



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Τ.Ε.Ι.  
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΑΝΤΩΝΙΑ ΧΑΤΖΗΠΕΡΗ

**ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ:  
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ  
ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**Τ.Ε.Ι.  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΑΝΤΩΝΙΑ ΧΑΤΖΗΠΕΡΗ**

**ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ:  
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ  
ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

**Επιβλέπων καθηγητής:**

**Αναστάσιος Καραγιάννης  
Αναπληρωτής καθηγητής**

**Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

**Πειραιάς, 2009**

POST –GRADUATE STUDIES  
IN THE ADMINISTRATION OF HEALTH

ANTONIA CHATZIPERI

**MENTAL HEALTH:  
FINANCE, BUDGET AND IMPROVEMENT  
OF THE MENTAL HEALTH SERVICES**

**DIPLOMATIC WORK FOR THE POST-GRADUATE STUDIES ATH  
ADMINISTRATION OF HEALTH**

**PEIRAIAS, 2009**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η εργασία θα ήταν αδύνατο να γραφτεί χωρίς την πολύτιμη συμβολή του καθηγητή μου από το Πανεπιστήμιο Πειραιά του κ. Καραγιάννη καθώς και τον κ. Βοζική που χωρίς τις χρήσιμες συμβουλές του θα ήταν αδύνατη η υποβολή αυτής της εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εργαζομένους στο Υπουργείο Υγείας για το σπουδαίο υλικό που μου παραχώρησαν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ψυχικά νοσήματα στην σημερινή εποχή για πολλούς επιστήμονες αποτελούν μία μάστιγα. Είναι αρκετοί εκείνοι όπου χαρακτηρίζονται ως επιρρεπείς σε κάποιο ψυχικό νόσημα ,όπως οι μετανάστες ,οι εκπρόσωποι της τρίτης ηλικίας και εκείνοι που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Ήδη από το 1980 η κατάσταση στο χώρο της ψυχικής υγείας χαρακτηριζόταν ως νοσηρή, έτσι εκείνη την εποχή η Ε.Ε. έκρινε σκόπιμη την παρέμβασή της προκειμένου να υπάρξει βελτίωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Έτσι, το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική στην κοινωνική – κοινοτική κρίθηκε αναγκαίο και φτάσαμε στο σήμερα όπου μιλάμε για μία ευρεία Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση με την ονομασία Ψυχαργός, όπου παρουσιάζει αρκετά τρωτά σημεία.όπως για παράδειγμα στον Νομό Ηλείας όπου θεωρείται απαραίτητη η επέκταση των ήδη υπάρχοντων εγκαταστάσεων.

Άλλο ένα μείζονος σημασίας θέμα που τίθεται είναι και αυτό της επαρκούς χρηματοδότησης των υπηρεσιών λόγω των ελαχίστων διαθέσιμων πόρων. Έτσι, δοθέντος των στοιχείων που διαθέτουμε στη Γερμανία δαπανούν 270€ ανά ασθενή και στην Αγγλία υπολογίζεται ότι το έμμεσο κόστος είναι πολύ υψηλό ανά πάσχοντα ..Επομένως , οι ασκούντες την πολιτική εξουσία πρέπει να αναζητήσουν τρόπους προκειμένου να αντλήσουν « κεφάλαια» .Άρα , μία τέτοια ενέργεια είναι θέμα πολιτικών και προτεραιοτήτων . Για παράδειγμα, μία πρωτοβουλία που θα μπορούσε να αναληφθεί είναι η δημιουργία χρηματοδοτικών οργανισμών όπου σκοπός θα είναι η βελτίωση της ποιότητας ,η ανάπτυξη πολιτικής και η επίτευξη της ισότητας που όμως πολλές φορές δεν επιτυγχάνεται λόγω της εισοδηματικής ανισότητας των πολιτών. Έτσι, οι πολιτικές θα πρέπει να εστιάσουν στους μειονεκτούντες.

Σημαντική παράμετρος θεωρείται και η κατάρτιση του Προυπολογισμού τέτοιου είδους ενεργειών, όπου θα είναι ένα καταρτισμένο σχέδιο με οικονομικούς όρους όπου θα αποτελεί το μέσο του διοικητικού ελέγχου.

Όμως τόσο η εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων ,όσο και η κατάρτιση του προϋπολογισμού αποβλέπουν στην βελτίωση της ποιότητας δηλαδή στο μέτρο του κατά πόσον οι υπηρεσίες αυξάνουν τις πιθανότητες να υπάρξουν οι επιθυμητές εκβάσεις ως προς την ψυχική υγεία και αφετέρου ακολουθούν την τρέχουσα επιστημονική πρακτική. Η ποιότητα συντελεί λοιπόν στην προστασία της αξιοπρέπειας των ασθενών ,διασφαλίζεται η κατάλληλη φροντίδα, εφαρμόζονται παρεμβάσεις που συμβάλλουν στο να βοηθήσουν τα άτομα να λειτουργήσουν καλύτερα και συμβάλλει στο να γίνει η

διάχυση της προσφερόμενης υπηρεσίας σε όλο το φάσμα της φροντίδας της ψυχικής υγείας. Επομένως, οι πολιτικές που πρέπει να γίνουν είναι η διαβούλευση, οι συνεργασίες, η νομοθεσία, η χρηματοδότηση και ο σχεδιασμός. Το αν τα μέτρα που λαμβάνονται είναι τα επιθυμητά και τα πλέον αποτελεσματικά αυτό γίνεται φανερό από τους δείκτες επίδοσης .

Σήμερα στα πλαίσια της προσπάθειας για την πραγμάτωση της ποιότητας στον χώρο της ψυχικής υγείας εφαρμόζεται το πρόγραμμα που προαναφέραμε με την ονομασία Ψυχαργός και που έχει θέσει σαν στόχο την κατάργηση της ασυλικής ψυχιατρικής που σύμφωνα όμως με τα ως τώρα στοιχεία μερικώς το έχει πετύχει μια και υποχρηματοδοτείται το όλο εγχείρημα αν και από το 2008 έχει γίνει για άλλη μία φορά αναθεώρησή του.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**MENTAL HEALTH:  
FINANCE, BUDGET AND IMPROVEMENT  
OF THE MENTAL HEALTH SERVICES**

**Antonia Chatziperi**

**Graduate Thesis Submitted for the degree “Master in Health Management”  
University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece**

**Supervisor: Dr**

Nowadays a lot of scientists are of the opinion that mental illnesses are a plague. Some people are prone to such illnesses. For example, pilgrims, the poor and the old people. In 1980, the situation in the health sector was not described with vivid colors. It was that period of time that European Union took the decision to take measures and help Greece to overcome the problems that had in the mental health sector. Then, the Greek politicians took the initiative to reform the diseased Hospital system with the Psyhargos programme. This reform started many years ago and takes place until today. Although ,it was described as a breakthrough in the health sector ,Psyhargos has not been applied in the best way possible. For example, in Elia, governors that is necessary to expand the hospital facilities.

People who are interested in the mental health know that they have to face a very serious obstacle and that is the fund of the hospitals and the services. A lot of people know that the sources are scarce and is of high importance to overcome the financial difficulties. For instance some European countries such as Germany estimated that they spend 270 per person who suffers from a mental disease and in England the indirect cost is huge.. It high time governors found a way to “raise” money. The truth is that nowadays is not easy to “collect” money. That’s why politicians should set priorities. For example, it would be ideal if initiatives would lead to the improvement of the services quality or the equality of the people’s rights.

A very important parameter is the Budget. The Budget would contribute to the right share of the “financial sources” among the people. Of course, it is a way that governors control in the best way possible the scarce resources.

On the one hand people are trying to find money so that they fund mental health system, do their best to share equally the budget and on the other hand governors look for offering quality services to the mental ill people.. Quality contributes to the protection of

dignity of people and sometimes it may lead to help human beings to become better and overcome some of their problems. Although, it sounds easy to reach quality, is not. People who govern the very sensitive sector of health should take some measures which is of high importance to follow so that they may see some results after some years. If the measures are effective, ratios would show the improvement or not.

Nowadays, the target is to improve the quality of the services. That's why they took the decision to apply the above mentioned reformed programme Psychargos which has some problems but scientists and politicians think that in the long term they will get very good results.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## A ΜΕΡΟΣ

1. Ψυχική υγεία και διακρίσεις	2
2. Ιστορική αναδρομή	4
3. Σήμερα – Οργάνωση	5
4. Ψυχιατρική μεταρύθμιση	7
4.1 Ψυχαργός	8
4.1.2 Πρώτη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός»	8
4.1.3 Δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2002-2009)	10
4.1.4 Προβλήματα στην εφαρμογή του «Ψυχαργός»	12
5. Χρηματοδότηση	13
6. Προϋπολογισμός	22
6.1. Κατάρτιση προϋπολογισμών για τη διαχείριση και την ανάληψη απολογιστικής ευθύνης	23

## B ΜΕΡΟΣ

1. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας	26
1.1 Προσεγγίσεις στην ποιότητα	30
1.1.1 Παρακολούθηση της ποιότητας	30
1.1.2 Συνολική ποιοτική διαχείριση - Συνεχής βελτίωση ποιότητας	30
1.1.3 Σταθμισμένη προσέγγιση	31
2. Μεθοδολογία και περιεχόμενο	32
2.1 Διαβούλευση	33
2.2 Συνεργασίες	35

2.3 Νομοθεσία	38
2.4 Διαφοροποίηση των μηχανισμών ώστε να στηρίζουν την ποιότητα - Σχεδιασμός	41
2.4.1 Προσαρμογή του σχεδιασμού	44
2.5 Διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους	48
2.6 Σχεδιασμός του συνόλου των κριτηρίων	48
3. Αποτελεσματικές υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές διαταραχές	51
4. Φροντίδα για όσους φροντίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές	52
5. Κύρια σημεία: Παρακολούθηση των υπηρεσιών	59
6. Τεκμηριωμένη, βάσει στοιχείων, φροντίδα (evidence-based care)	61
6.1 Σχιζοφρένεια	61
6.2 Κατάθλιψη	62
6.3 Εξάρτηση από το αλκοόλ	62
7. Βελτίωση της ποιότητας κατά την ανάθεση των υπηρεσιών	64
7.1 Έλεγχος	64
8. Προοπτικές - Αποτελέσματα - Συμπεράσματα	69
9. Συμπεράσματα	82
10. Προτάσεις	85

# ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΠΛΑΙΣΙΩΝ -ΠΙΝΑΚΩΝ

## Α ΜΕΡΟΣ

Πίνακας 1 - Μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούν στην Ελλάδα το 2000	8
Πίνακας 2 - Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	10
Πίνακας 3 - Δομές ψυχικής υγείας που έχουν σχεδιαστεί στην δεύτερη φάση της «Ψυχαργώς» (2002-2008)	12

## Β ΜΕΡΟΣ

Πλαίσιο 1 - Πλεονεκτήματα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	31
Σχήμα 1- Η πυραμίδα της ποιότητας	37
Πλαίσιο 2 - Νόμος για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές	42
Πλαίσιο 3 - Παράδειγμα βαθμολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας για εσωτερικούς ασθενείς	56
Πίνακας 1 - Παραδείγματα δεικτών ποιότητας της ψυχικής υγείας καθ' ομάδα εμπλεκομένων	60
Πλαίσιο 4 - Παραδείγματα αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών	64
Σχήμα 2 - Μέθοδοι ελέγχων: Μέθοδος 7 σταδίων	68
Πλαίσιο 5 - Παράδειγμα λειτουργικού ελέγχου - προμηθειών ψυχοφαρμάκων Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	69

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Α' ΜΕΡΟΣ**

## 1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας *"η ψυχική υγεία - παραμελημένη επί μακρόν-είναι απαραίτητη για την ευημερία ατόμων, κοινωνιών και χωρών και πρέπει να αντιμετωπισθεί παγκοσμίως σε νέα βάση, με νέα αντίληψη, νέα ελπίδα"*.

Η ψυχική υγεία αφορά όλους μας. Αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της υγείας και σχετίζεται άμεσα με την αίσθηση συνολικής ευεξίας του ατόμου και την ποιότητα ζωής του.

Από την άλλη μεριά, σύμφωνα πάντα με τον ΠΟΥ, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές συμπεριφοράς είναι κοινές και επηρεάζουν **πάνω από το 25% των ανθρώπων** κάποια στιγμή της ζωής τους. Προσβάλλουν τους πάντες, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, τόπου διαμονής, οικονομικού και κοινωνικού ή μορφωτικού επιπέδου. Επηρεάζουν οικονομικά τις κοινωνίες, καθώς και την ποιότητα ζωής ατόμων και οικογενειών.

Σύμφωνα πάντα με τον ΠΟΥ, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, το 10% του ενήλικου πληθυσμού υποφέρει από αυτές τις ασθένειες.

