνότητα αυτοκτονιών ή αποπειρών αυτοκτονίας, αλλά και τα συνολικά στοιχεία από την έκβαση σε τοπικό επίπεδο και των διαχρονικών και διατοπικών μεταβολών τους, είναι χρήσιμοι ως δείκτες έκβασης, που υποδεικνύουν την απόδοση του συστήματος ψυχικής υγείας ως συνόλου σε σχέση με τα αναμενόμενα επίπεδα ψυχοπαθολογίας στον γενικό πληθυσμό.
2. Παρόμοιοι δείκτες, αλλά αναφερόμενοι σε τοπικό επίπεδο, είναι σημαντικοί και στο επίπεδο των Το.Ψ.Υ. Στο επίπεδο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικά τα αθροιστικά στοιχεία που συλλέγονται από τις υπηρεσίες του συστήματος (διαγνωστική κατανομή των χρηστών των υπηρεσιών, ψυχοπαθολογία και λειτουργικότητα/ ποιότητα ζωής των ασθενών, συχνότητα αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονιών σε ασθενείς με ψυχικές ή σωματικές διαταραχές, κάλυψη των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, ικανοποίηση από την φροντίδα, συχνότητα εισαγωγών, συχνότητα ακουσίων εισαγωγών, συχνότητα υποτροπών, διάρκεια παραμονής ασθενών με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές στην κοινότητα με αποφυγή της νοσηλείας τους, κλπ).
3. Απαραίτητη είναι η καθιέρωση δεικτών έκβασης και στο επίπεδο των Μο.Ψ.Υ, για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και των επιχειρούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Είναι σημαντικό οι δείκτες να είναι αξιόπιστοι και έγκυροι, με ευαισθησία στις μεταβολές της κατάστασης των ασθενών. Οι συνήθεις δείκτες αφορούν τη διάγνωση, τη συμπτωματολογία, τη λειτουργικότητα/ ανικανότητα των ασθενών, την ποιότητα ζωής, την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, την ικανοποίηση από την φροντίδα, την επιβάρυνση των συγγενών/ φροντιστών, κλπ. Σημαντική είναι επίσης η ύπαρξη δεικτών που αφορούν στη λειτουργία της υπηρεσίας και στο προσωπικό της (ικανοποίηση προσωπικού, τήρηση διαδικασιών, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική αποθάρρυνση, κλπ) και στην απόδοσή της όσον αφορά στον σκοπό λειτουργίας της, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω.

Η καθιέρωση προτύπων (δεικτών) έκβασης και η τακτική συλλογή των στοιχείων που απαιτούνται, προϋποθέτουν την αλλαγή της «κουλτούρας εργασίας» όλων των

φορέων που εμπλέκονται στην ψυχική υγεία και του προσωπικού τους, με την έννοια της συνειδητοποίησης της ανάγκης και της υποχρέωσης τήρησης στοιχείων και αρχείων και της χρήσης ταξινομήσεων, χρηστικών ορισμών και ψυχομετρικών εργαλείων. Οι δυνατότητες που παρέχουν τα σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα στην καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων, κάνουν ευκολότερη αυτή τη διαδικασία, όπως και στην ταχύτητα ανάλυσης και χρήσης των αποτελεσμάτων, ενώ η επένδυση του συστήματος σε αυτόν τον τομέα είναι ιδιαίτερα σημαντική με ευεργετικά αποτελέσματα στη λειτουργία του.

Εν τούτοις, η εισαγωγή παρόμοιων καινοτομιών δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι θα γίνει άμεσα αποδεκτή από το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημαντικές αλλαγές όπως αυτές που προτείνονται, αναμένεται να προκαλέσουν όχι μόνο ευμενή σχόλια και σύντομη προσαρμογή του προσωπικού, αλλά και αντιδράσεις και δυσκολίες στην εισαγωγή και καθιέρωσή τους.

Γ.1.4 Εθνικές Πολιτικές & Σύστημα Παρακολούθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Υπάρχει μεγάλη υστέρηση στην καταγραφή και παρακολούθηση της λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Η παρακολούθηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ελλειμματική λόγω της απουσίας συστήματος συλλογής πληροφοριών (πληροφοριακή υποδομή, βάση δεδομένων, δείκτες, κατάρτιση προσωπικού κλπ.). Οι πρωτοβουλίες στο χώρο αυτό διακρίνονται από ασυνέχεια και απουσία διασύνδεσης και διάχυσης των πληροφοριών. Ενδεικτικά, οι σχετικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν την ανάπτυξη βάσης δεδομένων από τον υποστηρικτικό μηχανισμό του άξονα 2 του ΕΠ Υγεία-Πρόνοια (ΜΥΠ), τη βάση δεδομένων της Διαχειριστικής Αρχής και την Απογραφή των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (2006-2007). Η συγκρότηση συστήματος συλλογής πληροφοριών απαιτεί την ανάπτυξη ενός διακριτού μηχανισμού- Παρατηρητηρίου με στόχο τη συλλογή και την ενιαία διαχείριση των επιδημιολογικών και στατιστικών πληροφοριών. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η διασύνδεση των δεδομένων αυτών με τον Υγειονομικό Χάρτη ώστε να υπάρχει πληροφόρηση του κοινού και η υιοθέτηση των δεικτών ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούν οι διεθνείς οργανισμοί (Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΟΗΕ, ΟΟΣΑ κλπ.).

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ και της υλοποίησης του Συμφώνου Spidla είναι σε εξέλιξη η ανάπτυξη Συστήματος Παρακολούθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (εκκίνηση έργου: Ιανουάριος 2011).

Στο έργο προβλέπεται

- Η διασφάλιση της διαλειτουργικότητας του Υγειονομικού Χάρτη(ΥΧ) και του Χάρτη Ψυχικής Υγείας
- Ο προσδιορισμός και η συγκέντρωση των ελάχιστων δεδομένων και δεικτών του Χάρτη Ψυχικής Υγείας.
- Η Επικαιροποίηση του Χάρτη Ψυχικής Υγείας-
- Ο προσδιορισμός διευρυμένου ερωτηματολογίου και αποστολή σε επιλεγμένο δείγμα φορέων-αναμένεται να ολοκληρωθεί τέλος Μαρτίου

Στο πλαίσιο του έργου έχει αναπτυχθεί βάση δεδομένων όπου καταχωρούνται τα δεδομένα που έχουν αποσταλεί από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Παρατηρείται δυστοκία ως προς την ανταπόκριση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (71% των δομών έχει αποστείλει στοιχεία). Παράλληλα, είναι στο στάδιο της επεξεργασίας η ανάπτυξη δεικτών ώστε να καταστεί δυνατή η παρακολούθηση της λειτουργίας των

Μονάδων Ψυχικής Υγείας και η βελτίωση της επικαιροποίησης του σχεδιασμού του προγράμματος Ψυχαργώς Γ.

Γ.1.5 Καθορισμός διαδικασιών στην ψυχική υγεία

Η καθιέρωση σαφών διαδικασιών στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλα τα επίπεδα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να υπάρξει σταθερό πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα και κρίνεται η λειτουργία, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος (αξιολόγηση).

1. **Στο περιφερειακό επίπεδο**, είναι η αναγκαία η μελέτη δεικτών απόδοσης του συστήματος (π.χ. συχνότητα εισαγωγών, συχνότητα εισαγωγών νέων περιπτώσεων, συχνότητα εισαγωγών ανά κατηγορία διαταραχών, ποσοστό κατάληψης κλινών επί του συνόλου των παρεχομένων, συχνότητα ακούσιων νοσηλειών, χρήση υπηρεσιών σε διαφορετικούς Το.Ψ.Υ., κλπ), η καθιέρωση διαγνωστικών ταξινομήσεων και κλινικών οδηγιών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, όπως και των προτύπων ελάχιστης φροντίδας (minimum standards of care).
2. **Στο επίπεδο των Το.Ψ.Υ.**, οι διαδικασίες περιλαμβάνουν την παρακολούθηση (monitoring) των λειτουργιών των Μο.Ψ.Υ. (όγκος επαφών και χρήσης των υπηρεσιών, τρόπος χρήσης των υπηρεσιών, τρόπος και διαδικασίες παροχής φροντίδας), τον κλινικό έλεγχο των ιστορικών (clinical audit), τη μελέτη των οδών παροχής φροντίδας (pathways to care) στους χρήστες των μονάδων και της ΠΦΥ, την παρακολούθηση της συνέχειας της φροντίδας (ποσοστό διαφυγών και εγκατάλειψης της φροντίδας) και την παρακολούθηση της φροντίδας ειδικών ομάδων (ασθενείς με ψυχώσεις, ασθενείς τρίτης ηλικίας, ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, ομάδες με ειδικά κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, κλπ). Μεγάλη σημασία έχει η καθιέρωση της παρακολούθησης των επιδημιολογικών δεικτών σε τοπικό επίπεδο, εφόσον αυτοί παρέχουν σημαντικά στοιχεία για τη λειτουργία του συστήματος και επιτρέπουν τη διεξαγωγή διαχρονικών και διατοπικών συγκρίσεων.
3. **Στο επίπεδο των Μο.Ψ.Υ.**, αναγκαία θεωρείται η καθιέρωση δεικτών διαδικασίας που αφορούν την παροχή των θεραπευτικών μεθόδων (υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας των θεραπειών από τους ασθενείς, καθιέρωση προτύπων διαδικασίας της ποιότητας των σχέσεων ασθενούς-ιατρού/ θεραπευτή, του θεραπευτικού περιβάλλοντος (setting), της

ευχέρειας στην πρόσβαση, της ποιότητας και ποσότητας των παρεχομένων πληροφοριών στον ασθενή και την οικογένεια, κλπ), τη συνεργασία με τις άλλες ψυχιατρικές μονάδες και άλλες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και πρόνοιας, τη συχνότητα των θεραπευτικών επαφών και συναντήσεων και πρότυπα ατομικής παροχής φροντίδας (ατομικό θεραπευτικό σχέδιο του ασθενούς). Λεπτομερέστερη συζήτηση γίνεται παρακάτω για την καθιέρωση δεικτών εκβάσεων των υπηρεσιών του συστήματος.

Γ.1.6 Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος

Σημαντικό πρόβλημα στην παρακολούθηση της λειτουργίας και την αξιολόγηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, αποτελεί αφ' ενός μεν η έλλειψη τήρησης στοιχείων, αφ' ετέρου δε, η απουσία ενιαίου ψυχιατρικού φακέλου και κωδικοποίησης των τηρουμένων στοιχείων. Αυτό συμβαίνει παρά τις σημαντικές προόδους της πληροφορικής της τελευταίας 25ετίας, η οποία παρέχει τις δυνατότητες τήρησης μεγάλου όγκου στοιχείων, όπως και των διεθνών κωδικοποιήσεων των διαγνώσεων και των ιατρικών πράξεων που υφίστανται. Σε άλλες χώρες του δυτικού κόσμου, η ύπαρξη επίσημων κωδικοποιήσεων, η τήρηση στοιχείων με βάση αυτές και ηλεκτρονικού ψυχιατρικού φακέλου, είναι πραγματικότητα εδώ και αρκετά χρόνια.

Η ορθή λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας, η αξιολόγησή του και ο σχεδιασμός του, εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τη συλλογή και αξιοποίηση των καταλλήλων πληροφοριών. Επιπλέον, η κλινική εργασία υποβοηθείται σημαντικά από τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και την παρακολούθηση της πορείας του προβλήματός του. Στο πλαίσιο της ανάπτυξης των υπηρεσιών, πρέπει να καταρτιστεί σχέδιο για τη δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για τους ασθενείς των ψυχιατρικών υπηρεσιών που θα περιλαμβάνει και κωδικοποιημένο ψυχιατρικό ιστορικό. Αυτός θα πρέπει να περιλαμβάνει το ελάχιστο «πακέτο» δεδομένων (minimum data set) το οποίο θα χρησιμοποιείται υποχρεωτικά για την καταγραφή κάθε επαφής με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την παρακολούθηση των ασθενών.

Η παρούσα δράση μπορεί να υλοποιηθεί στο πλαίσιο του ΕΠ «Κοινωνία της Πληροφορίας» και την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση του ΕΣΠΑ, το οποίο προβλέπει τη δυνατότητα κατάθεσης προτάσεων για εφαρμογές της πληροφορικής στην ψυχική υγεία. Κρίνεται ότι η κατάθεση συγκεκριμένων προτάσεων είναι αναγκαία.

Γ2. Αξιολόγηση Ποιότητας

Γ.2.1 Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance)

Ο Donabedian (1990), ένας οικονομολόγος της υγείας που έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον ορισμό της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αντιλαμβάνεται την ποιότητα «ως συστατικό μιας καθορισμένης μονάδας παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και ως μια αξιολογική κρίση επί της παροχής αυτής φροντίδας, η οποία μπορεί να διακριθεί σε δυο είδη, τεχνική και διαπροσωπική». Με τον όρο τεχνική ποιότητα, ο Donabedian αναφέρεται στην εφαρμογή συγκεκριμένων ιατρικών παρεμβάσεων, που στοχεύουν στο να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη στην υγεία. Η διαπροσωπική συνιστώσα αφορά τους ρόλους και τις λειτουργίες των ατόμων που συμμετέχουν στην διαδικασία φροντίδας. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, μια χρήσιμη διάκριση των συστατικών στοιχείων του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η ακόλουθη:

- α) τα **δομικά** στοιχεία του συστήματος, που αναφέρονται σε εκείνα τα στοιχεία του συστήματος υγείας που σε γενικές γραμμές παραμένουν σταθερά και δεν μεταβάλλονται δυναμικά ,
- β) οι **διαδικασίες** λειτουργίας του συστήματος (processes), που αφορούν ενέργειες και δράσεις με δυναμικό - μεταβαλλόμενο χαρακτήρα και
- γ) η **έκβαση** (outcome), το τελικό δηλαδή αποτέλεσμα των ενεργειών που έγιναν προηγουμένως.

Από τα ανωτέρω συνάγεται, ότι η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, προϋποθέτει αφενός μεν τη δημιουργία προτύπων και δεικτών έκβασης, αφετέρου δε την αξιολόγηση και την παρακολούθηση της τήρησής τους από τη μεριά των υπηρεσιών, τη βελτίωση των συνθηκών και την αποφυγή των ανεπιθύμητων περιστατικών που είναι δυνατό να συμβούν. Η θέσπιση αυτών των κριτηρίων γίνεται συνήθως σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, ενώ η παρακολούθηση της λειτουργίας των υπηρεσιών και της προσαρμογής τους στα πρότυπα, σε τοπικό

επίπεδο. Υπάρχουν σήμερα αρκετές προσπάθειες και εφαρμογές προτύπων διασφάλισης της ποιότητας στην ψυχική υγεία (ΠΟΥ, εθνικά πρότυπα) που χρησιμοποιούνται σε αρκετές χώρες.

Στη χώρα μας παρά την επέκταση του δικτύου των μονάδων ψυχικής υγείας παρατηρείται υστέρηση σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση τους. Το πλέον έγκυρο εγχείρημα αξιολόγησης των ΜΨΑ περιλαμβάνεται στην έκθεση που υπέβαλε ομάδα ξένων εμπειρογνομόνων με θέμα την αξιολόγηση της ποιότητας των ΜΨΑ που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος Α΄ Ψυχαργώς. Από ένα δείγμα 27 δομών που έτυχαν αξιολόγησης, οι 10 παρουσίαζαν ιδρυματικά χαρακτηριστικά όπως απουσία ατομικών προγραμμάτων, εσωστρέφεια, αποκοπή από την κοινότητα, μη προαγωγή της αυτονομίας των ενοίκων, ιατρικό συγκεντρωτισμό κλπ. (Grove et al, 2002).

Για την αντιμετώπιση του ελλείμματος αξιολόγησης αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Β Ψυχαργώς, ένα εργαλείο για την ποιοτική αξιολόγηση των Μ.Ψ.Α. Το εργαλείο αυτό ονομάζεται «Εγχειρίδιο Διασφάλισης-Βελτίωσης της Ποιότητας» και πρόκειται για την προσαρμογή ενός αντίστοιχου εργαλείου του ΠΟΥ με τίτλο “Quality Assurance in mental health” (WHO, 1994). Η διαδικασία ανάπτυξης του Οδηγού έχει συμπεριλάβει διαβούλευση με ένα ευρύ φάσμα εμπλεκόμενων φορέων, ενσωμάτωση των παρατηρήσεων που αυτοί υπέβαλαν, πιλοτική εφαρμογή στην Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και έγκριση από την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ (ΜΥΠ, 2007).

Επίσης, συγκροτήθηκε η Επιτροπή Αξιολόγησης της Ποιότητας (προβλεπόμενη από το άρθρο 15 της Υ5Β/οικ. 1962 Απόφαση), η οποία είναι δευτεροβάθμιο όργανο για την αξιολόγηση και θα αξιοποιήσει το σχετικό εγχειρίδιο και τα λοιπά τα υπό εκπόνηση εργαλεία (Πρότυπα λειτουργίας) που αναφέρονται παρακάτω.

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ είναι σε εξέλιξη οι ακόλουθες δράσεις:

1. Ανάπτυξη Προτύπων λειτουργίας και δεικτών αποτελεσματικότητας

Σχετικές επιμέρους δράσεις είναι:

Α. Η εκπόνηση και επεξεργασία των προτύπων σε συνεργασία με ερευνητικό ινστιτούτο (ΕΠΙΨΥ) και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας και αποτελεσματικότητας. Πρόκειται για επέκταση και ολοκλήρωση της προαναφερθείσας δράσης και αναφέρεται στην ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας για όλο το φάσμα των δομών ψυχικής υγείας.

Β. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας των ΝΠΙΔ και των ΝΠΔΔ φορέων στην εφαρμογή των προτύπων.

Επιπρόσθετα, προτείνεται σε περιφερειακό επίπεδο η μελέτη των υπαρχόντων προτύπων και δεικτών έκβασης και η προσαρμογή τους για χρήση στις τοπικές συνθήκες μέσω διαδικασιών ποιοτικής έρευνας (key-informant interviews, focus groups, κλπ) και η πειραματική εφαρμογή τους στις υπηρεσίες της περιφέρειας. Τα πρότυπα αυτά θα είναι χρήσιμα για εθνική εφαρμογή στο μέλλον, ή για εφαρμογή και σε μονάδες ψυχικής υγείας άλλων περιοχών. Φυσικά, η μη εξοικείωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στη χρήση παρόμοιων προτύπων και δεικτών, είναι δυνατό να προκαλέσει ερωτήματα και αντιδράσεις σε τοπικό επίπεδο και επίπεδο Μο.Ψ.Υ. (αντιδράσεις στην ιδέα του ελέγχου της ποιότητας, φόβος προσωποποίησης του ελέγχου, κλπ), αλλά θεωρείται ότι εάν της εφαρμογής τους προηγηθεί η κατάλληλη ενημέρωση και προβολή της χρησιμότητάς τους δεν πρόκειται να δημιουργηθούν σημαντικά προβλήματα. Τα πρότυπα που θα θεσπισθούν, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη, να αποτυπώνονται και να περιέχονται στον υπό κατάρτιση εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας κάθε υπηρεσίας (Μο.Ψ.Υ. και Μο.Ψ.Υ./Μ.Κ.Ο.).

Γ.2.2 Θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών

Οι σύγχρονες τάσεις προς την κατεύθυνση της τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence-based medicine) έχουν καταστήσει αναγκαία τη δημιουργία προτύπων θεραπειών, ή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, που βασίζονται στην ισχύ των ενδείξεων για την αποτελεσματικότητά τους, με βάση την υποβολή τους σε ερευνητικές δοκιμασίες, όπως οι τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές (Randomized Controlled Trials). Με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών και την ισχύ των υπαρχουσών ενδείξεων, έχουν καταρτιστεί κλινικές οδηγίες και θεραπευτικοί αλγόριθμοι, με βάση τους οποίους ο κλινικός/ θεραπευτής μπορεί να καθοδηγείται στην επιλογή του. Τα κριτήρια αυτά δεν είναι υποχρεωτικά και αφήνουν περιθώρια επιλογής στον κλινικό με βάση την εμπειρία του. Η ανάγκη για προσφορά των αποτελεσματικότερων θεραπειών στην ψυχική υγεία, καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή παρόμοιων διαδικασιών και στα συστήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Σήμερα υφίστανται παρόμοιες οδηγίες από εθνικές ψυχιατρικές εταιρίες και διεθνείς οργανισμούς (της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, του ΠΟΥ, του Νοσοκομείου Maudsley, του National Institute of Clinical Excellence της Μ. Βρετανίας, της Αυστραλιανής Ψυχιατρικής Εταιρίας, κ.λπ.). Κατά συνέπεια, στόχος δεν είναι η δημιουργία νέων οδηγιών και

πρωτοκόλλων ex novo, αλλά η σύνθεση των ήδη υπαρχόντων και η δημιουργία Εθνικών Οδηγιών και Πρωτοκόλλων προσαρμοσμένων στην Ελληνική πραγματικότητα, όπως και η διάδοσή τους, μετά διαβούλευση με τους θεσμικούς φορείς (π.χ. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία), αλλά και η δημιουργία εκπαιδευτικού πακέτου για την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αποτελεί φαινόμενο ανεπαρκούς παρακολούθησης των διεθνών εξελίξεων και ενεργού προσαρμογής σε αυτές, το γεγονός ότι στη χώρα μας δεν έχει έως σήμερα επιχειρηθεί παρόμοια προσπάθεια.

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ είναι σε εξέλιξη οι ακόλουθες δράσεις:

- A. Η εκπόνηση και επεξεργασία των πρωτοκόλλων θεραπευτικών πράξεων σε συνεργασία με ακαδημαϊκό φορέα (Έδρα της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)
- B. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δημόσιου και μη κερδοσκοπικού τομέα φορέων στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων

Δ. Προαγωγή & Πρόληψη Ψυχικής Υγείας

Δ.1.1 Εισαγωγή

Αναφορικά με τις δράσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας, δεν υπήρξε σχετικός προγραμματισμός για την ανάπτυξη τους. Στην πράξη οι εθνικές πολιτικές υγείας προέταξαν την ανάγκη ανάπτυξης επαρκούς δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εξαίρεση αποτέλεσαν ενδεικτικά οι δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος, η εκπόνηση σχεδιασμού για την πρόληψη της κατάθλιψης και οι δράσεις πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον²³.

Ο άξονας αυτός περιλαμβάνει διατομεακά προγράμματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών σε επιλεγμένους πληθυσμούς “υψηλού κινδύνου”, δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας, κινητοποίησης εθελοντών, ενίσχυσης της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συνηγορίας, ενημέρωσης - εκπαίδευσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος και των προκαταλήψεων. Ενδεικτικοί Άξονες Δράσεων παρατίθενται παρακάτω.

Δ.1.2 Δράσεις πρόληψης της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή και σοβαρή ψυχική διαταραχή και ένας παράγοντας επικινδυνότητας που οδηγεί σε συμπεριφορά αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4η θέση, από πλευράς απώλειας ετών ζωής απαλλαγμένων από αναπηρία, ενώ το 2020 θα καταλάβει τη 2η θέση στις δυτικές κοινωνίες και την 1η ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ Ελληνίδες) πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη.

Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά την διάρκεια ενός

²³ Παραδείγματα καλών πρακτικών σε αυτό το πεδίο περιλαμβάνουν τις κινητές μονάδες της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ) Βύρωνα-Καισαριανής, οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού και Αγροτικού Τύπου του ΨΝΘ κλπ.

έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ένας πολίτης αυτοκτονεί κάθε εννέα (9) λεπτά ενώ ο αριθμός για απόπειρες αυτοκτονιών εκτιμάται ότι είναι δέκα (10) φορές μεγαλύτερος.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Να βελτιωθεί η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και βασικών στελεχών του κοινωνικού τομέα που αφορούν την ψυχική υγεία.
- Να περιορίσουν την πρόσβαση σε πιθανά μέσα αυτοκτονίας.
- Να ληφθούν μέτρα ώστε να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση για την ψυχική υγεία του ευρύτερου κοινού, των επαγγελματιών υγείας και συναφών τομέων.
- Να ληφθούν μέτρα για τη μείωση παραγόντων επικινδυνότητας που οδηγούν στην αυτοκτονία όπως είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η κατάχρηση ουσιών, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η κατάθλιψη και το άγχος.
- Να παρέχονται υποστηρικτικοί μηχανισμοί (π.χ. τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης) στα άτομα που είτε αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είτε έχασαν κάποιον ως αποτέλεσμα αυτοκτονίας.

Ο σχετικός εθνικός σχεδιασμός συνίσταται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κατάθλιψη, το οποίο εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και παραδόθηκε σε δημόσια διαβούλευση το 2008, αποτελεί μία οργανωμένη και συστηματική στρατηγική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάθλιψης η οποία βασίζεται σε στρατηγικές πρόληψης, πρώιμης παρέμβασης-θεραπείας και κοινωνικής φροντίδας.

Αποτελείται από 5 άξονες και 17 δράσεις και στόχο του έχει να βελτιώσει τις υπάρχουσες πολιτικές και τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αναδείξει όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη για την κατάθλιψη.

1ος Άξονας: Πρόληψη

2ος Άξονας : Έγκαιρη Διάγνωση

3ος Άξονας: Θεραπεία

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

5ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Αναλυτικότερα, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης συνίσταται:

- Στην καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού, των προκαταλήψεων και της απομόνωσης, καθώς και στην κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών.
- Στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου κατάθλιψης και στη μείωση των περιστατικών κατάθλιψης.
- Στην εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.
- Στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υποβοήθηση των ατόμων με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Στην καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στην πρώιμη παρέμβαση και θεραπεία.
- Στη βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται σωστά σε άτομα που ζητούν βοήθεια.
- Στη δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας και εμπλοκής με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Δ.1.3 Νεολαία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία

Η θεμελίωση της δια βίου ψυχικής υγείας γίνεται σε νεαρή ηλικία. Έως και το 50% των ψυχικών διαταραχών ξεκινούν κατά την εφηβεία. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να εντοπιστούν σε 10% ως και 20% των νεαρών ατόμων, με υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Όμως μόνο μικρό ποσοστό αυτών των ατόμων (10-15%) καταλήγει σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χωρίς να είναι βέβαιο ότι αυτό αντιπροσωπεύει τα άτομα με τη μεγαλύτερη ανάγκη θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στο πλαίσιο αυτού του άξονα υλοποιούνται οι ακόλουθες δράσεις:

Διερεύνηση Αναγκών και Ευαισθητοποίηση για το Φαινόμενο του Εκφοβισμού-Θυματοποίησης (Bullying) στα Σχολεία - Φορέας Υλοποίησης: ΕΨΥΠΕ

Διεθνείς έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το 15% των μαθητών έχουν βιώσει συμπεριφορές εκφοβισμού-θυματοποίησης από συμμαθητές τους. Αναφορικά με την ελληνική πραγματικότητα, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το πρόβλημα του εκφοβισμού-θυματοποίησης εμφανίζεται συστηματικά σε 1 στα 10 παιδιά.

Ο εκφοβισμός-θυματοποίηση (bullying) μαθητών από συμμαθητές τους αποτελεί μορφή επιθετικής συμπεριφοράς που εμφανίζεται κυρίως στο σχολείο με σοβαρές επιπτώσεις για τη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και τη διαδικασία της μάθησης. Ο εκφοβισμός μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως αποκλεισμός από την ομάδα (κοινωνικός εκφοβισμός), διάδοση φημών (λεκτικός εκφοβισμός), χτυπήματα (σωματικός εκφοβισμός).

Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- **ΠΡΟΛΗΨΗ:** Ο έγκαιρος εντοπισμός των περιπτώσεων εκφοβισμού-θυματοποίησης σε παιδιά καθώς και η εκτίμηση και καταγραφή των αναγκών αυτών των παιδιών και του σχολείου.
- **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:** Η μείωση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση μορφών βίας και επιθετικότητας μεταξύ μαθητών στο σχολείο με την ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος από τους μαθητές, εκπαιδευτικούς και γονείς.
- **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ:** Ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τα ζητήματα του εκφοβισμού-θυματοποίησης.

Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

Πρόληψη Ψυχοκοινωνικών Δυσλειτουργιών Σε Παιδιά & Οικογένειες Υψηλού Κινδύνου

Το πρόγραμμα εστιάζει στην έγκαιρη προληπτική παρέμβαση σε παιδιά και οικογένειες υψηλού κινδύνου ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών, η οποία θεωρείται ιδιαίτερης σημασίας διότι:

- Η ύπαρξη συνθηκών «κινδύνου» τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών είναι δυνατό να αναστείλει την ομαλή εξέλιξή τους και να δημιουργήσει ευνοϊκό κλίμα για την ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών.
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση ήδη εγκατεστημένων διαταραχών είναι απαιτητική σε χρόνο και εξειδίκευση, πολυδάπανη αλλά και λιγότερο αποτελεσματική. Η έλλειψη έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των πρώιμων διαταραχών καταλήγει σε διαταραχές στην εφηβική και την ενήλικη ζωή αυξάνοντας το οικονομικό και κοινωνικό κόστος.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία, ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Δράσεις για έγκαιρη παρέμβαση σε ολόκληρο το εκπαιδευτικό σύστημα.

- Παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, της εκπαίδευσης, και άλλων σχετικών κλάδων με την ψυχική υγεία και ευεξία.
- Προώθηση της ενσωμάτωσης της κοινωνικοσυναισθηματικής εκμάθησης σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες και στην προσχολική και σχολική κουλτούρα.
- Προώθηση της συμμετοχής των νεαρών ατόμων στην εκπαίδευση, τον πολιτισμό, τον αθλητισμό και την απασχόληση.

Δ.1.4 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης και της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων

Δ.1.4.1 Προαγωγή της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης

Η εργασία είναι ευεργετική για τη σωματική και την ψυχική υγεία του ατόμου. Ο ρυθμός και η φύση της εργασίας αλλάζουν, γεγονός που ασκεί πίεση στην ψυχική υγεία και ευεξία του ατόμου. Χρειάζεται δράση για να αντιμετωπιστεί η σταθερή αύξηση της απουσίας από την εργασία και της μειωμένης παραγωγικότητας και να αξιοποιηθούν οι πιθανές πηγές για τη βελτίωση της τελευταίας η οποία συνδέεται με το στρες και τις ψυχικές διαταραχές. Το εργασιακό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ενσωμάτωση ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία, ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Βελτίωση της οργάνωση της εργασίας, της οργανωτικής κουλτούρας και των ηγετικών πρακτικών προκειμένου να προωθηθεί η ψυχική υγεία και η ευεξία στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβάνοντας τη συμφιλίωση της επαγγελματικής και της προσωπικής ζωής.
- Υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής υγείας και ευεξίας με αξιολόγηση του κινδύνου και προγράμματα πρόληψης για καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν αντίθετα αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (άγχος, βίαιη συμπεριφορά όπως βία και παρενόχληση στην εργασία, αλκοόλ, ναρκωτικά) και σχήματα έγκαιρης παρέμβασης στο χώρο εργασίας.

- Παροχή μέτρων για υποστήριξη των προσλήψεων, της διατήρησης ή της αποκατάστασης και επιστροφής στην εργασία ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας ή διαταραχές.

Δ.1.4.2 Δράσεις Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των ανέργων

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε κάθε αύξηση κατά 1% της ανεργίας αντιστοιχεί αύξηση κατά 0,79% στις αυτοκτονίες και κατά 0,79% στις ανθρωποκτονίες.

Ο ΠΟΥ ως βασικό μέτρο αντιμετώπισης προτείνει την υλοποίηση ενός καθολικού προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας εστιάζοντας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψη, του αλκοολισμού, των αυτοκτονιών και των φαινομένων ενδοοικογενειακής βίας.

Στο πλαίσιο αυτό είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ειδικών δράσεων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ανέργων, των ατόμων που αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των οικογενειών τους μέσω των μονάδων ψυχικής υγείας του προγράμματος Ψυχαργώς σε συνεργασία με την ΓΣΕΕ, τα παραρτήματα του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, τα Εργατικά Κέντρα, τα τοπικά επιμελητήρια και παραρτήματα της ΓΕΣΕΒΕΕ, τις κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, τα κέντρα υγείας και τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης του ΟΑΕΔ.

Οι δράσεις θα εστιάζουν στην παροχή εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προς τους ανέργους, τα άτομα που αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, και όποτε απαιτείται προς τις οικογένειες και τους συγγενείς τους, ώστε να ενδυναμωθούν και να βελτιωθούν οι δυνατότητες τους για την επανένταξη τους στην αγορά εργασίας. Παράλληλα βασικός στόχος θα είναι να υποστηριχθούν τα άτομα με αναπηρίες και τα άτομα που προέρχονται από τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (τσιγγάνοι, παλιννοστούντες, αποφυλακισμένοι, οροθετικοί, μετανάστες, πρόσφυγες, κλπ) ώστε να ενδυναμωθούν σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ένταξη τους στην αγορά εργασίας αλλά και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

Οι δράσεις θα αναπτυχτούν βάσει μιας κοινής μεθοδολογίας που θα αναπτυχθεί και θα περιλαμβάνουν:

- προκαθορισμένες διαδικασίες ανίχνευσης αναγκών και παραπομπής από τα Κέντρα προώθησης της απασχόλησης του ΟΑΕΔ, τις κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, τα παραρτήματα του ΙΝΕ ΓΣΕΕ και τα Εργατικά Κέντρα,
- κοινή μεθοδολογία Intake και εξατομικευμένης προσέγγισης από τις μονάδες ψυχικής υγείας
- ανάπτυξη εξατομικευμένου υποστηρικτικού πλάνου δράσης για κάθε άνεργο
- ατομικές και ομαδικές συνεδρίες
- Follow up και επαναξιολόγηση
- πιθανή παραπομπή σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής
- Τηλεφωνική Γραμμή άμεσης υποστήριξης
- Εθνική μονάδα συντονισμού και υποστήριξης

Δ.1.4.3 Προαγωγή της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων

Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αποτελούν μια υπομάδα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων και των ΑμεΑ η οποία παρουσιάζει ένα από τα μικρότερα ποσοστά απασχόλησης στις αναπτυγμένες χώρες. Έχει τεκμηριωθεί η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αμειβόμενη εργασία και τη θετική πορεία της ψυχικής νόσου ενώ αντίστροφα έχει καταδειχθεί ότι η ανεργία λειτουργεί επιβαρυντικά στην ψυχική υγεία (Dooley et al, 1994:745-765²⁴). Σύμφωνα με σχετική ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών, η απασχόληση των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κυμαίνεται από 10-30% (Marwaha and Johnson, 2004:337-49)²⁵. Το 1/3 των ΑμΨΔ αναφέρουν ότι έχουν απολυθεί ή εξωθηθεί στην παραίτηση και σχεδόν οι 4 στους 10 θεωρούν ότι δεν έχουν προσληφθεί εξαιτίας της πάθησής τους (Sayce and Curran, 2007). Επίσης, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι λιγότεροι από 4 στους 10 εργοδότες θα ήταν διατεθειμένοι να προσλάβουν ΑμΨΔ (Social Exclusion Unit, 2004). Η επαγγελματική ένταξη των ΑμΨΔ αναχαιτίζεται

²⁴ Σύμφωνα με σχετική μελέτη, άτομα που απώλεσαν την εργασία τους εκδήλωσαν συμπτώματα κατάθλιψης και διαγνώστηκαν ως πάσχοντες από κατάθλιψη δύο φορές περισσότερο από τα άτομα που συνέχισαν να εργάζονται (Dooley et al, 1994)

²⁵ Άλλες πηγές τοποθετούν την απασχόληση των ατόμων με χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στο 24% (Social Exclusion Unit, 2004:28).

από παράγοντες όπως το στίγμα, οι χαμηλές προσδοκίες των πασχόντων, η έλλειψη επαγγελματικής κατάρτισης και η υφιστάμενη επιδοματική πολιτική.

Σε ό,τι αφορά τις στρατηγικές επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δύο είναι οι κυρίαρχες προσεγγίσεις. Σύμφωνα με την παραδοσιακή οπτική της προεπαγγελματικής κατάρτισης (prevocational training) που υιοθετείται κυρίως από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η εργασιακή αποκατάσταση προσεγγίζεται ως μια ακολουθία διακριτών δράσεων προοδευτικά αυξανόμενης δυσκολίας. Οι καταρτιζόμενοι ασθενείς διανύουν αυτά τα στάδια και εντάσσονται είτε σε ποικίλες μορφές προστατευμένης απασχόλησης είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας ανάλογα με τις επαγγελματικές τους δεξιότητες και την ψυχοπαθολογία τους.

Τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα (Jacobs, 1988:249):

- Αξιολόγηση εργασιακών δεξιοτήτων
- Αξιολόγηση- εκπαίδευση προεπαγγελματικών δεξιοτήτων
- Δράσεις εργασιακής κατάρτισης
- Εκπαίδευση-υποστήριξη στο χώρο εργασίας
- Προστατευμένη απασχόληση
- Τοποθέτηση στην θέση απασχόλησης
- Διατήρηση της θέσης απασχόλησης

Τα πλεονεκτήματα αυτών των παρεμβάσεων είναι η ολοκληρωμένη προσέγγιση, η μέριμνα για την πρόληψη των υποτροπών της νόσου και η προσαρμογή του εργασιακού αντικειμένου στις δυνατότητες του πάσχοντα και τη σοβαρότητα της πάθησής του. Ως μειονεκτήματα αναφέρονται το μικρό ποσοστό εργασιακής ένταξης, η τεχνητή διόγκωση «νεοιδρυματικών» προστατευμένων μορφών απασχόλησης και η συνακόλουθη συντήρηση σχέσεων εξάρτησης με το θεραπευτικό προσωπικό και η περιστολή της αυτονομίας των ΑμΨΔ.

Στον αντίποδα αυτής της προσέγγισης, το μοντέλο της υποστηριζόμενης απασχόλησης (supported employment) προτάσσει τη σύντμηση αυτών των διαδικασιών και την ταχεία τοποθέτηση των ΑμΨΔ στην ελεύθερη αγορά εργασίας ανάλογα με τις δεξιότητες και προτιμήσεις τους. Η εκπαίδευση και υποστήριξη των ασθενών λαμβάνουν χώρα στο χώρο εργασίας χωρίς να υπάρχει χρονικός περιορισμός, υπάρχει στενή συνεργασία των συμβούλων εργασίας και των θεραπειών του ασθενή και δεν υφίστανται κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των ασθενών (Becker and Drake, 2004:6-9). Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η επίτευξη υψηλών ποσοστών απορρόφησης στην αγορά εργασίας και η ενδυνάμωση και προαγωγή της αυτονομίας των ασθενών. Σύμφωνα με συστηματική

ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων, η προσέγγιση αυτή είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη μέθοδο της προεπαγγελματικής κατάρτισης ως προς την εργασιακή αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Crowther et al, 2007).²⁶ Επίσης, τα ΑμΨΔ που εντάσσονται στα προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης, δεν παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα υποτροπών, αυτοκτονιών, έλλειψης στέγης, διακοπής της θεραπευτικής αγωγής και επιδείνωσης της πάθησης (Becker and Drake, 2004) .

Επίσης, σε ό,τι αφορά στα πεδία της πρόσβασης στην εργασία και στην επαγγελματική κατάρτιση, έχει σημειωθεί πρόοδος με την ενσωμάτωση της κοινοτικής οδηγίας 2000/78 για την Ισότητα στην Απασχόληση. Ειδικότερα, ο σχετικός Νόμος 3304/2005 θεσπίζει την υποχρέωση του εργοδότη να προβαίνει σε εύλογες προσαρμογές²⁷, ορίζει φορείς προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης, προβλέπει διοικητικές και ποινικές κυρώσεις και ορίζει ότι ο εργοδότης φέρει το βάρος της αποδείξεως ότι δεν παραβιάστηκε η αρχή της ίσης μεταχείρισης. Οι ρυθμίσεις αυτές έχουν επικριθεί διότι περιορίζονται στην καταπολέμηση των διακρίσεων μόνο στα πεδία της απασχόλησης και κατάρτισης, δεν έχει προβλεφθεί ένας ενιαίος φορέας ελέγχου της ίσης μεταχείρισης και διότι δεν υπάρχει επαρκής εξειδίκευση των ενδεδειγμένων μέτρων που σχετίζονται με «τις εύλογες προσαρμογές»²⁸ (ΕΣΑμεΑ²⁹, 2007).

Σχετικά μέτρα που αφορούν εύλογες προσαρμογές για τα ΑμΨΔ είναι τα ακόλουθα:

- Ανάπτυξη ευέλικτων ωραρίων εργασίας. Η ευελιξία στο χρόνο έναρξης και λήξης της εργάσιμης ημέρας, στην παροχή αδειών και διαλειμμάτων και η εναλλαγή μερικής και πλήρους απασχόλησης είναι ορισμένα από τα ενδεδειγμένα μέτρα για την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών που σχετίζονται με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, τις τακτικές ψυχιατρικές εξετάσεις και τις περιοδικές κρίσεις των ΑμΨΔ.

²⁶ Ειδικότερα, 18 μήνες από την εφαρμογή των ανωτέρω προγραμμάτων, 34% των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές εργάζονταν με μεγαλύτερες αποδοχές και περισσότερες ώρες εργασίας στο πλαίσιο του προγράμματος υποστηριζόμενης απασχόλησης ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ΑμΨΔ του προγράμματος της προκατάρτισης ανέρχονταν σε μόλις 12%. (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003080.html>).

²⁷ Σύμφωνα με το άρθρο 10 του Ν. 3304/05, «για την τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης έναντι ατόμων με αναπηρία, ο εργοδότης υποχρεώνεται στη λήψη όλων των ενδεδειγμένων κατά περίπτωση μέτρων, προκειμένου τα άτομα αυτά να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε θέση εργασίας, να ασκούν αυτήν και να εξελίσσονται, καθώς και δυνατότητα συμμετοχής στην επαγγελματική κατάρτιση, εφόσον τα μέτρα αυτά δεν συνεπάγονται δυσανάλογη επιβάρυνση για τον εργοδότη».

²⁸ «Επιπρόσθετα, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ότι οι εύλογες προσαρμογές αφορούν, πέραν αυτού καθ. αυτού του χώρου εργασίας (προσβασιμότητα κτιρίου, εργονομική διευθέτηση του χώρου εργασίας), στον εξοπλισμό, στο ωράριο εργασίας, στα καθήκοντα, στις διαδικασίες, στις πρακτικές κλπ.» (Ε.Σ.Α.μεΑ., 2007 :40-42).

²⁹ Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία

- Προσαρμογή της διαδικασίας εποπτείας, καθοδήγησης και εκπαίδευσης στις ιδιαίτερες ανάγκες των ΑμΨΔ. Η παροχή γραπτών οδηγιών, οι τακτικές συναντήσεις των εργαζομένων με ψυχικές διαταραχές με τον εκάστοτε επόπτη και προϊστάμενο στο χώρο εργασίας και η ανάπτυξη εξατομικευμένων μεθόδων κατάρτισης αποτελούν ορισμένα από τα σχετικά μέτρα.
- Κατανομή των εργασιακών καθηκόντων η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τις δυνατότητες των ΑμΨΔ και να αμβλύνει στο μέτρο του δυνατού τις στρεσογόνες εκφάνσεις της απασχόλησης.
- Υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στο χώρο εργασίας τους από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και λειτουργούς επαγγελματικής αποκατάστασης με στόχο την προαγωγή των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.

Για την αντιμετώπιση της σχετικής δυστοκίας θα πρέπει να εξεταστεί η δυνατότητα επεξεργασίας και εξειδίκευσης κοινοτικών κατευθύνσεων και εθνικών οδηγιών αναφορικά με δράσεις προώθησης της ευελιξίας στο εργασιακό πλαίσιο των ΑμΨΔ. Ενδεικτικές προτεινόμενες δράσεις για την προαγωγή της απασχόλησης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές:

- Ανάπτυξη Προγραμμάτων Υποστηριζόμενης Απασχόλησης
- Ανταγωνιστικά Προγρ/τα Κατάρτισης ΑμΨΔ
- Εξειδίκευση "εύλογων προσαρμογών" Ν.3304/05
- Συλλογή στοιχείων για Προγρ/τα Απασχόλησης για ΑμΨΔ

Δ.1.4.4 Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων

A. Προαγωγή ψυχικής υγείας ηλικιωμένων

Ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης γερνάει. Η Τρίτη ηλικία φέρει μαζί της βέβαιους παράγοντες επικινδυνότητας για την ψυχική υγεία και ευεξία, όπως είναι η απώλεια δικτύων κοινωνικής υποστήριξης (οικογενειακό, φιλικό) και η εμφάνιση σωματικών και νευροεκφυλιστικών ασθενειών, όπως είναι η νόσος του Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας. Τα ποσοστά αυτοκτονίας σε άτομα τρίτης ηλικίας κυμαίνονται σε υψηλό επίπεδο.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων στη ζωή της κοινότητας, περιλαμβάνοντας την προώθηση της φυσικής τους δραστηριότητας και των εκπαιδευτικών ευκαιριών.
- Ανάπτυξη ευέλικτων σχημάτων συνταξιοδότησης που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να παραμένουν στην εργασία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είτε σε βάση πλήρους είτε μερικής απασχόλησης.
- Παροχή μέτρων για την προώθηση της ψυχικής υγείας και της ευεξίας μεταξύ των ηλικιωμένων που δέχονται φροντίδα (ιατρική και/ή κοινωνική) τόσο στην κοινωνία όσο και στα ιδρύματα.
- Ανάλυση μέτρων για την υποστήριξη όσων φροντίζουν τους ηλικιωμένους

B. Πρόγραμμα διατομεακής συνεργασίας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ανοϊκών ασθενών

Στο πλαίσιο του προγράμματος θα αναπτυχθούν συνέργειες μεταξύ Μονάδων Ψυχικής Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ανοϊκούς ασθενείς και σε δομές που παρέχουν φροντίδα σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Σχετικές δομές είναι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι και τα ΚΑΠΗ που έχουν αναπτυχθεί από την τοπική αυτοδιοίκηση. Στόχευση του προγράμματος είναι η κάλυψη των αναγκών κυρίως με τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων (ανθρώπινων και υλικών) που διατίθενται για την φροντίδα της ψυχικής υγείας των ανοϊκών ασθενών.

Στόχοι Προγράμματος

- Η πρόληψη της ιδρυματοποίησης των ανοϊκών ασθενών και η παραμονή τους στην κοινότητα
- Η υποστήριξη και ελάφρυνση των φροντιστών των ασθενών
- Η προαγωγή της διατομεακής συνεργασίας στην κατεύθυνση της ανάπτυξης ενός απαρτιωμένου συστήματος φροντίδας των ανοϊκών ασθενών
- Η βελτίωση της διασύνδεσης κοινωνικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ανοϊκών ασθενών

Ενδεικτικές δράσεις Προγράμματος:

- Η παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στο πλαίσιο των δομών φροντίδας των ΟΤΑ

- Εκπαίδευση στην εργασία (on the job training) των εργαζομένων των ΚΗΦΗ και των Προγραμμάτων Βοήθειας στο Σπίτι και λοιπές δράσεις κατάρτισης
- Κατάρτιση των εργαζομένων στα ΚΑΠΗ κατά πρώτο λόγο στην έγκαιρη διάγνωση και την ψυχοεκπαίδευση των φροντιστών των ανοϊκών ασθενών
- Βελτίωση των δεξιοτήτων των πασχόντων για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας τους
- Διενέργεια επιδημιολογικών μελετών

Γ. Δράσεις ενημέρωσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος

Σημαντικό εμπόδιο στη λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελεί η σχεδόν πλήρης έλλειψη, με ελάχιστες φωτεινές εξαιρέσεις (Φωκίδα, Έβρος, Βύρωνας-Καισαριανή) προγραμμάτων αγωγής κοινότητας στην ψυχική υγεία, πράγμα που σε συνάρτηση με την απουσία δεσμών με την κοινότητα, είχε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Μικρή διαπερατότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην τοπική κοινωνία και υπο-χρησιμοποίηση των Μο.Ψ.Υ.
- Περιθωριακή θέση του συστήματος ψυχικής υγείας σε σχέση με το υπόλοιπο σύστημα υγείας
- Συντήρηση των μύθων για τον ψυχικά ασθενή και του στίγματος και των διακρίσεων εις βάρος του
- Παρεμπόδιση της δημιουργίας δομών στέγασης και αποκατάστασης στην κοινότητα λόγω των αντιδράσεων των κατοίκων

Η αγωγή της κοινότητας πρέπει να βασίζεται σε μελέτη της υπάρχουσας κατάστασης, μέσω ειδικής έρευνας, που μπορεί να γίνει παράλληλα με την έρευνα του γενικού πληθυσμού. Η αγωγή κοινότητας πρέπει να αποτελέσει βασική λειτουργία του προτεινόμενου συστήματος. Η λειτουργία αυτή δεν πρέπει να εξαντλείται σε βραχύβιες καμπάνιες, αλλά να διαχέεται σε πολλά επίπεδα (γενικός πληθυσμός, τοπικοί φορείς, τοπική αυτοδιοίκηση, εκκλησία, δικαστικές και αστυνομικές αρχές, εκπαίδευση, ΜΜΕ, κλπ) η δε έντασή της να συντηρείται συνεχώς με ετήσιες τακτικές εκδηλώσεις (π.χ. ημέρες ψυχικής υγείας) και συνεχείς παρεμβάσεις (ΜΜΕ, τοπική αυτοδιοίκηση, κλπ). Με άλλα λόγια, το σύστημα πρέπει να θεωρήσει την αγωγή κοινότητας ως ισάξια λειτουργία με την παροχή υπηρεσιών και να την εντάξει στις τακτικές δραστηριότητές του. Προτείνεται σε κάθε Το.Ψ.Υ. να δημιουργηθεί ομάδα αγωγής κοινότητας από τις Μο.Ψ.Υ. και άλλους φορείς που θα λειτουργεί με ευθύνη της Τ.Ε.Ψ.Υ. και θα προγραμματίζει την αγωγή κοινότητας στην περιοχή. Στο επίπεδο του Π.Σ.Ψ.Υ. προτείνεται η δημιουργία από το Σ.Ψ.Υ.Π.,

επιτροπής αγωγής κοινότητας η οποία θα ασχοληθεί με την κατάρτιση οδηγίων που θα δίνονται στις ομάδες του κάθε Το.Ψ.Υ. για το θέμα και θα επεξεργάζεται και θα προτείνει κεντρικές δράσεις στο θέμα. Η επιτροπή αυτή θα βρίσκεται σε επαφή με τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΓΚΑ, προκειμένου να διευκολύνει την τοπική εφαρμογή δράσεων που αποφασίζονται σε εθνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2001), «ο κύριος στόχος των δράσεων αυτών είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερα για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, τη διαδικασία ανάρρωσης και ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.».

Οι κυριότερες σχετικές εθνικές δράσεις ήταν οι ακόλουθες:

Υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος Κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας με τίτλο «Ας Ανοίξουμε τις πόρτες». Η δράση αυτή εντάσσεται σε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συναρτώνται με τη σχιζοφρένεια, το οποίο έχει σχεδιαστεί από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ)³⁰. Σε αυτό το πλαίσιο, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο (ΕΠΙΨΥ) ανέπτυξε ένα σύνθετο πλέγμα δράσεων στον επικοινωνιακό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό τομέα:

i. Επικοινωνιακός Τομέας

Δράσεις που αφορούν τα ΜΜΕ και την ενημέρωση του κοινού (πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις ιστοσελίδες, ενημερωτικό υλικό και εκπομπές, τηλεοπτικά σποτ, άρθρα, πρωτοβουλία «Κυνηγοί κατά του Στίγματος»)

ii. Εκπαιδευτικός Τομέας

Ειδικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια, τους ασθενείς, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ειδικές ομάδες του πληθυσμού (μαθητές, αστυνομικοί, εργοδότες και εργαζόμενοι κλπ.) και διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων.

iii. Ερευνητικός Τομέας

Ενδεικτικά αναφέρονται η διενέργεια πανελλαδικής έρευνας κοινωνικών στάσεων για την Ψυχική Ασθένεια (Οικονόμου και συν., 2005) σε 13 γεωγραφικές

³⁰ Το 1996 ήταν το έτος έναρξης του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας «Open the doors» με στόχους την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια και τη θεραπεία της και την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων. Μετά την αρχική πιλοτική φάση εφαρμογής του προγράμματος η ΠΨΕ ενέταξε την Ελλάδα το 1999 στην επόμενη ζώνη εφαρμογής του.

περιφέρειες (το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 1199 άτομα) και η διερεύνηση των τρόπων απεικόνισης του κοινού στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο (Οικονόμου και συν., 2007).

iv. Λοιπές Δράσεις

Ανάπτυξη δικτύου εθελοντών, συνεργασία με συλλόγους οικογενειών και ασθενών (βλ. υποστήριξη της οργάνωσης χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τίτλο Σωματείο ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «η Αναγέννηση»³¹) κλπ

Επίσης, οι μονάδες ψυχικής υγείας και οι ακαδημαϊκοί φορείς ανέπτυξαν δράσεις κατά του στίγματος με αποδέκτες τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τις οικογένειες των ασθενών και την κοινότητα. Αυτές αποσκοπούσαν στην επιμόρφωση των επαγγελματιών και την ενημέρωση του κοινού. Ιδιαίτερα θετικές, επίσης, ήταν οι παρεμβάσεις ενημέρωσης και ψυχοεκπαίδευσης των οικογενειών των ψυχικά πασχόντων.

Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

- Ανάπτυξη συντονισμένης εκστρατείας ενημέρωσης του κοινού σε πανελλαδικό επίπεδο για την καταπολέμηση του στίγματος
- Ανάπτυξη προγραμμάτων ευαισθητοποίησης σε εκπαιδευτικά και εργασιακά πλαίσια για την αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών και την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων
- Ανάδειξη και ενίσχυση καλών πρακτικών που αφορούν σε προγράμματα για την ευαισθητοποίηση τόσο του κοινού όσο και την αλλαγή των στάσεων σε στοχευμένους θεσμικούς χώρους
- Αξιοποίηση του εκπαιδευτικού υλικού και της μεθοδολογίας καταπολέμησης του στίγματος που έχει παραχθεί στο πλαίσιο του Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια
- Έρευνα για την επικράτηση των στιγματιστικών αντιλήψεων
- Αξιολόγηση δράσεων
- Δράσεις Ψυχοεκπ/σης για χρήστες και οικείους τους

Δ. Δράσεις ενίσχυσης της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών

Οι στρατηγικές ενδυνάμωσης και προαγωγής της συμμετοχής των ΑμΨΔ και των οικείων τους είναι συστατικό στοιχείο μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής ψυχικής υγείας. Οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση των πολιτικών και προγραμμάτων

³¹ Η οργάνωση αυτή δημιουργήθηκε το 1984, αριθμεί 350 μέλη με στόχους που περιλαμβάνουν την ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικείων τους και την πληροφόρηση του κοινού.

ψυχικής υγείας ώστε οι υπηρεσίες να είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους.

Ενδεικτικές δράσεις:

- Υποστήριξη και τακτική χρηματοδότηση για τη δημιουργία ομοσπονδίας συλλόγων ψυχικά ασθενών σε εθνικό επίπεδο.
- Δημιουργία κοινωνικής λέσχης για τη διενέργεια επιμορφωτικών και ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων
- Ενημέρωση του κοινού και δράσεις καταπολέμησης του στίγματος

Ε. Δράσεις για την προώθηση της διασύνδεσης ανάμεσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας(ΠΦΥ) και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Όπως ήδη έχει επισημανθεί, η δυνατότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών εξαντλείται σε ένα τμήμα μόνο του πληθυσμού που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αναγκαστικά δε περιορίζεται στο τμήμα εκείνο με τα σοβαρότερα προβλήματα. Η συνεργασία με την ΠΦΥ είναι απαραίτητη, προκειμένου αφενός μεν για να καλυφθούν οι ανάγκες και όσο το δυνατό μεγαλύτερου τμήματος του πληθυσμού, αφετέρου δε, μέσω της δημιουργίας δικτύων με τις Μο.Ψ.Υ., για να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε αυτές, εκείνων των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και έχουν ανάγκη παρέμβασης, αλλά διάφοροι λόγοι και παράγοντες (γεωγραφικοί, κοινωνικοί, οικογενειακοί, κλπ) την ανταγωνίζονται και την παρεμποδίζουν.

Η ανεπαρκής ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, όπως έχει δείξει παλαιότερη έρευνα (Μανρεας και συν 1995), αλλά και η ελλιπής εκπαίδευση των λειτουργών της σε θέματα ψυχικής υγείας, έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη συχνότητα αναγνώρισης και διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγείας.

Η έλλειψη δικτύωσης και συνεχιζόμενης ενημέρωσης συχνά καταλήγει σε δαπανηρές επικαλύψεις. Επομένως, η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της Π.Φ.Υ. και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Καινοτόμες πρακτικές στην κατεύθυνση της διασύνδεσης περιλαμβάνουν την δέσμευση για ανάπτυξη πρωτοκόλλων συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιων και ψυχιατρικών μονάδων στην περιφέρεια της Κρήτης και υποστηρικτικών εργαλείων

για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών³² και των χαρακτηριστικών του υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ενδεικτικές δράσεις³³:

- Διενέργεια έρευνας εκπαιδευτικών αναγκών γιατρών της πρωτοβάθμιας
- Κοινές εκπαιδευτικές δράσεις για τις πρωτοβάθμιες και ψυχιατρικές μονάδες
- Υιοθέτηση συγκεκριμένης δράσης για την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας των Το.Ψ.Υ. που θα επιλεγούν, το οποίο βασίζεται σε «εκπαιδευτικό πακέτο» εγκεκριμένο από τον ΠΟΥ (mhGAP). Η συγκεκριμένη δράση αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μόνιμων δεσμών και δικτύου μεταξύ των υπηρεσιών ΠΦΥ και των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με αναμενόμενο αποτέλεσμα την καλύτερη αποδοτικότητα του συστήματος.
- Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας των δράσεων
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλων συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιων και ψυχιατρικών μονάδων
- Εντοπισμός και ανάδειξη-διάχυση των καλών πρακτικών
- Ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού (προσβάσιμου στο διαδίκτυο) που να αφορά τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την φαρμακευτική υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων
- Ενημέρωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προβληματική της Π.Φ.Υ.
- Πιλοτικές δράσεις τηλεψυχιατρικής για την υποστήριξη των επαγγελματιών της Π.Φ.Υ.

ΣΤ. Πρόληψη και πρόωγη ανίχνευση των ψυχωτικών διαταραχών

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει δώσει ιδιαίτερο βάρος στην αποασυλοποίηση και στην κατάργηση των ψυχιατρείων, θεωρώντας ότι προέχει η αλλαγή στον τρόπο παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης και στην απομάκρυνσή της από το ασυλιακό μοντέλο. Λόγω της στροφής αυτής, έχει λανθασμένα ταυτιστεί από σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μόνο με αυτήν τη

³² Στην κατεύθυνση αυτή ειδικά ερευνητικά εργαλεία έχουν σταθμιστεί για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση συνήθων ψυχικών διαταραχών από το Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

³³ Οι προτάσεις για δράση υποβλήθηκαν από ομάδα εργασίας κατόπιν πρόσκλησης της Δ/σης Ψυχικής Υγείας που αποτελούνταν από τους Θηραίο Ε., Γκρέγκορ Σ. και Γκιωνάκη Ν.

διαδικασία, παρά το γεγονός ότι υπάρχει ιδιαίτερο σχέδιο και φροντίδα για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί, ότι λόγω της επικέντρωσης στις δομές, το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δεν έχει δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε σημαντικά προβλήματα, το σημαντικότερο από τα οποία είναι η πρόληψη και πρώιμη διάγνωση των ψυχωτικών διαταραχών στην κοινότητα.

Η ετήσια επικράτηση των ψυχωτικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό, υπολογίζεται από διεθνείς έρευνες, σε 15-25 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού (Μ.Ο. 20/100.000). Με τους υπολογισμούς αυτούς και παρά το ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα ελληνικά στοιχεία, οπότε η μεταφορά δεικτών άλλων χωρών ενέχει τον κίνδυνο του «οικολογικού σφάλματος», και με βάση το γεγονός ότι στις περισσότερες περιοχές του κόσμου δεν παρατηρούνται σημαντικές επιδημιολογικές αποκλίσεις στην επικράτηση των ψυχώσεων, εκτιμάται ότι στην Ελλάδα κάθε έτος εκδηλώνονται περίπου 2200 νέες περιπτώσεις ψυχώσεων. Η παραδοσιακή θεώρηση του θέματος είναι, ότι λόγω της σοβαρότητας της διαταραχής, είναι απίθανη η διαφυγή των περισσότερων από αυτές από το δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οπότε, αργά ή γρήγορα, θα υπάρξει για κάθε ασθενή η αναγκαία φροντίδα.

Εν τούτοις, στην περίπτωση των νέων αυτών ασθενών θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα ακόλουθα:

- Η έναρξη των ψυχώσεων επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβική και μεταεφηβική ηλικία, ενώ το χρονικό σημείο έναρξης είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, λόγω της ύπαρξης προδρόμων (prodromal) συμπτωμάτων που διαρκούν για σημαντικό χρονικό διάστημα και της πολλές φορές εκ των υστέρων διαπίστωσης ύπαρξης περιόδου υψηλού κινδύνου (at risk period) σε άτομα που αργότερα ανέπτυξαν ψυχωτικές διαταραχές. Οι χρονικές αυτές περίοδοι, προσφέρονται για προληπτικές και πρώιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Σημαντική για την εξέλιξη των ψυχώσεων αποτελεί η πρώιμη παρέμβαση, που αφορά στην έγκαιρη διάγνωση, με την κατά το δυνατόν σμίκρυνση του χρονικού διαστήματος της μη θεραπευόμενης ψύχωσης (duration of untreated psychosis) και την σύντομη εφαρμογή θεραπευτικής παρέμβασης. Σημαντικό διάστημα για την εξέλιξη της ψύχωσης είναι η πρώτη τριετία από την έναρξη. Βασικός λόγος αποτελεί, η παγίωση μετά από αυτήν των αναπηριών που προκύπτουν από την ψύχωση, που εκφράζονται συνήθως ως αρνητική συμπτωματολογία, η οποία είναι συχνά ιδιαίτερα ανθεκτική στη θεραπεία. Κατά συνέπεια, η σμίκρυνση αυτού του χρονικού διαστήματος

(του οποίου η διάμεση τιμή υπολογίζεται σε 1 έτος, αλλά επηρεάζεται σημαντικά από τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την διαπερατότητα που αυτές έχουν στην κοινότητα) πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών ενός σύγχρονου συστήματος ψυχικής υγείας.