Μία στις τέσσερις οικογένειες είναι πιθανό να έχει τουλάχιστο ένα μέλος με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Αυτές οι οικογένειες δεν καλούνται να προσφέρουν μόνο υλική και συναισθηματική υποστήριξη στο πάσχον μέλος της, αλλά υφίστανται επίσης τα αρνητικά επακόλουθα **του στίγματος και των διακρίσεων**

Πολλοί άνθρωποι με ψυχονοητικές διαταραχές σε όλο τον κόσμο, θυματοποιούνται λόγω της ασθeneιάς τους και αποτελούν στόχο άδικων διακρίσεων. Η πρόσβαση στη στέγη, την απασχόληση και τους άλλους κανονικούς κοινωνικούς ρόλους συχνά εμποδίζεται. Έτσι βασιζόμενοι σε έρευνες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι ενώ μεγάλος αριθμός ατόμων έχουν πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες τα 2/3 των ασθενών δεν τις χρησιμοποιούν. Τα άτομα αυτά φοβούνται την κοινωνική κατακραυγή και το ότι θα στιγματιστούν από τους συνανθρώπους τους ως ψυχικά ασθενείς. Επίσης, όταν οι ιθύνοντες αποφασίζουν πως θα κατανεμηθούν οι δοθέντες πόροι. Ο στόχος είναι να μεγιστοποιηθεί το όφελος στην κοινωνία ενώ ταυτόχρονα λαμβάνουν υποψηφίους τους το πως θα διανεμηθούν οι πόροι αυτοί μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων(όπως

πλούσιοι ,φτωχοί, νέοι ,γέροι αγροτικοί ή αστικοί πληθυσμοί). Τέτοιου είδους θέματα κοινωνικής κατανομής των πόρων έχουν απασχολήσει τους αρμοδίους γεγονός που αποτελεί το περιεχόμενο του συστήματος της ψυχικής υγείας και εκφράζεται μέσα από την ανάγκη και τους όρους της ίσης πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών αυτών(οριζόντια ισότητα).

Όμως το κριτήριο αυτό δεν μπορούμε να πούμε ότι βοηθά αρκετά για το πώς θα οριστούν οι προτεραιότητες για την παροχή δεδομένων πχ υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού και επομένως είναι λιγότερο χρήσιμο να συγκρίνουμε διαφορετικές παρεμβάσεις για διαφορετικές ασθένειες. Έτσι, η « οριζόντια ισότητα» συμπληρώνεται από την « κάθετη» . Όπου μπορεί να συμβάλλει στις αποφάσεις σχετικά με το πώς θα χειρίζονται διαφορετικά μέλη του πληθυσμού, όπως εκείνα τα άτομα που πάσχουν από σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.

Τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κάποιο ψυχικό νόσημα είναι οι ηλικιωμένοι. Αυτό αποδίδεται στο ότι με το πέρασμα των χρόνων οι ηλικιωμένοι νιώθουν λιγότερο χρήσιμοι και πολλές φορές απομονώνονται κοινωνικά .Όμως οι παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την προαγωγή της υγείας και την ψυχολογική υποστήριξη των εκπροσώπων της τρίτης ηλικίας έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματική.

Ακόμη η ενημέρωση και η πληροφόρηση έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην πρόληψη ψυχικών ασθενειών .

Στον εργασιακό χώρο όπου το 28% των εργαζομένων κατακλύζονται από άγχος και πανικό, τουλάχιστον σύμφωνα με δεδομένα που έχουμε συλλέξει από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αυτό συμβάλλει στην μείωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας. Έτσι , ενέργειες που θα βοηθήσουν τους εργαζομένους να αποβάλλουν το άγχος τους θα οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα σε προσωπικό επίπεδο αλλά και σε ευρύτερο οικονομικό και κοινωνικό.

Τελειώνοντας , με τις ομάδες των ανθρώπων που είναι επιρρεπείς σε κάποιο ψυχικό νόσημα λόγω της ιδιοσυγκρασίας τους αξίζει να αναφέρουμε και αυτούς που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά και κοινωνικά στρώματα καθώς και τους οικονομικούς και πολιτικούς μετανάστες. Συνήθως οι άνθρωποι αυτοί δεν εργάζονται .Γεγονός που θα συνέβαλε στην βελτίωση της οικονομικής του κατάστασης, θα ενίσχυε τους κοινωνικούς δεσμούς καθώς και θα αποφεύγονταν τα οικονομικά βάρη και οι κοινωνικοί αποκλεισμοί. Φοβούμενοι όμως αυτοί οι άνθρωποι την κατακραυγή από την κοινωνία προτιμούν να σιωπούν και να μην καταφεύγουν στις κοινωνικές υπηρεσίες για βοήθεια .Άρα κρίνεται σκόπιμο να παρέμβει η πολιτεία ενημερώνοντας τους πολίτες για

τις επιλογές που έχουν και την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν το όποιο πρόβλημα που τους προκύπτει με διάλογο.

## **2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Γυρνώντας στην δεκαετία του 80 παρατηρούμε ότι το σύστημα ψυχικής υγείας στην χώρα μας ήταν ανεπαρκές προκειμένου να ικανοποιήσει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού καθώς και να παράσχει ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσίες. Η υπάρχουσα τότε κατάσταση "ανάγκασε" την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να παράσχει οικονομική και τεχνική υποστήριξη προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Το πρόγραμμα αυτό θα ξεκινούσε το 1984 και η προοπτική του ήταν να διαρκέσει μέχρι το 1995.

Προκειμένου να αποφασιστεί πως θα γίνει η κατανομή των πόρων που θα διατίθονταν για τα προγράμματα ,προχώρησαν σε μία έρευνα όπου θα συνέκριναν την γεωγραφική κατανομή των νευρολόγων καθώς και το πως ήταν κατανομημένα τα κρεβάτια νοσηλείας των ασθενών ,οι εξωτερικές μονάδες παροχής υπηρεσιών ανά περιφέρεια με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιοχών της χώρας. Επίσης, είχαν ήδη μελετηθεί οι πιθανές συνέπειες της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας που θα λειτουργούσαν αποκεντροποιημένα., δηλαδή υπηρεσίες που θα ξεκινούσαν να λειτουργούν στην περιφέρεια της χώρας.

Βέβαια , προκειμένου να γίνει η άριστη κατανομή των πόρων ήταν αναγκαίο να διεξαχθεί μία μελέτη. Έτσι χρησιμοποιώντας υπάρχοντα δεδομένα όπως την κατανομή των νευρολόγων στους 54 νομούς της χώρας σε σχέση με τον πληθυσμό ανά περιοχή σε συνδυασμό πάντα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επικρατεί προσπαθούσαν να βγάλουν συμπεράσματα με την χρήση κάποιων οικονομικών δεικτών.

Έτσι, κατόπιν της έρευνας που έγινε και της μεταρρύθμισης που πραγματοποιήθηκε, παρατηρήθηκε μία αρκετά σημαντική αύξηση των εξωτερικών υπηρεσιών ψυχιατρικής βοήθειας, μία αξιοσημείωτη αύξηση των κέντρων επανένταξης σε 12 από τις 13 περιοχές. Επίσης, ήταν αρκετά ικανοποιητική η μείωση των χρεώσεων που γίνονταν από το 1984 – 1987, την περίοδο 1990-1993. Από την άλλη όμως μεριά δεν πραγματοποιήθηκε η ίση κατανομή των ειδικευμένων γιατρών σε ολόκληρη την χώρα , αφού οι περισσότεροι ήταν συγκεντρωμένοι στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Αν και αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι

η μεταρρύθμιση αυτή που έγινε με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τελικά συνέβαλε στην αύξηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιφέρεια.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



### **3. ΣΗΜΕΡΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ**

Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία **προς τις κοινοτικές υπηρεσίες**, που θα είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα επήλθε μια μετατόπιση στα πρότυπα της ψυχικής υγείας με κύριες αιτίες τρεις ανεξάρτητους παράγοντες:

- α) την πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας,
- β) την ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, και
- γ) την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της υγείας, όπως αυτή ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Αυτή η μετατόπιση επέδρασε στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται πλέον η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα. ***Η ιδρυματική πρόνοια δίνει τη θέση της στην κοινοτική φροντίδα.***

Τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία είναι:

- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε Γενικά Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών, δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα.
- παρεμβάσεις που κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα.
- εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα
- ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- καλή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών
- ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον
- συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους
- ανικανότητα. υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών

Το πέρασμα λοιπόν από την *ασυλική Ψυχιατρική* (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συχνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην *κοινωνική - κοινοτική Ψυχιατρική* και στην *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση* (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα "Λέρος Ι" και "Λέρος ΙΙ") ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

**Ο νόμος 2716/99** για την *"Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας"* ήρθε για να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

#### **4. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για *ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας υποστηρίζοντας το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Μέχρι το 2000, οι κυριότερες μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον επόμενο Πίνακα:

Κέντρα Ψυχικής Υγείας	13
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες	8
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους	6
Ψυχιατρικά Τμήματα (με κλίνες) Γενικού Νοσοκομείου	19
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου για παιδιά – εφήβους	3
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	3
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	9

Σε αυτές πρέπει να προσθέσουμε και ορισμένες άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες που είχαν δημιουργηθεί στην περίοδο έως το 2000 αλλά υπολειπούν, υποδομές που είχαν ετοιμαστεί και δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη λόγω μη στελέχωσης τους και τις μονάδες του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής), που παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε Αθήνα, Πειραιά, Αιγάλεω, Ηράκλειο Κρήτης, Λιβαδειά, Βόλο και Θεσσαλονίκη.

Ακόμη, άλλες μονάδες του μη κερδοσκοπικού τομέα οι οποίες λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και τις παιδικές ψυχώσεις, κ.ά.

#### **4.1 Ψυχαργός**

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στα μέσα του 1996, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός".

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1997 ένα διαρκές - δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο αποσκοπεί στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και στην επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας.

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (τομεοποίηση).

Το Εθνικό Πρόγραμμα "Ψυχαργός" σε τακτά διαστήματα αναθεωρείται και από την αναθεώρηση του ισχύει γι' άλλα 10 έτη (διαρκές-δεκαετές).

##### *4.1.2 Πρώτη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός»*

Μέρος της Α' φάσης του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας", ως Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα" και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Αυτό το μέρος της Α' φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα αυτού του μέρους της Α' φάσης του προγράμματος ήταν:

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Άλλες δράσεις της Α' φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών "Δρομοκαϊτειο" (Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης "Δρομοκαϊτείου"), την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας. Επίσης, συμπεριλήφθησαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001.

Μέχρι το τέλος του 2001, που συμπίπτει με το τέλος της Α' φάσης του Προγράμματος "Ψυχαργός" οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον επόμενο Πίνακα:

<b>Πίνακας 2:</b>	
<b>Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001</b>	
Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνας αποκατάστασης	3
<b>Σύνολο Μονάδων</b>	<b>202</b>

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας  
β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύχωσης & Παρακολούθησης "Ψυχαργός - Α' φάση"

#### 4.1.3 Δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2002-2009)

Η Β' φάση του προγράμματος "Ψυχαργός" αναφέρεται στην περίοδο 2002 - 2009, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα.

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη, απευθύνονται δε σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της **τομεοποίησης** και της **κοινοτικής ψυχιατρικής**, ώστε να εξασφαλίζεται η **συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας**.

Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας, αφετέρου στην κοινοτική φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχει σχεδιαστεί να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι (ενδεικτικά) οι ακόλουθες:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. (Περιλαμβάνουν Τμήμα Βραχείας & Μακράς Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Άλλα πρόκειται να δημιουργηθούν εξ αρχής και άλλων πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή).
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου (Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας).
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης.
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων (Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες).
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.

- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την αποασυλοποίηση, την εγκατάσταση και διαμονή των ατόμων που διαβιούν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

Οι μονάδες που έχουν σχεδιαστεί παρουσιάζονται στον Πίνακα 3, που ακολουθεί:

<b>Πίνακας 3:</b>	
<b>Δομές Ψυχικής Υγείας που έχουν σχεδιαστεί κατά τη Β΄ φάση του Προγράμματος "Ψυχαργώς" (2001 – 2008)</b>	
<b><u>α) Κοινοτικές Δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας</u></b>	
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	50
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	9
Κέντρα Ψυχικής Υγείας & Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	55
Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	31
Κέντρα Ημέρας – Νοσοκομεία Ημέρας	29
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	19
<b><u>β) Δομές αποασυλοποίησης</u></b>	
Ξενώνες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	42
Οικοτροφεία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	109
Προστατευμένα Διαμερίσματα	119
Εργαστήρια (προγράμματα) επαγγελματικής κατάρτισης ασθενών	8
<b><u>γ) Εξειδικευμένες Δομές ψυχικής υγείας</u></b>	
Ολοκληρωμένα Κέντρα για τον αυτισμό	19
Δομές για αντιμετώπιση της κρίσης από την τοξικοεξάρτηση	21
Δομές για αντιμετώπιση της κρίσης από το αλκοόλ	9
Ολοκληρωμένα Κέντρα για τη Νόσο του Alzheimer	7
<b>Σύνολο Δομών</b>	<b>527</b>
Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Πρόγραμμα "Ψυχαργώς" β) Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης "Ψυχαργώς – Β΄ φάση", Βάση Δεδομένων Έργων	

#### 4.1.4 Προβλήματα στην εφαρμογή του «Ψυχαργός»

Παρά το γεγονός ότι έχει σχεδιαστεί το πρόγραμμα αυτό με μεγάλη επιμέλεια, παρατηρείται στο πέρασμα των χρόνων ότι τελικά δεν επέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Για παράδειγμα ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε σε τοπική εφημερίδα του Πύργου Ηλείας αναφέρεται στο ότι η λειτουργία του ξενώνα Ψυχαργός «...δεν μπορεί να χαρακτηριστεί εύρυθμη, ιδιαίτερα τώρα που οι ανάγκες του αυξάνονται και κρίνεται απαραίτητη μία επέκταση των εγκαταστάσεων». Μάλιστα σύμφωνα με το συγκεκριμένο άρθρο είναι απαραίτητη η αύξηση του αριθμού των κλινών και του προσωπικού μια και συνεχώς αυξάνονται οι ανάγκες. Επίσης, σημαντικό θεωρείται η δημιουργία ενός ακόμα ξενώνα που έτσι θα αντιμετώπιζονταν τα τυχόν προβλήματα που καθημερινά ανακύπτουν.

Σύμφωνα με τον αναπληρωτή καθηγητή ψυχιατρικής κο Μπαϊρακτάρη το Ψυχαργός δημιούργησε απλώς μικρότερα ψυχιατρεία που ιδρύθηκαν από ιδιώτες και μετά την λήξη της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης δεν μπορούν να λειτουργήσουν. Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν πάνω από 130 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που ανήκουν σε 36 ΝΠΙΔ, μη κερδοσκοπικές εταιρείες, μέλη του Δικτύου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας «Αργός». Απασχολούν 2300 εργαζομένους και φιλοξενούν 1300 ψυχικά ασθενείς. Μαζί με τις δημόσιες, οι δομές ανέρχονται σε 450 πανελλαδικά.

Σκοπός στην ουσία του Ψυχαργός είναι σύμφωνα με το κο Μπαϊρακτάρη οι ένοικοι μετά τους ξενώνες να ζήσουν σε αυτόνομα διαμερίσματα. Αυτό όμως γινόταν από την δεκαετία του '80. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης είχε ιδρύσει 20 τέτοια διαμερίσματα μέσα στην πόλη, τα οποία εξακολουθούν να λειτουργούν. Εκεί οι ένοικοι είναι αυτόνομοι και δεν βρίσκονται υπό την παρακολούθηση νοσηλευτών, ούτε καν στις εξωτερικές τους δραστηριότητες.

Άλλο ένα θέμα που ανακύπτει με το «Ψυχαργός» είναι η υποχρηματοδότησή του από το υπουργείο Υγείας. Συγκεκριμένα ενώ το δίκτυο ζήτησε 62 εκ.ευρώ από το Υπουργείο το 2007 εκείνο προχώρησε μόνο στην παροχή 23 εκ ευρώ. Με τις έκτακτες επιχορηγήσεις έφτασε τα 35 εκ ευρώ. Τα χρήματα δίνονται με καθυστέρηση και αυτό συνεπάγεται περικοπές και καθυστερήσεις σε καταβολές μισθών, ενοικίων.



## **5. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

Το γεγονός και μόνο ότι σήμερα υπάρχουν εκατομμύρια οικογένειες που τουλάχιστον ένα μέλος της πάσχει από κάποιο σοβαρό ψυχικό νόσημα είναι ένα γεγονός δυσάρεστο αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να μας προβληματίσει. Δεν είναι μόνο το καθεαυτό γεγονός αρκετά σοβαρό αλλά κρίνεται και αναγκαίο να δούμε και να εξετάσουμε τόσο τις οικονομικές όσο και τις κοινωνικές προεκτάσεις του. Έτσι λοιπόν παρατηρείται ότι σήμερα είναι αδιανόητο να μην δωθούν αρκετά μεγάλα ποσά για την ψυχική υγεία παρόλη την έλλειψη και την ανεπάρκεια των οικονομικών πόρων.

Για παράδειγμα μεγάλο ποσοστό των χωρών τη Ευρωπαϊκής Ένωσης διαθέτει το 3-4% του ΑΕΠ στην ψυχική υγεία. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό αυτό καθώς περνούν τα χρόνια βαίνει αυξανόμενο. Η Γερμανία είναι μία χώρα της ΕΕ όπου έχει δώσει το ποσό των 22.4 δισεκατομμύρια ευρώ για την ψυχική υγεία όπου το 62% των ασθενών ήταν γυναίκες. Από το προαναφερθέν ποσό 4.025 δισεκατομμύρια ευρώ δαπανήθηκαν για την περίθαλψη και όχι μόνο των ατόμων που έπασχαν από κατάθλιψη. Τα 2.756 και 2.825 δισεκατομμύρια ευρώ δόθηκαν σε άτομα που παρουσίαζαν σχιζοφρένεια και νευρικές διαταραχές αντίστοιχα.. Σύμφωνα με άλλους υπολογισμούς το κόστος ανά άτομο είναι 270 ευρώ.

Σε άλλη μία ευρωπαϊκή χώρα, την Αγγλία κατόπιν έρευνας που διεξήχθη κατέληξαν στο ότι το έμμεσο κόστος από την μείωση της παραγωγικότητας στην εργασία λόγω κάποιας ψυχικής διαταραχής ανέρχεται σε 15,46 δισεκατομμύρια ευρώ ή σε 309.20 ευρώ ανά άτομο. Γενικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι το κόστος από την μειωμένη παραγωγικότητα της εργασίας είναι πέντε φορές μεγαλύτερο σε σχέση με την απουσία από αυτήν. Επομένως, διαπιστώνουμε ότι τα ψυχολογικά προβλήματα συνεπάγονται όχι μόνο το κόστος της νοσηλείας δηλαδή το άμεσο κόστος αλλά και το κόστος της χαμηλής αποδοτικότητας στην εργασία- το έμμεσο κόστος.

Γενικά παρατηρείται ένας έντονος προβληματισμός αναφορικά με το «κόστος» της ψυχικής υγείας αλλά και με τον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησης του συστήματος αυτού. Έτσι κρίνεται σημαντικό να κάνουμε μία μνεία στην χρηματοδότηση του Συστήματος της Ψυχικής υγείας στην χώρα μας.

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής και το σχεδιασμό αναπόφευκτα αντιμετωπίζουν σε αυτή τη φάση την ανεπαρκή χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας. Εάν κατανοηθούν οι λόγοι αυτής της πραγματικότητας είναι δυνατόν να αρχίσει η διεύρυνση της βάσης από την οποία αντλούνται πόροι για την ψυχική υγεία.

Έτσι, χώρες που βρίσκονται σε κακή οικονομική κατάσταση ή αντιμετωπίζουν σύνθετα επείγοντα προβλήματα είναι απίθανο να μπορούν ή και να θέλουν να δώσουν προτεραιότητα σε δαπάνες για την υγεία. Επιπλέον, ακόμη και μέσα στο πλαίσιο των δαπανών για την υγεία είναι απίθανο να δίνουν προτεραιότητα στις δαπάνες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Γενικά διαπιστώνεται χαμηλή αναγνώριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και των επιπτώσεων τους. Ειδικά στα συστήματα που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στις άμεσες πληρωμές από τους χρήστες, η ανεπαρκής χρηματοδότηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα της απροθυμίας ή αδυναμίας των ατόμων ή των οικογενειών τους να πληρώσουν για τη θεραπεία. Το στίγμα, οι πολιτισμικές παράμετροι και τα χαμηλά εισοδήματα μπορεί να είναι μερικές από τις αιτίες της ανεπαρκούς χρηματοδότησης. Επίσης, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής μπορεί να μην αντιλαμβάνονται τι είναι δυνατόν να γίνει ώστε να προληφθούν ή να θεραπευθούν οι ψυχικές διαταραχές και μπορεί επομένως να πιστεύουν ότι η χρηματοδότηση άλλων υπηρεσιών εκτός της ψυχικής υγείας ωφελεί την κοινωνία περισσότερο. Με άλλα λόγια το επιχείρημα ότι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι οικονομικά ανταποδοτική αποδυναμώνεται. Επίσης, το στίγμα και η ελλιπής πληροφόρηση κρατούν τη ζήτηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε χαμηλότερο επίπεδο από ότι οι πραγματικές ανάγκες θα δικαιολογούσαν. Επομένως, η διεύρυνση της βάσης από την οποία αντλούνται οι πόροι για την ψυχική υγεία υποχρεώνει όσους καταρτίζουν πολιτικές και σχέδια δράσης να ανιχνεύσουν τις αιτίες της ανεπαρκούς χρηματοδότησης και να ανακαλύψουν με ποιους τρόπους θα υπερπηδήσουν αυτό το εμπόδιο.

Η ανάληψη δράσης για τη διεύρυνση της βάσης από την οποία αντλούνται πόροι είναι μεν θέμα ανάλυσης των πηγών της χρηματοδότησης με στόχο την προώθηση της φροντίδας της ψυχικής υγείας με συγκροτημένο τρόπο ως προς την οικονομική πλευρά του εγχειρήματος, αλλά είναι επίσης και θέμα πολιτικής και προτεραιοτήτων. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί: η διεύρυνση της οικονομικής βάσης του συστήματος ψυχικής

υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό θέμα πολιτικών προτεραιοτήτων. Τα κεφάλαια είναι περιορισμένα και η ψυχική υγεία πρέπει να ανταγωνιστεί όχι μόνο άλλους τομείς της υγείας, αλλά επίσης και άλλα προγράμματα ζωτικής σημασίας, όπως της οικονομικής ανάπτυξης, της κατασκευής οδικού δικτύου, των μεταφορών, των τηλεπικοινωνιών και της εκπαίδευσης. Το σημείο εκκίνησης για τη διεύρυνση της βάσης των πόρων, κατά συνέπεια, είναι η ανάληψη πρωτοβουλιών πολιτικής υφής.

Εκτός από τις πολιτικές πρωτοβουλίες για τη διεύρυνση της βάσης από την οποία αντλούνται πόροι, μπορούν να δημιουργηθούν και χρηματοδοτικοί μηχανισμοί. Μια μέθοδος για την εφαρμογή των προτάσεων και των πρωτοβουλιών οι οποίες διατυπώνονται στην πολιτική είναι η συγκρότηση ενός ειδικού αποθεματικού για καινοτομικές παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία (Institute of Medicine, 2001).

Ο λόγος ύπαρξης ενός αποθεματικού αυτού του είδους είναι η εισαγωγή παρεμβάσεων που θα έχουν σκοπό την πραγματοποίηση των στόχων της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Θα χρηματοδοτεί την παραδειγματική εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων που υλοποιούν τα είδη των αλλαγών που προτάσσει η πολιτική. Σε αυτές περιλαμβάνονται: η ανάπτυξη πολιτικής, η συνηγορία και οι πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας. Ο σκοπός δεν θα είναι η χρηματοδότηση καλών ιδεών μόνο, αλλά και η εστίαση σε καινοτομίες οι οποίες θα είναι δυνατόν να εφαρμοστούν ευρέως και οι οποίες στη συνέχεια θα μπορούν να υιοθετηθούν ή, προσαρμοζόμενες, να υλοποιηθούν αλλού.

Τα χρήματα μπορεί να παρέχονται σε ανεξάρτητους τοπικούς οργανισμούς φροντίδας υγείας, σε ιδιωτικούς οργανισμούς, σε δημόσιες υπηρεσίες ή συνηγορητικές οργανώσεις. Ένα μέρος των χρημάτων θα πρέπει να διατίθεται αποκλειστικά για να εκπονούνται σημαντικά και απαραίτητα ερευνητικά προγράμματα.

Ένα αποθεματικό με αυτά τα χαρακτηριστικά καθιστά δυνατή τη νεωτεριστική δράση και βοηθά ώστε να διασφαλιστεί ότι οι πρόσθετοι πόροι δε θα απορροφηθούν από το σύστημα με το συνήθη τρόπο. Η δεσμευτική αυτή χρήση των κεφαλαίων επί πολλά έτη μπορεί να διασφαλίσει μια συνεχή και σταθερή πηγή χρηματοδότησης, μέσω της οποίας μπορούν να επιτευχθούν αλλαγές. Επιπλέον, ένα αποθεματικό αυτού του είδους μπορεί να βοηθήσει ώστε να αντιμετωπιστούν τα αρχικά κόστη που αντιμετωπίζουν οι

οργανισμοί ψυχικής υγείας και άλλες οργανώσεις, όταν ξεκινούν ενδεδειγμένες αλλαγές. Αρχικά, ειδικές κυβερνητικές επιχορηγήσεις ή δωρεές μπορεί να είναι απαραίτητες προκειμένου να στηριχθεί ένα αποθεματικό για καινοτομικές δράσεις. Διάφοροι διεθνείς οργανισμοί και ανεξάρτητες αναπτυξιακές οργανώσεις μπορεί να διευκολύνουν οικονομικά το εγχείρημα κατά τη μεταβατική περίοδο και να καλύπτουν μέρος από το κόστος που τότε ανακύπτουν.

Ένας ακόμη τρόπος προσέγγισης χρηματοδοτικών ευκαιριών δίνεται από την Παγκόσμια Τράπεζα. Συγκεκριμένα:

- Καθορισμός ενός προσώπου σε υπεύθυνη θέση στον τομέα της ψυχικής υγείας του υπουργείου υγείας της χώρας.
- Καθορισμός και καταγραφή των δράσεων και προγραμμάτων στον τομέα της ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων όσων χρηματοδοτούνται από τον Π.Ο.Υ.
- Προσδιορισμός του συνολικού προϋπολογισμού της ψυχικής υγείας. Ένας τέτοιος ξεχωριστός προϋπολογισμός στο υπουργείο υγείας είναι χρήσιμος, αφού σε αυτή τη βάση μπορεί να στηριχθεί η πρόταση που θα υποβληθεί στην Παγκόσμια Τράπεζα.
- Ο καθορισμός προγραμμάτων υγείας που χρηματοδοτούνται από την Παγκόσμια Τράπεζα όπου σε συνεργασία με τα κατάλληλα άτομα είναι δυνατό να καθοριστεί ποια έχουν χρηματοδοτηθεί και σε ποιο σημείο βρίσκεται η εξέλιξη τους, να διερευνηθούν οι δυνατότητες έτσι ώστε να συμπεριληφθεί η ψυχική υγεία σε δράσεις που ήδη χρηματοδοτούνται, να καθοριστούν οι διαδικασίες για την υποβολή μιας πρότασης για χρηματοδότηση προγράμματος για την ψυχική υγεία.
- Διερεύνηση της δυνατότητας πρόσβασης σε χρηματοδοτικά προγράμματα της Παγκόσμιας Τράπεζας μέσω άλλου υπουργείου εκτός του υπουργείου υγείας. Για παράδειγμα, είναι δυνατόν να ληφθούν δάνεια του κοινωνικού τομέα μέσω του υπουργείου παιδείας ή κοινωνικής πρόνοιας ή, ακόμη, να δοθούν σε μη κυβερνητικές οργανώσεις που υποδεικνύει το υπουργείο οικονομικών. (Το Υπουργείο Οικονομικών του Μπουρούντι ζήτησε από μια μη κυβερνητική οργάνωση να διαχειριστεί ένα δάνειο του κοινωνικού τομέα σε πρόγραμμα για την ανάπτυξη στην πρώιμη παιδική ηλικία με μια συνιστώσα στην ψυχική υγεία).