Σήμερα υφίστανται διεθνώς, αρκετά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση, κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, αρκετά από τα οποία, παρουσιάζουν σημαντική επιτυχία. Σημαντική συμβολή της επιτυχίας αυτών των προγραμμάτων αποτελούν: α) η δημιουργία ιδιαίτερων υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση, με κύρια χαρακτηριστικά την έμφαση στην κατά το δυνατόν αποφυγή της εσωτερικής νοσηλείας και στη διατήρηση της φυσιολογικής ζωής του ασθενούς και β) η συνάρτησή τους με προγράμματα αγωγής υγείας της κοινότητας, με βασική συμμετοχή των κοινοτικών φορέων και των ΜΜΕ, τα οποία συμβάλλουν σημαντικά στην συνειδητοποίηση, ιδιαίτερα από τους υπεύθυνους φορέων όπως η εκπαίδευση και η ΠΦΥ και από τους γονείς, των πρόδρομων και πρώιμων συμπτωμάτων της ψύχωσης με αποτέλεσμα την κατά το δυνατό πιο έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ψύχωσης στο πρώτο της επεισόδιο, πρέπει να αποτελέσει ιδιαίτερο αντικείμενο, μέσω της δημιουργίας ειδικού προγράμματος για το θέμα αυτό. Με βάση την υπάρχουσα εμπειρία από την 3ετή λειτουργία υπηρεσίας έγκαιρης παρέμβασης στην Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και της διεθνούς εμπειρίας, προτείνονται τα παρακάτω:

1. Η δημιουργία από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΥΚΑ, ομάδας μελέτης του θέματος, που θα καταλήξει σε συγκεκριμένες προτάσεις και οδηγίες.
2. Η πειραματική λειτουργία στην Π.Ε.Ψ.Υ. του παρακάτω σχήματος:
 - λειτουργία προγράμματος αγωγής υγείας με επικέντρωση στην έγκαιρη διάγνωση της ψύχωσης (διάρκεια 2-3 έτη) με εμπλοκή των φορέων που περιγράφονται στα της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ΠΦΥ
 - δημιουργία 2-3 ειδικών υπηρεσιών στο πλαίσιο πανεπιστημιακών κλινικών και τακτική ανά έτος αξιολόγησή τους, όπως και των επιχειρούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Publications

Revised January 2018

Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)

Table of Contents

Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)

Preface

Principles of Effective Treatment

Frequently Asked Questions

Drug Addiction Treatment in the United States

Evidence-Based Approaches to Drug Addiction Treatment

Acknowledgments

Resources

Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)



The U.S. Government does not endorse or favor any specific commercial product or company. Trade, proprietary, or company names appearing in this publication are used only because they are considered essential in the context of the studies described.

Preface

Drug addiction is a complex illness.

It is characterized by intense and, at times, uncontrollable drug craving, along with compulsive drug seeking and use that persist even in the face of devastating consequences. This update of the National Institute on Drug Abuse's *Principles of Drug Addiction Treatment* is intended to address addiction to a wide variety of drugs, including nicotine, alcohol, and illicit and prescription drugs. It is designed to serve as a resource for healthcare providers, family members, and other stakeholders trying to address the myriad problems faced by patients in need of treatment for drug abuse or addiction.

Addiction affects multiple brain circuits, including those involved in reward and motivation, learning and memory, and inhibitory control over behavior. That is why addiction is a brain disease. Some individuals are more vulnerable than others to becoming addicted, depending on the interplay between genetic makeup, age of exposure to drugs, and other environmental influences. While a person initially chooses to take drugs, over time the effects of prolonged exposure on brain functioning compromise that ability to choose, and seeking and consuming the drug become compulsive, often eluding a person's self-control or willpower.

But addiction is more than just compulsive drug taking—it can also produce far-reaching health and

social consequences. For example, drug abuse and addiction increase a person's risk for a variety of other mental and physical illnesses related to a drug-abusing lifestyle or the toxic effects of the drugs themselves. Additionally, the dysfunctional behaviors that result from drug abuse can interfere with a person's normal functioning in the family, the workplace, and the broader community.

Because drug abuse and addiction have so many dimensions and disrupt so many aspects of an individual's life, treatment is not simple. Effective treatment programs typically incorporate many components, each directed to a particular aspect of the illness and its consequences. Addiction treatment must help the individual stop using drugs, maintain a drug-free lifestyle, and achieve productive functioning in the family, at work, and in society. Because addiction is a disease, most people cannot simply stop using drugs for a few days and be cured. Patients typically require long-term or repeated episodes of care to achieve the ultimate goal of sustained abstinence and recovery of their lives. Indeed, scientific research and clinical practice demonstrate the value of continuing care in treating addiction, with a variety of approaches having been tested and integrated in residential and community settings.

As we look toward the future, we will harness new research results on the influence of genetics and environment on gene function and expression (i.e., epigenetics), which are heralding the development of personalized treatment interventions. These findings will be integrated with current evidence supporting the most effective drug abuse and addiction treatments and their implementation, which are reflected in this guide.

Nora D. Volkow, M.D.

Director

National Institute on Drug Abuse

Principles of Effective Treatment

1. **Addiction is a complex but treatable disease that affects brain function and behavior.** Drugs of abuse alter the brain's structure and function, resulting in changes that persist long after drug use has ceased. This may explain why drug abusers are at risk for relapse even after long periods of abstinence and despite the potentially devastating consequences.

2. **No single treatment is appropriate for everyone.** Treatment varies depending on the type of drug and the characteristics of the patients. Matching treatment settings, interventions, and services to an individual's particular problems and needs is critical to his or her ultimate success in returning to productive functioning in the family, workplace, and society.
3. **Treatment needs to be readily available.** Because drug-addicted individuals may be uncertain about entering treatment, taking advantage of available services the moment people are ready for treatment is critical. Potential patients can be lost if treatment is not immediately available or readily accessible. As with other chronic diseases, the earlier treatment is offered in the disease process, the greater the likelihood of positive outcomes.
4. **Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug abuse.** To be effective, treatment must address the individual's drug abuse and any associated medical, psychological, social, vocational, and legal problems. It is also important that treatment be appropriate to the individual's age, gender, ethnicity, and culture.
5. **Remaining in treatment for an adequate period of time is critical.** The appropriate duration for an individual depends on the type and degree of the patient's problems and needs. Research indicates that most addicted individuals need at least 3 months in treatment to significantly reduce or stop their drug use and that the best outcomes occur with longer durations of treatment. Recovery from drug addiction is a long-term process and frequently requires multiple episodes of treatment. As with other chronic illnesses, relapses to drug abuse can occur and should signal a need for treatment to be reinstated or adjusted. Because individuals often leave treatment prematurely, programs should include strategies to engage and keep patients in treatment.
6. **Behavioral therapies—including individual, family, or group counseling—are the most commonly used forms of drug abuse treatment.** Behavioral therapies vary in their focus and may involve addressing a patient's motivation to change, providing incentives for abstinence, building skills to resist drug use, replacing drug-using activities with constructive and rewarding activities, improving problem-solving skills, and facilitating better interpersonal relationships. Also, participation in group therapy and other peer support programs during and following treatment can help maintain abstinence.
7. **Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies.** For example, methadone, buprenorphine, and naltrexone (including a new long-acting formulation) are effective in helping individuals addicted to heroin or other opioids stabilize their lives and reduce their illicit drug use. Acamprosate, disulfiram, and naltrexone are medications approved for treating alcohol dependence. For persons addicted to nicotine, a nicotine replacement product (available as patches, gum, lozenges, or nasal spray) or an oral medication (such as bupropion or varenicline)

can be an effective component of treatment when part of a comprehensive behavioral treatment program.

8. **An individual's treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that it meets his or her changing needs.** A patient may require varying combinations of services and treatment components during the course of treatment and recovery. In addition to counseling or psychotherapy, a patient may require medication, medical services, family therapy, parenting instruction, vocational rehabilitation, and/or social and legal services. For many patients, a continuing care approach provides the best results, with the treatment intensity varying according to a person's changing needs.
9. **Many drug-addicted individuals also have other mental disorders.** Because drug abuse and addiction—both of which are mental disorders—often co-occur with other mental illnesses, patients presenting with one condition should be assessed for the other(s). And when these problems co-occur, treatment should address both (or all), including the use of medications as appropriate.
10. **Medically assisted detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug abuse.** Although medically assisted detoxification can safely manage the acute physical symptoms of withdrawal and can, for some, pave the way for effective long-term addiction treatment, detoxification alone is rarely sufficient to help addicted individuals achieve long-term abstinence. Thus, patients should be encouraged to continue drug treatment following detoxification. Motivational enhancement and incentive strategies, begun at initial patient intake, can improve treatment engagement.
11. **Treatment does not need to be voluntary to be effective.** Sanctions or enticements from family, employment settings, and/or the criminal justice system can significantly increase treatment entry, retention rates, and the ultimate success of drug treatment interventions.
12. **Drug use during treatment must be monitored continuously, as lapses during treatment do occur.** Knowing their drug use is being monitored can be a powerful incentive for patients and can help them withstand urges to use drugs. Monitoring also provides an early indication of a return to drug use, signaling a possible need to adjust an individual's treatment plan to better meet his or her needs.
13. **Treatment programs should test patients for the presence of HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases as well as provide targeted risk-reduction counseling, linking patients to treatment if necessary.** Typically, drug abuse treatment addresses some of the drug-related behaviors that put people at risk of infectious diseases. Targeted counseling focused on reducing infectious disease risk can help patients further reduce or avoid substance-related and other high-risk behaviors. Counseling can also help those who are already infected to manage their illness. Moreover, engaging in substance abuse treatment can

facilitate adherence to other medical treatments. Substance abuse treatment facilities should provide onsite, rapid HIV testing rather than referrals to offsite testing—research shows that doing so increases the likelihood that patients will be tested and receive their test results. Treatment providers should also inform patients that highly active antiretroviral therapy (HAART) has proven effective in combating HIV, including among drug-abusing populations, and help link them to HIV treatment if they test positive.

Frequently Asked Questions

Treatment varies depending on the type of drug and the characteristics of the patient. The best programs provide a combination of therapies and other services.

Why do drug-addicted persons keep using drugs?

Nearly all addicted individuals believe at the outset that they can stop using drugs on their own, and most try to stop without treatment. Although some people are successful, many attempts result in failure to achieve long-term abstinence. Research has shown that long-term drug abuse results in changes in the brain that persist long after a person stops using drugs. These drug-induced changes in brain function can have many behavioral consequences, including an inability to exert control over the impulse to use drugs despite adverse consequences—the defining characteristic of addiction.

Long-term drug use results in significant changes in brain function that can persist long after the individual stops using drugs.

Understanding that addiction has such a fundamental biological component may help explain the difficulty of achieving and maintaining abstinence without treatment. Psychological stress from work, family problems, psychiatric illness, pain associated with medical problems, social cues (such as

meeting individuals from one's drug-using past), or environmental cues (such as encountering streets, objects, or even smells associated with drug abuse) can trigger intense cravings without the individual even being consciously aware of the triggering event. Any one of these factors can hinder attainment of sustained abstinence and make relapse more likely. Nevertheless, research indicates that active participation in treatment is an essential component for good outcomes and can benefit even the most severely addicted individuals.

What is drug addiction treatment?

Drug treatment is intended to help addicted individuals stop compulsive drug seeking and use. Treatment can occur in a variety of settings, take many different forms, and last for different lengths of time. Because drug addiction is typically a chronic disorder characterized by occasional relapses, a short-term, one-time treatment is usually not sufficient. For many, treatment is a long-term process that involves multiple interventions and regular monitoring.



There are a variety of evidence-based approaches to treating addiction. Drug treatment can include behavioral therapy (such as cognitive-behavioral therapy or contingency management), medications, or their combination. The specific type of treatment or combination of treatments will vary depending on the patient's individual needs and, often, on the types of drugs they use.

Treatment medications, such as methadone, buprenorphine, and naltrexone (including a new long-acting formulation), are available for individuals addicted to opioids, while nicotine preparations (patches, gum, lozenges, and nasal spray) and the medications varenicline and bupropion are available for individuals addicted to tobacco. Disulfiram, acamprosate, and naltrexone are medications available for treating alcohol dependence,¹ which commonly co-occurs with other

drug addictions, including addiction to prescription medications.

Drug addiction treatment can include medications, behavioral therapies, or their combination.

Treatments for prescription drug abuse tend to be similar to those for illicit drugs that affect the same brain systems. For example, buprenorphine, used to treat heroin addiction, can also be used to treat addiction to opioid pain medications. Addiction to prescription stimulants, which affect the same brain systems as illicit stimulants like cocaine, can be treated with behavioral therapies, as there are not yet medications for treating addiction to these types of drugs.

Behavioral therapies can help motivate people to participate in drug treatment, offer strategies for coping with drug cravings, teach ways to avoid drugs and prevent relapse, and help individuals deal with relapse if it occurs. Behavioral therapies can also help people improve communication, relationship, and parenting skills, as well as family dynamics.

Many treatment programs employ both individual and group therapies. Group therapy can provide social reinforcement and help enforce behavioral contingencies that promote abstinence and a non-drug-using lifestyle. Some of the more established behavioral treatments, such as contingency management and cognitive-behavioral therapy, are also being adapted for group settings to improve efficiency and cost-effectiveness. However, particularly in adolescents, there can also be a danger of unintended harmful (or iatrogenic) effects of group treatment—sometimes group members (especially groups of highly delinquent youth) can reinforce drug use and thereby derail the purpose of the therapy. Thus, trained counselors should be aware of and monitor for such effects.

Because they work on different aspects of addiction, combinations of behavioral therapies and medications (when available) generally appear to be more effective than either approach used alone.

Finally, people who are addicted to drugs often suffer from other health (e.g., depression, HIV), occupational, legal, familial, and social problems that should be addressed concurrently. The best programs provide a combination of therapies and other services to meet an individual patient's needs. Psychoactive medications, such as antidepressants, anti-anxiety agents, mood stabilizers, and

antipsychotic medications, may be critical for treatment success when patients have co-occurring mental disorders such as depression, anxiety disorders (including post-traumatic stress disorder), bipolar disorder, or schizophrenia. In addition, most people with severe addiction abuse multiple drugs and require treatment for all substances abused.

Treatment for drug abuse and addiction is delivered in many different settings using a variety of behavioral and pharmacological approaches.

¹Another drug, topiramate, has also shown promise in studies and is sometimes prescribed (off-label) for this purpose although it has not received FDA approval as a treatment for alcohol dependence.

How effective is drug addiction treatment?

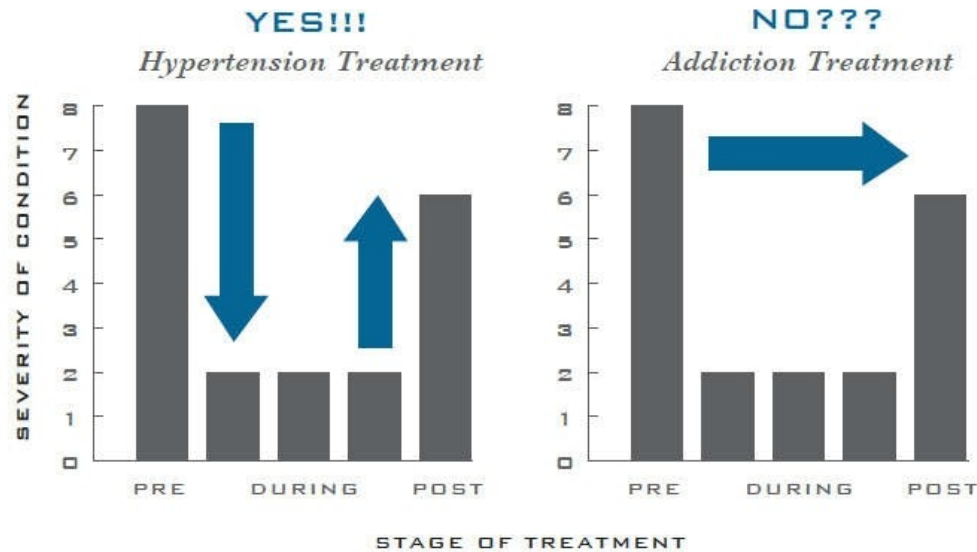
In addition to stopping drug abuse, the goal of treatment is to return people to productive functioning in the family, workplace, and community. According to research that tracks individuals in treatment over extended periods, most people who get into and remain in treatment stop using drugs, decrease their criminal activity, and improve their occupational, social, and psychological functioning. For example, methadone treatment has been shown to increase participation in behavioral therapy and decrease both drug use and criminal behavior. However, individual treatment outcomes depend on the extent and nature of the patient's problems, the appropriateness of treatment and related services used to address those problems, and the quality of interaction between the patient and his or her treatment providers.

Relapse rates for addiction resemble those of other chronic diseases such as diabetes, hypertension, and asthma.

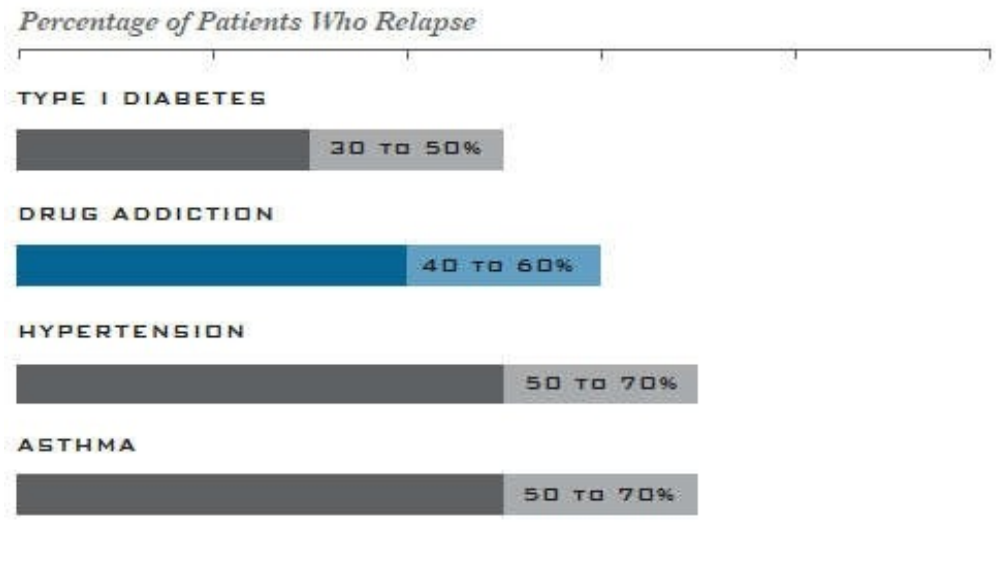
Like other chronic diseases, addiction can be managed successfully. Treatment enables people to counteract addiction's powerful disruptive effects on the brain and behavior and to regain control of

their lives. The chronic nature of the disease means that relapsing to drug abuse is not only possible but also likely, with symptom recurrence rates similar to those for other well-characterized chronic medical illnesses—such as diabetes, hypertension, and asthma (see figure, "Comparison of Relapse Rates Between Drug Addiction and Other Chronic Illnesses")—that also have both physiological and behavioral components.

WHY IS ADDICTION TREATMENT EVALUATED DIFFERENTLY?
BOTH REQUIRE ONGOING CARE



Unfortunately, when relapse occurs many deem treatment a failure. This is not the case: Successful treatment for addiction typically requires continual evaluation and modification as appropriate, similar to the approach taken for other chronic diseases. For example, when a patient is receiving active treatment for hypertension and symptoms decrease, treatment is deemed successful, even though symptoms may recur when treatment is discontinued. For the addicted individual, lapses to drug abuse do not indicate failure—rather, they signify that treatment needs to be reinstated or adjusted, or that alternate treatment is needed (see figure, "Why is Addiction Treatment Evaluated Differently?").



Is drug addiction treatment worth its cost?

Substance abuse costs our Nation over \$600 billion annually and treatment can help reduce these costs. Drug addiction treatment has been shown to reduce associated health and social costs by far more than the cost of the treatment itself. Treatment is also much less expensive than its alternatives, such as incarcerating addicted persons. For example, the average cost for 1 full year of methadone maintenance treatment is approximately \$4,700 per patient, whereas 1 full year of imprisonment costs approximately \$24,000 per person.

Drug addiction treatment reduces drug use and its associated health and social costs.

According to several conservative estimates, every dollar invested in addiction treatment programs yields a return of between \$4 and \$7 in reduced drug-related crime, criminal justice costs, and theft. When savings related to healthcare are included, total savings can exceed costs by a ratio of 12 to 1. Major savings to the individual and to society also stem from fewer interpersonal conflicts; greater workplace productivity; and fewer drug-related accidents, including overdoses and deaths.

How long does drug addiction treatment usually last?

Individuals progress through drug addiction treatment at various rates, so there is no predetermined length of treatment. However, research has shown unequivocally that good outcomes are contingent on adequate treatment length. Generally, for residential or outpatient treatment, participation for less than 90 days is of limited effectiveness, and treatment lasting significantly longer is recommended for maintaining positive outcomes. For methadone maintenance, 12 months is considered the minimum, and some opioid-addicted individuals continue to benefit from methadone maintenance for many years.

Good outcomes are contingent on adequate treatment length.

Treatment dropout is one of the major problems encountered by treatment programs; therefore, motivational techniques that can keep patients engaged will also improve outcomes. By viewing addiction as a chronic disease and offering continuing care and monitoring, programs can succeed, but this will often require multiple episodes of treatment and readily readmitting patients that have relapsed.

What helps people stay in treatment?

Because successful outcomes often depend on a person's staying in treatment long enough to reap its full benefits, strategies for keeping people in treatment are critical. Whether a patient stays in treatment depends on factors associated with both the individual and the program. Individual factors related to engagement and retention typically include motivation to change drug-using behavior; degree of support from family and friends; and, frequently, pressure from the criminal justice system, child protection services, employers, or family. Within a treatment program, successful clinicians can establish a positive, therapeutic relationship with their patients. The clinician should ensure that a treatment plan is developed cooperatively with the person seeking treatment, that the plan is followed, and that treatment expectations are clearly understood. Medical, psychiatric, and social services

should also be available.

Whether a patient stays in treatment depends on factors associated with both the individual and the program.

Because some problems (such as serious medical or mental illness or criminal involvement) increase the likelihood of patients dropping out of treatment, intensive interventions may be required to retain them. After a course of intensive treatment, the provider should ensure a transition to less intensive continuing care to support and monitor individuals in their ongoing recovery.

How do we get more substance-abusing people into treatment?

It has been known for many years that the "treatment gap" is massive—that is, among those who need treatment for a substance use disorder, few receive it. In 2011, 21.6 million persons aged 12 or older needed treatment for an illicit drug or alcohol use problem, but only 2.3 million received treatment at a specialty substance abuse facility.

Reducing this gap requires a multipronged approach. Strategies include increasing access to effective treatment, achieving insurance parity (now in its earliest phase of implementation), reducing stigma, and raising awareness among both patients and healthcare professionals of the value of addiction treatment. To assist physicians in identifying treatment need in their patients and making appropriate referrals, NIDA is encouraging widespread use of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) tools for use in primary care settings through its NIDAMED initiative. SBIRT, which evidence shows to be effective against tobacco and alcohol use—and, increasingly, against abuse of illicit and prescription drugs—has the potential not only to catch people before serious drug problems develop, but also to identify people in need of treatment and connect them with appropriate treatment providers.

How can family and friends make a difference in the life of someone needing treatment?

Family and friends can play critical roles in motivating individuals with drug problems to enter and stay in treatment. Family therapy can also be important, especially for adolescents. Involvement of a family member or significant other in an individual's treatment program can strengthen and extend treatment benefits.

Where can family members go for information on treatment options?

Trying to locate appropriate treatment for a loved one, especially finding a program tailored to an individual's particular needs, can be a difficult process. However, there are some resources to help with this process. For example, NIDA's handbook *Seeking Drug Abuse Treatment: Know What to Ask* offers guidance in finding the right treatment program. Numerous online resources can help locate a local program or provide other information, including:

- The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) maintains a Web site (findtreatment.gov) that shows the location of residential, outpatient, and hospital inpatient treatment programs for drug addiction and alcoholism throughout the country. This information is also accessible by calling 1-800-662-HELP.
- The National Suicide Prevention Lifeline (1-800-273-TALK) offers more than just suicide prevention—it can also help with a host of issues, including drug and alcohol abuse, and can connect individuals with a nearby professional.
- The National Alliance on Mental Illness (www.nami.org) and Mental Health America (www.mentalhealthamerica.net) are alliances of nonprofit, self-help support organizations for patients and families dealing with a variety of mental disorders. Both have State and local affiliates throughout the country and may be especially helpful for patients with comorbid conditions.
- The American Academy of Addiction Psychiatry and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry each have physician locator tools posted on their Web sites at aaap.org and aacap.org, respectively.

- Faces & Voices of Recovery (facesandvoicesofrecovery.org), founded in 2001, is an advocacy organization for individuals in long-term recovery that strategizes on ways to reach out to the medical, public health, criminal justice, and other communities to promote and celebrate recovery from addiction to alcohol and other drugs.
- The Partnership at Drugfree.org (drugfree.org) is an organization that provides information and resources on teen drug use and addiction for parents, to help them prevent and intervene in their children's drug use or find treatment for a child who needs it. They offer a toll-free helpline for parents (1-855-378-4373).
- The American Society of Addiction Medicine (asam.org) is a society of physicians aimed at increasing access to addiction treatment. Their Web site has a nationwide directory of addiction medicine professionals.
- NIDA's National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network (drugabuse.gov/about-nida/organization/cctn/ctn) provides information for those interested in participating in a clinical trial testing a promising substance abuse intervention; or visit clinicaltrials.gov.
- NIDA's DrugPubs Research Dissemination Center (drugpubs.drugabuse.gov) provides booklets, pamphlets, fact sheets, and other informational resources on drugs, drug abuse, and treatment.
- The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (niaaa.nih.gov) provides information on alcohol, alcohol use, and treatment of alcohol-related problems (niaaa.nih.gov/search/node/treatment).

How can the workplace play a role in substance abuse treatment?

Many workplaces sponsor Employee Assistance Programs (EAPs) that offer short-term counseling and/or assistance in linking employees with drug or alcohol problems to local treatment resources, including peer support/recovery groups. In addition, therapeutic work environments that provide employment for drug-abusing individuals who can demonstrate abstinence have been shown not only to promote a continued drug-free lifestyle but also to improve job skills, punctuality, and other behaviors necessary for active employment throughout life. Urine testing facilities, trained personnel, and workplace monitors are needed to implement this type of treatment.

What role can the criminal justice system play in addressing drug addiction?

It is estimated that about one-half of State and Federal prisoners abuse or are addicted to drugs, but relatively few receive treatment while incarcerated. Initiating drug abuse treatment in prison and continuing it upon release is vital to both individual recovery and to public health and safety. Various studies have shown that combining prison- and community-based treatment for addicted offenders reduces the risk of both recidivism to drug-related criminal behavior and relapse to drug use—which, in turn, nets huge savings in societal costs. A 2009 study in Baltimore, Maryland, for example, found that opioid-addicted prisoners who started methadone treatment (along with counseling) in prison and then continued it after release had better outcomes (reduced drug use and criminal activity) than those who only received counseling while in prison or those who only started methadone treatment after their release.

Individuals who enter treatment under legal pressure have outcomes as favorable as those who enter treatment voluntarily.

The majority of offenders involved with the criminal justice system are not in prison but are under community supervision. For those with known drug problems, drug addiction treatment may be recommended or mandated as a condition of probation. Research has demonstrated that individuals who enter treatment under legal pressure have outcomes as favorable as those who enter treatment voluntarily.

The criminal justice system refers drug offenders into treatment through a variety of mechanisms, such as diverting nonviolent offenders to treatment; stipulating treatment as a condition of incarceration, probation, or pretrial release; and convening specialized courts, or drug courts, that handle drug offense cases. These courts mandate and arrange for treatment as an alternative to incarceration, actively monitor progress in treatment, and arrange for other services for drug-involved offenders.

The most effective models integrate criminal justice and drug treatment systems and services. Treatment and criminal justice personnel work together on treatment planning—including implementation of screening, placement, testing, monitoring, and supervision—as well as on the

systematic use of sanctions and rewards. Treatment for incarcerated drug abusers should include continuing care, monitoring, and supervision after incarceration and during parole. Methods to achieve better coordination between parole/probation officers and health providers are being studied to improve offender outcomes. (For more information, please see NIDA's [*Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide*](#) [revised 2012].)

What are the unique needs of women with substance use disorders?

Gender-related drug abuse treatment should attend not only to biological differences but also to social and environmental factors, all of which can influence the motivations for drug use, the reasons for seeking treatment, the types of environments where treatment is obtained, the treatments that are most effective, and the consequences of not receiving treatment. Many life circumstances predominate in women as a group, which may require a specialized treatment approach. For example, research has shown that physical and sexual trauma followed by post-traumatic stress disorder (PTSD) is more common in drug-abusing women than in men seeking treatment. Other factors unique to women that can influence the treatment process include issues around how they come into treatment (as women are more likely than men to seek the assistance of a general or mental health practitioner), financial independence, and pregnancy and child care.

What are the unique needs of pregnant women with substance use disorders?

Using drugs, alcohol, or tobacco during pregnancy exposes not just the woman but also her developing fetus to the substance and can have potentially deleterious and even long-term effects on exposed children. Smoking during pregnancy can increase risk of stillbirth, infant mortality, sudden infant death syndrome, preterm birth, respiratory problems, slowed fetal growth, and low birth weight. Drinking during pregnancy can lead to the child developing fetal alcohol spectrum disorders,

characterized by low birth weight and enduring cognitive and behavioral problems.

Prenatal use of some drugs, including opioids, may cause a withdrawal syndrome in newborns called neonatal abstinence syndrome (NAS). Babies with NAS are at greater risk of seizures, respiratory problems, feeding difficulties, low birth weight, and even death.

Research has established the value of evidence-based treatments for pregnant women (and their babies), including medications. For example, although no medications have been FDA-approved to treat opioid dependence in pregnant women, methadone maintenance combined with prenatal care and a comprehensive drug treatment program can improve many of the detrimental outcomes associated with untreated heroin abuse. However, newborns exposed to methadone during pregnancy still require treatment for withdrawal symptoms. Recently, another medication option for opioid dependence, buprenorphine, has been shown to produce fewer NAS symptoms in babies than methadone, resulting in shorter infant hospital stays. In general, it is important to closely monitor women who are trying to quit drug use during pregnancy and to provide treatment as needed.

What are the unique needs of adolescents with substance use disorders?

Adolescent drug abusers have unique needs stemming from their immature neurocognitive and psychosocial stage of development. Research has demonstrated that the brain undergoes a prolonged process of development and refinement from birth through early adulthood. Over the course of this developmental period, a young person's actions go from being more impulsive to being more reasoned and reflective. In fact, the brain areas most closely associated with aspects of behavior such as decision-making, judgment, planning, and self-control undergo a period of rapid development during adolescence and young adulthood.

Adolescent drug abuse is also often associated with other co-occurring mental health problems. These include attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder, and conduct problems, as well as depressive and anxiety disorders.

Adolescents are also especially sensitive to social cues, with peer groups and families being highly

influential during this time. Therefore, treatments that facilitate positive parental involvement, integrate other systems in which the adolescent participates (such as school and athletics), and recognize the importance of prosocial peer relationships are among the most effective. Access to comprehensive assessment, treatment, case management, and family-support services that are developmentally, culturally, and gender-appropriate is also integral when addressing adolescent addiction.

Medications for substance abuse among adolescents may in certain cases be helpful. Currently, the only addiction medications approved by FDA for people under 18 are over-the-counter transdermal nicotine skin patches, chewing gum, and lozenges (physician advice should be sought first).

Buprenorphine, a medication for treating opioid addiction that must be prescribed by specially trained physicians, has not been approved for adolescents, but recent research suggests it could be effective for those as young as 16. Studies are under way to determine the safety and efficacy of this and other medications for opioid-, nicotine-, and alcohol-dependent adolescents and for adolescents with co-occurring disorders.

Are there specific drug addiction treatments for older adults?

With the aging of the baby boomer generation, the composition of the general population is changing dramatically with respect to the number of older adults. Such a change, coupled with a greater history of lifetime drug use (than previous older generations), different cultural norms and general attitudes about drug use, and increases in the availability of psychotherapeutic medications, is already leading to greater drug use by older adults and may increase substance use problems in this population.

While substance abuse in older adults often goes unrecognized and therefore untreated, research indicates that currently available addiction treatment programs can be as effective for them as for younger adults.

Can a person become addicted to medications prescribed by a doctor?

Yes. People who abuse prescription drugs—that is, taking them in a manner or a dose other than prescribed, or taking medications prescribed for another person—risk addiction and other serious

health consequences. Such drugs include opioid pain relievers, stimulants used to treat ADHD, and benzodiazepines to treat anxiety or sleep disorders. Indeed, in 2010, an estimated 2.4 million people 12 or older met criteria for abuse of or dependence on prescription drugs, the second most common illicit drug use after marijuana. To minimize these risks, a physician (or other prescribing health provider) should screen patients for prior or current substance abuse problems and assess their family history of substance abuse or addiction before prescribing a psychoactive medication and monitor patients who are prescribed such drugs. Physicians also need to educate patients about the potential risks so that they will follow their physician's instructions faithfully, safeguard their medications, and dispose of them appropriately.