- Διερεύνηση της δυνατότητας χρηματοδότησης προγραμμάτων για την ψυχική υγεία από την Παγκόσμια Τράπεζα και τα κεντρικά γραφεία της, αν και αυτό είναι δυσκολότερο. Μικρά ποσά διατίθενται από εξειδικευμένα γραφεία της Τράπεζας, όπως είναι η βοήθεια για αντιμετώπιση προβλημάτων μετά από συγκρούσεις και μερικά άλλα κονδύλια.

Ακόμη, μπορεί να γίνει συνυπολογισμός της ψυχικής υγείας στην ανάπτυξη των πόρων της γενικής υγείας. Δηλαδή, μια άλλη προσέγγιση είναι να συμπεριλαμβάνεται η ψυχική υγεία στις δράσεις που έχουν σκοπό την αύξηση των πόρων για τη γενική υγεία. Επίσης, όταν αναζητούνται κεφάλαια από δωρητές ή χορηγούς από οργανισμούς του εξωτερικού για προγράμματα που αφορούν τη γενική υγεία, η ψυχική υγεία πρέπει να αποτελεί μέρος του εγχειρήματος. Σήμερα, σε πολλές πρωτοβουλίες αυτού του είδους, η ψυχική υγεία παραμελείται.

Βέβαια, υπάρχουν δύο τρόποι να αντιμετωπιστεί αυτή η δυσκολία. Ο πρώτος είναι να προωθείται η ψυχική υγεία μέσω της πολιτικής και του σχεδιασμού της γενικής υγείας.

Ο δεύτερος τρόπος είναι να συμπεριλαμβάνεται η ψυχική υγεία σε πρωτοβουλίες της γενικής υγείας. Δηλαδή, η δυνατότητα αναζήτησης χρηματοδότησης για την ψυχική υγεία να μην περιορίζεται στις στρατηγικές που την αφορούν αποκλειστικά, αλλά η προσπάθεια να συμπεριλαμβάνεται και να εξειδικεύεται ως μέρος των πρωτοβουλιών για την ανάπτυξη των πόρων της φροντίδας της γενικής υγείας. Για παράδειγμα, στη Νότια Αφρική, η χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας έχει αυξηθεί επειδή ο παράγοντας της ψυχικής υγείας συμπεριλήφθηκε στην εθνική στρατηγική για την πρόληψη του εγκλήματος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εκπαίδευση νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε συμβουλευτικές τεχνικές αντιμετώπισης ατόμων που ήταν θύματα εγκληματικών ενεργειών (Freeman, 2000).

Όσον αφορά το ποιο πρέπει να θεωρείται επαρκές επίπεδο χρηματοδότησης δεν υπάρχουν κάποια απλά κριτήρια. Επιπλέον, οι δείκτες σύγκρισης μεταξύ χωρών έχουν περιορισμένη σημασία. Υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις ως προς τους στόχους και τις προτεραιότητες κάθε συστήματος, ως προς του πληθυσμούς - στόχους και ως προς το ποιος αναλαμβάνει την ευθύνη για τους προϋπολογισμούς. Μια δαπάνη που σε μια χώρα θεωρείται ότι εντάσσεται στην ψυχική υγεία, σε άλλη είναι δαπάνη των κοινωνικών

υπηρεσιών. Η επάρκεια της βάσης των πόρων πρέπει να κρίνεται, σε τελική ανάλυση, ως προς το εάν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βελτιώνουν τις εκβάσεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και το γενικό πληθυσμό.

Όμως είναι σημαντικό και ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται οι πιστώσεις στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες ανάλογα με το εισόδημα τους σχετίζεται ευθέως με την ισότητα, η οποία αποτελεί στόχο του συστήματος. Η ισότητα είναι παράμετρος που υπάρχει σε πολλά εθνικά προγράμματα για την ψυχική υγεία (είτε με την έννοια της πρόσβασης είτε της προαγωγής). Ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει πολιτικές που διασφαλίζουν ισότητα στην υγεία και στην πρόσβαση.

Ο στόχος της ισότητας δεν προωθείται παντού. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφέρουν σε εντυπωσιακό βαθμό ανάλογα με τα εισοδήματα των πληθυσμιακών ομάδων σε πολλές χώρες. Το σύννηθες είναι τα άτομα υψηλού εισοδήματος να έχουν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες από ότι οι λιγότερο εύποροι. Το ανάλογο συμβαίνει και στη γενική υγεία.

Μερικές ανισότητες είναι κληρονομιά παρελθουσών πρακτικών. Στη Γκάνα και στη Ζάμπια, για παράδειγμα, η πολιτική πρακτική επέβαλε τα δημόσια νοσοκομεία στην Άκκρα και τη Λουσάκα να παρέχουν δωρεάν, ή επιχορηγούμενη κατά το μεγαλύτερο μέρος, ιατρική φροντίδα, στις αποικιοκρατικές ελίτ. Ήταν εξαιρετικά δύσκολο να κατορθώσουν με τον πολιτικό σχεδιασμό να μεταθέσουν αυτή τη φροντίδα σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή να χρεώνουν όλο το κόστος στους πλούσιους, για τη φροντίδα που απολάμβαναν στα κρατικά πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Οι συνδικαλιστικές οργανώσεις προσπαθούν να διαφυλάξουν τις δημόσιες επιχορηγήσεις στις χώρες της Λατινικής Αμερικής με μέσα εισοδήματα, όπου οι κυβερνήσεις παρέχουν οικονομική στήριξη στη φροντίδα υγείας η οποία βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση. Η στήριξη αυτή γίνεται συνδυάζοντας φορολογικές απαλλαγές, κρατικές συνεισφορές στις ασφαλιστικές εισφορές, και άμεση μεταφορά πιστώσεων από τον προϋπολογισμό στα ιδρύματα κοινωνικών ασφαλίσεων. Οι εργαζόμενοι στην υγεία και οι συνδικαλιστικές τους ενώσεις είναι από τους κύριους παράγοντες που αντιδρούν στις αλλαγές. Μια μετάθεση της δημόσιας χρηματοδότησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα απαιτούσε την επανένταξη των γιατρών και των νοσηλευτών από τα μεγάλα αστικά

νοσοκομεία σε μικρότερες περιφερειακές εγκαταστάσεις σε φτωχές αστικές γειτονιές και αγροτικές περιοχές, όπου οι συνθήκες ζωής και εργασίας είναι συνήθως χειρότερες από ότι στα κεντρικά νοσοκομεία. Κατά συνέπεια, δεν είναι περίεργο ότι οι εργαζόμενοι αντιδρούν σε μετακινήσεις αυτού του είδους. Επίσης, μια ανακατανομή των κρατικών δαπανών στην υγεία θα μείωνε τη ζήτηση των κρατικά χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών πολλών ιατρικών ειδικοτήτων.

Οι χώρες που έχουν σχετικά καλή επίδοση ως προς την ισότητα, έχουν επίσης μέση έως υψηλή οικονομική ανάπτυξη. Εκμεταλλεύονται μια διευρυνόμενη βάση πόρων για να βελτιώσουν συνολικά τη φροντίδα υγείας, ιδιαίτερα υπέρ των φτωχών. Παρόλο που η ανάπτυξη δεν οδηγεί αυτόματα σε αναδιανομή των βασικών δημόσιων υπηρεσιών, η αναδιανομή αυτή είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί χωρίς ανάπτυξη. Η Γκάνα, το Περού και η Ζάμπια είχαν στάσιμο ή μειούμενο εθνικό εισόδημα στις δεκαετίες του 1970 και του 1980, οπότε και οι κρατικές δαπάνες στην υγεία περιορίστηκαν δραστικά.

Αντιθέτως, η οικονομία της Κόστα Ρίκα αναπτύχθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 6% στη δεκαετία του 1970 και 3% του 1980. Στη Μαλαισία η ανάπτυξη ήταν κατά μέσο όρο 7% τις δύο αυτές δεκαετίες. Το παράδειγμα των δύο τελευταίων κρατών, τα οποία πέτυχαν να βελτιώσουν την ισότητα στη φροντίδα της γενικής υγείας, είναι χαρακτηριστικά και όσον αφορά την επίτευξη ανάλογου στόχου στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Οι πολιτικές μπορεί να εστιάσουν ρητά στους σχετικά μειονεκτούντες. Τα προγράμματα μπορούν να στοχεύσουν αγροτικά νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος. Η επικέντρωση της Ζιμπάμπουε σε αγροτικές υγειονομικές εγκαταστάσεις και περιφερειακά νοσοκομεία είναι καλό παράδειγμα στόχευσης αυτού του είδους, η οποία λαμβάνει υπόψη απλά γεωγραφικά κριτήρια. Η έμφαση που δίνει η Κόστα Ρίκα στη βασική πρωτοβάθμια και προληπτική φροντίδα, όπως οι εμβολιασμοί, ο έλεγχος των διαρροϊκών νοσημάτων και οι ασφαλείς τοκετοί, έχει βελτιώσει αποτελεσματικά τη θέση των φτωχών, οι οποίοι είχαν μεγαλύτερη νοσηρότητα από τους πλούσιους, λόγω ασθενειών που προλαμβάνουν οι εμβολιασμοί, και λόγω επιπλοκών των διαρροϊκών νοσημάτων και των τοκετών.

Στην περίπτωση των χωρών μέσου εισοδήματος τουλάχιστον, η ίση πρόσβαση και οι κρατικές δαπάνες για την υγεία προωθήθηκαν μέσω της αποτελεσματικής καθολικότητας της ασφάλισης υγείας. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1980, για παράδειγμα, η Κόστα Ρίκα αποφάσισε να επεκτείνει το σύστημα υγείας, το οποίο στηριζόταν στην κοινωνική ασφάλιση, ώστε να καλύψει όλο τον πληθυσμό. Αυτό σήμαινε ότι το διεύρυνε ώστε να καλύψει το 20% του πληθυσμού, κυρίως φτωχούς, το οποίο προηγουμένως δεν καλυπτόταν. Υπήρξε ανάγκη να επιχορηγηθούν οι υπηρεσίες υγείας για τους φτωχούς διότι η συμμετοχή τους στην κοινωνική ασφάλιση από τις εισφορές τους ως εργαζόμενων δεν επαρκούσε για να καλύψει το κόστος των υπηρεσιών.

Η συλλογή και διάδοση πληροφοριών, όπως για τις διαφορές στην κατάσταση της υγείας, τους συντελεστές χρήσης των υπηρεσιών, τις συλλογικές δαπάνες για την υγεία και τις κρατικές δαπάνες ως προς διαφορετικές εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού, μπορεί να είναι βασικά στοιχεία για την επίτευξη μεταρρυθμίσεων που βελτιώνουν την ισότητα.

Οι εμπειρίες των λίγων χωρών που επιχειρούν μεταρρυθμίσεις, καθώς και εκείνες των πολύ περισσότερων που δεν έχουν ακόμα ανατρέψει την ισορροπία των δημόσιων πόρων για την υγεία υπέρ των ομάδων με χαμηλά εισοδήματα, δείχνουν ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα προς αυτή την κατεύθυνση. Ομάδες με πολιτική επιρροή, των οποίων τα συμφέροντα βλάπτονται από μια αλλαγή της υπάρχουσας κατάστασης, εμποδίζουν τις αλλαγές, όπως άλλωστε είναι φυσικό. Η επίτευξη ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων απαιτεί ένα συνδυασμό συνηγορητικών δράσεων, επιδέξιων κινήσεων για τη συγκρότηση συμμαχιών, διαπραγμάτευσης και ηγετικών ικανοτήτων.