Is there a difference between physical dependence and addiction?

Yes. Addiction—or compulsive drug use despite harmful consequences—is characterized by an inability to stop using a drug; failure to meet work, social, or family obligations; and, sometimes (depending on the drug), tolerance and withdrawal. The latter reflect physical dependence in which the body adapts to the drug, requiring more of it to achieve a certain effect (tolerance) and eliciting drug-specific physical or mental symptoms if drug use is abruptly ceased (withdrawal). Physical dependence can happen with the chronic use of many drugs—including many prescription drugs, even if taken as instructed. Thus, physical dependence in and of itself does not constitute addiction, but it often accompanies addiction. This distinction can be difficult to discern, particularly with prescribed pain medications, for which the need for increasing dosages can represent tolerance or a worsening underlying problem, as opposed to the beginning of abuse or addiction.

How do other mental disorders coexisting with drug addiction affect drug addiction treatment?

Drug addiction is a disease of the brain that frequently occurs with other mental disorders. In fact, as many as 6 in 10 people with an illicit substance use disorder also suffer from another mental illness; and rates are similar for users of licit drugs—i.e., tobacco and alcohol. For these individuals, one

condition becomes more difficult to treat successfully as an additional condition is intertwined. Thus, people entering treatment either for a substance use disorder or for another mental disorder should be assessed for the co-occurrence of the other condition. Research indicates that treating both (or multiple) illnesses simultaneously in an integrated fashion is generally the best treatment approach for these patients.

Is the use of medications like methadone and buprenorphine simply replacing one addiction with another?

No. Buprenorphine and methadone are prescribed or administered under monitored, controlled conditions and are safe and effective for treating opioid addiction when used as directed. They are administered orally or sublingually (i.e., under the tongue) in specified doses, and their effects differ from those of heroin and other abused opioids.

Heroin, for example, is often injected, snorted, or smoked, causing an almost immediate "rush," or brief period of intense euphoria, that wears off quickly and ends in a "crash." The individual then experiences an intense craving to use the drug again to stop the crash and reinstate the euphoria.

The cycle of euphoria, crash, and craving—sometimes repeated several times a day—is a hallmark of addiction and results in severe behavioral disruption. These characteristics result from heroin's rapid onset and short duration of action in the brain.

As used in maintenance treatment, methadone and buprenorphine are not heroin/opioid substitutes.

In contrast, methadone and buprenorphine have gradual onsets of action and produce stable levels of the drug in the brain. As a result, patients maintained on these medications do not experience a rush, while they also markedly reduce their desire to use opioids.

If an individual treated with these medications tries to take an opioid such as heroin, the euphoric effects are usually dampened or suppressed. Patients undergoing maintenance treatment do not

experience the physiological or behavioral abnormalities from rapid fluctuations in drug levels associated with heroin use. Maintenance treatments save lives—they help to stabilize individuals, allowing treatment of their medical, psychological, and other problems so they can contribute effectively as members of families and of society.

Where do 12-step or self-help programs fit into drug addiction treatment?

Self-help groups can complement and extend the effects of professional treatment. The most prominent self-help groups are those affiliated with Alcoholics Anonymous (AA), Narcotics Anonymous (NA), and Cocaine Anonymous (CA), all of which are based on the 12-step model. Most drug addiction treatment programs encourage patients to participate in self-help group therapy during and after formal treatment. These groups can be particularly helpful during recovery, offering an added layer of community-level social support to help people achieve and maintain abstinence and other healthy lifestyle behaviors over the course of a lifetime.

Can exercise play a role in the treatment process?

Yes. Exercise is increasingly becoming a component of many treatment programs and has proven effective, when combined with cognitive-behavioral therapy, at helping people quit smoking. Exercise may exert beneficial effects by addressing psychosocial and physiological needs that nicotine replacement alone does not, by reducing negative feelings and stress, and by helping prevent weight gain following cessation. Research to determine if and how exercise programs can play a similar role in the treatment of other forms of drug abuse is under way.

How does drug addiction treatment help reduce the spread of HIV/AIDS, Hepatitis C (HCV), and other infectious diseases?

Drug-abusing individuals, including injecting and non-injecting drug users, are at increased risk of human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis C virus (HCV), and other infectious diseases. These diseases are transmitted by sharing contaminated drug injection equipment and by engaging in risky sexual behavior sometimes associated with drug use. Effective drug abuse treatment is HIV/HCV prevention because it reduces activities that can spread disease, such as sharing injection equipment and engaging in unprotected sexual activity. Counseling that targets a range of HIV/HCV risk behaviors provides an added level of disease prevention.

Drug abuse treatment is HIV and HCV prevention.

Injection drug users who do not enter treatment are up to six times more likely to become infected with HIV than those who enter and remain in treatment. Participation in treatment also presents opportunities for HIV screening and referral to early HIV treatment. In fact, recent research from NIDA's National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network showed that providing rapid onsite HIV testing in substance abuse treatment facilities increased patients' likelihood of being tested and of receiving their test results. HIV counseling and testing are key aspects of superior drug abuse treatment programs and should be offered to all individuals entering treatment. Greater availability of inexpensive and unobtrusive rapid HIV tests should increase access to these important aspects of HIV prevention and treatment.

Drug Addiction Treatment in the United States

Treatment for drug abuse and addiction is delivered in many different settings, using a variety of behavioral and pharmacological approaches.

Drug addiction is a complex disorder that can involve virtually every aspect of an individual's functioning—in the family, at work and school, and in the community.

Because of addiction's complexity and pervasive consequences, drug addiction treatment typically must involve many components. Some of those components focus directly on the individual's drug use; others, like employment training, focus on restoring the addicted individual to productive membership in the family and society (See diagram "[Components of Comprehensive Drug Abuse Treatment](#)"), enabling him or her to experience the rewards associated with abstinence.

Treatment for drug abuse and addiction is delivered in many different settings using a variety of behavioral and pharmacological approaches. In the United States, more than 14,500 specialized drug treatment facilities provide counseling, behavioral therapy, medication, case management, and other types of services to persons with substance use disorders.

Along with specialized drug treatment facilities, drug abuse and addiction are treated in physicians' offices and mental health clinics by a variety of providers, including counselors, physicians, psychiatrists, psychologists, nurses, and social workers. Treatment is delivered in outpatient, inpatient, and residential settings. Although specific treatment approaches often are associated with particular treatment settings, a variety of therapeutic interventions or services can be included in any given setting.

Because drug abuse and addiction are major public health problems, a large portion of drug treatment is funded by local, State, and Federal governments. Private and employer-subsidized health plans also may provide coverage for treatment of addiction and its medical consequences. Unfortunately, managed care has resulted in shorter average stays, while a historical lack of or insufficient coverage for substance abuse treatment has curtailed the number of operational programs. The recent passage of parity for insurance coverage of mental health and substance abuse problems will hopefully improve this state of affairs. Health Care Reform (i.e., the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, "ACA") also stands to increase the demand for drug abuse treatment services and presents an opportunity to study how innovations in service delivery, organization, and financing can improve

access to and use of them.

Types of Treatment Programs

Research studies on addiction treatment typically have classified programs into several general types or modalities. Treatment approaches and individual programs continue to evolve and diversify, and many programs today do not fit neatly into traditional drug addiction treatment classifications.

Most, however, start with detoxification and medically managed withdrawal, often considered the first stage of treatment. Detoxification, the process by which the body clears itself of drugs, is designed to manage the acute and potentially dangerous physiological effects of stopping drug use. As stated previously, detoxification alone does not address the psychological, social, and behavioral problems associated with addiction and therefore does not typically produce lasting behavioral changes necessary for recovery. Detoxification should thus be followed by a formal assessment and referral to drug addiction treatment.

Because it is often accompanied by unpleasant and potentially fatal side effects stemming from withdrawal, detoxification is often managed with medications administered by a physician in an inpatient or outpatient setting; therefore, it is referred to as "medically managed withdrawal." Medications are available to assist in the withdrawal from opioids, benzodiazepines, alcohol, nicotine, barbiturates, and other sedatives.

Further Reading:

Kleber, H.D. Outpatient detoxification from opiates. *Primary Psychiatry* 1:42-52, 1996.

Long-Term Residential Treatment

Long-term residential treatment provides care 24 hours a day, generally in non-hospital settings. The best-known residential treatment model is the therapeutic community (TC), with planned lengths of stay of between 6 and 12 months. TCs focus on the "resocialization" of the individual and use the program's entire community—including other residents, staff, and the social context—as active

components of treatment. Addiction is viewed in the context of an individual's social and psychological deficits, and treatment focuses on developing personal accountability and responsibility as well as socially productive lives. Treatment is highly structured and can be confrontational at times, with activities designed to help residents examine damaging beliefs, self-concepts, and destructive patterns of behavior and adopt new, more harmonious and constructive ways to interact with others. Many TCs offer comprehensive services, which can include employment training and other support services, onsite. Research shows that TCs can be modified to treat individuals with special needs, including adolescents, women, homeless individuals, people with severe mental disorders, and individuals in the criminal justice system (see "[Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicted Individuals](#)").

Further Reading:

Lewis, B.F.; McCusker, J.; Hindin, R.; Frost, R.; and Garfield, F. Four residential drug treatment programs: Project IMPACT. In: J.A. Inciardi, F.M. Tims, and B.W. Fletcher (eds.), *Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse*, Westport, CT: Greenwood Press, pp. 45-60, 1993.

Sacks, S.; Banks, S.; McKendrick, K.; and Sacks, J.Y. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1):112-122, 2008.

Sacks, S.; Sacks, J.; DeLeon, G.; Bernhardt, A.; and Staines, G. Modified therapeutic community for mentally ill chemical "abusers": Background; influences; program description; preliminary findings. *Substance Use and Misuse* 32(9):1217-1259, 1997.

Stevens, S.J., and Glider, P.J. Therapeutic communities: Substance abuse treatment for women. In: F.M. Tims, G. DeLeon, and N. Jainchill (eds.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 144, NIH Pub. No. 94-3633, U.S. Government Printing Office, pp. 162-180, 1994.

Sullivan, C.J.; McKendrick, K.; Sacks, S.; and Banks, S.M. Modified therapeutic community for offenders with MICA disorders: Substance use outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33(6):823-832, 2007.

Short-Term Residential Treatment

Short-term residential programs provide intensive but relatively brief treatment based on a modified 12-step approach. These programs were originally designed to treat alcohol problems, but during the cocaine epidemic of the mid-1980s, many began to treat other types of substance use disorders. The original residential treatment model consisted of a 3- to 6-week hospital-based inpatient treatment phase followed by extended outpatient therapy and participation in a self-help group, such as AA. Following stays in residential treatment programs, it is important for individuals to remain engaged in outpatient treatment programs and/or aftercare programs. These programs help to reduce the risk of relapse once a patient leaves the residential setting.

Further Reading:

Hubbard, R.L.; Craddock, S.G.; Flynn, P.M.; Anderson, J.; and Etheridge, R.M. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):291-298, 1998.

Miller, M.M. Traditional approaches to the treatment of addiction. In: A.W. Graham and T.K. Schultz (eds.), *Principles of Addiction Medicine* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Society of Addiction Medicine, 1998.

Outpatient Treatment Programs

Outpatient treatment varies in the types and intensity of services offered. Such treatment costs less than residential or inpatient treatment and often is more suitable for people with jobs or extensive social supports. It should be noted, however, that low-intensity programs may offer little more than drug education. Other outpatient models, such as intensive day treatment, can be comparable to residential programs in services and effectiveness, depending on the individual patient's characteristics and needs. In many outpatient programs, group counseling can be a major component. Some outpatient programs are also designed to treat patients with medical or other mental health problems in addition to their drug disorders.

Further Reading:

Hubbard, R.L.; Craddock, S.G.; Flynn, P.M.; Anderson, J.; and Etheridge, R.M. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):291-298, 1998.

Institute of Medicine. *Treating Drug Problems*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

McLellan, A.T.; Grisson, G.; Durell, J.; Alterman, A.I.; Brill, P.; and O'Brien, C.P. Substance abuse treatment in the private setting: Are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment* 10:243-254, 1993.

Simpson, D.D., and Brown, B.S. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):294-307, 1998.

Individualized Drug Counseling

Individualized drug counseling not only focuses on reducing or stopping illicit drug or alcohol use; it also addresses related areas of impaired functioning—such as employment status, illegal activity, and family/social relations—as well as the content and structure of the patient's recovery program.

Through its emphasis on short-term behavioral goals, individualized counseling helps the patient develop coping strategies and tools to abstain from drug use and maintain abstinence. The addiction counselor encourages 12-step participation (at least one or two times per week) and makes referrals for needed supplemental medical, psychiatric, employment, and other services.

Group Counseling

Many therapeutic settings use group therapy to capitalize on the social reinforcement offered by peer discussion and to help promote drug-free lifestyles. Research has shown that when group therapy either is offered in conjunction with individualized drug counseling or is formatted to reflect the principles of cognitive-behavioral therapy or contingency management, positive outcomes are achieved. Currently, researchers are testing conditions in which group therapy can be standardized and made more community-friendly.

Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicted Individuals

Often, drug abusers come into contact with the criminal justice system earlier than other health or social systems, presenting opportunities for intervention and treatment prior to, during, after, or in lieu of incarceration. Research has shown that combining criminal justice sanctions with drug treatment can be effective in decreasing drug abuse and related crime. Individuals under legal coercion tend to stay in treatment longer and do as well as or better than those not under legal pressure. Studies show that for incarcerated individuals with drug problems, starting drug abuse treatment in prison and continuing the same treatment upon release—in other words, a seamless continuum of services—results in better outcomes: less drug use and less criminal behavior. More information on how the criminal justice system can address the problem of drug addiction can be found in [Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide](#) (National Institute on Drug Abuse, revised 2012).

Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicted Individuals

Often, drug abusers come into contact with the criminal justice system earlier than other health or social systems, presenting opportunities for intervention and treatment prior to, during, after, or in lieu of incarceration. Research has shown that combining criminal justice sanctions with drug treatment can be effective in decreasing drug abuse and related crime. Individuals under legal coercion tend to stay in treatment longer and do as well as or better than those not under legal pressure. Studies show that for incarcerated individuals with drug problems, starting drug abuse treatment in prison and continuing the same treatment upon release—in other words, a seamless continuum of services—results in better outcomes: less drug use and less criminal behavior. More information on how the criminal justice system can address the problem of drug addiction can be found in [Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide](#) (National Institute on Drug Abuse, revised 2012).

Evidence-Based Approaches to Drug Addiction Treatment

Each approach to drug treatment is designed to address certain aspects of drug addiction and its consequences for the individual, family, and society.

This section presents examples of treatment approaches and components that have an evidence base supporting their use. Each approach is designed to address certain aspects of drug addiction and its consequences for the individual, family, and society. Some of the approaches are intended to supplement or enhance existing treatment programs, and others are fairly comprehensive in and of themselves.

The following section is broken down into Pharmacotherapies, Behavioral Therapies, and Behavioral Therapies Primarily for Adolescents. They are further subdivided according to particular substance use disorders. This list is not exhaustive, and new treatments are continually under development.

Pharmacotherapies

Opioid Addiction

Methadone

Methadone is a long-acting synthetic opioid agonist medication that can prevent withdrawal symptoms and reduce craving in opioid-addicted individuals. It can also block the effects of illicit opioids. It has a long history of use in treatment of opioid dependence in adults and is taken orally. Methadone maintenance treatment is available in all but three States through specially licensed opioid treatment programs or methadone maintenance programs.

Combined with behavioral treatment: Research has shown that methadone maintenance is more

effective when it includes individual and/or group counseling, with even better outcomes when patients are provided with, or referred to, other needed medical/psychiatric, psychological, and social services (e.g., employment or family services).

Further Reading:

Dole, V.P.; Nyswander, M.; and Kreek, M.J. Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine* 118:304–309, 1966.

McLellan, A.T.; Arndt, I.O.; Metzger, D.; Woody, G.E.; and O'Brien, C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *The Journal of the American Medical Association* 269(15):1953–1959, 1993.

The Rockefeller University. The first pharmacological treatment for narcotic addiction: Methadone maintenance. The Rockefeller University Hospital Centennial, 2010. Available at centennial.rucare.org/index.php?page=Methadone_Maintenance.

Woody, G.E.; Luborsky, L.; McClellan, A.T.; O'Brien, C.P.; Beck, A.T.; Blaine, J.; Herman, I.; and Hole, A. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry* 40:639–645, 1983.

Buprenorphine

Buprenorphine is a synthetic opioid medication that acts as a partial agonist at opioid receptors—it does not produce the euphoria and sedation caused by heroin or other opioids but is able to reduce or eliminate withdrawal symptoms associated with opioid dependence and carries a low risk of overdose.

Buprenorphine is currently available in two formulations that are taken sublingually: (1) a pure form of the drug and (2) a more commonly prescribed formulation called Suboxone, which combines buprenorphine with the drug naloxone, an antagonist (or blocker) at opioid receptors. Naloxone has no effect when Suboxone is taken as prescribed, but if an addicted individual attempts to inject Suboxone, the naloxone will produce severe withdrawal symptoms. Thus, this formulation lessens the likelihood that the drug will be abused or diverted to others.

Buprenorphine treatment for detoxification and/or maintenance can be provided in office-based settings by qualified physicians who have received a waiver from the Drug Enforcement Administration (DEA), allowing them to prescribe it. The availability of office-based treatment for opioid addiction is a cost-effective approach that increases the reach of treatment and the options available to patients.

Buprenorphine is also available as in an implant and injection. The U.S. Food and Drug Administration (FDA) approved a 6-month subdermal buprenorphine implant in May 2016 and [a once-monthly buprenorphine injection in November 2017](#).

Further Reading:

Fiellin, D.A.; Pantalon, M.V.; Chawarski, M.C.; Moore, B.A.; Sullivan, L.E.; O'Connor, P.G.; and Schottenfeld, R.S. Counseling plus buprenorphine/naloxone maintenance therapy for opioid dependence. *The New England Journal of Medicine* 355(4):365–374, 2006.

Fudala P.J.; Bridge, T.P.; Herbert, S.; Williford, W.O.; Chiang, C.N.; Jones, K.; Collins, J.; Raisch, D.; Casadonte, P.; Goldsmith, R.J.; Ling, W.; Malkerneker, U.; McNicholas, L.; Renner, J.; Stine, S.; and Tusel, D. for the Buprenorphine/Naloxone Collaborative Study Group. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *The New England Journal of Medicine* 349(10):949–958, 2003.

Kosten, T.R.; and Fiellin, D.A. U.S. National Buprenorphine Implementation Program: Buprenorphine for office-based practice. Consensus conference overview. *The American Journal on Addictions* 13(Suppl. 1):S1–S7, 2004.

McCance-Katz, E.F. Office-based buprenorphine treatment for opioid-dependent patients. *Harvard Review of Psychiatry* 12(6):321–338, 2004.

Treatment, not Substitution

Because methadone and buprenorphine are themselves opioids, some people view these

treatments for opioid dependence as just substitutions of one addictive drug for another (see [Question 19](#)). But taking these medications as prescribed allows patients to hold jobs, avoid street crime and violence, and reduce their exposure to HIV by stopping or decreasing injection drug use and drug-related high-risk sexual behavior. Patients stabilized on these medications can also engage more readily in counseling and other behavioral interventions essential to recovery.

Naltrexone

Naltrexone is a synthetic opioid antagonist—it blocks opioids from binding to their receptors and thereby prevents their euphoric and other effects. It has been used for many years to reverse opioid overdose and is also approved for treating opioid addiction. The theory behind this treatment is that the repeated absence of the desired effects and the perceived futility of abusing opioids will gradually diminish craving and addiction. Naltrexone itself has no subjective effects following detoxification (that is, a person does not perceive any particular drug effect), it has no potential for abuse, and it is not addictive.

Naltrexone as a treatment for opioid addiction is usually prescribed in outpatient medical settings, although the treatment should begin after medical detoxification in a residential setting in order to prevent withdrawal symptoms.

Naltrexone must be taken orally—either daily or three times a week—but noncompliance with treatment is a common problem. Many experienced clinicians have found naltrexone best suited for highly motivated, recently detoxified patients who desire total abstinence because of external circumstances—for instance, professionals or parolees. Recently, a long-acting injectable version of naltrexone, called Vivitrol, was approved to treat opioid addiction. Because it only needs to be delivered once a month, this version of the drug can facilitate compliance and offers an alternative for those who do not wish to be placed on agonist/partial agonist medications.

Further Reading:

Cornish, J.W.; Metzger, D.; Woody, G.E.; Wilson, D.; McClellan, A.T.; and Vandergrift, B. Naltrexone

pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(6):529–534, 1997.

Gastfriend, D.R. Intramuscular extended-release naltrexone: current evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216:144–166, 2011.

Krupitsky, E.; Illerperuma, A.; Gastfriend, D.R.; and Silverman, B.L. Efficacy and safety of extended-release injectable naltrexone (XR-NTX) for the treatment of opioid dependence. Paper presented at the 2010 annual meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans, LA.

Comparing Buprenorphine and Naltrexone

A NIDA study comparing the effectiveness of a buprenorphine/naloxone combination and an extended release naltrexone formulation on treating opioid use disorder has found that both medications are similarly effective in treating opioid use disorder once treatment is initiated. Because naltrexone requires full detoxification, initiating treatment among active opioid users was more difficult with this medication. However, once detoxification was complete, the naltrexone formulation had a similar effectiveness as the buprenorphine/naloxone combination.

Tobacco Addiction

Nicotine Replacement Therapy (NRT)

A variety of formulations of nicotine replacement therapies (NRTs) now exist, including the transdermal nicotine patch, nicotine spray, nicotine gum, and nicotine lozenges. Because nicotine is the main addictive ingredient in tobacco, the rationale for NRT is that stable low levels of nicotine will prevent withdrawal symptoms—which often drive continued tobacco use—and help keep people motivated to quit. Research shows that combining the patch with another replacement therapy is more effective than a single therapy alone.

Bupropion (Zyban[®])

Bupropion was originally marketed as an antidepressant (Wellbutrin). It produces mild stimulant effects by blocking the reuptake of certain neurotransmitters, especially norepinephrine and dopamine. A serendipitous observation among depressed patients was that the medication was also effective in suppressing tobacco craving, helping them quit smoking without also gaining weight. Although bupropion's exact mechanisms of action in facilitating smoking cessation are unclear, it has FDA approval as a smoking cessation treatment.

Varenicline (Chantix[®])

Varenicline is the most recently FDA-approved medication for smoking cessation. It acts on a subset of nicotinic receptors in the brain thought to be involved in the rewarding effects of nicotine.

Varenicline acts as a partial agonist/antagonist at these receptors—this means that it mildly stimulates the nicotine receptor but not sufficiently to trigger the release of dopamine, which is important for the rewarding effects of nicotine. As an antagonist, varenicline also blocks the ability of nicotine to activate dopamine, interfering with the reinforcing effects of smoking, thereby reducing cravings and supporting abstinence from smoking.

Combined With Behavioral Treatment

Each of the above pharmacotherapies is recommended for use in combination with behavioral interventions, including group and individual therapies, as well as telephone quitlines. Behavioral approaches complement most tobacco addiction treatment programs. They can amplify the effects of medications by teaching people how to manage stress, recognize and avoid high-risk situations for smoking relapse, and develop alternative coping strategies (e.g., cigarette refusal skills, assertiveness, and time management skills) that they can practice in treatment, social, and work settings. Combined treatment is urged because behavioral and pharmacological treatments are thought to operate by different yet complementary mechanisms that can have additive effects.

Further Reading:

Alterman, A.I.; Gariti, P.; and Mulvaney, F. Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 15:261-264, 2001.

Hall, S.M.; Humfleet, G.L.; Muñoz, R.F.; V.I.; Prochaska, J.J.; and Robbins, J.A. Using extended

cognitive behavioral treatment and medication to treat dependent smokers. *American Journal of Public Health* 101:2349–2356, 2011.

Jorenby, D.E.; Hays, J.T.; Rigotti, N.A.; Azoulay, S.; Watsky, E.J.; Williams, K.E.; Billing, C.B.; Gong, J.; and Reeves, K.R. Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs. placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 296(1):56–63, 2006.

King, D.P.; Paciga, S.; Pickering, E.; Benowitz, N.L.; Bierut, L.J.; Conti, D.V.; Kaprio, J.; Lerman, C.; and Park, P.W. Smoking cessation pharmacogenetics: Analysis of varenicline and bupropion in placebo-controlled clinical trials. *Neuropsychopharmacology* 37:641–650, 2012.

Raupach, T.; and van Schayck, C.P. Pharmacotherapy for smoking cessation: Current advances and research topics. *CNS Drugs* 25:371–382, 2011.

Shah, S.D.; Wilken, L.A.; Winkler, S.R.; and Lin, S.J. Systematic review and meta-analysis of combination therapy for smoking cessation. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 48(5):659–665, 2008.

Smith, S.S.; McCarthy, D.E.; Japuntich S.J.; Christiansen, B.; Piper, M.E.; Jorenby, D.E.; Fraser, D.L.; Fiore, M.C.; Baker, T.B.; and Jackson, T.C. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Archives of Internal Medicine* 169:2148–2155, 2009.

Stitzer, M. Combined behavioral and pharmacological treatments for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research* 1:S181–S187, 1999.

Alcohol Addiction

Naltrexone

Naltrexone blocks opioid receptors that are involved in the rewarding effects of drinking and the

craving for alcohol. It has been shown to reduce relapse to problem drinking in some patients. An extended release version, Vivitrol—administered once a month by injection—is also FDA-approved for treating alcoholism, and may offer benefits regarding compliance.

Acamprosate

Acamprosate (Campral®) acts on the gamma-aminobutyric acid (GABA) and glutamate neurotransmitter systems and is thought to reduce symptoms of protracted withdrawal, such as insomnia, anxiety, restlessness, and dysphoria. Acamprosate has been shown to help dependent drinkers maintain abstinence for several weeks to months, and it may be more effective in patients with severe dependence.

Disulfiram

Disulfiram (Antabuse®) interferes with degradation of alcohol, resulting in the accumulation of acetaldehyde, which, in turn, produces a very unpleasant reaction that includes flushing, nausea, and palpitations if a person drinks alcohol. The utility and effectiveness of disulfiram are considered limited because compliance is generally poor. However, among patients who are highly motivated, disulfiram can be effective, and some patients use it episodically for high-risk situations, such as social occasions where alcohol is present. It can also be administered in a monitored fashion, such as in a clinic or by a spouse, improving its efficacy.

Topiramate

Topiramate is thought to work by increasing inhibitory (GABA) neurotransmission and reducing stimulatory (glutamate) neurotransmission, although its precise mechanism of action is not known. Although topiramate has not yet received FDA approval for treating alcohol addiction, it is sometimes used off-label for this purpose. Topiramate has been shown in studies to significantly improve multiple drinking outcomes, compared with a placebo.

Combined With Behavioral Treatment

While a number of behavioral treatments have been shown to be effective in the treatment of alcohol

addiction, it does not appear that an additive effect exists between behavioral treatments and pharmacotherapy. Studies have shown that just getting help is one of the most important factors in treating alcohol addiction; the precise type of treatment received is not as important.

Further Reading:

Anton, R.F.; O'Malley, S.S.; Ciraulo, D.A.; Cisler, R.A.; Couper, D.; Donovan, D.M.; Gastfriend, D.R.; Hosking, J.D.; Johnson, B.A.; LoCastro, J.S.; Longabaugh, R.; Mason, B.J.; Mattson, M.E.; Miller, W.R.; Pettinati, H.M.; Randall, C.L.; Swift, R.; Weiss, R.D.; Williams, L.D.; and Zweben, A., for the COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 295(17):2003–2017, 2006.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Updated 2005 Edition. Bethesda, MD: NIAAA, updated 2005. Available at pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm

Behavioral Therapies

Behavioral approaches help engage people in drug abuse treatment, provide incentives for them to remain abstinent, modify their attitudes and behaviors related to drug abuse, and increase their life skills to handle stressful circumstances and environmental cues that may trigger intense craving for drugs and prompt another cycle of compulsive abuse. Below are a number of behavioral therapies shown to be effective in addressing substance abuse (effectiveness with particular drugs of abuse is denoted in parentheses).

Cognitive-Behavioral Therapy (Alcohol, Marijuana, Cocaine, Methamphetamine, Nicotine)

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) was developed as a method to prevent relapse when treating

problem drinking, and later it was adapted for cocaine-addicted individuals. Cognitive-behavioral strategies are based on the theory that in the development of maladaptive behavioral patterns like substance abuse, learning processes play a critical role. Individuals in CBT learn to identify and correct problematic behaviors by applying a range of different skills that can be used to stop drug abuse and to address a range of other problems that often co-occur with it.

A central element of CBT is anticipating likely problems and enhancing patients' self-control by helping them develop effective coping strategies. Specific techniques include exploring the positive and negative consequences of continued drug use, self-monitoring to recognize cravings early and identify situations that might put one at risk for use, and developing strategies for coping with cravings and avoiding those high-risk situations.

Research indicates that the skills individuals learn through cognitive-behavioral approaches remain after the completion of treatment. Current research focuses on how to produce even more powerful effects by combining CBT with medications for drug abuse and with other types of behavioral therapies. A computer-based CBT system has also been developed and has been shown to be effective in helping reduce drug use following standard drug abuse treatment.

Further Reading:

Carroll, K.M., Easton, C.J.; Nich, C.; Hunkele, K.A.; Neavins, T.M.; Sinha, R.; Ford, H.L.; Vitolo, S.A.; Doebrick, C.A.; and Rounsaville, B.J. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(5):955–966, 2006.

Carroll, K.M.; and Onken, L.S. Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry* 168(8):1452–1460, 2005.

Carroll, K.M.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.A.; Nuro, K.; and Fenton, L.R. We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(1):106–115, 2005.

Carroll, K.; Fenton, L.R.; Ball, S.A.; Nich, C.; Frankforter, T.L.; Shi, J.; and Rounsaville, B.J. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-

controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 61(3):264–272, 2004.

Carroll, K.M.; Ball, S.A.; Martino, S.; Nich, C.; Babuscio, T.A.; Nuro, K.F.; Gordon, M.A.; Portnoy, G.A.; and Rounsaville, B.J. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry* 165(7):881–888, 2008.

Contingency Management Interventions/Motivational Incentives (Alcohol, Stimulants, Opioids, Marijuana, Nicotine)

Research has demonstrated the effectiveness of treatment approaches using contingency management (CM) principles, which involve giving patients tangible rewards to reinforce positive behaviors such as abstinence. Studies conducted in both methadone programs and psychosocial counseling treatment programs demonstrate that incentive-based interventions are highly effective in increasing treatment retention and promoting abstinence from drugs.

Voucher-Based Reinforcement (VBR) augments other community-based treatments for adults who primarily abuse opioids (especially heroin) or stimulants (especially cocaine) or both. In VBR, the patient receives a voucher for every drug-free urine sample provided. The voucher has monetary value that can be exchanged for food items, movie passes, or other goods or services that are consistent with a drug-free lifestyle. The voucher values are low at first, but increase as the number of consecutive drug-free urine samples increases; positive urine samples reset the value of the vouchers to the initial low value. VBR has been shown to be effective in promoting abstinence from opioids and cocaine in patients undergoing methadone detoxification.

Prize Incentives CM applies similar principles as VBR but uses chances to win cash prizes instead of vouchers. Over the course of the program (at least 3 months, one or more times weekly), participants supplying drug-negative urine or breath tests draw from a bowl for the chance to win a prize worth between \$1 and \$100. Participants may also receive draws for attending counseling sessions and completing weekly goal-related activities. The number of draws starts at one and increases with consecutive negative drug tests and/or counseling sessions attended but resets to one with any drug-

positive sample or unexcused absence. The practitioner community has raised concerns that this intervention could promote gambling—as it contains an element of chance—and that pathological gambling and substance use disorders can be comorbid. However, studies examining this concern found that Prize Incentives CM did not promote gambling behavior.

Further Reading:

Budney, A.J.; Moore, B.A.; Rocha, H.L.; and Higgins, S.T. Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitivebehavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(2):307–316, 2006.