Συνεπώς, τίθεται το ερώτημα πώς μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής και του σχεδιασμού. Μέχρι ενός σημείου αυτό εξαρτάται από το εάν τίθεται με έμφαση αυτός ο στόχος στην πολιτική και το σχεδιασμό. Εάν αυτό συμβαίνει, υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές στρατηγικές χρηματοδότησης που διευκολύνουν την επίτευξη του στόχου. Πρώτον, οι πόροι μπορεί να κατανεμηθούν ώστε να στοχεύουν ειδικά ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες ή περιοχές. Δεύτερον, εάν οι χρήστες πληρώνουν, είναι δυνατόν να γίνει τέτοιος χειρισμός των πληρωμών αυτών, ώστε τα άτομα που πληρούν ορισμένα κριτήρια, είτε να μην πληρώνουν για τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν, είτε να πληρώνουν ανάλογα με τα εισοδήματά τους. Τρίτον, οι



υπεύθυνοι για το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να συνεργάζονται στενά με τους υπεύθυνους για την καθιέρωση πολιτικών που προωθούν την προσβασιμότητα και το δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών, ώστε να υπάρχουν ειδικές προϋποθέσεις και χρεώσεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν την κατανομή ανεπαρκών πόρων στον τομέα της ψυχικής υγείας. Έτσι, οι αποφάσεις μπορεί να σχετίζονται με τα είδη των υπηρεσιών, π.χ. νοσοκομειακές ή κοινοτικές, με τα ψυχοτρόπα φάρμακα ή την ατομική αντιμετώπιση περιστατικών με πληθυσμούς στόχους π.χ. παιδιά ή ενήλικες με άτομα που έχουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές ή ελαφρά κατάθλιψη, με γεωγραφικές περιφέρειες π.χ. εκεί που τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν εξυπηρετούνται ή εκεί όπου φυσικές καταστροφές έχουν δημιουργήσει ειδικές ανάγκες. Έχει γίνει σαφές ότι πρέπει να υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ των αναγκών και των προτεραιοτήτων που τίθενται μέσω των διαδικασιών ανάπτυξης πολιτικών και σχεδίων δράσης αφενός και της κατανομής των πόρων αφετέρου. Οι αποφάσεις που αφορούν τη χρηματοδότηση πρέπει να βασίζονται σε αυτές τις διαδικασίες που έχουν προηγηθεί και καθορίζει ένα πλαίσιο. Όμως σπουδαίο κεφάλαιο αποτελεί και η διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού όπου είναι το βήμα που ακολουθεί την ανάπτυξη της βάσης από την οποία εκπορεύονται οι πόροι για την ψυχική υγεία και η κατάλληλη κατανομή των πόρων αυτών.

## **6. ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ**

Ο προϋπολογισμός ενός οργανισμού είναι ένα σχέδιο καταρτισμένο με οικονομικούς όρους για να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού αυτού, αφορά δε μια καθορισμένη χρονική περίοδο (Warren, 1992). Η διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού πρέπει να εξυπηρετεί τους στόχους των σχεδίων δράσης και όχι δημοσιονομικές σκοπιμότητες. Πολύ συχνά δυστυχώς, τα σχέδια δράσης και οι προϋπολογισμοί καταρτίζονται ανεξάρτητα, και έτσι οι στρατηγικοί στόχοι δεν εξυπηρετούνται από τους προϋπολογισμούς.

Ο σχεδιασμός έχει μια στρατηγική και μια λειτουργική διάσταση. Τα στρατηγικά σχέδια εστιάζουν στο ποιος είναι ο στόχος που πρέπει να επιτευχθεί και καθορίζουν τους μηχανισμούς και τις διαδικασίες με γενικό τρόπο. Τα λειτουργικά σχέδια παρουσιάζουν λεπτομερώς πώς θα επιτευχθούν οι στόχοι, δηλαδή ποιος θα κάνει τι και πόσα σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Οι προϋπολογισμοί είναι περισσότερο συνδεδεμένοι με τη λειτουργική πλευρά του σχεδιασμού και καθορίζουν αφενός τους διαθέσιμους πόρους και αφετέρου την κατανομή τους. Οι διαδικασίες κατάρτισης του προϋπολογισμού διαφέρουν ως προς την ελαστικότητα τους και τη λογική που διέπει την κατάρτιση τους.

Ένας προϋπολογισμός εξυπηρετεί τις λειτουργίες του σχεδιασμού, της πολιτικής, του ελέγχου και της δυνατότητας ανάληψης απολογιστικής ευθύνης.

Όσον αφορά το σχεδιασμό, ένας προϋπολογισμός καθορίζει το σύστημα παροχής υπηρεσιών, αφού ορίζει τα κόστη και τις υπηρεσίες που το αποτελούν. Για παράδειγμα, η κατάρτιση του προϋπολογισμού ενός ψυχιατρείου προαπαιτεί τον καθορισμό του αριθμού των κλινών και του κλινικού και διοικητικού προσωπικού, ώστε να είναι δυνατόν να υπολογιστεί το κόστος λειτουργίας. Ομοίως, το ποσό που κατανέμεται στις κοινοτικές υπηρεσίες διαμορφώνει τη δυνατότητα εύρυθμης λειτουργίας τους ή και την ανάπτυξη τους.

Ένας προϋπολογισμός είναι επίσης μια πολιτική θέση. Εάν μια υπηρεσία δεν πιστώνεται στον προϋπολογισμό, ακόμα και αν είναι κρίσιμο κομμάτι ενός κρατικού προγράμματος ψυχικής υγείας, τότε δεν είναι δυνατόν να υλοποιηθεί.

Για παράδειγμα, εάν υπάρχει η πολιτική δέσμευση να χορηγούνται στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές δωρεάν φάρμακα και δεν υπάρχει σχετική πρόβλεψη στον προϋπολογισμό, το πρακτικό αποτέλεσμα είναι η αναίρεση της πολιτικής αυτής.

Μέσω του προϋπολογισμού μπορεί επίσης να επιτευχθεί ο διοικητικός έλεγχος. Οι προϋπολογισμοί κατανέμουν τις πιστώσεις και καθορίζουν τους πόρους που αφορούν συγκεκριμένες δράσεις. Όμως, αυτό δε σημαίνει ότι αυτές οι δράσεις θα διεκπεραιωθούν στην πράξη. Η παρακολούθηση των δαπανών που σχετίζονται με τις δράσεις, καθώς και η παρακολούθηση των στόχων που αυτές οι δράσεις επιχειρούν να πραγματοποιήσουν, επιτρέπει στη διοίκηση να γνωρίζει εάν οι πραγματοποιηθείσες δαπάνες και δράσεις είναι σύμμετρες με τους στόχους. Μια συστηματική μελέτη όλων αυτών παρέχει τη δυνατότητα διορθωτικών κινήσεων, αναθεώρηση των υπαρχουσών δράσεων και βελτίωσης της απόδοσης. Ένας προϋπολογισμός κάνει δυνατή την ανάληψη απολογιστικής ευθύνης.

Συνήθως διατίθεται σε διάφορους τομείς, τμήματα ή μονάδες. Κάθε μονάδα φέρει ευθύνη για τους πόρους και τις δαπάνες της και της ζητείται να επιτύχει στόχους και να συνεισφέρει σε στρατηγικούς τομείς. Αναφορές που γίνονται από αυτές τις μονάδες ανά τακτά διαστήματα, όπως κάθε εβδομάδα, μήνα και τρίμηνο, καθιστούν δυνατή τη σύγκριση μεταξύ της πραγματικής και της προϋπολογισμένης απόδοσης. Έτσι, οι προϋπολογισμοί μπορούν να καθορίσουν ευθύνες να διευκολύνουν τον απολογισμό και να καλλιεργήσουν μια αίσθηση οργανωτική ολοκλήρωσης.

### **6.1 Κατάρτιση προϋπολογισμών για τη διαχείριση και την ανάληψη απολογιστικής ευθύνης**

Ο προϋπολογισμός είναι ένα σχέδιο δράσης για την επίτευξη στόχων, το οποίο διατυπώνεται με οικονομικούς όρους. Ο σχεδιασμός πρέπει να κινεί τη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού. Πολύ συχνά, τα σχέδια δράσης και οι προϋπολογισμοί αναπτύσσονται ανεξάρτητα, και έτσι οι στόχοι δεν αντικατοπτρίζονται ρητά στους προϋπολογισμούς.

Ένας προϋπολογισμός υπηρετεί τέσσερις λειτουργίες: το σχεδιασμό, την πολιτική, τον έλεγχο και την ανάληψη απολογιστικής ευθύνης.

Υπάρχουν τέσσερα είδη προϋπολογισμού: σφαιρικοί, γραμμικοί, μηδενικοί και προϋπολογισμοί με βάση την απόδοση. Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό της ψυχικής υγείας μπορεί να μην έχουν τη δυνατότητα να καθορίσουν το είδος του προϋπολογισμού που θα χρησιμοποιηθεί, αλλά παρουσιάζονται τα κύρια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του καθενός.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**B ΜΕΡΟΣ**

## 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά το ΠΟΥ, τα βήματα που γίνονται για την βελτίωση της ποιότητας διαγράφουν ένα κύκλο. Εφόσον καθοριστούν οι πολιτικές, τα κριτήρια και οι διαδικασίες πιστοποίησης, η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας απαιτεί διαρκή παρακολούθηση των υπηρεσιών και την ενσωμάτωση των στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας στην διαχείριση και παροχή υπηρεσιών. Έτσι, κρίνεται αναγκαίο να προσαρμοστεί η πολιτική στην διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, να εκπονηθούν κριτήρια, να καθοριστούν οι διαδικασίες πιστοποίησης καθώς και να παρακολουθούνται οι προσφερόμενες υπηρεσίες με χρήση των μηχανισμών ποιότητας. Επίσης, είναι σημαντικό να καταστεί δυνατή η ενσωμάτωση της βελτίωσης της ποιότητας στην τρέχουσα παροχή και να πραγματοποιηθεί η μεταρρύθμιση προκειμένου να βελτιωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Εν κατακλείδι, πρέπει να λειτουργήσουν οι μηχανισμοί που θα συντελέσουν στην αναθεώρηση των μηχανισμών της ποιότητας.

Πριν όμως προχωρήσουμε στην απαιτούμενη μεθοδολογία προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κρίνεται σκόπιμο να αναφέρουμε γιατί είναι σπουδαία η βελτίωση αυτών των υπηρεσιών. Έτσι :

Η ποιότητα της φροντίδας ψυχικής υγείας είναι ένα μέτρο του κατά πόσον οι υπηρεσίες αφενός αυξάνουν τις πιθανότητες να υπάρξουν οι επιθυμητές εκβάσεις ως προς την ψυχική υγεία και αφετέρου ακολουθούν την τρέχουσα επιστημονική πρακτική, βάσει στοιχείων (προσαρμογή από το Institute of Medicine, 2001) . Ο ορισμός αυτός εμπεριέχει δύο στοιχεία. Όσον αφορά τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τις οικογένειες τους και τον πληθυσμό στο σύνολο του, δίνει έμφαση στο ότι οι υπηρεσίες θα πρέπει να επιτυγχάνουν θετικές εκβάσεις. Όσον αφορά τους ασκούντες το κλινικό έργο, τους υπεύθυνους για τη χάραξη της πολιτικής και όσους σχεδιάζουν τις υπηρεσίες, δίνει έμφαση στην καλύτερη δυνατή χρήση της σύγχρονης γνώσης και τεχνολογίας.

Η καλύτερη ποιότητα έχει ως αποτέλεσμα υπηρεσίες οι οποίες:

- προστατεύουν την αξιοπρέπεια των ατόμων με ψυχικές διαταραχές,
- παρέχουν αποδεκτή και κατάλληλη κλινική και μη κλινική φροντίδα, με σκοπό να μειωθεί η επίδραση της διαταραχής και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές,
- εφαρμόζουν παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να

αντεπεξέλθουν με τις δικές τους δυνάμεις στα προβλήματα που τους δημιουργούν οι ψυχικές διαταραχές τους,

- κάνουν περισσότερο αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των ανεπαρκών πόρων που διατίθενται για την ψυχική υγεία,
- διασφαλίζουν ότι η ποιότητα διαχέεται σε όλο το φάσμα της φροντίδας ψυχικής υγείας, δηλαδή στην προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς και σε ασθενείς στην κοινότητα.

Σε πολλές χώρες, οι υπηρεσίες για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι ελάχιστες και δεν ανταποκρίνονται σε αυτά τα πρότυπα. Δεν υπάρχει φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο στο 37% των χωρών. Ορισμένα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα δεν διατίθενται στην Π.Φ.Υ. σχεδόν στο 20% των χωρών, και υπάρχουν μεγάλες διαφορές σε αυτό από χώρα σε χώρα, ακόμη και μέσα στις ίδιες τις χώρες. Το 70% περίπου του πληθυσμού παγκοσμίως έχει πρόσβαση σε λιγότερο από ένα ψυχίατρο ανά 100.000 άτομα (Atlas, 2001).

Σε συνθήκες όπου οι πόροι είναι ανεπαρκείς και όπου η ψυχική υγεία παρουσιάζεται ως θέμα που χρήζει αντιμετώπισης, το ενδιαφέρον για την ποιότητα φαίνεται πρόωρο, αν όχι πολυτέλεια. Η ποιότητα φαίνεται ότι είναι θέμα που απασχολεί περισσότερο συστήματα με καλή οργάνωση και πόρους από όσα τώρα πρωτοαναπτύσσονται.

Η ποιότητα είναι σημαντική για όλα τα συστήματα ψυχικής υγείας, από πολλές απόψεις. Από την άποψη ενός ατόμου με ψυχικές διαταραχές, η ποιότητα διασφαλίζει ότι θα λάβει τη φροντίδα που χρειάζεται και ότι τα συμπτώματά του και η ποιότητα ζωής του θα βελτιωθούν. Από την άποψη της οικογένειας, η ποιότητα προσφέρει υποστήριξη και βοηθά να διατηρηθεί η οικογενειακή συνοχή. Από την άποψη αυτών που παρέχουν τη φροντίδα ή την προγραμματίζουν, η ποιότητα διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Από την άποψη του υπευθύνου για τη χάραξη της πολιτικής, η ποιότητα είναι το κλειδί για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, για την καλή σχέση κόστους - αποτελέσματος και για τον έλεγχο και εκλογίκευση του συστήματος.

Η ποιότητα πρέπει να αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό οποιασδήποτε υπηρεσίας ψυχικής υγείας, είτε αυτή δημιουργείται τώρα με ελάχιστους πόρους, είτε έχει μακρύ παρελθόν και άφθονους πόρους. Η ποιότητα αποτελεί εργαλείο, όχι μόνο για να αποτρέπονται

απαράδεκτες καταστάσεις που υπήρχαν στο παρελθόν, όπως για παράδειγμα η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία, αλλά και για να διασφαλίζεται η ανάπτυξη αποτελεσματικής και αποδοτικής φροντίδας στο μέλλον. Η ενσωμάτωση της ποιότητας στη φροντίδα ψυχικής υγείας, ακόμη και όταν πρόκειται για υπηρεσίες σε νηπιακό στάδιο, αποτελεί ισχυρό θεμέλιο για τη μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών. Επιπλέον πλεονεκτήματα της βελτίωσης της ποιότητας παρατίθενται στο Πλαίσιο 1.

### **Πλαίσιο 1: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**1. Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διασφαλιστεί η καλύτερη χρήση των πόρων.** Τα περισσότερα συστήματα δεν κάνουν την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων που διαθέτουν. Μερικά συστήματα χρησιμοποιούν πολλές υπηρεσίες υπερβολικά, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει βελτίωση, ή ακόμη και να προκαλούν βλάβη. Άλλα συστήματα δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αρκετά, με αποτέλεσμα να μην προσφέρουν αυτό που χρειάζεται. Και στις δύο περιπτώσεις η έλλειψη ποιότητας έχει ως αποτέλεσμα την σπατάλη των πόρων. Η βελτίωση της ποιότητας παρέχει την ευκαιρία να γίνει αποτελεσματική χρήση των πόρων.

**2. Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διασφαλιστεί η χρήση της πλέον σύγχρονης επιστημονικής γνώσης και των νέων τεχνολογιών για τη θεραπεία.** Την τελευταία δεκαετία, έχουν γίνει μεγάλες επιστημονικές πρόοδοι στα φάρμακα και τις θεραπείες των ψυχικών διαταραχών. Η Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (World Health Organization, 2001 ) παραθέτει αποτελεσματικές θεραπείες, αλλά επίσης παρατηρεί ότι υπάρχει τεράστιο χάσμα μεταξύ του τι γνωρίζουμε και του τι εφαρμόζουμε. Ένα ευρύ φάσμα κοινοτικών υπηρεσιών έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, ακόμα και στις περιπτώσεις των πλέον σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Η εστίαση στην ποιότητα βοηθά ώστε να αλλάξουν οι κατεστημένες αντιμετωπίσεις, και να εξωθήσει ίσως το σύστημα να κινηθεί ορμητικά προς την αφομοίωση των νέων θεραπειών και τεχνολογιών.

**3. Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται.**

Η καλή ποιότητα είναι ζωτικής σημασίας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Το 28% των ετών που οι άνθρωποι ζουν με ανικανότητα οφείλεται σε ψυχιατρικές και



νευρολογικές νόσους. Αυτή είναι η στατιστική απεικόνιση της συνολικής επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών και δείχνει ταυτόχρονα πόσο μεγάλη είναι η επιβάρυνση στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Σε αυτή πρέπει να προστεθεί το στίγμα, οι διακρίσεις και η παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε πολλά μέρη του κόσμου. Παραδοσιακές πεποιθήσεις για το τι προκαλεί και πώς αντιμετωπίζονται οι ψυχικές διαταραχές ακόμα ισχύουν, με αποτέλεσμα την απροθυμία, ή την καθυστέρηση, στη λήψη θεραπείας. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ανάγκη θεραπείας δεν προσφεύγουν στις υπηρεσίες (United States Department of Health and Human Services, 2000).

**4. Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διευρυνθεί η εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα του συστήματος.** Η ικανοποιητική ποιότητα ενδυναμώνει την κοινωνική αποδοχή των θεραπευτικών παρεμβάσεων και τα άτομα αρχίζουν να ξεπερνούν τους ενδοιασμούς τους να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες. Χωρίς ικανοποιητική ποιότητα δεν έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα από τη θεραπεία. Το κοινό, οι χρηματοδότες ακόμη και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειες τους απογοητεύονται. Η έλλειψη ποιότητας διαιώνίζει τους μύθους για τις ψυχικές διαταραχές και τις αρνητικές κοινωνικές στάσεις προς τα άτομα που νοσούν.

**5. Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να υπερπηδηθούν τα εμπόδια για την προσέγγιση της κατάλληλης φροντίδας.** Η πεποίθηση ότι υπάρχει ποιότητα και αποτελεσματικότητα ωθεί έναν αριθμό ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ζητήσουν θεραπεία, και η στάση κάποιων άλλων γίνεται λιγότερο αρνητική. Η ποιότητα γίνεται ένας μηχανισμός που διασφαλίζει ότι η προσφερόμενη φροντίδα είναι η πλέον κατάλληλη, με βάση την υπάρχουσα επιστημονική γνώση. Επιπλέον, η καταλληλότητα της φροντίδας, δηλαδή η φροντίδα η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες, χωρίς υπερβολική χρήση ακατάλληλων υπηρεσιών ή ελλειψείς θεραπευτικές παρεμβάσεις, διασφαλίζει την αποτελεσματική και υπεύθυνη χρήση των περιορισμένων πόρων.

**6. Η ποιότητα των υπηρεσιών αναφέρεται στο σύνολο του συστήματος.**

Η βελτίωση της ποιότητας δίδει την ευκαιρία να βελτιωθεί η φροντίδα ψυχικής υγείας με συστηματικό τρόπο. Για το λόγο αυτό, ο ρόλος των υπευθύνων για την χάραξη της πολιτικής είναι ουσιώδης. Ενώ τα τοπικά συστήματα εστιάζουν στο να παρέχουν ποιοτική φροντίδα παρακολουθώντας την επάρκεια της κλινικής φροντίδας, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής πρέπει να δημιουργήσουν το πλαίσιο και τα ερείσματα σε εθνικό επίπεδο, ώστε να γίνει δυνατή η φροντίδα αυτού του είδους. Πρέπει, επίσης, να

πρωτοστατούν και να υποστηρίζουν την καλή ποιότητα για να διευκολύνουν τη συστηματική βελτίωση της.

### **1.1 Προσεγγίσεις στην ποιότητα**

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες έχουν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.

#### *1.1.1. Παρακολούθηση της ποιότητας*

Ο παραδοσιακός τρόπος παρακολούθησης της ποιότητας (συντά αναφέρεται και ως Διασφάλιση της Ποιότητας (Quality Assurance-QA) περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός συνόλου κριτηρίων για τις υπηρεσίες και, στη συνέχεια, τη σύγκριση τους με τα καθορισμένα κριτήρια. Εάν τα κριτήρια ικανοποιούνται, θεωρείται ότι οι υπηρεσίες είναι ποιοτικά επαρκείς. Εάν διαπιστωθούν ελλείψεις, τότε καταστρώνονται σχέδια θεραπείας τους (WHO, 1994' WHO, 1997).

Με βάση αυτή την προσέγγιση, η ποιότητα μπορεί να αξιολογηθεί ως προς τη δομή, τη λειτουργία και την έκβαση (Donabedian, 1980). Η δομική ποιότητα αξιολογεί τις δυνατότητες του συστήματος (π.χ. τα προσόντα του προσωπικού και τον αριθμό του, τους οικονομικούς πόρους, την υποδομή). Η ποιότητα της λειτουργίας αξιολογεί τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των υπηρεσιών και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (π.χ. τα είδη και τα μεγέθη των υπηρεσιών, τα είδη και οι ποσότητες των χορηγούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων, τον αριθμό των εισαγωγών σε νοσοκομεία). Η ποιότητα των τελικών εκβάσεων αξιολογεί τις αλλαγές που βιώνουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών (π.χ. βελτιωμένη λειτουργικότητα, ελάττωση των συμπτωμάτων, ποιότητα ζωής). Κάθε σύστημα παρακολούθησης της ποιότητας θα πρέπει να καλύπτει αυτούς τους τρεις τομείς. Σε πολλές χώρες, δίδεται έμφαση στις δομικές και λειτουργικές παραμέτρους. Μόνο πρόσφατα άρχισε να δίδεται έμφαση στην έκβαση.

#### *1.1.2. Συνολική Ποιοτική Διαχείριση/Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας*

Οι έννοιες της συνολικής ποιοτικής διαχείρισης και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, οι οποίες έχουν εφαρμοστεί στην παραγωγή και τη βιομηχανία, εισήχθησαν τελευταία και στα συστήματα ψυχικής υγείας (Juran, 1988 Juran, 1992). Οι τεχνικές αυτές δε βασίζονται σε εξωτερικούς ελέγχους, αλλά είναι ενσωματωμένες στον διοικητικό ιστό των υπηρεσιών, ώστε να υπάρχει εξ αρχής ένας μηχανισμός ανίχνευσης και επίλυσης προβλημάτων. Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται να προβλέπονται και να προ-

λαμβάνονται τα προβλήματα από τους επικεφαλής των υπηρεσιών. Το πνεύμα που διακατέχει την ιεραρχία στις υπηρεσίες ευνοεί τη συμμετοχή και ανάληψη ευθυνών εκ μέρους του προσωπικού για την ανίχνευση και επίλυση προβλημάτων.

Για παράδειγμα, τεχνικές συνολικής ποιοτικής διαχείρισης εφαρμόστηκαν στην Αυστραλία, με στόχο δομικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα ψυχικής υγείας, ώστε να προσανατολιστεί στην έγκαιρη παρέμβαση και πρόληψη (Tobin, Yeo & Chen, 2000) και στο να εισάγει πολιτισμικές παραμέτρους σε ένα πρόγραμμα για την ψυχική υγεία των παιδιών (Birlleson, 1998). Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας σημαίνει ότι μπορεί να είναι αναγκαία μια οργανωτική αναδόμηση, με πολιτική υποστήριξη σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, και με την εμπλοκή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας.

### *1.1.3. Σταθμισμένη προσέγγιση*

Η τρίτη προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει μερικές πλευρές των παραπάνω προσεγγίσεων είναι η σταθμισμένη προσέγγιση. Γίνεται όλο και εμφανέστερο ότι όσοι σχεδιάζουν και διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να ισορροπούν μεταξύ πλήθους παραμέτρων, όταν επιχειρούν να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας. Πρέπει για παράδειγμα, να εξεταστούν θέματα που άπτονται της λειτουργικής επάρκειας των υπηρεσιών όταν διερευνάται εάν ένα άτομο με ψυχικές διαταραχές λαμβάνει θεραπεία που βασίζεται σε στοιχεία. Το κατά πόσον οι εκβάσεις είναι ικανοποιητικές πρέπει επίσης να ερευνάται. Ταυτόχρονα, πρέπει να ελέγχεται το κόστος, ώστε οι υπηρεσίες να μην υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό τους (Hermann, Regner, Erickson & Yang, 2000). Επομένως η απόδοση του συστήματος πρέπει να ελέγχεται πολλαπλά. Το μοντέλο της «σταθμισμένης προσέγγισης» (“balanced score card” model) διευκολύνει τη διαχείριση του συστήματος σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα (Kaplan & Norton 1996).

## 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Γενικά, οι χώρες θέλουν να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας ψυχικής υγείας, οι πολιτικές τους όμως θα πρέπει αν στοιχίζονται πίσω από το σκοπό αυτό, ώστε να τον προωθούν και να μην παρεμβάλλουν εμπόδια. Η προσαρμογή της πολιτικής στην διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας παρουσιάζει τις βασικές κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθήσουν οι πολιτικές ώστε να ευθυγραμμιστούν με το στόχο της βελτίωσης της ποιότητας. Οι πολιτικές αυτές αφορούν τη διαβούλευση, τις συνεργασίες, τη νομοθεσία, τη χρηματοδότηση και το σχεδιασμό.

Για να υπάρξει αυτή η ευθυγράμμιση, οι πολιτικές θα πρέπει να εμπεριέχουν εξαρχής αναφορές στη βελτίωση της ποιότητας. Οι αναφορές αυτές θα πρέπει να είναι ενσωματωμένες στις αξίες, τις αρχές και τις στρατηγικές της πολιτικής. Αυτό ισχύει για κάθε πλευρά της προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Εκτός από τη δεδηλωμένη αυτή πρόθεση για βελτίωση της ποιότητας, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να διακρίνουν τα στοιχεία εκείνα της πολιτικής, των ελεγκτικών και χρηματοδοτικών μηχανισμών με τα οποία μπορούν να προωθήσουν στην πράξη ένα σύστημα βελτίωσης της ποιότητας.

Για να υποβοηθήσουν την αντιστοίχιση των πολιτικών πρωτοβουλιών με το στόχο της ποιοτικής αναβάθμισης, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να εστιάσουν στα εξής τρία στοιχεία.