Budney, A.J.; Roffman, R.; Stephens, R.S.; and Walker, D. Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Science & Clinical Practice* 4(1):4–16, 2007.

Elkashef, A.; Vocci, F.; Huestis, M.; Haney, M.; Budney, A.; Gruber, A.; and el-Guebaly, N. Marijuana neurobiology and treatment. *Substance Abuse* 29(3):17–29, 2008.

Peirce, J.M.; Petry, N.M.; Stitzer, M.L.; Blaine, J.; Kellogg, S.; Satterfield, F.; Schwartz, M.; Krasnansky, J.; Pencer, E.; Silva-Vazquez, L.; Kirby, K.C.; Royer-Malvestuto, C.; Cohen, A.; Copersino, M.L.; Kolodner, K.; and Li, R. Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of General Psychiatry* 63(2):201–208, 2006.

Petry, N.M.; Peirce, J.M.; Stitzer, M.L.; Blaine, J.; Roll, J.M.; Cohen, A.; Obert, J.; Killeen, T.; Saladin, M.E.; Cowell, M.; Kirby, K.C.; Sterling, R.; Royer-Malvestuto, C.; Hamilton, J.; Booth, R.E.; Macdonald, M.; Liebert, M.; Rader, L.; Burns, R.; DiMaria, J.; Copersino, M.; Stabile, P.Q.; Kolodner, K.; and Li, R. Effect of prizebased incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of General Psychiatry* 62(10):1148–1156, 2005.

Petry, N.M.; Kolodner, K.B.; Li, R.; Peirce, J.M.; Roll, J.M.; Stitzer, M.L.; and Hamilton, J.A. Prize-based contingency management does not increase gambling. *Drug and Alcohol Dependence* 83(3):269–273, 2006.

Prendergast, M.; Podus, D.; Finney, J.; Greenwell, L.; and Roll, J. Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction* 101(11):1546–1560, 2006.

Roll, J.M.; Petry, N.M.; Stitzer, M.L.; Brecht, M.L.; Peirce, J.M.; McCann, M.J.; Blaine, J.; MacDonald, M.; DiMaria, J.; Lucero, L.; and Kellogg, S. Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *The American Journal of Psychiatry* 163(11):1993–1999, 2006.

Community Reinforcement Approach Plus Vouchers (Alcohol, Cocaine, Opioids)

Community Reinforcement Approach (CRA) Plus Vouchers is an intensive 24-week outpatient therapy for treating people addicted to cocaine and alcohol. It uses a range of recreational, familial, social, and vocational reinforcers, along with material incentives, to make a non-drug-using lifestyle more rewarding than substance use. The treatment goals are twofold:

- To maintain abstinence long enough for patients to learn new life skills to help sustain it; and
- To reduce alcohol consumption for patients whose drinking is associated with cocaine use

Patients attend one or two individual counseling sessions each week, where they focus on improving family relations, learn a variety of skills to minimize drug use, receive vocational counseling, and develop new recreational activities and social networks. Those who also abuse alcohol receive clinic-monitored disulfiram (Antabuse) therapy. Patients submit urine samples two or three times each week and receive vouchers for cocaine-negative samples. As in VBR, the value of the vouchers increases with consecutive clean samples, and the vouchers may be exchanged for retail goods that are consistent with a drug-free lifestyle. Studies in both urban and rural areas have found that this approach facilitates patients' engagement in treatment and successfully aids them in gaining substantial periods of cocaine abstinence.

A computer-based version of CRA Plus Vouchers called the Therapeutic Education System (TES) was found to be nearly as effective as treatment administered by a therapist in promoting abstinence from opioids and cocaine among opioid-dependent individuals in outpatient treatment. A version of

CRA for adolescents addresses problem-solving, coping, and communication skills and encourages active participation in positive social and recreational activities.

Further Reading:

Brooks, A.C.; Ryder, D.; Carise, D.; and Kirby, K.C. Feasibility and effectiveness of computer-based therapy in community treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(3):227–235, 2010.

Higgins, S.T.; Sigmon, S.C.; Wong, C.J.; Heil, S.H.; Badger, G.J.; Donham, R.; Dantona, R.L.; and Anthony, S. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry* 60(10):1043–1052, 2003.

Roozen, H.G.; Boulogne, J.J.; van Tulder, M.W.; van den Brink, W.; De Jong, C.A.J.; and Kerhof, J.F.M. A systemic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 74(1):1–13, 2004.

Silverman, K.; Higgins, S.T.; Brooner, R.K.; Montoya, I.D.; Cone, E.J.; Schuster, C.R.; and Preston, K.L. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry* 53(5):409–415, 1996.

Smith, J.E.; Meyers, R.J.; and Delaney, H.D. The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(3):541–548, 1998.

Stahler, G.J.; Shipley, T.E.; Kirby, K.C.; Godboldte, C.; Kerwin, M.E; Shandler, I.; and Simons, L. Development and initial demonstration of a community-based intervention for homeless, cocaine-using, African-American women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28(2):171–179, 2005.

Motivational Enhancement Therapy (Alcohol, Marijuana, Nicotine)

Motivational Enhancement Therapy (MET) is a counseling approach that helps individuals resolve their ambivalence about engaging in treatment and stopping their drug use. This approach aims to

evoke rapid and internally motivated change, rather than guide the patient stepwise through the recovery process. This therapy consists of an initial assessment battery session, followed by two to four individual treatment sessions with a therapist. In the first treatment session, the therapist provides feedback to the initial assessment, stimulating discussion about personal substance use and eliciting self-motivational statements. Motivational interviewing principles are used to strengthen motivation and build a plan for change. Coping strategies for high-risk situations are suggested and discussed with the patient. In subsequent sessions, the therapist monitors change, reviews cessation strategies being used, and continues to encourage commitment to change or sustained abstinence. Patients sometimes are encouraged to bring a significant other to sessions.

Research on MET suggests that its effects depend on the type of drug used by participants and on the goal of the intervention. This approach has been used successfully with people addicted to alcohol to both improve their engagement in treatment and reduce their problem drinking. MET has also been used successfully with marijuana-dependent adults when combined with cognitive-behavioral therapy, constituting a more comprehensive treatment approach. The results of MET are mixed for people abusing other drugs (e.g., heroin, cocaine, nicotine) and for adolescents who tend to use multiple drugs. In general, MET seems to be more effective for engaging drug abusers in treatment than for producing changes in drug use.

Further Reading:

Baker, A.; Lewin, T.; Reichler, H.; Clancy, R.; Carr, V.; Garrett, R.; Sly, K.; Devir, H.; and Terry, M. Evaluation of a motivational interview for substance use with psychiatric in-patient services. *Addiction* 97(10):1329-1337, 2002.

Haug, N.A.; Svikis, D.S.; and Diclemente, C. Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors* 18(3):289-292, 2004.

Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3):455-466, 2004.

Miller, W.R.; Yahne, C.E.; and Tonigan, J.S. Motivational interviewing in drug abuse services: A

randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(4):754-763, 2003.

Stotts, A.L.; Diclemente, C.C.; and Dolan-Mullen, P. One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors* 27(2):275-292, 2002.

The Matrix Model (Stimulants)

The Matrix Model provides a framework for engaging stimulant (e.g., methamphetamine and cocaine) abusers in treatment and helping them achieve abstinence. Patients learn about issues critical to addiction and relapse, receive direction and support from a trained therapist, and become familiar with self-help programs. Patients are monitored for drug use through urine testing.

The therapist functions simultaneously as teacher and coach, fostering a positive, encouraging relationship with the patient and using that relationship to reinforce positive behavior change. The interaction between the therapist and the patient is authentic and direct but not confrontational or parental. Therapists are trained to conduct treatment sessions in a way that promotes the patient's self-esteem, dignity, and self-worth. A positive relationship between patient and therapist is critical to patient retention.

Treatment materials draw heavily on other tested treatment approaches and, thus, include elements of relapse prevention, family and group therapies, drug education, and self-help participation. Detailed treatment manuals contain worksheets for individual sessions; other components include family education groups, early recovery skills groups, relapse prevention groups, combined sessions, urine tests, 12-step programs, relapse analysis, and social support groups.

A number of studies have demonstrated that participants treated using the Matrix Model show statistically significant reductions in drug and alcohol use, improvements in psychological indicators, and reduced risky sexual behaviors associated with HIV transmission.

Further Reading:

Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; and Rawson, R. Integrating treatments for

methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16(4):41-50, 1997.

Rawson, R.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117-127, 1995.

Rawson, R.A.; Huber, A.; McCann, M.; Shoptaw, S.; Farabee, D.; Reiber, C.; and Ling, W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 59(9):817-824, 2002.

12-Step Facilitation Therapy (Alcohol, Stimulants, Opiates)

Twelve-step facilitation therapy is an active engagement strategy designed to increase the likelihood of a substance abuser becoming affiliated with and actively involved in 12-step self-help groups, thereby promoting abstinence. Three key ideas predominate: (1) acceptance, which includes the realization that drug addiction is a chronic, progressive disease over which one has no control, that life has become unmanageable because of drugs, that willpower alone is insufficient to overcome the problem, and that abstinence is the only alternative; (2) surrender, which involves giving oneself over to a higher power, accepting the fellowship and support structure of other recovering addicted individuals, and following the recovery activities laid out by the 12-step program; and (3) active involvement in 12-step meetings and related activities. While the efficacy of 12-step programs (and 12-step facilitation) in treating alcohol dependence has been established, the research on its usefulness for other forms of substance abuse is more preliminary, but the treatment appears promising for helping drug abusers sustain recovery.

Further Reading:

Carroll, K.M.; Nich, C.; Ball, S.A.; McCance, E.; Frankforter, T.L.; and Rounsaville, B.J. One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: Sustained effects of treatment. *Addiction* 95(9):1335-1349, 2000.

Donovan D.M., and Wells E.A. "Tweaking 12-step": The potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction* 102(Suppl. 1):121-129, 2007.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58(1)7-29, 1997.

Family Behavior Therapy

Family Behavior Therapy (FBT), which has demonstrated positive results in both adults and adolescents, is aimed at addressing not only substance use problems but other co-occurring problems as well, such as conduct disorders, child mistreatment, depression, family conflict, and unemployment. FBT combines behavioral contracting with contingency management.

FBT involves the patient along with at least one significant other such as a cohabiting partner or a parent (in the case of adolescents). Therapists seek to engage families in applying the behavioral strategies taught in sessions and in acquiring new skills to improve the home environment. Patients are encouraged to develop behavioral goals for preventing substance use and HIV infection, which are anchored to a contingency management system. Substance-abusing parents are prompted to set goals related to effective parenting behaviors. During each session, the behavioral goals are reviewed, with rewards provided by significant others when goals are accomplished. Patients participate in treatment planning, choosing specific interventions from a menu of evidence-based treatment options. In a series of comparisons involving adolescents with and without conduct disorder, FBT was found to be more effective than supportive counseling.

Further Reading:

Azrin, N.H.; Donohue, B.; Besalel, V.A.; Kogan, E.S.; and Acierno, R. Youth drug abuse treatment: a controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 3:1–16, 1994.

Carroll, K.M.; and Onken, L.S. Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry* 168(8):1452–1460, 2005.

Donohue, B.; Azrin, N.; Allen, D.N.; Romero, V.; Hill, H.H.; Tracy, K.; Lapota, H.; Gorney, S.; Abdel-al, R.; Caldas, D.; Herdzik, K.; Bradshaw, K.; Valdez, R.; and Van Hasselt, V.B. Family Behavior Therapy for substance abuse: A review of its intervention components and applicability. *Behavior Modification* 33:495–519, 2009.

LaPota, H.B.; Donohue, B.; Warren, C. S.; and Allen, D.N. Integration of a Healthy Living curriculum within Family Behavior Therapy: A clinical case example in a woman with a history of domestic violence, child neglect, drug abuse, and obesity. *Journal of Family Violence* 26:227–234, 2011.

Behavioral Therapies Primarily for Adolescents

Drug-abusing and addicted adolescents have unique treatment needs. Research has shown that treatments designed for and tested in adult populations often need to be modified to be effective in adolescents. Family involvement is a particularly important component for interventions targeting youth. Below are examples of behavioral interventions that employ these principles and have shown efficacy for treating addiction in youth.

Multisystemic Therapy

Multisystemic Therapy (MST) addresses the factors associated with serious antisocial behavior in children and adolescents who abuse alcohol and other drugs. These factors include characteristics of the child or adolescent (e.g., favorable attitudes toward drug use), the family (poor discipline, family conflict, parental drug abuse), peers (positive attitudes toward drug use), school (dropout, poor performance), and neighborhood (criminal subculture). By participating in intensive treatment in natural environments (homes, schools, and neighborhood settings), most youths and families complete a full course of treatment. MST significantly reduces adolescent drug use during treatment and for at least 6 months after treatment. Fewer incarcerations and out-of-home juvenile placements offset the cost of providing this intensive service and maintaining the clinicians' low caseloads.

Further Reading:

Henggeler, S.W.; Clingempeel, W.G.; Brondino, M.J.; and Pickrel, S.G. Four-year follow-up of

multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7):868-874, 2002.

Henggeler, S.W.; Rowland, M.D.; Randall, J.; Ward, D.M.; Pickrel, S.G.; Cunningham, P.B.; Miller, S.L.; Edwards, J.; Zealberg, J.J.; Hand, L.D.; and Santos, A.B. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(11):1331-1339, 1999.

Henggeler, S.W.; Halliday-Boykins, C.A.; Cunningham, P.B.; Randall, J.; Shapiro, S.B.; and Chapman, J.E. Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(1):42-54, 2006.

Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J.; and Crouch, J.L. Eliminating (almost) treatment dropout of substance-abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *The American Journal of Psychiatry* 153(3):427-428, 1996.

Huey, S.J.; Henggeler, S.W.; Brondino, M.J.; and Pickrel, S.G. Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3):451-467, 2000.

Multidimensional Family Therapy

Multidimensional Family Therapy (MDFT) for adolescents is an outpatient, family-based treatment for teenagers who abuse alcohol or other drugs. MDFT views adolescent drug use in terms of a network of influences (individual, family, peer, community) and suggests that reducing unwanted behavior and increasing desirable behavior occur in multiple ways in different settings. Treatment includes individual and family sessions held in the clinic, in the home, or with family members at the family court, school, or other community locations.

During individual sessions, the therapist and adolescent work on important developmental tasks, such as developing decision-making, negotiation, and problem-solving skills. Teenagers acquire vocational skills and skills in communicating their thoughts and feelings to deal better with life stressors. Parallel sessions are held with family members. Parents examine their particular parenting styles, learning to distinguish influence from control and to have a positive and developmentally appropriate influence on

their children.

Further Reading:

Dennis, M.; Godley, S.H.; Diamond, G.; Tims, F.M.; Babor, T.; Donaldson, J.; Liddle, H.; Titus, J.C.; Kaminer, Y.; Webb, C.; Hamilton, N.; and Funk, R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(3):197-213, 2004.

Liddle, H.A.; Dakof, G.A.; Parker, K.; Diamond, G.S.; Barrett, K.; and Tejada, M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27(4):651-688, 2001.

Liddle, H.A., and Hogue, A. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In E.F. Wagner and H.B. Waldron (eds.), *Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions*. London: Pergamon/Elsevier Science, pp. 227-261, 2001.

Liddle, H.A.; Rowe, C.L.; Dakof, G.A.; Ungaro, R.A.; and Henderson, C.E. Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 36(1):49-63, 2004.

Schmidt, S.E.; Liddle, H.A.; and Dakof, G.A. Effects of multidimensional family therapy: Relationship of changes in parenting practices to symptom reduction in adolescent substance abuse. *Journal of Family Psychology* 10(1):1-16, 1996.

Brief Strategic Family Therapy

Brief Strategic Family Therapy (BSFT) targets family interactions that are thought to maintain or exacerbate adolescent drug abuse and other co-occurring problem behaviors. Such problem behaviors include conduct problems at home and at school, oppositional behavior, delinquency, associating with antisocial peers, aggressive and violent behavior, and risky sexual behavior. BSFT is based on a family systems approach to treatment, in which family members' behaviors are assumed to be interdependent such that the symptoms of one member (the drug-abusing adolescent, for

example) are indicative, at least in part, of what else is occurring in the family system. The role of the BSFT counselor is to identify the patterns of family interaction that are associated with the adolescent's behavior problems and to assist in changing those problem-maintaining family patterns. BSFT is meant to be a flexible approach that can be adapted to a broad range of family situations in various settings (mental health clinics, drug abuse treatment programs, other social service settings, and families' homes) and in various treatment modalities (as a primary outpatient intervention, in combination with residential or day treatment, and as an aftercare/continuing-care service following residential treatment).

Further Reading:

Coatsworth, J.D.; Santisteban, D.A.; McBride, C.K.; and Szapocznik, J. Brief Strategic Family Therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent severity. *Family Process* 40(3):313-332, 2001.

Kurtines, W.M.; Murray, E.J.; and Laperriere, A. Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology* 10(1):35-44, 1996.

Santisteban, D.A.; Coatsworth, J.D.; Perez-Vidal, A.; Mitrani, V.; Jean-Gilles, M.; and Szapocznik, J. Brief Structural/Strategic Family Therapy with African- American and Hispanic high-risk youth. *Journal of Community Psychology* 25(5):453-471, 1997.

Santisteban, D.A.; Suarez-Morales, L.; Robbins, M.S.; and Szapocznik, J. Brief strategic family therapy: Lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Family Process* 45(2):259-271, 2006.

Santisteban, D.A.; Szapocznik, J.; Perez-Vidal, A.; Mitrani, V.; Jean-Gilles, M.; and Szapocznik, J. Brief Structural/Strategic Family Therapy with African-American and Hispanic high-risk youth. *Journal of Community Psychology* 25(5):453-471, 1997.

Szapocznik, J., et al. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(4):552-557, 1988.

Functional Family Therapy

Functional Family Therapy (FFT) is another treatment based on a family systems approach, in which an adolescent's behavior problems are seen as being created or maintained by a family's dysfunctional interaction patterns. FFT aims to reduce problem behaviors by improving communication, problem-solving, conflict resolution, and parenting skills. The intervention always includes the adolescent and at least one family member in each session. Principal treatment tactics include (1) engaging families in the treatment process and enhancing their motivation for change and (2) bringing about changes in family members' behavior using contingency management techniques, communication and problem-solving, behavioral contracts, and other behavioral interventions.

Further Reading:

Waldron, H.B.; Slesnick, N.; Brody, J.L.; Turner, C.W.; and Peterson, T.R. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69:802–813, 2001.

Waldron, H.B.; Turner, C. W.; and Ozechowski, T. J. Profiles of drug use behavior change for adolescents in treatment. *Addictive Behaviors* 30:1775–1796, 2005.

Adolescent Community Reinforcement Approach and Assertive Continuing Care

The Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) is another comprehensive substance abuse treatment intervention that involves the adolescent and his or her family. It seeks to support the individual's recovery by increasing family, social, and educational/vocational reinforcers. After assessing the adolescent's needs and levels of functioning, the therapist chooses from among 17 A-CRA procedures to address problem-solving, coping, and communication skills and to encourage active participation in positive social and recreational activities. A-CRA skills training involves role-playing and behavioral rehearsal.

Assertive Continuing Care (ACC) is a home-based continuing-care approach to preventing relapse. Weekly home visits take place over a 12- to 14-week period after an adolescent is discharged from

residential, intensive outpatient, or regular outpatient treatment. Using positive and negative reinforcement to shape behaviors, along with training in problem-solving and communication skills, ACC combines A-CRA and assertive case management services (e.g., use of a multidisciplinary team of professionals, round-the-clock coverage, assertive outreach) to help adolescents and their caregivers acquire the skills to engage in positive social activities.

Further Reading:

Dennis, M.; Godley, S.H.; Diamond, G.; Tims, F.M.; Babor, T.; Donaldson, J.; Liddle, H.; Titus, J.C.; Kamier, Y.; Webb, C.; Hamilton, N.; and Funk R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27:197–213, 2004.

Godley, S.H.; Garner, B.R.; Passetti, L.L.; Funk, R.R.; Dennis, M.L.; and Godley, M.D. Adolescent outpatient treatment and continuing care: Main findings from a randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence* Jul 1;110 (1-2):44–54, 2010.

Godley, M.D.; Godley, S.H.; Dennis, M.L.; Funk, R.; and Passetti, L.L. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23:21–32, 2002.

Acknowledgments

The National Institute on Drug Abuse wishes to thank the following individuals for reviewing this publication.

Martin W. Adler, Ph.D.

Temple University School of Medicine

Kathleen Brady, M.D., Ph.D.

Medical University of South Carolina

Greg Brigham, Ph.D.

Maryhaven, Inc.

Kathleen M. Carroll, Ph.D.

Yale University School of Medicine

Richard R. Clayton, Ph.D.

University of Kentucky

Linda B. Cottler, Ph.D.

Washington University School of Medicine

David P. Friedman, Ph.D.

Wake Forest University

Bowman Gray School of Medicine

Reese T. Jones, M.D.

University of California at San Francisco

Nancy K. Mello, Ph.D.

Harvard Medical School

William R. Miller, Ph.D.

University of New Mexico

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.

University of Pennsylvania

Jeffrey Selzer, M.D.

Zucker Hillside Hospital

Eric J. Simon, Ph.D.

New York University

Langone Medical Center

Jose Szapocznik, Ph.D.

University of Miami
Miller School of Medicine

George Woody, M.D.
University of Pennsylvania

Resources

National Agencies

The National Institute on Drug Abuse (NIDA) leads the Nation in scientific research on the health aspects of drug abuse and addiction. It supports and conducts research across a broad range of disciplines, including genetics, functional neuroimaging, social neuroscience, prevention, medication and behavioral therapies, and health services. It then disseminates the results of that research to significantly improve prevention and treatment and to inform policy as it relates to drug abuse and addiction. Additional information is available at drugabuse.gov or by calling 301-443-1124.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)

The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) provides leadership in the national effort to reduce alcohol-related problems by conducting and supporting research in a wide range of scientific areas, including genetics, neuroscience, epidemiology, health risks and benefits of alcohol consumption, prevention, and treatment; coordinating and collaborating with other research institutes and Federal programs on alcohol-related issues; collaborating with international, national, State, and local institutions, organizations, agencies, and programs engaged in alcohol-related work; and translating and disseminating research findings to healthcare providers, researchers, policymakers, and the public. Additional information is available at www.niaaa.nih.gov or by calling 301-443-3860.

National Institute of Mental Health (NIMH)

The mission of National Institute of Mental Health (NIMH) is to transform the understanding and treatment of mental illnesses through basic and clinical research, paving the way for prevention,

recovery, and cure. In support of this mission, NIMH generates research and promotes research training to fulfill the following four objectives: (1) promote discovery in the brain and behavioral sciences to fuel research on the causes of mental disorders; (2) chart mental illness trajectories to determine when, where, and how to intervene; (3) develop new and better interventions that incorporate the diverse needs and circumstances of people with mental illnesses; and (4) strengthen the public health impact of NIMH-supported research. Additional information is available at nimh.nih.gov or by calling 301-443-4513.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)

The Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), a part of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), is responsible for supporting treatment services through a block grant program, as well as disseminating findings to the field and promoting their adoption. CSAT also operates the 24-hour National Treatment Referral Hotline (1-800-662-HELP), which offers information and referral services to people seeking treatment programs and other assistance. CSAT publications are available through SAMHSA's Store (store.samhsa.gov). Additional information about CSAT can be found on SAMHSA's Web site at www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/offices-centers/csat.

Selected NIDA Educational Resources on Drug Addiction Treatment

The following are available from the [NIDA DrugPubs](#) Research Dissemination Center, the National Technical Information Service (NTIS), or the Government Printing Office (GPO). To order, refer to the *DrugPubs* (877-NIDANIH [643-2644]), NTIS (1-800-553-6847), or GPO (202-512-1800) number provided with the resource description.

Blending products. NIDA's Blending Initiative—a joint venture with SAMHSA and its nationwide network of Addiction Technology Transfer Centers (ATTCs)—uses "Blending Teams" of community practitioners, SAMHSA trainers, and NIDA researchers to create products and devise strategic dissemination plans for them. Completed products include those that address the value of buprenorphine therapy and onsite rapid HIV testing in community treatment programs; strategies for treating prescription opioid dependence; and the need to enhance healthcare workers' proficiency in

using tools such as the Addiction Severity Index (ASI), motivational interviewing, and motivational incentives. For more information on Blending products, please visit NIDA's Web site at archives.drugabuse.gov/nidasamhsa-blending-initiative.

Addiction Severity Index. Provides a structured clinical interview designed to collect information about substance use and functioning in life areas from adult clients seeking drug abuse treatment. For more information on using the ASI and to obtain copies of the most recent edition, please visit <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/addiction-severity-index>.

Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction (Reprinted 2010). This publication provides an overview of the science behind the disease of addiction. Publication #NIH 10-5605. Available online at drugabuse.gov/publications/science-addiction.

Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide (Revised 2012). Provides 13 essential treatment principles and includes resource information and answers to frequently asked questions. NIH Publication No.: 11-5316. Available online at drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide.

NIDA *DrugFacts*: Treatment Approaches for Drug Addiction (Revised 2009). This is a fact sheet covering research findings on effective treatment approaches for drug abuse and addiction. Available online at drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drugaddiction.

Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinicians's guide (published by NIAAA). This booklet is written for primary care and mental health clinicians and provides guidance in screening and managing alcohol-dependent patients. Available online at pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm.

Research Report Series: Therapeutic Community (2002). This report provides information on the role of residential drug-free settings and their role in the treatment process. NIH Publication #02-4877. Available online at drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-community.

Initiatives Designed to Move Treatment Research into Practice

Clinical Trials Network

Assessing the real-world effectiveness of evidence-based treatments is a crucial step in bringing research to practice. Established in 1999, NIDA's National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network (CTN) uses community settings with diverse patient populations and conditions to adjust and test protocols to meet the practical needs of addiction treatment. Since its inception, the CTN has tested pharmacological and behavioral interventions for drug abuse and addiction, along with common co-occurring conditions (e.g., HIV and PTSD) among various target populations, including adolescent drug abusers, pregnant drug-abusing women, and Spanish-speaking patients. The CTN has also tested prevention strategies in drug-abusing groups at high risk for HCV and HIV and has become a key element of NIDA's multipronged approach to move promising science-based drug addiction treatments rapidly into community settings. For more information on the CTN, please visit drugabuse.gov/CTN.

Criminal Justice-Drug Abuse Treatment Studies

NIDA is taking an approach similar to the CTN to enhance treatment for drug-addicted individuals involved with the criminal justice system through [Criminal Justice–Drug Abuse Treatment Studies \(CJ-DATS\)](#). Whereas NIDA's CTN has as its overriding mission the improvement of the quality of drug abuse treatment by moving innovative approaches into the larger community, research supported through CJ-DATS is designed to effect change by bringing new treatment models into the criminal justice system and thereby improve outcomes for offenders with substance use disorders. It seeks to achieve better integration of drug abuse treatment with other public health and public safety forums and represents a collaboration among NIDA; SAMHSA; the Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Department of Justice agencies; and a host of drug treatment, criminal justice, and health and social service professionals.

Blending Teams

Another way in which NIDA is seeking to actively move science into practice is through a joint venture with SAMHSA and its nationwide network of Addiction Technology Transfer Centers (ATTCs). This process involves the collaborative efforts of community treatment practitioners, SAMHSA trainers, and NIDA researchers, some of whom form "Blending Teams" to create products and devise strategic dissemination plans for them. Through the creation of products designed to foster adoption of new

treatment strategies, Blending Teams are instrumental in getting the latest evidence-based tools and practices into the hands of treatment professionals. To date, a number of products have been completed. Topics have included increasing awareness of the value of buprenorphine therapy and enhancing healthcare workers' proficiency in using tools such as the ASI, motivational interviewing, and motivational incentives. For more information on Blending products, please visit NIDA's Web site at archives.drugabuse.gov/nidasamhsa-blending-initiative.

Other Federal Resources

NIDA DrugPubs Research Dissemination Center. NIDA publications and treatment materials are available from this information source. Staff provide assistance in English and Spanish, and have TTY/TDD capability. Phone: 877-NIDA-NIH (877-643-2644); TTY/TDD: 240-645-0228; fax: 240-645-0227; e-mail: drugpubs@nida.nih.gov; Web site: drugpubs.drugabuse.gov.

The National Registry of Evidence-Based Programs and Practices. This database of interventions for the prevention and treatment of mental and substance use disorders is maintained by SAMHSA and can be accessed at www.samhsa.gov/nrepp.

SAMHSA's Store has a wide range of products, including manuals, brochures, videos, and other publications. Phone: 800-487-4889; Web site: store.samhsa.gov.

The National Institute of Justice. As the research agency of the Department of Justice, the National Institute of Justice (NIJ) supports research, evaluation, and demonstration programs relating to drug abuse in the context of crime and the criminal justice system. For information, including a wealth of publications, contact the National Criminal Justice Reference Service at 800-851-3420 or 301-519-5500; or visit nij.gov.

Clinical Trials. For more information on federally and privately supported clinical trials, please visit clinicaltrials.gov.

*This publication is available for your use and may be reproduced **in its entirety** without permission from NIDA. Citation of the source is appreciated, using the following language: Source: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services.*



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Προς
Υπουργείο Οικονομικών
Γενικό Γραμματέα Οικονομικής Πολιτικής
Αξιότιμο Κύριο Χρήστο Τριαντόπουλο
Καραγεώργη Σερβίας 8, 10184
Αθήνα

Αξιότιμε κύριε Γενικό Γραμματέα,

Σας ευχόμαστε εν αρχή κάθε επιτυχία στο έργο σας και σας ευχαριστούμε θερμά για την άμεση απόκρισή σας στο αίτημά μας για συνάντηση. Κατά την συνάντησή μας με τον Υπουργό Υγείας κύριο Κικήλια Βασίλειο και τον Υφυπουργό Υγείας κύριο Κοντοζαμάνη Βασίλειο - επισυνάπτεται η επιστολή (σχετ. 1) - πέραν των θεσμικών θεμάτων, που συζητήθηκαν, τέθηκαν ζητήματα και δική σας αρμοδιότητας, τα οποία είναι τα εξής δύο:

1. Άμεση εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων χωρίς περικοπές τα οποία χρονίζουν από τα έτη 2006 έως 2012 και για τα οποία δεν θα επεκταθούμε περαιτέρω, καθότι θεωρούμε αυτονόητη την παρέμβασή σας, προς επίλυση του ακανθώδους αυτού ζητήματος.

2. Μείωση του συντελεστή Φ.Π.Α. σε επίπεδα εύλογα και σύμφωνα με την παράμετρο ότι οι ψυχιατρικές κλινικές δραστηριοποιούνται στον ευαίσθητο κλάδο της ψυχικής υγείας. Ακριβώς σε αυτό το σημείο της μείωσης του ΦΠΑ θα κάνουμε εκτενέστερη αναφορά, αφού πρώτα δώσουμε ένα σύντομο ιστορικό του κλάδου μας και της εξέλιξης του ΦΠΑ στην ιδιωτική περίθαλψη.

Σύντομο ιστορικό του κλάδου των Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών και της εξέλιξης του ΦΠΑ

Η Ένωση Ψυχιατρικών Κλινικών Ελλάδος εκπροσωπεί τις 39 από τις 42 λειτουργούσες σήμερα νευροψυχιατρικές κλινικές, με συνολική δύναμη κλινών 5750 και αριθμό εργαζομένων (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, προσωπικό διατροφής κλπ), οι οποίοι σήμερα ανέρχονται σε περίπου 3000. Νοσηλεύουμε κυρίως οξεία και χρόνια ψυχιατρικά περιστατικά καθώς και πολύ βαριάς μορφής άνοιες οι οποίες δεν μπορούν να φιλοξενηθούν σε γηροκομία, λόγω πολύ



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

έντονης ψυχοδιέγερσης, κοπροφαγίας κλπ. Η εγκεκριμένη τιμή του ημερήσιου νοσηλίου ανέρχεται σε 41,97 €, πλέον την φαρμακευτική δαπάνη. Στη συνολική δαπάνη συμμετέχει ο ασθενής κατά ποσοστό 10 %, με αποτέλεσμα η εγκεκριμένη τιμή να περιορίζεται σε 37,77 €. Λόγω όμως του κλειστού προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, μετά τις περικοπές των rebate – clawback τα οποία ανέρχονται μεσοσταθμικά σε 45 %, λαμβάνουμε ημερήσιο περίξ των 20 €. Τέλος, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές είναι επιχειρήσεις εντάσεως εργασίας και διέπονται από τα Π.Δ 235/2000 και 517/1991, τα οποία και ορίζουν την σύνθεση του προσωπικού, ασχέτως πληρότητας της εκάστοτε κλινικής. Στο γεγονός, ότι είμαστε εταιρείες εντάσεως εργασίας θα γίνει εκτενέστερη αναφορά παρακάτω.