- **Συνειδητοποίηση της ποιότητας.** Για να καταπολεμηθεί το στίγμα και οι λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τα άτομα που νοσούν, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να ενθαρρύνουν εκστρατείες ώστε το κοινό, οι συναρμόδιοι φορείς και οι χρηματοδότες να συνειδητοποιήσουν τις δυνατότητες των επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών και την ανάγκη για ποιότητα.
- **Συνηγορία για την ποιότητα.** Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να συνηγορούν για την ποιότητα με κάθε ευκαιρία, έχοντας όμως γνώση των δεδομένων, των δυσκολιών και των επιτυχημένων εφαρμογών. Θα πρέπει, επίσης, να εκμεταλλευτούν τη διαθέσιμη πείρα και να παρακολουθούν συστηματικά την κατάσταση του συστήματος ψυχικής υγείας. Εάν ασκήσουν αυτό το ρόλο τους δυναμικά, θα επιφέρουν τις προσδοκώμενες αλλαγές.
- **Στρατηγική ανάπτυξη της ποιότητας.** Σε ένα περιβάλλον όπου δεν είναι δυνατόν να

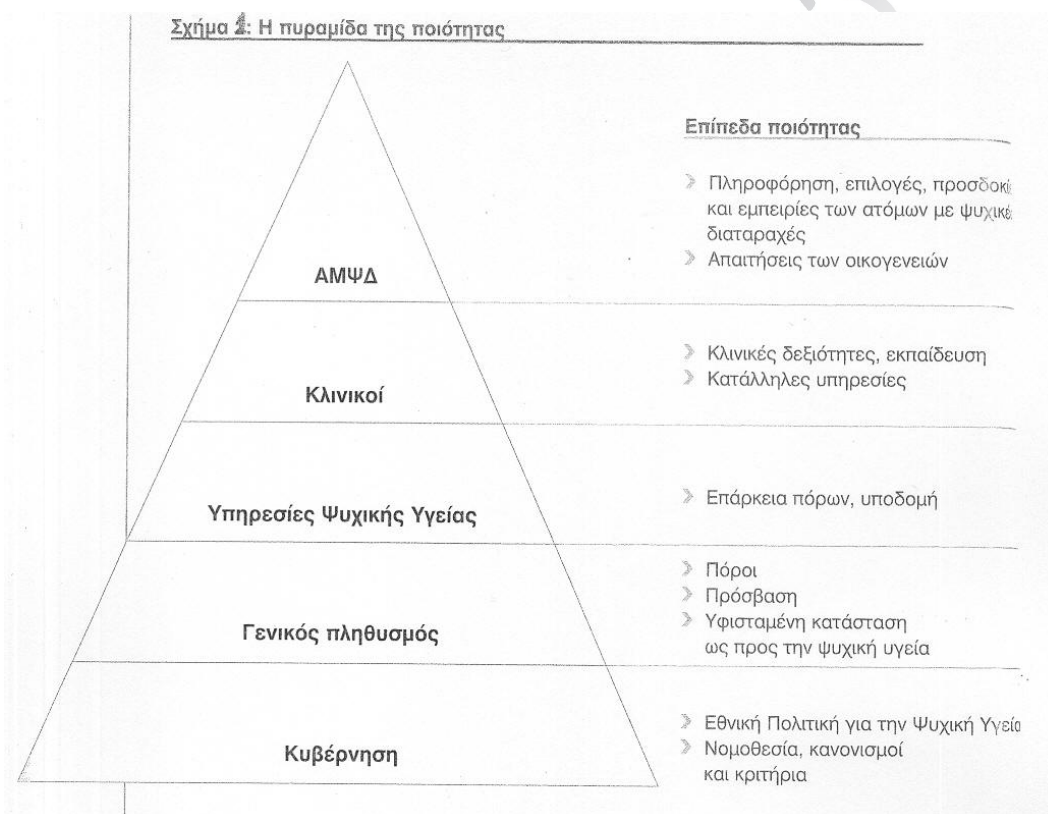
εξυπηρετηθούν όλες οι υπάρχουσες ανάγκες, ορισμένες πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται για να εξυπηρετήσουν την ψυχική υγεία μπορεί να χρειαστεί να υπαχθούν σε πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται σε άλλα πεδία. Όπως έχει δείξει το παράδειγμα της Νότιας Αφρικής, μερικές φορές είναι αναγκαίο και στρατηγικά σκόπιμο να επιλέγονται εταίροι, οι οποίοι εκ φύσεως είναι σε θέση να αναλαμβάνουν και να διεκπεραιώνουν πρόγραμμα ψυχικής υγείας. Η τακτική αυτή μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα από το να επιχειρείται η προσέλκυση πόρων στην ψυχική υγεία απευθείας. Για παράδειγμα, παρεμβάσεις που αφορούν τη βελτίωση των συστημάτων εκπαίδευσης, κοινωνικής πρόνοιας και ποινικής δικαιοσύνης, μπορεί να είναι επίσης ευκαιρίες για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Freeman, 2000).

## 2.1 Διαβούλευση

Η πρώτη ενέργεια προκειμένου να προσαρμοσθεί η πολιτική στη διαδικασία της ποιότητας είναι να υπάρξουν διαβουλεύσεις με όλους τους εμπλεκόμενους ώστε να διαμορφωθεί από κοινού ένα όραμα για την ποιότητα. Οι διαβουλεύσεις είναι αναγκαίες, διότι η ποιότητα της φροντίδας είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων και συνεργασιών που αναπτύσσονται μεταξύ των πολυποίκιλων εμπλεκόμενων ομάδων, όπως αυτών που χαράσσουν πολιτικές και σχέδια, όσων τα χρηματοδοτούν, των εργαζόμενων στον τομέα της ψυχικής υγείας, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και των οικογενειών τους. Όλοι αυτοί οι εμπλεκόμενοι έχουν ποικίλες ανάγκες (Σχήμα 1).

- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές απαιτούν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή φροντίδα υψηλής ποιότητας, η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προτεραιότητες τους, δέχεται ότι τα άτομα αποφασίζουν για τη θεραπεία τους και οδηγεί σε βελτίωση της λειτουργικότητάς τους. Οι οικογένειες απαιτούν πρόσβαση σε φροντίδα υψηλής ποιότητας, η οποία προσφέρει υποστήριξη, εκπαίδευση και πρακτικές στρατηγικές ώστε να διαχειρίζονται τα μέλη της οικογένειας που πάσχουν και τις ανάγκες τους.
- Οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία και οι κλινικοί πρέπει να διασφαλίζουν σταθερότητα, συνέχεια και αποτελεσματική φροντίδα. Για να επιτευχθεί αυτό, χρειάζονται κατάλληλη εκπαίδευση και δεξιότητες.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζονται επαρκείς πόρους (π.χ. φάρμακα, προσωπικό και κλίνες) ώστε να μπορούν να λειτουργούν.
- Ο γενικός πληθυσμός πρέπει να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες και πρέπει να βελτιώνει την κατάσταση της ψυχικής υγείας του συνολικά. Οι χρηματοδότες και οι

υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής έχουν ως στόχο να υπάρχει φροντίδα με καλή σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας. Η φροντίδα αυτή πρέπει να μειώνει τα συμπτώματα και να βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του γενικού πληθυσμού. Ο ρόλος των πολιτικών είναι να ηγούνται και να κατευθύνουν, αλλά και να διασφαλίζουν τις κατά το δυνατόν ποιοτικότερες υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα, νομοθετώντας και καθορίζοντας κανονισμούς και κριτήρια.



Η διαβούλευση λοιπόν είναι σημαντική και έχει τρεις σπουδαίες λειτουργίες: την εισροή στοιχείων από διάφορους εμπλεκόμενους, την διάδοση πληροφοριών στις ομάδες των εμπλεκομένων και τη δημιουργία μιας κοινής αντίληψης. Η ανάπτυξη αυτής της κοινής αντίληψης είναι ουσιώδες έργο των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής και προσφέρει τη μοναδική ευκαιρία να συνενωθούν όλοι οι εμπλεκόμενοι ώστε να δημιουργήσουν ένα όραμα για το πως θα υλοποιηθεί η παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι εμπλεκόμενοι που είναι δυνατόν να συμμετέχουν στις διαβουλεύσεις για τη βελτίωση της ποιότητας συμπεριλαμβάνουν:

- εργαζόμενους στην ψυχική υγεία,
- άτομα με ψυχικές διαταραχές,
- οικογένειες και όσους φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές,
- διευθυντές υπηρεσιών,
- πανεπιστημιακούς ή εξωτερικούς σύμβουλους,
- επιστημονικές - επαγγελματικές οργανώσεις,
- μη κυβερνητικές οργανώσεις και εθελοντικές οργανώσεις,
- κοινοτικούς ηγέτες,
- υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας,
- υπηρεσίες στέγασης.

## 2.2 Συνεργασίες

Μέσω των διαδικασιών της διαβούλευσης, πρέπει να αναληφθεί δράση από τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής ώστε να δημιουργηθούν εταιρικές σχέσεις με τους αντίστοιχους εμπλεκόμενους. Οι σχέσεις αυτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας και δίδουν στη διαδικασία αυτή μακροπρόθεσμη προοπτική.

Έτσι, οι επιστημονικοί - επαγγελματικοί σύλλογοι είναι σε θέση να καθορίσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας, καθώς και άλλων υπηρεσιών. Διαθέτουν την εξειδίκευση και μπορούν να καθιερώσουν πρακτικές οι οποίες να αποτελούν πρότυπα για τα μέλη των συλλόγων τους. Οι σύλλογοι αυτοί μπορούν να διασφαλίσουν την επιστημονική και κλινική επάρκεια των πρακτικών τους. Η σωστή ανάπτυξη των παραμέτρων της κλινικής πράξης απαιτεί τη σύνθεση ενός ευρέως φάσματος πληροφοριών που προέρχονται από επιστημονικές εργασίες, αποτελέσματα ερευνητικής δουλειάς, κλινικής εμπειρίας και εξειδίκευσης.

Οι επιστημονικοί - επαγγελματικοί σύλλογοι μπορούν επίσης να κατοχυρώσουν τις ελάχιστες απαιτήσεις σε εκπαίδευση και κατάρτιση, καθώς και στην επανεκπαίδευση, και να παρέχουν ευκαιρίες για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των μελών τους. Η πιστοποίηση σε ένα επάγγελμα ή ειδικότητα βοηθά να καθοριστούν τα ελάχιστα απαραίτητα προσόντα ώστε οι επαγγελματίες να είναι επαρκείς.

Ένας επιστημονικός - επαγγελματικός σύλλογος μπορεί να διασφαλίσει την ποιότητα κατά τους εξής τρεις τρόπους:

- καθορίζοντας και διατηρώντας την επαγγελματική επάρκεια των μελών του,
- καθορίζοντας και προάγοντας τεκμηριωμένες πρακτικές και άλλες παραμέτρους της κλινικής πράξης,
- προάγοντας τη βελτίωση της ποιότητας μέσω της επανεκπαίδευσης, και άλλων δραστηριοτήτων ανάπτυξης δεξιοτήτων.

Σε πολλές χώρες δεν υπάρχουν καλά οργανωμένοι επιστημονικοί - επαγγελματικοί σύλλογοι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η βελτίωση της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την ανάπτυξη των συλλόγων αυτών και την ανάθεση σε αυτούς καλά καθορισμένων ρόλων στις πολιτικές για την ψυχική υγεία και στο σύστημα παροχής υπηρεσιών

Ο στόχος των σχέσεων με ακαδημαϊκά ιδρύματα είναι να βελτιώσουν την ποιότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέσω της εκπαίδευσης, της κατάρτισης, της έρευνας και της αξιολόγησης.

Η εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού του τομέα της ψυχικής υγείας είναι έργο ουσιώδους σημασίας. Σε πολλές χώρες το εξειδικευμένο προσωπικό είναι ανεπαρκές: ανά 100.000 κατοίκους, υπάρχει μόνο ένας ψυχίατρος στο 53% των χωρών και ένας ψυχιατρικός νοσηλευτής στο 46% των χωρών (World Health Organization). Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί στον τομέα της ψυχικής υγείας επίσης σπανίζουν, αφού ο μέσος αριθμός τους είναι 0,4 και 0,3 ανά 100.000 αντιστοίχως, σε όλες τις χώρες.

Τα ακαδημαϊκά ιδρύματα βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση, από την οποία μπορούν να διευρύνουν τη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται, ώστε να δημιουργηθεί ένα αποτελεσματικό ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να βοηθήσουν ώστε να εξασφαλίζονται πόροι, οι οποίοι θα διατίθενται αποκλειστικά ώστε να γίνεται κατάρτιση των εργαζόμενων συνεχώς.

Εκτός αυτού, τα ακαδημαϊκά ιδρύματα μπορούν να παίξουν βασικό ρόλο στη δημιουργία προγραμμάτων κατάρτισης, υπηρεσιών που εφαρμόζουν τεκμηριωμένες πρακτικές και στην ανάπτυξη πρωτοπόρων πρακτικών και μοντέλων χρηματοδότησης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι προσπάθειες αυτές μπορούν να αποδώσουν εφόσον γίνονται διαβουλεύσεις μεταξύ των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής και όσων παρέχουν υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα. Ο στόχος είναι να συνδεθούν τα αποτελέσματα της έρευνας και των αξιολογή-



σεων με τις πολιτικές αποφάσεις και με τους τρόπους παροχής υπηρεσιών Έτσι, η αξιολόγηση των υπηρεσιών ενθαρρύνει τις αλλαγές στις πολιτικές και βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών.

Οι οργανώσεις αυτές απαιτούν άριστη ποιότητα υπηρεσιών και ελέγχουν εάν οι πρακτικές και εφαρμογές είναι υψηλού επιπέδου και ακολουθούν τη σύγχρονη γνώση. Εκ φύσεως, είναι εταίροι στην ανάληψη πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς και στην οργάνωση μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου για τον ίδιο σκοπό.