Όσον αφορά την εξέλιξη του Φ.Π.Α. στον κλάδο μας, έως το 2010 εξαιρούμεθα αυτού. Με την ενσωμάτωση της Κοινοτικής οδηγίας 2006/112 (άρθρα 132 & 133), και σύμφωνα με την ΠΟΛ 1100/24.06.2010 (άρθρο 62 Ι.4), υπαχθήκαμε στον χαμηλό συντελεστή Φ.Π.Α (σχετ. 2 & 3). **Σημειωτέον ότι, παρότι το Ελληνικό κράτος είχε την δυνατότητα να ενσωματώσει και την γ παράγραφο του άρθρου 133 η οποία αναφέρει ότι «οι τιμές τις οποίες καθορίζουν οι εν λόγω οργανισμοί πρέπει να έχουν εγκριθεί από τις δημόσιες αρχές ή να μην υπερβαίνουν παρόμοιες εγκεκριμένες τιμές ή, εάν πρόκειται για πράξεις για τις οποίες δεν προβλέπεται έγκριση τιμής, οι τιμές πρέπει να είναι κατώτερες αυτών που καθορίζονται για ανάλογες πράξεις από εμπορικές επιχειρήσεις οι οποίες υπόκεινται στον ΦΠΑ» προς απαλλαγή των ιδιωτικών κλινικών, δεν το έπραξε τούτο.** Το 2015 σύμφωνα με την ΠΟΛ 1160/17.7.2015 υπαχθήκαμε στον κανονικό συντελεστή Φ.Π.Α., ο οποίος σήμερα ανέρχεται σε 24 %. Τόσο για την μη ενσωμάτωση της παραγράφου γ του άρθρου 133, όσο και για την ένταξή μας στον κανονικό συντελεστή Φ.Π.Α. θα κάνουμε ιδιαίτερη μνεία στη συνέχεια, όχι μόνο επειδή θεωρούμε τα δύο θέματα ουσίας, όσο πρωτίστως ηθικής τάξης.

Κύριε Γενικό Γραμματέα

Μετά τη σύντομη προαναφερθείσα επισκόπηση και επειδή θεωρούμε επιβεβλημένη την μείωση ή και ακόμη την εξάλειψη του Φ.Π.Α., στηριζόμενοι στα εξής επιχειρήματα:

1. Επειδή, σύμφωνα με τις εξαγγελίες του πρωθυπουργού κυρίου Κυριάκου Μητσοτάκη και του Υφυπουργού κυρίου Κοντοζαμάνη Βασίλειου κατά την παρουσίαση του προγράμματος της Ν.Δ. στις 23 Φεβρουαρίου 2019: α) επιδίωξη της νέας κυβέρνησης είναι η συνεργασία και η συνέργεια δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, β) η ελαχιστοποίηση της επιβάρυνσης εκάστου πολίτη που προσφεύγει είτε στο ιδιωτικό



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

είτε στο δημόσιο σύστημα υγείας, γ) η πρόθεση να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στην περίθαλψη και ιατρική αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων και των ανοϊκών ασθενών, δ) η δημιουργία ισχυρού πλαισίου τουρισμού υγείας ο οποίος μπορεί να αποφέρει και έως 700 εκ. € ετησίως και ε) από όλα τα ανωτέρω συνάγεται ότι η κυβέρνηση, μας θεωρεί βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας,

2. Επειδή η οδηγία 2006/112 σελίς 1 (4) προβλέπει την εφαρμογή νομοθεσιών οι οποίες δεν προκαλούν στρεβλώσεις στους όρους ανταγωνισμού τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο, ενώ η εφαρμογή του κανονικού συντελεστή ΦΠΑ μας φέρνει σε δυσμενή θέση σε σχέση με άλλα κράτη (πχ Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία κλπ), βάσει και των επισυναπτόμενων αρχείων τα οποία απαλλάσσουν τις ιδιωτικές κλινικές από τον ΦΠΑ πλην των επεμβάσεων αισθητικής (σχετ. 4,5,6)
3. Επειδή η εφαρμογή των περικοπών (rebate & clawback) εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ, λόγω του κλειστού προϋπολογισμού, που εφαρμόζει, σε συνδυασμό με την εφαρμογή του κανονικού συντελεστή Φ.Π.Α. (24 %), έχει ως αποτέλεσμα το αποδιδόμενο ημερήσιο νοσήλιο να είναι πολύ κατώτερο του εγκεκριμένου (20 €, αντί 38 €),
4. Επειδή η πλειονότητα των αγαθών που προμηθευόμαστε ανήκουν στον υπερμειωμένο συντελεστή ΦΠΑ (φάρμακα, ενέργεια) ή στον χαμηλό συντελεστή ΦΠΑ (τρόφιμα)
5. Επειδή όπως προαναφέρθη προηγουμένως, είμαστε επιχειρήσεις εντάσεως εργασίας, με αποτέλεσμα το 70 % του κόστους μας να είναι μισθολογικής φύσεως και όχι αγοράς αγαθών,
6. Επειδή, δεν διαφοροποιούμαστε άλλωστε πουθενά αλλού από άποψης φορολογικής μεταχείρισης σε σχέση με τον ιδιώτη ψυχίατρο, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, νοσηλεύτη ή και τις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας οι οποίοι απαλλάσσονται του ΦΠΑ, παρά μόνο στην στέγη και στην σίτιση βαριά ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι δεν δύναται να διαβιούν στην οικία τους (ν. 3842/2010 άρθρο 62, παράγραφος 3, σχετ. 7 & ΠΟΛ 1178/2018, σχετ. 8)
7. Επειδή εν τέλει και σύμφωνα με τα προαναφερθέντα με την υπαγωγή μας στον κανονικό συντελεστή ΦΠΑ, επιβαρύνουμε με επιπλέον κόστος τους ασθενείς μας, υποχρηματοδοτούμαστε, δεν μπορούμε να συμμετάσχουμε στον αναπτυξιακό σχεδιασμό της κυβέρνησης και πολύ περισσότερο να στηρίξουμε πιο ενεργά τον ευαίσθητο τομέα της ψυχικής υγείας,



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΠΡΟΤΕΙΝΟΥΜΕ ΠΡΟΣ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΩΝ ΑΔΙΚΙΩΝ

Την απαλλαγή μας από τον Φ.Π.Α. σύμφωνα με την προϋπόθεση γ του άρθρου 133 της Οδηγίας 2006/112/ΕΚ, όσον αφορά την εγκεκριμένη τιμή. Για τα δε ιδιωτικώς αποδιδόμενα νοσήλια και λόγω των υπέρογκων περικοπών που δεχόμαστε από τον ΕΟΠΥΥ στο εγκεκριμένο νοσήλιο, ζητούμε την ένταξή των στον υπερμειωμένο συντελεστή 6 %.

Κύριε Γενικό Γραμματέα

Γνωρίζουμε πολύ καλά τα ασφυκτικά δημοσιονομικά πλαίσια της χώρας μας, θεωρούμε όμως, ότι η πρότασή μας πρέπει να λάβει θετικής αποδοχής εκ μέρους σας, διότι:

α) στα χρόνια της οικονομικής υφέσεως στηρίξαμε ενεργά την Ελληνική οικονομία, εξαντλώντας τα όποια αποθεματικά είχαμε, με αποτέλεσμα να μην είμαστε πλέον βιώσιμοι,

β) σε μεσο - βραχυπρόθεσμο ορίζοντα η υιοθέτηση της πρότασής μας, θα έχει πολλαπλά οφέλη για τη χώρα μας, αφού τα απολεσθέντα έσοδα του κράτους από τον Φ.Π.Α., **θα αναπληρωθούν από την στιγμή που θα ξαναγίνουμε κερδοφόρες επιχειρήσεις, θα προβούμε σε νέες προσλήψεις προσωπικού, θα δραστηριοποιηθούμε στον τουρισμό υγείας** και θα μας δοθεί η δυνατότητα να βοηθήσουμε περαιτέρω την αποσυμφόρηση του δημοσίου συστήματος υγείας (σημειωτέον το ημερήσιο νοσήλιο στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής ανερχόταν σε 150 € / ημερησίως σε αντιδιαστολή των 20 € πλέον φαρμάκων της δικής μας αποζημίωσης) και

γ) θα προάγουμε περαιτέρω το βασικό αγαθό της υγείας το οποίο ουσιαστικά αποτελεί μια κατάσταση φυσικής, ηθικής και, κυρίως, κοινωνικής ευεξίας.

Στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε συμπληρωματικά στοιχεία και επεξηγήσεις.

Με εκτίμηση
Για την Ένωση Ψυχιατρικών Κλινικών Ελλάδος
Ο Πρόεδρος

Γεώργιος Σ. Αλαφούζος



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Προς
Υπουργό Υγείας
Αξιότιμο Κύριο Κικήλια Βασίλειο
Αριστοτέλους 17, 10433
Αθήνα

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

Σας ευχόμαστε εν αρχή κάθε επιτυχία στο έργο σας και σας δηλώνουμε ότι ο κλάδος μας των Ιδιωτικών Ψυχιατρικών Κλινικών είναι πρόθυμος να συνδράμει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της χώρας στα πλαίσια άλλωστε των εξαγγελιών του πρωθυπουργού κυρίου Κυριάκου Μητσοτάκη περί συνεργασίας και συνεργιών ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Η Ένωση Ψυχιατρικών Κλινικών Ελλάδος εκπροσωπεί τις 39 από τις 42 λειτουργούσες σήμερα νευροψυχιατρικές κλινικές, με συνολική δύναμη κλινών 5750 και αριθμό εργαζομένων (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, προσωπικό διατροφής κλπ) σήμερα περίπου 3000.

Όμως, ο οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές αντιμετωπίζουν πλείστα οικονομικά και θεσμικά προβλήματα με αποτέλεσμα να ζητάμε την παρέμβαση σας προς επίλυση τούτων. Πιο συγκεκριμένα, λόγω των μέτρων α) της επιβολής του ΦΠΑ και δη στον υψηλό συντελεστή 24% από το έτος 2015 και β) της θεσμοθέτησης των rebates και clawback κατά το έτος 2013 ύψους περίπου 45 % συνολικά, εισπράτουμε εν έτει 2019 αντί ημερήσιου κλειστού νοσηλίου πλην φαρμάκων 38 €, νοσήλιο περίξ των 20 € !!! Όπως αντιλαμβάνεστε αδυνατούμε πλέον να προσφέρουμε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με αυτό το νοσήλιο, αφού από την μια μεριά η πλειονότητα των κλινικών μας έχει υπέρογκα χρέη προς το δημόσιο και από την άλλη καμία ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία δεν καλύπτει νοσηλεία για ψυχικής φύσεως νοσήματα. Ζητούμε λοιπόν όσον αφορά το οικονομικό πεδίο να εξετάσετε και να συνδράμετε εσείς και το επιτελείο σας - προς εξυγίανση των κλινικών μας - τα ακόλουθα:

1. Άμεση ένταξη των οφειλών μας προς των ΕΟΠΥΥ από clawback & rebate των ετών 2013 έως 2018 σε ευνοϊκή ρύθμιση 120 δόσεων για εξασφάλιση ρευστότητας των κλινικών μας, ισχύος ακόμα και στην πληρωμή, που θα πραγματοποιηθεί τον Αύγουστο του 2019. Το clawback του 2019 να ενταχθεί στην ανωτέρω ρύθμιση αυτόματα το 2020 με αναπροσαρμογή των υπολειπόμενων δόσεων.



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

2. Άμεσος μηδενισμός του Φ.Π.Α. στην τιμολόγηση μας προς τον ΕΟΠΥΥ και ένταξη των ιδιωτικώς αποδιδόμενων νοσηλίων στον συντελεστή 6 %. Με αυτή την ενέργεια, από την μία μεριά θα επιτευχθεί άμεσα μεγάλη μείωση των rebates και clawback και από την άλλη θα υπάρξει ραγδαία αποκλιμάκωση των ιδιωτικώς αποδιδόμενων νοσηλίων, αφού η μείωση του Φ.Π.Α. κατά 18 μονάδες και η παράλληλη αύξηση του καθαρού καταβαλλόμενου νοσηλίου από τον ΕΟΠΥΥ θα δράσουν σωρευτικά με ευεργετικό τρόπο στην «τσέπη» του ασφαλισμένου. Επιπλέον, όπως θα δείτε και στα επισυναπτόμενα σχετ. 1,2^α και 2β η πλειονότητα των «ανεπτυγμένων» χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν μηδενικό Φ.Π.Α. ή απαλλάσσουν τις ιδιωτικές κλινικές από τον Φ.Π.Α. – πλην των επεμβάσεων αισθητικής – έχοντας κατανοήσει ότι οι ιδιωτικές κλινικές δρουν επικουρικά στο δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς και την χρησιμότητά τους και τον ρόλο των κλινικών στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο. Επιπλέον, έχουμε ουκ ολίγες φορές διαμαρτυρηθεί και ζητήσει την μείωση ή ακόμα και εξαίρεσή μας από τον Φ.Π.Α., καθώς η υγεία δεν είναι είδος πολυτελείας, αλλά βασικό αγαθό το οποίο προάγει μια κατάσταση φυσικής, ηθικής και, κυρίως, κοινωνικής ευεξίας (σχετ 3).

3. Επανακαθορισμός του ύψους του ημερήσιου νοσηλίου με ταυτόχρονη ανακατανομή των ποσών όλων των κωδικών του ΕΟΠΥΥ με στόχο την δικαιότερη αντιμετώπιση των παρόχων και κατ' επέκταση των ασφαλισμένων. Όπως θα διαπιστώσετε άλλωστε στο σχετ. 4 οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ήταν ο μόνος κλάδος της κλειστής περίθαλψης, που αντιμετώπισε μείωση του προϋπολογισμού του κατά 1 εκατομμύριο € το έτος 2017!!!. Επιπλέον θεωρούμε άδικο ξενώνες και οικοτροφεία ψυχικά πασχόντων να αποζημιώνονται με έως 50 € ημερησίως ενώ κλινικές που φιλοξενούν οξέα περιστατικά να λαμβάνουν 20 € ημερησίως. Για να θεραπεύσετε αυτή την αδικία κύριε Υπουργέ πέραν της ζητούμενης μείωσης του Φ.Π.Α., πρέπει να προβείτε άμεσα σε αύξηση 20% του προϋπολογισμού μας ήτοι να ανέλθει σε 60 εκατομμύρια € για το έτος 2019.

4. Απελευθέρωση της τιμολόγησης των ιδιωτικών νοσηλίων ανεξαρτήτου θέσης, βάσει όμως του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου της κλινικής. Έως και τώρα επιβάλλονται περιορισμοί στην τιμολόγηση, δημιουργώντας έτσι στρεβλώσεις οι οποίες και είναι: α) δεν λαμβάνει υπόψιν ότι οι ψυχιατρικές κλινικές είναι εταιρείες εντάσεως εργασίας, κόστος το οποίο ισομερίζεται ανεξαρτήτως θέσης αφού και σύμφωνα με την ιατρική δεοντολογία ο ιατρός, ο νοσηλευτής, ο ψυχολόγος ή ακόμα και ο καθαριστής υποχρεούνται ηθικά να αφιερώνουν το χρόνο τους και την προσπάθειά τους



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και όχι ανάλογα με την τιμολόγηση και β) ο περιορισμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα την μετακύλιση του κόστους αυτού στους υπολοίπους ασθενείς και στους συγγενείς τους, γεγονός το οποίο είναι κοινωνικά άδικο. Αν έχει δε, προηγηθεί η μείωση του Φ.Π.Α. και η αύξηση του προϋπολογισμού μας οι αναπροσαρμογές θα είναι αμελητέες ίσως και μηδενικές.

5. Ολοσχερής και άμεση εξόφληση και χωρίς περικοπές (τάξεως 10 %, όπως προβλέπεται έως τώρα), των οφειλόμενων προς τις ιδιωτικές κλινικές των ασφαλιστικών ταμείων, ετών 2006 έως 2012 !!!

Όσον αφορά το θεσμικό πλαίσιο ζητούμε:

1. Να μπορούμε να νοσηλεύουμε ακουσίως ασθενείς που χρήζουν ψυχιατρικής περίθαλψης μέτρο που ίσχυε μέχρι προσφάτως στις περιφέρειες της Ελλάδος. Έχει δικαίωμα ο ασθενής και η οικογένειά του στην επιλογή του ιατρού και του νοσηλευτικού ιδρύματος ανεξαρτήτως εάν είναι δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Όχι δεν είναι είδος κράτησης η αναγκαστική νοσηλεία όπως τουλάχιστον μέχρι προσφάτως διατείνονταν στελέχη του Υπουργείου Υγείας, αλλά είναι θεραπεία και διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας και αξιοπρέπειας του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Απάντηση άλλωστε στο τι πρέπει να πράξει η νέα ηγεσία του Υπουργείου Υγείας δίδει η Γνωμοδότηση της Ε.Ψ.Ε. (σχετ. 5) και του νομικού συμβούλου της Ένωσης κυρίου Αθανασίου Πλεύρη (σχετ. 6), καταργώντας το επίμαχο άρθρο του Ν. 2071/1992 και εφαρμόζοντας ίδιους κανόνες, όρους και προϋποθέσεις στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

2. Αναμόρφωση του άρθρου 3 του Ν. 4600/2018 και συγκεκριμένα των παραγράφων 1 και 2 οι οποίες καταργούν το τεκμήριο της αθωότητας, καθώς μπορεί κάποιος ιατρός επιστημονικά υπεύθυνος ή Δ/νων Σύμβουλος να απωλέσει την ιδιότητά του ακόμα και με την παραπομπή ενώπιον ποινικού δικαστηρίου. Αντ' αυτού προτείνουμε με την τελεσίδικη απόφαση να επέρχονται οι προβλεπόμενες κυρώσεις.

3. Ενόψει της εφαρμογής του νέου αντικαπνιστικού νόμου, να ισχύσει ειδικά για τις ψυχιατρικές κλινικές η πρόνοια της Υπουργικής Απόφασης 88202/2009 – ΦΕΚ 1286/Β/30-6-2009 άρθρο 7 (σχετ. 7).

Κατόπιν των ανωτέρω συνοπτικά αναφερόμενων δίκαιων αιτημάτων μας - και με γνώμονα ότι στις κλινικές μας νοσηλεύονται ασθενείς που βρίσκονται στην πλέον μειονεκτική θέση έναντι όλων



ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

των υπολοίπων ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλες δομές όχι μόνο επειδή οι νοσηλείες τους είναι μακροχρόνιες και αναγκαίες, αλλά και επειδή ΣΤΕΡΟΥΝΤΑΙ ΚΑΘΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ προστασίας με την σύναψη ιδιωτικής ασφάλειας, που θα μπορούσε να καλύπτει τουλάχιστον ένα μέρος των δαπανών τους - προσδοκούμε στην άμεση απόκρισή σας και διευθέτησής των και παραμένουμε στη διάθεσή σας για περαιτέρω διάλογο και ανταλλαγή απόψεων.

Με εκτίμηση
Για την Ένωση Ψυχιατρικών Κλινικών Ελλάδος
Ο Γενικός Γραμματέας

Ανδρέας Ν. Φωτόπουλος



I

(Πράξεις για την ισχύ των οποίων απαιτείται δημοσίευση)

ΟΔΗΓΙΑ 2006/112/ΕΚ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

της 28ης Νοεμβρίου 2006

σχετικά με το κοινό σύστημα φόρου προστιθέμενης αξίας

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ,

Έχοντας υπόψη:

τη Συνθήκη περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και ιδίως το άρθρο 93,

την πρόταση της Επιτροπής,

τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου,

τη γνώμη της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής,

Εκτιμώντας τα ακόλουθα:

- (1) Η οδηγία 77/388/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 17ης Μαΐου 1977, περί εναρμονίσεως των νομοθεσιών των κρατών μελών, των σχετικών με τους φόρους κύκλου εργασιών — Κοινό σύστημα φόρου προστιθέμενης αξίας: ομοιόμορφη φορολογική βάση ⁽¹⁾ έχει επανειλημμένα τροποποιηθεί κατά τρόπο ουσιαστικό. Είναι, ως εκ τούτου, σκόπιμη, για λόγους σαφήνειας και ορθολογισμού, η αναδιατύπωση της εν λόγω οδηγίας.
- (2) Στο πλαίσιο της εν λόγω αναδιατύπωσης, είναι σκόπιμο να περιληφθούν οι ισχύουσες διατάξεις της οδηγίας 67/227/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 11ης Απριλίου 1967, περί της εναρμονίσεως των νομοθεσιών των κρατών μελών, των σχετικών με τους φόρους κύκλου εργασιών ⁽²⁾. Είναι, συνεπώς, σκόπιμο να καταργηθεί η εν λόγω οδηγία.
- (3) Προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι οι διατάξεις παρουσιάζονται κατά σαφή και ορθολογικό τρόπο, συνεπή προς την αρχή της καλύτερης νομοθεσίας, είναι σκόπιμο να αναδιαρθρωθεί και να αναδιατυπωθεί η οδηγία, χωρίς αυτό να συνεπάγεται κατ' αρχήν ουσιαστικές αλλαγές της ισχύουσας νομοθεσίας. Μικρός αριθμός ουσιαστικών τροποποιήσεων συνδέεται πάντως αναπόσπαστα με τη διαδικασία αναδιατύπωσης και δεν μπορεί να αποφευχθεί. Σε περίπτωση σχετικών αλλαγών, αυτές απαριθμούνται εξαντλητικά στις διατάξεις που διέπουν τη μεταφορά και την έναρξη της ισχύος.
- (4) Η υλοποίηση του σκοπού της εγκαθίδρυσης μιας εσωτερικής αγοράς προϋποθέτει την εφαρμογή εντός των κρατών μελών νομοθεσιών σχετικών με τους φόρους κύκλου εργασιών, οι οποίες δεν νοθεύουν τους όρους του ανταγωνισμού και δεν εμποδίζουν την ελεύθερη κυκλοφορία των αγαθών και υπηρεσιών. Επομένως 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.
- (5) Το σύστημα ΦΠΑ επιτυγχάνει τη μεγαλύτερη απλούστευση και ουδετερότητα όταν ο φόρος εισπράττεται κατά τρόπο όσο το δυνατόν γενικότερο και όταν το πεδίο εφαρμογής του περιλαμβάνει όλα τα στάδια της παραγωγής και διανομής καθώς επίσης και τον τομέα παροχής υπηρεσιών. Είναι συνεπώς προς το συμφέρον της εσωτερικής αγοράς και των κρατών μελών να υιοθετηθεί ένα κοινό σύστημα, η εφαρμογή του οποίου να επεκτείνεται και στο λιανικό εμπόριο.
- (6) Είναι ανάγκη η εναρμόνιση να γίνει σταδιακά, αφού η εναρμόνιση των φόρων κύκλου εργασιών συνεπάγεται μεταβολές στη διάρθρωση των φόρων των κρατών μελών και έχει αισθητές επιπτώσεις στον τομέα του προϋπολογισμού και στον οικονομικό και τον κοινωνικό τομέα.
- (7) Το κοινό σύστημα ΦΠΑ θα πρέπει να καταλήξει σε ουδετερότητα ως προς τον ανταγωνισμό ακόμη και αν οι συντελεστές και οι απαλλαγές δεν εναρμονίζονται πλήρως, υπό την έννοια ότι στο έδαφος κάθε κράτους μέλους παρόμοια αγαθά και υπηρεσίες υπόκεινται στην ίδια φορολογική επιβάρυνση, οποιαδήποτε και αν είναι η έκταση του δικτύου παραγωγής και διανομής.
- (8) Κατ' εφαρμογή της απόφασης 2000/597/ΕΚ, Ευρατόμ του Συμβουλίου, της 29ης Σεπτεμβρίου 2000, για το σύστημα των ιδίων πόρων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ⁽³⁾, ο προϋπολογισμός των Κοινοτήτων, με την επιφύλαξη των λοιπών εσόδων, χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από ιδίους πόρους των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Στους πόρους αυτούς περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, οι προερχόμενοι από τον ΦΠΑ πόροι που προκύπτουν από την εφαρμογή κοινού συντελεστή επί φορολογικής βάσεως η οποία καθορίζεται κατά τρόπο ομοιόμορφο και σύμφωνα με τους κοινοτικούς κανόνες.
- (9) Είναι απαραίτητο να προβλεφθεί μεταβατική περίοδος που να επιτρέπει την προοδευτική προσαρμογή των εθνικών νομοθεσιών σε καθορισμένους τομείς.

⁽¹⁾ ΕΕ L 145, 13.6.1977, σ. 1 Οδηγία όπως τροποποιήθηκε τελευταία με την οδηγία 2006/98/ΕΚ (ΕΕ L 221, 12.8.2006, σ. 9).

⁽²⁾ ΕΕ 71, 14.4.1967, σ. 1301. Οδηγία όπως τροποποιήθηκε τελευταία με την οδηγία 69/436/ΕΟΚ (ΕΕ L 320, 20.12.1969, σ. 34).

⁽³⁾ ΕΕ L 253, 7.10.2000, σ. 42.

3. Η Πολωνία μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει μειωμένο συντελεστή τουλάχιστον 3 % στις παραδόσεις τροφίμων που περιλαμβάνονται στο παράρτημα III, σημείο 1) έως τις 30 Απριλίου 2008.

4. Η Πολωνία μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει μειωμένο συντελεστή τουλάχιστον 3 % στις παραδόσεις αγαθών και την παροχή υπηρεσιών που κανονικά προορίζονται για χρήση στην αγροτική παραγωγή, με εξαίρεση τα κεφαλαιουχικά αγαθά, όπως κτίρια ή μηχανήματα, που περιλαμβάνονται στο παράρτημα III, σημείο 11), έως τις 30 Απριλίου 2008.

5. Η Πολωνία μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει μειωμένο συντελεστή τουλάχιστον 7 %, στην παροχή υπηρεσιών που δεν προβλέπονται στο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής, για κατασκευή, ανακαίνιση και μετατροπή κατοικιών, με εξαίρεση τα οικοδομικά υλικά, και στην παράδοση, πριν από την πρώτη εγκατάσταση, κτιρίων κατοικιών ή τμημάτων κτιρίων κατοικιών, σύμφωνα με το άρθρο 12, παράγραφος 1, στοιχείο α), έως τις 31 Δεκεμβρίου 2007.

Άρθρο 129

1. Η Σλοβενία μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει μειωμένο συντελεστή τουλάχιστον 8,5 % στην προετοιμασία γευμάτων έως τις 31 Δεκεμβρίου 2007 ή έως την εφαρμογή του οριστικού καθεστώτος του άρθρου 402, εάν η ημερομηνία αυτή είναι προγενέστερη.

2. Η Σλοβενία μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει μειωμένο συντελεστή τουλάχιστον 5 % στις εργασίες κατασκευής, ανακαίνισης και συντήρησης κατοικιών οι οποίες δεν παρέχονται ως μέρος κοινωνικής πολιτικής, με εξαίρεση τα κατασκευαστικά υλικά, έως τις 31 Δεκεμβρίου 2007.

Άρθρο 130

Η Σλοβακία μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει μειωμένο συντελεστή τουλάχιστον 5 % στις ακόλουθες πράξεις:

- α) στις εργασίες κατασκευής κατοικιών που δεν παρέχονται στο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής, με εξαίρεση τα υλικά κατασκευής, έως τις 31 Δεκεμβρίου 2007·
- β) στην παροχή θερμικής ενέργειας που χρησιμοποιείται από ιδιωτικές κατοικίες και μικρές επιχειρήσεις που δεν υπόκεινται στον ΦΠΑ για θέρμανση και παραγωγή ζεστού νερού, με εξαίρεση τις πρώτες ύλες που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή θερμικής ενέργειας, έως τις 31 Δεκεμβρίου 2008.

ΤΙΤΛΟΣ ΙΧ

ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Γενικές διατάξεις

Άρθρο 131

Οι απαλλαγές που προβλέπονται στα κεφάλαια 2 έως 9 εφαρμόζονται με την επιφύλαξη άλλων κοινοτικών διατάξεων και με τις προϋποθέσεις που καθορίζουν τα κράτη μέλη για να διασφαλίζουν την ορθή και απλή εφαρμογή των εν λόγω απαλλαγών και να προλαμβάνουν κάθε ενδεχόμενη φοροδιαφυγή, φοροαποφυγή ή κατάχρηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Απαλλαγές ορισμένων δραστηριοτήτων γενικού συμφέροντος

Άρθρο 132

1. Τα κράτη μέλη απαλλάσσουν τις ακόλουθες πράξεις:
 - α) τις παροχές υπηρεσιών και τις παρεπόμενες προς τις παροχές αυτές παραδόσεις αγαθών, οι οποίες πραγματοποιούνται από τις δημόσιες ταχυδρομικές υπηρεσίες, με εξαίρεση τη μεταφορά προσώπων και τις τηλεπικοινωνίες,
 - β) τη νοσοκομειακή και ιατρική περίθαλψη καθώς και τις στενά συνδεδεμένες με αυτές πράξεις, οι οποίες παρέχονται από οργανισμούς δημόσιου δικαίου ή υπό κοινωνικές συνθήκες παρεμφερείς με αυτές που ισχύουν για τους οργανισμούς αυτούς, από νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης καθώς και από άλλα ιδρύματα της αυτής φύσης, που αναγνωρίζονται από το ενδιαφερόμενο κράτος μέλος,
 - γ) τις παροχές ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της άσκησης ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελματιών, όπως καθορίζονται από το ενδιαφερόμενο κράτος μέλος,
 - δ) τις παραδόσεις ανθρώπινων οργάνων, ανθρώπινου αίματος και ανθρώπινου γάλακτος,
 - ε) τις παροχές υπηρεσιών οι οποίες πραγματοποιούνται από τους οδοντοτεχνίτες στο πλαίσιο του επαγγέλματός τους καθώς και τις παραδόσεις ειδών οδοντικής προσθετικής που πραγματοποιούνται από τους οδοντιάτρους και τους οδοντοτεχνίτες,
 - στ) τις παροχές υπηρεσιών οι οποίες πραγματοποιούνται από ανεξάρτητες ενώσεις προσώπων, που ασκούν δραστηριότητα απαλλασσόμενη του φόρου ή για την οποία τα πρόσωπα αυτά δεν έχουν την ιδιότητα του υποκείμενου στον φόρο, με σκοπό την παροχή στα μέλη τους των άμεσα αναγκαίων υπηρεσιών για την άσκηση της δραστηριότητας αυτής, εφόσον οι ενώσεις αυτές απαιτούν από τα μέλη τους μόνο την εισπραξη του επακριβώς αναλογούντος σε αυτά μέρους των κοινών δαπανών που έχουν αναληφθεί, με τον όρο ότι η απαλλαγή αυτή δεν δημιουργεί κίνδυνο στρεβλώσεων των όρων του ανταγωνισμού,
 - ζ) τις παροχές υπηρεσιών και τις παραδόσεις αγαθών οι οποίες συνδέονται στενά με την κοινωνική πρόνοια και ασφάλιση, περιλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται από οίκους ευγηρίας, και οι οποίες πραγματοποιούνται από οργανισμούς δημόσιου δικαίου ή άλλους οργανισμούς που το ενδιαφερόμενο κράτος μέλος αναγνωρίζει ως κοινωνικού χαρακτήρα,
 - η) τις παροχές υπηρεσιών και τις παραδόσεις αγαθών οι οποίες συνδέονται στενά με την προστασία των παιδιών και των νέων και πραγματοποιούνται από οργανισμούς δημόσιου δικαίου ή από οργανισμούς που το ενδιαφερόμενο κράτος μέλος αναγνωρίζει ως κοινωνικού χαρακτήρα,
 - θ) την εκπαίδευση των παιδιών ή των νέων, τη σχολική ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση, την επαγγελματική εκπαίδευση, επιμόρφωση ή επανακατάρτιση καθώς και τις στενά συνδεδεμένες με αυτές παροχές υπηρεσιών και παραδόσεις αγαθών, που πραγματοποιούνται από οργανισμούς δημόσιου δικαίου που επιδιώκουν τους ανωτέρω σκοπούς ή από οργανισμούς που το ενδιαφερόμενο κράτος μέλος αναγνωρίζει ότι έχουν παρεμφερείς σκοπούς,
 - ι) τα ιδιαίτερα μαθήματα που παραδίδονται από εκπαιδευτικούς και τα οποία αφορούν τη σχολική ή πανεπιστημιακή εκπαίδευση,

- ια) τη διάθεση προσωπικού από θρησκευτικά ή φιλοσοφικά ιδρύματα για τις δραστηριότητες που προβλέπονται στα στοιχεία β), ζ), η) και θ) και για σκοπούς πνευματικής αρωγής,
- ιβ) τις παροχές υπηρεσιών καθώς και τις στενά συνδεδεμένες με αυτές παραδόσεις αγαθών προς τα μέλη τους στο πλαίσιο του συλλογικού τους συμφέροντος, έναντι εισφοράς καθοριζόμενης σύμφωνα με το καταστατικό τους, από οργανισμούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που επιδιώκουν σκοπούς πολιτικούς, συνδικαλιστικούς, θρησκευτικούς, πατριωτικούς, φιλοσοφικούς, φιλανθρωπικούς ή πολιτικής αγωγής, με τον όρο ότι η απαλλαγή αυτή δεν δημιουργεί κίνδυνο στρεβλώσεων των όρων του ανταγωνισμού,
- ιγ) ορισμένες παροχές υπηρεσιών συνδεδεμένες στενά με τον αθλητισμό ή τη σωματική αγωγή, που προσφέρονται από οργανισμούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα σε πρόσωπα που ασχολούνται με τον αθλητισμό ή τη σωματική αγωγή,
- ιδ) ορισμένες παροχές υπηρεσιών πολιτιστικού χαρακτήρα καθώς και τις στενά συνδεδεμένες με αυτές παραδόσεις αγαθών, που πραγματοποιούνται από οργανισμούς δημόσιου δικαίου ή άλλους οργανισμούς πολιτιστικού χαρακτήρα αναγνωρισμένους από το ενδιαφερόμενο κράτος μέλος,
- ιε) τις παροχές υπηρεσιών και τις παραδόσεις αγαθών, που πραγματοποιούνται από οργανισμούς, των οποίων οι δραστηριότητες απαλλάσσονται του φόρου σύμφωνα με τα στοιχεία β), ζ), η), θ), ιβ), ιγ) και ιδ), με την ευκαιρία εκδηλώσεων που προορίζονται να προσπορίσουν στους οργανισμούς αυτούς οικονομική ενίσχυση και οι οποίες οργανώνονται προς αποκλειστικό όφελος τους, με τον όρο ότι η απαλλαγή αυτή δεν δημιουργεί κίνδυνο στρεβλώσεων των όρων του ανταγωνισμού,
- ιστ) τη μεταφορά ασθενών ή τραυματιών με ειδικά διαρρυθμισμένα οχήματα, η οποία πραγματοποιείται από αναγνωρισμένους από το κράτος μέλος οργανισμούς,
- ιζ) τις δραστηριότητες δημόσιων οργανισμών ραδιοφώνου και τηλεόρασης, εκτός από αυτές που έχουν εμπορικό χαρακτήρα.

2. Για την εφαρμογή της παραγράφου 1, στοιχείο ιε), τα κράτη μέλη μπορούν να θεσπίζουν τους αναγκαίους περιορισμούς, ειδικά όσον αφορά τον αριθμό των εκδηλώσεων ή το ύψος των εσόδων που παρέχουν δικαίωμα προς απαλλαγή.

Άρθρο 133

Τα κράτη μέλη μπορούν να ορίζουν, χωριστά για κάθε περίπτωση, ότι η χορήγηση σε οργανισμούς, εκτός των οργανισμών δημόσιου δικαίου, καθεμιάς από τις απαλλαγές που προβλέπονται στο άρθρο 132, παράγραφος 1, στοιχεία β), ζ), η), θ), ιβ), ιγ) και ιδ), εξαρτάται από την τήρηση μιας ή περισσότερων από τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) οι εν λόγω οργανισμοί δεν πρέπει να έχουν ως σκοπό τη συστηματική επιδίωξη του κέρδους, τα ενδεχόμενα δε κέρδη τους δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να διανέμονται, αλλά να διατίθενται για τη διατήρηση ή τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- β) η διοίκηση και διαχείριση των εν λόγω οργανισμών πρέπει να ασκείται ουσιαστικά χωρίς μισθό, από πρόσωπα που δεν έχουν, είτε αυτά τα ίδια είτε μέσω τρίτων προσώπων, άμεσο ή έμμεσο συμφέρον από τα αποτελέσματα της εκμετάλλευσης των σχετικών δραστηριοτήτων,

γ) οι τιμές τις οποίες καθορίζουν οι εν λόγω οργανισμοί πρέπει να έχουν εγκριθεί από τις δημόσιες αρχές ή να μην υπερβαίνουν παρόμοιες εγκεκριμένες τιμές ή, εάν πρόκειται για πράξεις για τις οποίες δεν προβλέπεται έγκριση τιμής, οι τιμές πρέπει να είναι κατώτερες αυτών που καθορίζονται για ανάλογες πράξεις από εμπορικές επιχειρήσεις οι οποίες υπόκεινται στον ΦΠΑ,

δ) οι απαλλαγές δεν πρέπει να δημιουργούν κίνδυνο στρέβλωσης των όρων του ανταγωνισμού σε βάρος των εμπορικών επιχειρήσεων που υπόκεινται στον ΦΠΑ.

Τα κράτη μέλη, τα οποία, σύμφωνα με το παράρτημα Ε της οδηγίας 77/388/ΕΟΚ, εφάρμοζαν την 1η Ιανουαρίου 1989 τον ΦΠΑ στις πράξεις που απαριθμούνται στο άρθρο 132, παράγραφος 1, στοιχεία ιγ) και ιδ), μπορούν να εφαρμόζουν τους όρους του πρώτου εδαφίου, στοιχείο δ) όταν για τις εν λόγω παροχές υπηρεσιών ή παραδόσεις αγαθών εκ μέρους των οργανισμών δημόσιου δικαίου χορηγείται απαλλαγή.

Άρθρο 134

Οι παραδόσεις αγαθών και οι παροχές υπηρεσιών αποκλείονται από την απαλλαγή που προβλέπεται στο άρθρο 132, παράγραφος 1, στοιχεία β), ζ), η), θ), ιβ), ιγ) και ιδ), στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- α) εφόσον δεν είναι απαραίτητες για τη διενέργεια των πράξεων που απαλλάσσονται του φόρου,
- β) εφόσον προορίζονται κυρίως να προσπορίσουν στον οργανισμό συμπληρωματικά έσοδα με την πραγματοποίηση πράξεων που ανταγωνίζονται άμεσα τις πράξεις εμπορικών επιχειρήσεων υποκείμενων στον ΦΠΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΑπαλλαγές άλλων δραστηριοτήτων

Άρθρο 135

1. Τα κράτη μέλη απαλλάσσουν τις ακόλουθες πράξεις:
- α) τις ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές εργασίες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι συναφείς με αυτές παροχές υπηρεσιών, που πραγματοποιούνται από τους ασφαλιστές και ασφαλιστικούς πράκτορες,
- β) τη χορήγηση και τη διαπραγμάτευση πιστώσεων καθώς και τη διαχείριση πιστώσεων που ενεργείται από αυτόν που τις χορήγησε,
- γ) τη διαπραγμάτευση και την ανάληψη υποχρεώσεων, εγγυήσεων και λοιπών ασφαλειών καθώς και τη διαχείριση εγγυήσεων που ενεργείται από αυτόν που χορήγησε τις πιστώσεις,
- δ) τις πράξεις, περιλαμβανομένης της διαπραγμάτευσης, οι οποίες αφορούν καταθέσεις, τρεχούμενους λογαριασμούς, πληρωμές, μεταφορές χρημάτων, απαιτήσεις, επιταγές και λοιπά αξιόγραφα, με εξαίρεση την είσπραξη απαιτήσεων,
- ε) τις πράξεις, περιλαμβανομένης της διαπραγμάτευσης, οι οποίες αφορούν συνάλλαγμα, χαρτονομίσματα και νομίσματα που αποτελούν νόμιμα μέσα πληρωμής, με εξαίρεση τα νομίσματα και χαρτονομίσματα για συλλογές, δηλαδή τα χρυσά, αργυρά ή



Αθήνα, 24.06.2010

ΠΟΛ: 1100

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
 ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
 ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ & ΤΕΛΩΝΕΙΑΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ
 ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑΣ
 14^η Δ/ΝΣΗ ΦΠΑ
 ΤΜΗΜΑΤΑ Α', Β'

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

ΠΡΟΣ: Π.Δ

Ταχ. Δ/ση : Σίνα 2-4
 Ταχ. Κώδικας: 106 72 ΑΘΗΝΑ
 Τηλέφωνο : 210- 3645378
 Fax : 210- 3645413

ΘΕΜΑ: 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».

Κοινοποιούμε τις ανωτέρω διατάξεις που αφορούν θέματα ΦΠΑ και παρέχουμε οδηγίες και διευκρινίσεις για την ορθή και ομοιόμορφη εφαρμογή τους.

Άρθρο 59 του ν.3842 – Ενσωμάτωση Οδηγίας 2008/117/ΕΚ.

Α. Γενικά

Με το άρθρο αυτό επήλθαν τροποποιήσεις στα άρθρα 16 και 36 του Κώδικα ΦΠΑ (ν.2859/2000) λόγω υποχρέωσης ενσωμάτωσης στο εθνικό δίκαιο της Κοινοτικής Οδηγίας 2008/117/ΕΚ, από 1.1.2010. Η Οδηγία αυτή τροποποίησε ορισμένες διατάξεις της Οδηγίας 2006/112/ΕΚ, με στόχο την καταπολέμηση της φοροδιαφυγής που συνδέεται με τις ενδοκοινοτικές πράξεις.

Με τις διατάξεις της ΑΥΟ ΠΟΛ 1127/2009 η ημερολογιακή περίοδος κατά την οποία υποβάλλεται ο ανακεφαλαιωτικός πίνακας ενδοκοινοτικών συναλλαγών από τριμηνιαία από 1.1.2010 έγινε μηνιαία (οδηγία 2008/117/ΕΚ) προκειμένου για άμεσες διασταυρώσεις σε κοινοτικό επίπεδο.

Με τις διατάξεις της παραπάνω οδηγίας εναρμονίζεται, μεταξύ των κρατών μελών, ο χρόνος δήλωσης των πράξεων στους ανακεφαλαιωτικούς πίνακες και ορίζεται ότι είναι ο χρόνος κατά τον οποίο ο φόρος γίνεται απαιτητός.

Οι σχετικές αλλαγές που αφορούν το απαιτητό του φόρου ενσωματώνονται στο εθνικό δίκαιο με τις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 59 του ν.3842/2010.

Β. Ανάλυση των τροποποιούμενων διατάξεων:

α) Με την παράγραφο 2 του άρθρου αυτού προστίθεται νέα παράγραφος 5γ' στο άρθρο 36 του Κώδικα ΦΠΑ. Εφαρμογή από 01.01.2010.

προμήθειες αυτών δεν επιβαρύνονται με Φ.Π.Α., έχουν όμως δικαίωμα έκπτωσης του φόρου των εισροών που επιβαρύνει τα γενικά τους έξοδα και τα αγαθά επένδυσής τους.

Περαιτέρω, επισημαίνουμε ότι οι εφημερίδες και τα περιοδικά (Δ.Κ. 4902) υπάγονται στον υπερμειωμένο συντελεστή Φ.Π.Α. (5,5%), όσον αφορά στην αξία των εντύπων αυτών, ενώ διάφορα αγαθά που παραδίδονται μαζί με τα έντυπα αυτά υπάγονται στον οικείο συντελεστή, όπως π.χ. CD, DVD υπάγονται στον κανονικό συντελεστή (23%), προσδιορίζοντας ξεχωριστή φορολογητέα αξία για τα αγαθά αυτά, σύμφωνα με τη διαφοροποίηση της τιμής των εντύπων αυτών που περιέχουν και άλλα αγαθά, σε σχέση με την τιμή της απλής έκδοσης.

Άρθρο 62 - Τροποποίηση διαφόρων διατάξεων του Κώδικα ΦΠΑ

Παράγραφος 1

Με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 62 του κοινοποιούμενου νόμου, προστέθηκε δεύτερο εδάφιο στην παράγραφο 6 του άρθρου 21 του Κώδικα ΦΠΑ, με το οποίο προβλέπεται ότι το 0,5 της μονάδας στρογγυλοποιείται στην ανώτερη ακέραια μονάδα, με σκοπό τη σαφήνεια της διάταξης αυτής και ισχύει από 15.3.2010.

Η στρογγυλοποίηση καταλαμβάνει μόνο τους συντελεστές που προκύπτουν κατ' εφαρμογή της προβλεπόμενης από την παράγραφο 4 του ίδιου άρθρου του Κώδικα ΦΠΑ, μείωσης κατά τριάντα τοις εκατό (30%) των συντελεστών ΦΠΑ για τα νησιά των νομών Λέσβου, Χίου, Σάμου, Δωδεκανήσου, Κυκλάδων και τα νησιά του Αιγαίου Θάσο, Σαμοθράκη, Βόρειες Σποράδες και Σκύρο.

Για παράδειγμα ο μειωμένος κατά 50% συντελεστής ορισμένων αγαθών και υπηρεσιών του Παραρτήματος ΙΙΙ, ο οποίος για την λοιπή Ελλάδα είναι 5%, με την μείωση του κατά 30% για τα προαναφερόμενα νησιά, προκύπτει συντελεστής 3,5%, ο οποίος κατ' εφαρμογή της εν λόγω διάταξης στρογγυλοποιείται στην ανώτερη ακέραιη μονάδα και διαμορφώνεται έτσι στο 4%.

Παράγραφοι 2 και 3

Με τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 62, οι οποίες ισχύουν από 1.7.2010, αντικαταστάθηκαν οι διατάξεις των περιπτώσεων δ' και ε' της παραγράφου 1, του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ. Ειδικότερα με την αντικατάσταση αυτή επέρχονται οι εξής τροποποιήσεις:

Ι. Νοσοκομειακή και ιατρική περίθαλψη

1. Σύμφωνα με τις νέες διατάξεις της περίπτωσης δ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22, από 1.7.2010 η απαλλαγή της νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης, καθώς και των στενά συνδεδεμένων με αυτές παραδόσεων αγαθών και παροχών υπηρεσιών περιορίζεται μόνο στην περίπτωση που οι εν λόγω πράξεις πραγματοποιούνται από **οργανισμούς δημοσίου δικαίου**. Η απαλλαγή αυτή ισχύει και για λοιπούς οργανισμούς ιδιωτικού δικαίου, εφόσον πληρούνται σωρευτικά οι εξής προϋποθέσεις:

i. δεν έχουν ως σκοπό τη συστηματική επιδίωξη κέρδους, τα ενδεχόμενα δε κέρδη τους δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να διανέμονται αλλά να διατίθενται για τη διατήρηση ή τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών,

ii. η διοίκηση και διαχείριση των εν λόγω οργανισμών πρέπει να ασκείται από πρόσωπα που δεν έχουν, είτε αυτά τα ίδια είτε μέσω τρίτων προσώπων, άμεσο ή έμμεσο συμφέρον από τα αποτελέσματα της εκμετάλλευσης των σχετικών δραστηριοτήτων,

iii. οι απαλλαγές δεν πρέπει να δημιουργούν κίνδυνο στρέβλωσης των όρων του ανταγωνισμού.

2. Η συνδρομή των προϋποθέσεων, οι οποίες είναι σωρευτικές, προκύπτει από τη σύσταση του οργανισμού και άλλα έγγραφα και ελέγχονται τα πραγματικά περιστατικά από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. Όσον αφορά την προϋπόθεση περί μη δημιουργίας κινδύνου στρέβλωσης των όρων του ανταγωνισμού, θα πρέπει να εξετάζεται εάν η απαλλαγή συγκεκριμένου ιδιωτικού οργανισμού θέτει σε δυσμενή θέση άλλους οργανισμούς ιδιωτικού δικαίου οι οποίοι υπάγονται στο φόρο.

3. Ως στενά συνδεόμενες, με τις υπηρεσίες νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης, παραδόσεις αγαθών και παροχές υπηρεσιών, νοούνται μόνον αυτές που αποτελούν ένα απαραίτητο στάδιο της διαδικασίας παροχής των υπηρεσιών αυτών για να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί και νοσηλευτικοί σκοποί και λογικά εντάσσονται στο πλαίσιο της παροχής τους, όπως φάρμακα, ορθοπεδικά προσθετικά, νοσοκομειακά αναλώσιμα, παροχή κλίνης και τροφής στους ασθενείς. Έσοδα των εν λόγω οργανισμών από τυχόν τηλεφωνική εξυπηρέτηση, εκμίσθωση συσκευών τηλεοράσεως, προς τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, επίσης έσοδα από πράξεις μεσολάβησης, εκμίσθωσης μηχανημάτων, ερευνητικών εργασιών, κλπ, δεν εμπίπτουν στην απαλλαγή και φορολογούνται με τον **κανονικό** συντελεστή ΦΠΑ.

4. Η παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης, καθώς και οι στενά συνδεόμενες με αυτές παραδόσεις αγαθών και παροχές υπηρεσιών από κερδοσκοπικού χαρακτήρα πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, υπάγονται στο φόρο με το **χαμηλό** συντελεστή Φ.Π.Α. (11%), σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1, του άρθρου 21 και της παραγράφου 10, του κεφαλαίου Β. Υπηρεσίες, του Παραρτήματος ΙΙΙ του Κώδικα Φ.Π.Α..

Σημειώνεται ότι έσοδα των εν λόγω προσώπων από τυχόν τηλεφωνική εξυπηρέτηση, εκμίσθωση συσκευών τηλεοράσεως, και άλλες παρόμοιες υπηρεσίες προς τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, επίσης έσοδα από πράξεις μεσολάβησης, εκμίσθωσης μηχανημάτων, ερευνητικών εργασιών, κλπ., φορολογούνται με τον **κανονικό** συντελεστή.

5. Με την ίδια διάταξη απαλλάσσονται από το φόρο και οι υπηρεσίες που παρέχονται στις εγκαταστάσεις θεραπευτικών λουτρών και ιαματικών πηγών, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στην ανωτέρω παράγραφο 1 (δημόσιοι οργανισμοί ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου). Επομένως στις εν λόγω μονάδες θεραπείας στις οποίες υπό ιατρική παρακολούθηση για λόγους υγείας γίνεται χρήση ιαματικών πηγών, εξακολουθούν να απαλλάσσονται το αντίτιμο του ιαματικού λουτρού, η τυχόν ιατροφαρμακευτική παρακολούθηση και περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής τροφής, εφόσον αυτή παρέχεται στους λουόμενους ασθενείς από την επιχείρηση των θεραπευτικών λουτρών.

6. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1, του άρθρου 30, παρέχεται δικαίωμα έκπτωσης του φόρου των εισροών με τον οποίο έχουν επιβαρυνθεί οι δαπάνες των υπηρεσιών περίθαλψης και διάγνωσης, στην περίπτωση που αυτές δεν απαλλάσσονται, με αποτέλεσμα την μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΙΙ. Ιατρική περίθαλψη στο πλαίσιο άσκησης ιατρικών επαγγελματιών

1. Με την αντικατάσταση της περίπτωσης ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 συνεχίζουν να απαλλάσσονται από τον Φ.Π.Α. οι παροχές ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της άσκησης ιατρικών επαγγελματιών.

Η απαλλαγή αυτή καλύπτει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών με σκοπό τη διάγνωση, περίθαλψη, πρόληψη και στο μέτρο του δυνατού θεραπεία ασθενειών ή ανωμαλιών της υγείας του ανθρώπου, οι οποίες πραγματοποιούνται **από ιατρούς ή οδοντιάτρους στο**

πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανεξάρτητα από τη νομική μορφή του παρέχοντος (φυσικό ή νομικό πρόσωπο), με την προϋπόθεση ότι τα νομικά πρόσωπα αναγνωρίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.).

2. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με π.δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α'), οι φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν διαθέτουν κλίνες νοσηλείας (άρθρο 14, π.δ. 84/2001). Έτσι υπάγονται στην ανωτέρω διάταξη και απαλλάσσονται από τον Φ.Π.Α. οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από φυσικά πρόσωπα **ιατρούς** όλων των ειδικοτήτων και οδοντιάτρους στα ιδιωτικά τους ιατρεία και οδοντιατρεία, από ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.

3. Υπενθυμίζεται ότι η εν λόγω απαλλαγή καλύπτει τους γιατρούς εργασίας, σύμφωνα με τις διευκρινίσεις που έχουν δοθεί με την εγκύκλιο ΠΟΛ.1168/16.12.2008.

4. Με τη διάταξη αυτή συνεχίζουν να απαλλάσσονται από το φόρο και οι αμοιβές των ιατρών ελευθέρων επαγγελματιών από ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία, στην περίπτωση που δεν είναι μισθωτοί, και οι οποίες αφορούν περίθαλψη ασθενών των προσώπων αυτών. Διευκρινίζεται ότι στην περίπτωση που η αμοιβή του ιατρού δεν αφορά υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης αλλά προμήθεια για σύσταση πελατείας, τότε υπάγεται στο φόρο με τον κανονικό συντελεστή. Επίσης υπάγεται στο φόρο με τον κανονικό συντελεστή η αμοιβή ιατρών φυσικών προσώπων ή νομικών προσώπων με μέλη ιατρούς, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικού χαρακτήρα, παροχής πληροφοριών για ιατρικά θέματα και μηχανήματα και γενικά υπηρεσίες που δεν έχουν σκοπό τη διάγνωση, περίθαλψη, πρόληψη και στο μέτρο του δυνατού θεραπεία ασθενειών ή ανωμαλιών της υγείας του ανθρώπου στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5. Σημειώνεται ότι η απαλλακτική αυτή διάταξη συνεχίζει να καλύπτει υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που παρέχονται από ψυχολόγους, μαίες, νοσοκόμους, φυσικοθεραπευτές, ενώ η απαλλαγή καλύπτει από **1.7.2010** και τις υπηρεσίες που παρέχονται από λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.

6. Υπηρεσίες από δερματολόγους, χειρουργούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, ατομικές επιχειρήσεις ή εταιρείες, με τη χρήση λέιζερ ή με άλλες τεχνικές της ιατρικής επιστήμης, οι οποίες δεν αποσκοπούν στην θεραπεία ασθένειας ή στην αποκατάσταση της υγείας, αλλά γίνονται για λόγους αισθητικής, υπάγονται στο φόρο με τον χαμηλό συντελεστή. Επομένως για την επιβολή ή μη Φ.Π.Α. σε κάθε περίπτωση, η διάκριση για την φορολογική μεταχείριση γίνεται ανάλογα με το σκοπό για τον οποίο παρέχεται η υπηρεσία.

7. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το θέμα των ιδιωτικών κλινικών και των «διαγνωστικών κέντρων» τα οποία δεν μπορούν να συμβληθούν απευθείας με το δημόσιο και λοιπούς ασφαλιστικούς φορείς για την είσπραξη νοσηλίων και εξετάσεων και για την είσπραξη αυτών μεσολαβεί συμβεβλημένος ιατρός, γίνονται δεκτά τα ακόλουθα:

α) όσον αφορά τις υπηρεσίες των φορέων υγείας, οι οποίες απαλλάσσονται από το φόρο συνεχίζει να εφαρμόζεται η παράγραφος Α.1. της εγκυκλίου 1137236/6512/2090/Α0014/ΠΟΛ.1334/23.12.1996, δηλαδή ο συμβεβλημένος ιατρός για την είσπραξη των αμοιβών του φορέα υγείας για τον οποίο ενεργεί, εκδίδει το προβλεπόμενο φορολογικό στοιχείο προς τον ασφαλιστικό φορέα χωρίς Φ.Π.Α. και στη συνέχεια ο φορέας υγείας εκδίδει φορολογικό στοιχείο ίσης αξίας (συμπεριλαμβανομένου και του παρακρατηθέντος φόρου εισοδήματος) προς τον ιατρό χωρίς Φ.Π.Α..

β) όσον αφορά τους φορείς υγείας οι υπηρεσίες των οποίων υπάγονται στο φόρο, ακολουθείται η διαδικασία ως άνω, με τη διαφορά ότι τόσο στο φορολογικό στοιχείο που εκδίδει ο ιατρός όσο και στο φορολογικό στοιχείο που εκδίδει ο φορέας υγείας αναλογεί Φ.Π.Α. με τον χαμηλό συντελεστή.

Η ανωτέρω ρύθμιση είναι μεταβατικού χαρακτήρα και ισχύει μέχρι τη λήξη της προθεσμίας προσαρμογής των εν λόγω προσώπων με τις διατάξεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως αυτή κατά περίπτωση έχει οριστεί (άρθρα 26 και 29 του ν. 3846/2010).

III. Διάκριση μεταξύ των περιπτώσεων δ' και ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22.

Για την αποφυγή συγχύσεων, όσον αφορά την εφαρμογή των διατάξεων των περιπτώσεων δ' και ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ, όπως αυτές ισχύουν από **1.7.2010**, διευκρινίζουμε τα εξής:

1. Στην παράγραφο δ' υπάγονται οι υπηρεσίες **δευτεροβάθμιας υγείας**, ενώ στην παράγραφο ε' υπάγονται οι υπηρεσίες **πρωτοβάθμιας υγείας**, δηλαδή οι προϋποθέσεις που τίθενται στην περίπτωση δ' για τους ιδιωτικούς οργανισμούς δεν ισχύουν για την παροχή πρωτοβάθμιας υγείας, η οποία υπάγεται στην περίπτωση ε'.

2. Κατά συνέπεια και με σκοπό την ίση μεταχείριση ίδιων πράξεων:

- Υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης που παρέχονται από νοσηλευτικά ιδρύματα (φορείς δευτεροβάθμιας υγείας) στα εξωτερικά ιατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια που διαθέτουν, απαλλάσσονται από το φόρο με τις διατάξεις και τις προϋποθέσεις της περίπτωσης ε', της παραγράφου 1, του άρθρου 22.
- Υπηρεσίες διάγνωσης που πραγματοποιούνται από νοσηλευτικά ιδρύματα (φορείς δευτεροβάθμιας υγείας) σε ασθενείς που νοσηλεύονται σ' αυτά υπάγονται στις διατάξεις της περίπτωσης δ', κατά συνέπεια στην περίπτωση που οι επιχειρήσεις ιδιωτικού δικαίου δεν πληρούν τις προϋποθέσεις που τίθενται, υπάγονται στο φόρο.
- Υπηρεσίες που παρέχονται από φορείς δευτεροβάθμιας υγείας, οι οποίες συνίσταται στην εκτέλεση ιατρικών ή οδοντιατρικών πράξεων οι οποίες, σύμφωνα με διατάξεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, απαγορεύεται να εκτελούνται από φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως χειρουργικές επεμβάσεις για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση, υπάγονται στην περίπτωση δ', κατά συνέπεια στην περίπτωση κερδοσκοπικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, υπάγονται στο φόρο με τον **χαμηλό** συντελεστή Φ.Π.Α.
- Οι υπηρεσίες των Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης εκτός Νοσοκομείων και Κλινικών του π.δ. 225/2000 (ΦΕΚ194/Α/7.9.2000) υπάγονται στην περίπτωση ε', κατά συνέπεια απαλλάσσονται από το φόρο. Επίσης απαλλάσσονται οι υπηρεσίες των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού, στην περίπτωση που οι υπηρεσίες παρέχονται σε εξωτερικούς, μη νοσηλευόμενους ασθενείς των ιδιωτικών κλινικών που δεν απαλλάσσονται με την διάταξη της περίπτωσης δ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22, ενώ οι ίδιες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσηλευόμενους ασθενείς υπάγονται στο φόρο.
- Υπηρεσίες που παρέχονται από Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης τα οποία ανήκουν σε φυσικά ή Ν.Π.Ι.Δ. του π.δ. 395/1993, που λειτουργούν, αναλόγως με την άδεια λειτουργίας τους, ως πρωτοβάθμιοι ή ως δευτεροβάθμιοι ή ως μικτοί φορείς υγείας, διευκρινίζεται ότι απαλλάσσονται από το φόρο μόνο οι υπηρεσίες που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς που δεν διανυκτερεύουν στις εγκαταστάσεις τους (περίπτωση ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22).

Private Hospital Treatments are also Tax-Exempt in Germany

If the requirements, according to the wording of a national VAT exemption regulation, of sec. 4 of the German VAT Act are not met, VAT exemptions will usually be denied by the German tax authorities. The European law is not taken into consideration. The Federal Court of Finance repeatedly directly applied a VAT Directive tax exemption regulation, in this case to supplies carried out by private hospitals. Supplies carried out by private hospitals are not subject to VAT, independent of their certification with respect to social security law.

1. Facts

According to sec. 4 no. 14(b)(aa) of the German VAT Act, hospital treatment carried out by licensed hospitals are not subject to VAT in accordance with section 108 of the Social Security Code V (ie they are exempt). The Federal Fiscal Court has now decided that this German tax exemption regulation is too narrow. A license, according to sec. 108 of the Social Security Code V, must not be a mandatory requirement for VAT exemption of hospital supplies, as this would violate the European principles of equality.

2. Factual circumstances of the decision of 25 February 2015 – V R 20/14

In 2009 a German GmbH ran a private hospital offering psychotherapy. It supplied services, including nursing and medical treatment, as well as board and lodging. The hospital was not licensed in accordance with sec. 108 of the Social Security Code V. Hospitals are generally licensed in accordance with sec. 108 of the Social Security Code V which entered into medical care agreements with fund associations. In this case, health insurance and state aid (Beihilfestelle) took responsibility for the payment of approximately 35% of the costs for the claimant's medical treatment supplies. Due to not having a license, in accordance with sec. 108 of the Social Security Code V, the German GmbH's supplies were not tax-exempt according to sec. 4 no. 14(b)(aa) of the German VAT Act.

3. Decision of the Federal Fiscal Court

The Federal Fiscal Court decided that the private hospital's supplies were not subject to VAT according to Article 132 para 1(b) of the VAT Directive. The decisive question was whether the GmbH was deemed to be a "recognized organization". With reference to ECJ case law, the Federal Fiscal Court mentioned three characteristics of Article 132 para. 1(b) of the VAT Directive according to which it can be determined whether an institution is recognized or not:

1. Public interest of the services rendered
2. Other taxable persons supplying similar services are granted similar recognition.
3. Costs covered by social agency.

These three characteristics do not necessarily have to apply at the same time. Rather, an overall assessment has to be made. VAT exemption is generally not denied just because the social agencies fail to take over a patient's costs. A denied reimbursement could be compensated by granting a tax exemption to other economic operators in comparable situations. An authorization of the activity is deemed to be an indication that the taxable person is recognized. The restriction, in accordance with sec. 108 of the Social Security Code V, is not, from a VAT perspective, a decisive criterion for the allocation.

4. Practical tips

The Federal Fiscal Court has consistently recognized that the VAT exemptions, as defined in Article 132 of the VAT Directive, can be directly applied. A taxable person who does not meet the requirements of the national tax exemption regulations should check if he meets the requirements of European law. National tax exemption regulations have often proven to be too narrow. As tax offices often refuse to acknowledge this, taxable persons often have to assert their rights by taking legal proceedings.

Of importance for the taxable person: He does not have to apply the EU regulations. Contrary to the German tax exemption regulations, they are not mandatory for him. The disadvantage of a VAT exemption is the corresponding exclusion of an input VAT deduction. If the input VAT deduction is more important for the taxable person than a VAT exempt supply of goods or services, he does not have to apply the EU law (e.g. if many customers are entitled to deduct input VAT). This means he can cherry-pick. Basically, this also applies with respect to the past. This opens up new possibilities for operators of private hospitals.

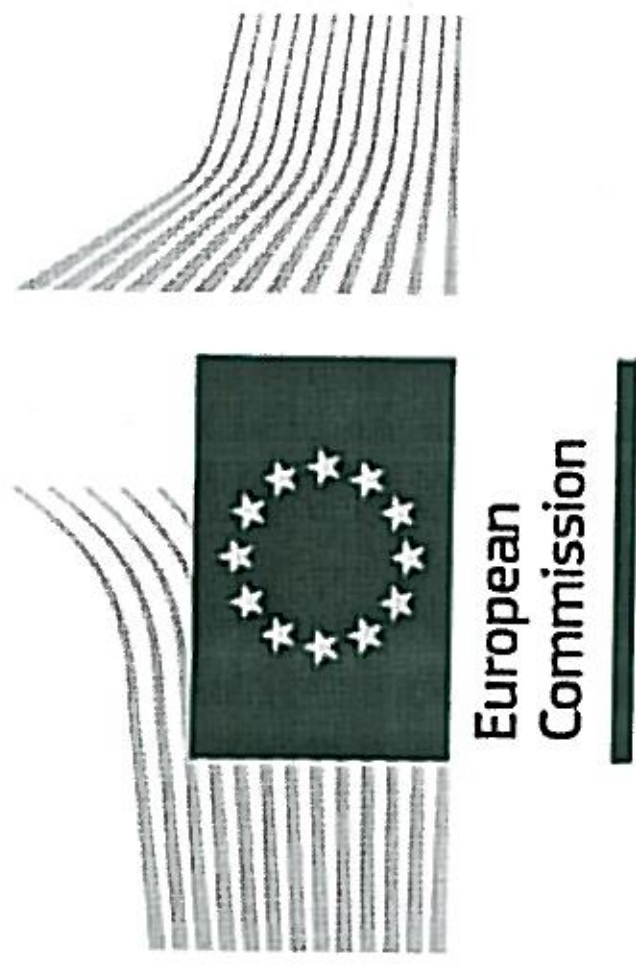
The characteristic "recognized organization" is mentioned in Article 132 para. 1(g),(h),(i) of the VAT Directive. In each of these regulations, the recognition has to be assessed in light of the characteristics highlighted by the Federal Fiscal Court. According to the Federal Fiscal Court, further indications for recognition are, specific regulations relating to social security. The Federal Fiscal Court's explanations are therefore interesting beyond the individual case. It is of particular importance that VAT exemption is possible, even if the costs are not reimbursed by a social agency. If an organization had been issued an authorization by state authorities it is always deemed to be an indication of recognition.

The Federal Fiscal Court's decisions might also be applied to other hospital treatments which require that the hospital enters into a contract with the health insurances or is respectively authorized by the health insurances in accordance with the national tax exemption regulations. As far as the authorization is determined according to demand, this might fail to comply with EU law.

What is disputed in this connection is whether subcontractors of a recognized organization can be recognized themselves. Concerning this question, there are still cases before the Federal Fiscal Court and the ECJ and before the European Court.

Prof. Dr. Thomas Küffner
Küffner Maunz Langer Zugmaier

Paese	Regime	Riferimento normativo
Svizzera	I servizi ospedalieri sono esenti da imposizione IVA, indipendentemente dalla provenienza del paziente. I servizi di alimentazione sono esclusi dall'esenzione.	Loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée – 12 Juin 2009 Art. 21, c. 2 – Prestations exclues du champ de l'impôt
Spagna	I servizi ospedalieri sono fuori dal campo di imposizione IVA, sia per gli enti pubblici che per i privati convenzionati. Non sono indicate discipline differenti a seconda della provenienza dei pazienti. Sono invece soggetti a IVA i servizi di alimentazione e alloggio.	Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido. Art. 20. – Exenciones en operaciones interiores
Polonia	Sono esenti da imposizione IVA i servizi medici che abbiano una finalità di salute (esclusa ad esempio la chirurgia estetica). Non rileva la provenienza dei pazienti.	Codice IVA (2004) – Art. 43 par. 18, 18a, 19 e 19a
Germania	I servizi sanitari offerti dagli ospedali sono esenti da imposizione IVA laddove sia rinvenibile la necessità a fini medici. Chirurgia plastica o attività ambulatoriale viene invece assoggettata ad aliquota del 19%.	Umsatzsteuergesetz (UStG) § 4 Nr. 14
Francia	I servizi medici erogati da ospedali pubblici e privati accreditati sono esenti da imposizione IVA, laddove i trattamenti fanno seguito a prescrizione medica. I servizi fuori campo IVA includono: i costi di soggiorno e accoglienza dei pazienti, costi relativi alla sala operatoria ed al personale impiegato, trattamenti farmacologici e protesi, personale di assistenza (su prescrizione medica), onorari dei professionisti sanitari impiegati durante il ricovero.	Code general des impots – Art. 261, c. 4 Opérations exonérées



Taxud.c.1(2019) – EN

**VAT rates
applied in the Member States
of the European Union**

Situation at 1st January 2019

CONTENTS

- I. LIST OF VAT RATES APPLIED IN THE MEMBER STATES
- II. APPLICATION OF REDUCED VAT RATES BY THE MEMBER STATES TO THE CATEGORIES OF GOODS AND SERVICES CONTAINED IN ANNEX III OF VAT DIRECTIVE 2006/112/EC
- III. APPLICATION OF THE PARKING RATE IN CERTAIN MEMBER STATES
- IV. LIST OF SUPER-REDUCED RATES (LESS THAN 5%) APPLIED IN THE MEMBER STATES
- V. CASES WHERE THE ZERO RATE IS APPLIED TO CONSUMPTION IN THE MEMBER STATES (TITLE VIII, CHAPTER 4 OF THE VAT DIRECTIVE 2006/112/EC)
- VI. VAT RATES GENERALLY APPLIED IN THE MEMBER STATES TO CERTAIN PRODUCTS OR SERVICES
- VII. GEOGRAPHICAL FEATURES OF THE APPLICATION OF THE VAT IN THE EUROPEAN UNION
- VIII. THE EVOLUTION OF THE VAT RATES APPLICABLE IN THE MEMBER STATES

N.B.: The purpose of this document is to disseminate information about the VAT rates in force in the Member States of the European Union.
The information has been supplied by the respective Member States and complemented by the Commission's services.
The Commission cannot be held responsible for its accuracy or completeness, neither does its publication imply any endorsement
by the Commission of the Member States' legal provisions.

I. *List of VAT rates applied in the Member States (in %)*

Member States	Code	Super-reduced Rate	Reduced Rate	Standard Rate	Parking Rate
Belgium	BE	-	6 / 12	21	12
Bulgaria	BG	-	9	20	-
Czech Republic	CZ	-	10 / 15	21	-
Denmark	DK	-	-	25	-
Germany	DE	-	7	19	-
Estonia	EE	-	9	20	-
Ireland	IE	4.8	9 / 13.5	23	13.5
Greece	EL	-	6 / 13	24	-
Spain	ES	4	10	21	-
France	FR	2.1	5.5 / 10	20	-
Croatia	HR	-	5 / 13	25	-
Italy	IT	4	5 / 10	22	-
Cyprus	CY	-	5 / 9	19	-
Latvia	LV	-	12	21	-
Lithuania	LT	-	5 / 9	21	-
Luxembourg	LU	3	8	17	14
Hungary	HU	-	5 / 18	27	-
Malta	MT	-	5 / 7	18	-
Netherlands	NL	-	9	21	-
Austria	AT	-	10 / 13	20	13
Poland	PL	-	5 / 8	23	-
Portugal	PT	-	6 / 13	23	13
Romania	RO	-	5 / 9	19	-
Slovenia	SI	-	9.5	22	-
Slovakia	SK	-	10	20	-
Finland	FI	-	10 / 14	24	-
Sweden	SE	-	6 / 12	25	-
United Kingdom	UK	-	5	20	-

N.B.: Exemptions with a refund of tax paid at preceding stages (zero rates) are not included above (see section V)

II. Application of reduced VAT rates by the member states to the categories of goods and services contained in Annex III of VAT Directive 2006/112/EC
 0 = zero rate (exemption with refund of tax paid at preceding stage); [ex] = exemption; N/A = not applicable

Category	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	HR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK
1	Foodstuffs	6	20	10	7	20	0	13	4	2.1	5	4	5	5	21	3	5	0	9	10	5	6	9	9.5	10	14	12	0
2	Water supplies	6	20	15	7	20	[ex]	[ex]	10	5.5	13	10	5	21	3	27	[ex]	9	9	10	8	6	9	9.5	20	24	25	0
3	Pharmaceutical products	6	20	10	19	9	0	6	4	2.1	5	10	5	12	5	3	5	0	9	10	8	6	9	9.5	10	10	0	0
4	Medical equipment for disabled persons	21		15	19	20	13.5	24	10	5.5	25	22	5	12	21	17	27	5	21	20	8	6	9	9.5	20	24	25	5
	Children's car seats	21		15	19	20	13.5	24	21	20	13	22	5	21	17	27	18	18	21	20	8	6	19	22	20	24	25	5
5	Transport of passengers	0	20	[ex]	7	0	[ex]	0	10	10	25	[ex]	5	[ex]	9	[ex]	27	0	[ex]	10	6	6	19	9.5	0	10	6	0
	Books	[ex]	20	10	7	9	0	6	4	5.5	5	4	5	12	9	3	5	5	9	10	5	6	5	9.5	10	10	6	0
	Books on other physical means of support	21		21	7	20	13.5	24	21	20	25	22	5	12	21	17	27	5	21	20	23	23	5	9.5	10	24	25	20
6	Newspapers	0	20	10	7	9	9	6	4	2.1	5	4	5	12	5	3	5	5	9	10	8	6	5	9.5	10	10	6	0
	Periodicals	6	20	10	7	9	9	6	4	2.1	5	4	5	12	5	17	5	5	9	10	5	6	5	9.5	10	10	0	0
7	Admission to cultural services (shows, cinema, theatre)	[ex]	20	15	[ex]	20	[ex]	6	[ex]	2.1	5		[ex]	[ex]	[ex]	3	18	5	9	[ex]	8	[ex]	9.5	9.5	[ex]	10	6	20
	Admission to amusement parks	6	20	15	19	20	13.5	24	21	10	13	10	5	21	21	3	27	18	9	13	8	23	5	9.5	20	25	25	20
8	Pay TV/cable TV	21	20	[ex]	19	20	23	[ex]	21	10	[ex]	22	19	21	21	3	[ex]	18	21	21	8	23	19	22	[ex]	24	25	20
	TV licence	[-]	20	[ex]	[-]	20	[ex]	[-]	21	2.1	N/A	4	N/A	[-]	21	N/A	[ex]	[ex]	[ex]	10	23	6	19	[ex]	[ex]	10	[ex]	[ex]
9	Writers, composers etc.	[ex]	20	15	7	20	23	24	21	10	13	[ex]	5	[ex]	21	3	5	18	[ex]	13	[ex]	[ex]	19	9.5	20	24	6	20
10	Social housing	6	20	15	19	20	13.5	24	10	5.5	25	4	N/A	21	21	N/A	5	[ex]	21	20	8	[ex]	5	9.5	20	24	[ex]	0
10a	Renovation and repairing of private dwellings (*)	6	20	15	19	20	13.5	24	10	10	25	10	5	21	21	N/A	27	18	21	20	8	6	19	9.5	20	24	25	5
10b	Window cleaning and cleaning in private households	21	20	15	19	20	13.5	24	21	10	25	22	19	21	21	8	27	18	21	20	23	23	19	9.5	20	24	25	20
11	Agricultural inputs	6	20	15	7	20	0	13	10	10	13	4	5	21	21	3	27	18	N/A	10	5	6	9	9.5	20	24	25	20
	Hotel accommodation	6	9	15	7	9	13.5	13	10	10	13	10	9	12	9	3	18	7	9	10	8	6	5	9.5	10	10	12	20

Category	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	HR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	
12a	12	20	15	25	19	20	[ex]	24	10	5.5	25	10	9	21	21	3	5	18	9	10	8	13	5	9.5	20	14	12	20	
	21		21	[ex]	7	20	13.5		10	10						17	27				23								
13	[ex]	20	15	[ex]	7	20	[ex]	24	10	[ex]	25	10	5	21	21	[ex]	27	18	9	13	8	23	5	9.5	20	10	[ex]	20	
	6			25	19				21	5.5		22				3				[ex]							6	20	
14	[ex]	20	15	[ex]	[ex]	20	9	24	[ex]	20	[ex]	22	5	21	[ex]	3	27	7	[ex]	[ex]	8	[ex]	[ex]	5	9.5	[ex]	[ex]	20	
	6			25	19				21		25					3			9			23	5	9.5	[ex]	10	[ex]	20	
15	6	20	[ex]	[ex]	7	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	20	25	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	17	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	6	6	19	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	
	21		15	25				13	4	20		5				23			21		23	23	19	22	20	[ex]	25	5	
16	6	20	15	[ex]	19	20	[ex]	24	21	20	13	[ex]	19	21	21	3	27	18	[ex]	20	8	[ex]	[ex]	9.5	20	[ex]	[ex]	[ex]	
	21										25		5																
17	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	25	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	17	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]
	21	20	15	[ex]	7	[ex]	13.5	24	21	[ex]	25	[ex]	[ex]	[ex]	21						23	6	19	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	[ex]	
18	21	20	15	25	[]	20	13.5	[]	10	10	13	10	5	21	21	3	27	18	21	10	8	6	6	9.5	20	24	25	0	
			21		19			24	20	20																		20	
19																													
	6	20	21	25	19	20	13.5	24	21	20	25	22	19	21	21	8	27	5	9	20	8	6	19	9.5	20	24	12	20	
	6	20	21	25	19	20	13.5	24	21	20	25	22	19	21	21	8	27	5	9	20	8	23	19	9.5	20	24	12	20	
	6	20	21	25	19	20	13.5	24	21	20	25	22	19	21	21	8	27	5	9	20	8	23	19	9.5	20	24	12	20	
20	21	20	15	25	[ex]	20	[ex]	13	4	5.5	25	[ex]	19	21	21	[ex]	[ex]	5	[ex]	20	[ex]	6	19	9.5	20	24	25	20	
					19			21	21	10						17	27				23								
21	21	20	21	25	19	20	13.5	24	21	20	25	22	5	21	21	8	27	18	9	20	8	23	19	9.5	20	24	25	20	

(*) excluding materials which form a significant part of the value of the supply
(**) e.g. home help and care of the young, elderly, sick or disabled

Ν. 3842/10 (ΦΕΚ 58 Α/23-4-2010) : Αποκατάσταση φορολογικής δικαιοσύνης, αντιμετώπιση της φοροδιαφυγής και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Άρθρο 1

Κλίμακα φόρου εισοδήματος φυσικών προσώπων και δαπάνες απόκτησης αγαθών και λήψης υπηρεσιών

Μειώσεις φόρου

1. Η παράγραφος 1 του άρθρου 9 του Κώδικα Φορολογίας Εισοδήματος (Κ.Φ.Ε.), που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν. 2238/1994 (ΦΕΚ 151 Α΄), αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Το εισόδημα, που απομένει μετά την αφαίρεση των δαπανών από το συνολικό εισόδημα του φορολογούμενου, υποβάλλεται σε φόρο με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Κλιμάκιο Εισοδήματος (ευρώ)	Φορολογικός Συντελεστής %	Φόρος Κλιμακίου (ευρώ)	Σύνολο Εισοδήματος (ευρώ)	Σύνολο Φόρου (ευρώ)
12.000	0	0	12.000	0
4.000	18	720	16.000	720
6.000	24	1.440	22.000	2.160
4.000	26	1.040	26.000	3.200
6.000	32	1.920	32.000	5.120
8.000	36	2.880	40.000	8.000
20.000	38	7.600	60.000	15.600
40.000	40	16.000	100.000	31.600
Υπερβάλλον	45			

Το αφορολόγητο ποσό των δώδεκα χιλιάδων (12.000) ευρώ ισχύει, εφόσον ο φορολογούμενος προσκομίσει αποδείξεις που έχουν εκδοθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων για δαπάνες αγοράς αγαθών και λήψης υπηρεσιών, τις οποίες πραγματοποιεί ο ίδιος, η σύζυγός του και τα τέκνα που τους

«8.α. Παροχή πολιτιστικών, καλλιτεχνικών, αθλητικών, επιστημονικών, εκπαιδευτικών, ψυχαγωγικών και παρόμοιων υπηρεσιών προς μη υποκείμενα στο φόρο πρόσωπα.

Ο τόπος παροχής υπηρεσιών οι οποίες αφορούν πολιτιστικές, καλλιτεχνικές, αθλητικές, επιστημονικές, εκπαιδευτικές, ψυχαγωγικές ή παρόμοιες δραστηριότητες, όπως εμπορικές και άλλες εκθέσεις, περιλαμβανομένων των υπηρεσιών των διοργανωτών τέτοιων δραστηριοτήτων, καθώς και της παροχής παρεπόμενων προς τις υπηρεσίες αυτές υπηρεσιών που παρέχονται σε μη υποκείμενα στο φόρο πρόσωπα:

α) Είναι το εσωτερικό της χώρας, εφόσον οι εκδηλώσεις αυτές πραγματοποιούνται στο εσωτερικό της χώρας.

β) Δεν είναι το εσωτερικό της χώρας, εφόσον οι εκδηλώσεις αυτές πραγματοποιούνται εκτός του εσωτερικού της χώρας.»

3. Οι διατάξεις του παρόντος άρθρου ισχύουν από 1.1.2011.

Άρθρο 61

Εναρμόνιση διατάξεων του Κώδικα ΦΠΑ στις διατάξεις της Οδηγίας 2006/112/ΕΚ

1. Η παράγραφος 3 του άρθρου 27 του ν. 3492/2006 (ΦΕΚ 210 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«3. Για υπηρεσίες οδικής βοήθειας που εμπίπτουν στις διατάξεις της περίπτωσης ιθ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ και παρασχέθηκαν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, δεν οφείλεται φόρος προστιθέμενης αξίας. Τυχόν καταβληθέντα ποσά επιστρέφονται και τυχόν βεβαιωθέντα ποσά διαγράφονται, με την προϋπόθεση ότι η επιστροφή δεν συνεπάγεται τον αδικαιολόγητο πλουτισμό του αιτούντος.»

2. Η παράγραφος 8 του άρθρου 19 του Κώδικα ΦΠΑ αντικαθίσταται ως εξής:

«8. Στην παράδοση εφημερίδων και περιοδικών που ενεργούν οι εκδοτικές και εισαγωγικές επιχειρήσεις, καθώς και οι επιχειρήσεις που πραγματοποιούν ενδοκοινοτικές αποκτήσεις, ως φορολογητέα αξία λαμβάνεται η τιμή λιανικής πώλησης αυτών χωρίς φόρο προστιθέμενης αξίας.

Οι υποκείμενοι που μεσολαβούν στη διάθεση αυτών στο κοινό δεν επιβαρύνουν με φόρο την παράδοση αυτή, έχουν όμως δικαίωμα έκπτωσης του φόρου που προβλέπουν οι διατάξεις του άρθρου 30.»

3. Η περίπτωση λβ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ καταργείται.

Άρθρο 62

Τροποποίηση διατάξεων του Κώδικα ΦΠΑ

1. Στην παράγραφο 6 του άρθρου 21 του Κώδικα ΦΠΑ, όπως ισχύει, προστίθεται δεύτερο εδάφιο ως εξής:

«Το 0,5 της μονάδας στρογγυλοποιείται στην ανώτερη ακέραια μονάδα.» Η παρούσα διάταξη ισχύει από 15.3.2010.

2. Η περίπτωση δ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 αντικαθίσταται ως εξής:

«δ) η παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης, καθώς και οι στενά συνδεδεμένες με αυτές παραδόσεις αγαθών και παροχές υπηρεσιών, που ενεργούνται από οργανισμούς δημοσίου δικαίου.

Με τις υπηρεσίες αυτές εξομοιώνονται και οι υπηρεσίες που παρέχονται στις εγκαταστάσεις θεραπευτικών λουτρών και ιαματικών πηγών.

Η εν λόγω απαλλαγή ισχύει και για λοιπούς οργανισμούς, με την προϋπόθεση ότι οι εν λόγω οργανισμοί:

i. δεν έχουν ως σκοπό τη συστηματική επιδίωξη του κέρδους, τα ενδεχόμενα δε κέρδη τους δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να διανέμονται αλλά να διατίθενται για τη διατήρηση ή τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών,

ii. η διοίκηση και διαχείριση των εν λόγω οργανισμών πρέπει να ασκείται από πρόσωπα που δεν έχουν, είτε αυτά τα ίδια είτε μέσω τρίτων προσώπων, άμεσο ή έμμεσο συμφέρον από τα αποτελέσματα της εκμετάλλευσης των σχετικών δραστηριοτήτων,

iii. οι απαλλαγές δεν πρέπει να δημιουργούν κίνδυνο στρέβλωσης των όρων του ανταγωνισμού,».

3. Η περίπτωση ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 αντικαθίσταται ως εξής:

«ε) οι παροχές ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της άσκησης ιατρικών επαγγελμάτων, καθώς και οι παροχές υπηρεσιών από ψυχολόγους, μαίες, νοσοκόμους, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.»

4. Η περίπτωση ια' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 καταργείται.

5. Το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 34 του Κώδικα ΦΠΑ αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Με την επιφύλαξη των σχετικών με την παραγραφή διατάξεων ο φόρος επιστρέφεται εφόσον:

α) καταβλήθηκε στο Δημόσιο εξ αρχής αχρεώστητα ή

β) το αχρεώστητο προκύπτει από επιγενόμενο λόγο στις κάτωθι περιπτώσεις:

i) είναι αδύνατο να μεταφερθεί για έκπτωση σε επόμενη διαχειριστική περίοδο ή σε περίπτωση μεταφοράς του για έκπτωση, η έκπτωση αυτή δεν κατέστη δυνατή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΑΑΔΕ

Ανεξάρτητη Αρχή
Δημοσίων Εσόδων

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΜΜΕΣΗΣ
ΦΟΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α' «ΦΠΑ»

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΑΔΑ:
Αθήνα, 20/09/2018

ΠΟΛ.: 1178

Ταχ. Δ/ση : Σίνα 2 - 4
Ταχ. Κώδικας : 106 72 ΑΘΗΝΑ
Πληροφορίες : Φ. Αθανασάκη,
Μ. Κακούνη,
Τ. Σφελινιώτη
Τηλέφωνο : 210 3645832
Fax : 210 3645413
E-Mail : dfpa.alpha1@1992.syzefxis.gov.gr
Url : www.aade.gr

ΠΡΟΣ Ως προς τον πίνακα διανομής

Θέμα: Παροχή διευκρινίσεων αναφορικά με τη φορολογική αντιμετώπιση από πλευράς ΦΠΑ των παροχών των υγειονομικών μονάδων που ορίζονται ως Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.).

Κατόπιν της υποβολής ερωτημάτων σχετικά με την φορολογική αντιμετώπιση, από πλευράς ΦΠΑ, των παροχών των **Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.)** που ιδρύονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 33 του ν. 4025/2011 (Α' 228), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 30 του ν. 4486/2017 (Α' 115) και το άρθρο 122 του ν.4549/2018 (Α' 105) και ισχύει, παρέχονται οι ακόλουθες διευκρινίσεις για λόγους ομοιόμορφης εφαρμογής:

1. Με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 33 του ν.4025/2011 ορίζεται ότι:

«1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) ως εξής :

α. Δημόσιων Μ.Η.Ν., στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., στα Ν.Π.Ι.Δ. (Γινάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου) και στα στρατιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

β. Μ.Η.Ν. ως τμημάτων ιδιωτικών κλινικών.

γ. Αυτοτελών ιδιωτικών Μ.Η.Ν..».

Με το ίδιο ως άνω άρθρο ορίζεται ως **Μ.Η.Ν.** η υγειονομική μονάδα στην οποία εκτελούνται ιατρικές πράξεις σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού και παρέχεται νοσηλεία χωρίς διανυκτέρευση. Οι Μ.Η.Ν. διακρίνονται σε κατηγορίες (βάσει του είδους της αναισθησίας) και προβλέπονται γενικά ή ανά κατηγορία οι όροι και οι περιορισμοί λειτουργίας τους.

Στο πλαίσιο αυτό, ορίζεται στην περίπτωση γ' της παραγράφου 7 ότι οι **αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν. εντάσσονται στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας** και ως εκ τούτου έχουν εφαρμογή οι απαλλαγές του άρθρου 22 του ν. 2859/2000 (Α' 248, στο εξής Κώδικας ΦΠΑ).

2. Περαιτέρω, με τις υπ' αριθμ. Γ1β/ΓΠ/οικ. 26856/30.3.2018 και Γ1β/ΓΠ/οικ. 43245/5.6.2018 αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας έχει καταρτιστεί λεπτομερής κατάλογος των ιατρικών πράξεων που επιτρέπεται να εκτελούνται σε αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν. συγκεκριμένων ειδικοτήτων.

3. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η προβλεπόμενη από τις διατάξεις του άρθρου 33 του ν.4025/2011 εφαρμογή των απαλλαγών του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ στις αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν. ανάγεται στις διατάξεις της περίπτωσης ε' της παραγράφου 1 του εν λόγω άρθρου του Κώδικα ΦΠΑ, βάσει της οποίας απαλλάσσονται από τον ΦΠΑ οι παροχές ιατρικής περίθαλψης οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της άσκησης ιατρικών επαγγελματιών. Σύμφωνα με τις διευκρινίσεις που έχουν δοθεί με την εγκύκλιο ΠΟΛ. 1100/2010, η απαλλαγή της περίπτωσης αυτής καλύπτει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών με σκοπό τη διάγνωση, περίθαλψη, πρόληψη και στο μέτρο του δυνατού θεραπεία ασθενειών ή ανωμαλιών της υγείας του ανθρώπου, οι οποίες πραγματοποιούνται στο **πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**, ανεξάρτητα από τη νομική μορφή του παρέχοντος (φυσικό ή νομικό πρόσωπο), με την προϋπόθεση ότι τα νομικά πρόσωπα αναγνωρίζονται από το Υπουργείο Υγείας ως φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.).

Δεδομένου ότι οι αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν. εντάσσονται εκ του νόμου στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι ιατρικές πράξεις που διενεργούνται σε αυτές και αποσκοπούν στη διάγνωση, περίθαλψη, πρόληψη και στο μέτρο του δυνατού θεραπεία ασθενειών ή ανωμαλιών της υγείας του ανθρώπου απαλλάσσονται σύμφωνα με την ανωτέρω περίπτωση ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ και τις διευκρινίσεις της εγκυκλίου ΠΟΛ.1100/2010. Αντιθέτως, ιατρικές πράξεις που διενεργούνται σε αυτές οι οποίες δεν αποσκοπούν στη θεραπεία ασθένειας ή στην αποκατάσταση της υγείας, αλλά γίνονται **για λόγους αισθητικής**, δεν απαλλάσσονται και υπάγονται στον κανονικό συντελεστή ΦΠΑ 24% (σχετ. νομολογία Δικαστηρίου Ευρωπαϊκής Ένωσης στην υπόθεση C-91/12).

Ως εκ τούτου, η απαλλαγή ή μη από τον ΦΠΑ των ιατρικών πράξεων των αυτοτελών ιδιωτικών Μ.Η.Ν. κρίνεται **κατά περίπτωση** ανάλογα με τον σκοπό για τον οποίο παρέχεται η ιατρική υπηρεσία.

4. Όσον αφορά στις Δημόσιες Μ.Η.Ν. και τις Μ.Η.Ν. των ιδιωτικών κλινικών, βάσει των διατάξεων του άρθρου 33 του ν.4025/2011, πρόκειται για υγειονομικές μονάδες εντός νοσοκομείων και κλινικών που υπόκεινται σε διαφορετικούς όρους λειτουργίας σε σχέση με τις αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν., όπως ως προς το είδος της αναισθησίας και της χορήγησης φαρμάκων ειδικής κατηγορίας. Επιπροσθέτως, δεν ορίζεται δια νόμου ότι εντάσσονται στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως εκ τούτου, η φορολογική αντιμετώπιση, από πλευράς ΦΠΑ, των ιατρικών υπηρεσιών τους εξετάζεται βάσει των διατάξεων της περίπτωσης δ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ, με τις οποίες απαλλάσσονται, υπό προϋποθέσεις, οι υπηρεσίες νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης και διάγνωσης. Βάσει της εγκυκλίου ΠΟΛ.1100/2010, στην απαλλαγή της εν λόγω περίπτωσης δ' υπάγονται οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας, ακόμη κι αν δεν απαιτείται διανυκτέρευση.

Επομένως, η απαλλαγή ή μη από τον ΦΠΑ των ιατρικών πράξεων των Μ.Η.Ν. εντός νοσοκομείων και κλινικών εντάσσεται στο ίδιο πλαίσιο της απαλλαγής ή μη από τον ΦΠΑ των ιατρικών υπηρεσιών των νοσοκομείων και των κλινικών γενικά, βάσει των διατάξεων της περίπτωσης δ' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ, δηλαδή εφαρμόζεται η απαλλαγή στην περίπτωση που πρόκειται για οργανισμούς δημοσίου δικαίου, καθώς και για οργανισμούς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικούς που πληρούν και τις λοιπές προϋποθέσεις των διατάξεων αυτών, ενώ δεν εφαρμόζεται η σχετική απαλλαγή στην περίπτωση προσώπων ιδιωτικού δικαίου με δραστηριότητα κερδοσκοπική.

5. Συνοψίζοντας τα ανωτέρω, οι αυτοτελείς ιδιωτικές Μ.Η.Ν. εμπίπτουν στην περίπτωση ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 του Κώδικα ΦΠΑ περί υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας, ενώ οι Δημόσιες

Μ.Η.Ν. και οι Μ.Η.Ν. ως τμήματα ιδιωτικών κλινικών εμπίπτουν στην περίπτωση δ' της παραγράφου 1 του ανωτέρω άρθρου περί υπηρεσιών δευτεροβάθμιας υγείας. Η ανωτέρω αντιμετώπιση προκύπτει από το σχετικό νομικό και κανονιστικό πλαίσιο του αρμόδιου Υπουργείου Υγείας αναφορικά με τη διάκριση των Μ.Η.Ν. ως προς τους όρους και τις προϋποθέσεις λειτουργίας τους και ως προς τις ιατρικές πράξεις που επιτρέπεται να εκτελούνται σε αυτές.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΑΡΧΗΣ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ
Γ. ΠΙΤΣΙΛΗΣ**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

I. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

1. Αποδέκτες Πίνακα Γ' εκτός αριθ. 2
2. Δ/νση Υποστήριξης Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών για ανάρτηση στην ιστοσελίδα της ΑΑΔΕ και την Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη

II. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Αποδέκτες Πίνακα Α' μόνο οι αριθ. 1 και 4
2. Αποδέκτες Πίνακα Β'
3. Αποδέκτες Πίνακα Γ' μόνο αριθ. 2
4. » » Ζ'
5. » » Η'
6. » » Θ' μόνο οι αριθ. 4.ιε), 10, 17 και 18
7. » » Ι'
8. » » ΙΑ' μόνο οι αριθ. 2 και 3
9. » » ΙΒ'
10. » » ΙΓ'
11. » » ΙΗ'
12. » » ΙΘ' μόνο οι αριθ. 4 και 18
13. » » Κ'
14. Γραφείο Υπουργού Οικονομικών.
15. Γραφείο Υφυπουργού Οικονομικών.

III. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Διοικητή.
2. Γραφείο κ. κ. Γενικών Διευθυντών.
3. ΔΕΕΦ – ΤΜΗΜΑ Α' «ΦΠΑ»