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής και οι χρηματοδότες είναι υπέρ της ποιότητας, αλλά η βούληση τους περιορίζεται συχνά από ανεπαρκείς πόρους και αντικρουόμενες προτεραιότητες. Οι οργανώσεις των εμπλεκόμενων που υποστηρίζουν τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται σε καλύτερη θέση, πολιτικά και νομικά, ώστε να συνηγορήσουν για φροντίδα καλής ποιότητας και για τους πόρους που αυτή απαιτεί.

Η συνεργασία με οργανώσεις των εμπλεκόμενων έχει κεντρική θέση στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των πρωτοβουλιών για την ποιότητα Το σύστημα υπάρχει για την εξυπηρέτηση των χρηστών υπηρεσιών και των οικογενειών. Ο στόχος επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω της συμμετοχής στις διαδικασίες καθορισμού των κριτηρίων και των οικονομικών και ποιοτικών ελέγχων Η συνέπεια δεν είναι μόνο οι κοινές προσπάθειες για την προαγωγή της ποιότητας, αλλά και η καλύτερη κατανόηση, εκ μέρους των εμπλεκόμενων, των πραγματικών συνθηκών και περιορισμών υπό τους οποίους λειτουργεί το σύστημα.

Το σύνθημα «τίποτα για μας, χωρίς εμάς» έχει υιοθετηθεί από ορισμένες οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών του τομέα της ψυχικής υγείας. Εκτός από τη χρήση τεκμηριωμένων πρακτικών, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειες τους μπορούν να συνεισφέρουν εξαιρετικά ώστε να καθοριστεί τι αποδίδει και πως μπορεί να βελτιωθεί το σύστημα ψυχικής υγείας. Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη, με πολιτικές, κανονιστικές ή άλλες παρεμβάσεις θα πρέπει να υποστηρίζουν ενεργά αυτές τις οργανώσεις στις διάφορες λειτουργίες τους που προάγουν την ποιότητα.

Η σχέση μεταξύ αυτών των οργανώσεων των εμπλεκόμενων και των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής έχει μερικές φορές στοιχεία αντιπαλότητας. Εντούτοις, αυτές οι εντάσεις μπορεί να είναι εποικοδομητικές. Οι πολιτικοί συχνά περιορίζονται από προϋπολογισμούς και αντικρουόμενες απαιτήσεις διάφορων εμπλεκόμενων. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και τα μέλη των οικογενειών τους, ενδιαφερόμενα άμεσα για καλύτερη πρόσβαση και ποιότητα, είναι λιγότερο ανεκτικά με τη γραφειοκρατική

πραγματικότητα και τους πολιτικούς περιορισμούς που καθυστερούν τη δημιουργία των αναγκαίων υπηρεσιών. Ο στόχος είναι ένα σύστημα που ανταποκρίνεται ευέλικτα στις ανάγκες για φροντίδα υψηλής ποιότητας.

Έτσι η ένταξη της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί σημαντικό πολιτικό στόχο και των φτωχών και των πλούσιων χωρών, εδώ και αρκετό καιρό. Η ένταξη αυτή επιτρέπει στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν καλή φροντίδα και στην περίπτωση που δε χρειάζεται ή δεν είναι δυνατόν να δουν έναν ειδικό. Δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους στην υγεία να αντιμετωπίσουν προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας σφαιρικά. Εξάλλου, βγάζει από την απομόνωση την ψυχική υγεία και μειώνει το στίγμα.

Οι συνεργασίες με τις κοινωνικές υπηρεσίες είναι αναπόσπαστο στοιχείο της βελτίωσης της ποιότητας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων στέγασης, ευκαιριών απασχόλησης και πρωτοβουλιών για τη στήριξη της οικογένειας είναι βασικές παρεμβάσεις, οι οποίες προάγουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Πρέπει να αναλαμβάνονται διατομεακές πολιτικές πρωτοβουλίες σε εθνικό επίπεδο ώστε να στηρίζονται και να διευκολύνονται συνεργασίες σε τοπικό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι οι συνεργασίες αυτές θα πρέπει να λειτουργούν και στο επίπεδο της πολιτικής και στο επίπεδο των ατόμων. Οι τοπικές υπηρεσίες θα πρέπει να διαθέτουν μηχανισμούς εν λειτουργία για το συντονισμό της δράσης υποστηρικτικών μηχανισμών υπέρ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, οι πολιτικές θα πρέπει να συντονίζονται έτσι ώστε να υπάρχει αμφίδρομη συνεργασία και αλληλεπίδραση των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.

### **2.3 Νομοθεσία**

Η συμπαράταξη της νομοθεσίας και των κανονισμών με τους στόχους της βελτίωσης της ποιότητας καθώς η εθνική και τοπική νομοθεσία μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας. Η νομοθεσία μπορεί να είναι το μέσο με το οποίο διασφαλίζεται ένα ελάχιστο επίπεδο προσβασιμότητας και φροντίδας, η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, η ισότητα, η θέση προτεραιοτήτων, η απόδοση ευθυνών και η εφαρμογή συστημάτων τα οποία αποτιμούν την απόδοση των υπηρεσιών. Επομένως, η νομοθεσία είναι ένα εργαλείο, με το οποίο διαμορφώνεται ένα σύστημα ψυχικής υγείας, και καθορίζονται οι σχέσεις του με άλλους τομείς, καθώς και οι πόροι που του αναλογούν.

Οι κυβερνήσεις είναι συχνά οι χρηματοδότες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η νομοθεσία καθορίζει τις βασικές παραμέτρους για τη διάθεση των πόρων, καθώς και τα κριτήρια και τους περιορισμούς σχετικά με το τι χρηματοδοτείται. Η νομοθεσία, αν και μπορεί να αλλάζει, διασφαλίζει ένα σταθερό πλαίσιο αναφορικά με τα ζητήματα της προσβασιμότητας και της ποιότητας, ώστε να υπάρχει μια ομοιομορφία σε μια ολόκληρη χώρα ή περιφέρεια.

Η προαγωγή της ποιότητας μπορεί να γίνει νομοθετικά με:

- υποστήριξη ενός ελάχιστου επίπεδου πρόσβασης και ποιότητας,
- διοχέτευση πόρων υπέρ πληθυσμών όπου οι υπηρεσίες δεν επαρκούν,
- προαγωγή της κατάρτισης, έρευνας και αξιολόγησης του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα και ανάπτυξη των δεξιοτήτων του δυναμικού αυτού μελλοντικά,
- διασφάλιση λειτουργικών συστημάτων πιστοποίησης για εργαζόμενους και οργανισμούς,
- ανάπτυξη μηχανισμών για τη συμμετοχή των εμπλεκόμενων στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση,
- καταγραφή της κατάστασης της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και της προσβασιμότητας, της ποιότητας, του κόστους
- και των αποτελεσμάτων της φροντίδας σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, διάθεση πόρων για ερευνητικούς σκοπούς.

Ένα φυλλάδιο του Π.Ο.Υ. για τη νομοθεσία που αφορά τη φροντίδα ψυχικής υγείας (World Health Organization) βασίζεται σε μια συγκριτική ανάλυση των νόμων για την ψυχική υγεία 45 χωρών. Παρουσιάζει τις βασικές αρχές που διέπουν τη νομοθεσία και οδηγίες για την εφαρμογή. Συνιστάται η ενσωμάτωση των αρχών στη νομοθεσία των χωρών και ιδιαίτερα των αρχών που αφορούν τις δικαιοδοσίες των εμπλεκόμενων μερών (Πλαίσιο 2).

**Πλαίσιο 2.** Νόμος για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές

### **1. Προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών**

Όλοι θα πρέπει να επηρεάζονται ευεργετικά από τα λαμβανόμενα μέτρα, τα οποία θα είναι τα καλύτερα δυνατά, θα προάγουν την ψυχική υγεία και θα προλαμβάνουν τις ψυχικές διαταραχές.

## **2. Πρόσβαση στη βασική φροντίδα ψυχικής υγείας**

Πρόσβαση στη βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να έχει οποιοσδήποτε τη χρειάζεται.

## **3. Εκτιμήσεις της ψυχικής υγείας σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές αρχές**

Οι διαγνωστικές εκτιμήσεις πρέπει να γίνονται σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές επιστημονικές αρχές.

## **4. Παροχή του ελάχιστα δυνατού περιοριστικού είδους φροντίδας ψυχικής υγείας**

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να έχουν φροντίδα όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστική.

## **5. Αυτοδιάθεση**

Απαιτείται η συγκατάθεση πριν γίνει οποιοδήποτε είδους παρέμβαση σε ένα άτομο.

## **6. Δικαίωμα πρόσβασης σε βοήθεια κατά την άσκηση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης**

Εάν ένας ασθενής δυσκολεύεται να εκτιμήσει τι συνεπάγεται η λήψη μιας απόφασης, αλλά δεν είναι ανίκανος να αποφασίσει, δικαιούται να ζητήσει τη βοήθεια ενός ικανού τρίτου προσώπου της επιλογής του.

## **7. Ύπαρξη διαδικασίας επανεξέτασης**

Πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα επανεξέτασης οποιασδήποτε απόφασης λαμβάνεται από ένα θεσμοθετημένο όργανο (δικαστή), ή από κηδεμόνα ή άλλον εκπρόσωπο, ή από το παρέχον τη φροντίδα προσωπικό.

## **8. Μηχανισμός αυτόματης περιοδικής επανεξέτασης**

Στην περίπτωση που μια απόφαση επηρεάζει την ακεραιότητα (θεραπεία) και/ή την ελευθερία (εισαγωγή σε νοσοκομείο), με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο άτομο, πρέπει να υπάρχει ένας μηχανισμός αυτόματης περιοδικής επανεξέτασης.

## **9. Οι λαμβάνοντες τις αποφάσεις πρέπει να είναι ικανοί προς τούτο**

Οι λαμβάνοντες τις αποφάσεις με θεσμοθετημένο προς τούτο ρόλο (π.χ. δικαστής ή συγγενής, φίλος ή κηδεμόνας), πρέπει να έχουν τα απαραίτητα προσόντα για να το πράξουν.

### **10.Σεβασμός στο νόμο**

Οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και την υπάρχουσα δικαιοδοσία, και όχι σε άλλη βάση ή αυθαίρετα.

### **2.4 Διαφοροποίηση των μηχανισμών χρηματοδότησης, ώστε να στηρίζουν την ποιότητα - Σχεδιασμός**

Η διαχείριση των οικονομικών της φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να γίνεται έτσι ώστε να μεγιστοποιείται η ποιότητα.

Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι τα οικονομικά συστήματα μπορούν και πρέπει να εξυπηρετούν τις προτεραιότητες που έχουν σχεδιαστεί, μέσω στρατηγικών διάθεσης των πόρων, πληρωμών ανάλογα με το προσφερόμενο έργο, κατευθυνόμενων πληρωμών και οικονομικών κινήτρων. Συχνά, όμως, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής βρίσκονται αντιμέτωποι με συγκρουόμενες ανάγκες, ακόμα και ως προς τους πόρους που έχουν ήδη δεσμευθεί για το σύστημα ψυχικής υγείας. Εφόσον συμβεί αυτό, η ποιότητα αναδεικνύεται σε παράγοντα ο οποίος θα πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την ανάληψη πολιτικών αποφάσεων, όπως συμβαίνει και με τα θέματα που αφορούν την κλινική πρακτική, όπου η ποιότητα έχει βαρύνουσα σημασία.

Οι χρηματοδότες γενικά εστιάζουν στον περιορισμό του κόστους. Οι μέθοδοι πληρωμών δεν διασφαλίζουν, συνήθως, ικανοποιητική ποιότητα και δεν διευκολύνουν τη βελτίωση της ποιότητας. Εντούτοις, η βελτίωση της ποιότητας εξυπηρετεί τους χρηματοδοτικούς στόχους, διότι σχετίζεται με βελτίωση της αποδοτικότητας και διότι η κακή ποιότητα μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά δαπανηρή με διάφορους τρόπους.

Πρώτον, η κακή ποιότητα μπορεί να οδηγεί σε σπατάλη, όπως όταν γίνονται λάθη ή όταν επαναλαμβάνονται ιατρικές ή άλλες πράξεις, με επακόλουθο την υπερβολική και άσκοπη χρήση των υπηρεσιών. Δεύτερον, υπηρεσίες μη προσανατολισμένες στη βελτίωση της ποιότητας τους μπορεί να μη λειτουργούν αποδοτικά, όπως συμβαίνει όταν δύο πρακτικές μπορεί να έχουν την ίδια έκβαση, αλλά να επιλέγεται η πλέον δαπανηρή, με αποτέλεσμα την κατάχρηση. Τρίτον, γίνεται σπατάλη όταν χορηγούνται υποθεραπευτικές δόσεις φαρμάκων διότι, αν και θεωρείται δεδομένο εκ των προτέρων ότι

η χορηγούμενη θεραπεία είναι απίθανο να έχει θετικά αποτελέσματα, προκρίνεται η ανεπαρκής αυτή αντιμετώπιση. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι η σπατάλη που σχετίζεται με την κακή ποιότητα ευθύνεται για το 25-40% του συνολικού κόστους των δαπανών των νοσοκομείων (Anderson & Daigh, 1991).

Οι χρηματοδότες πρέπει, επομένως, να ισοροπήσουν μεταξύ κόστους και ποιότητας, και ταυτόχρονα να διασφαλίσουν και την ποιότητα και την αποδοτικότητα. Οι χρηματοδότες μπορούν να συνεισφέρουν στην προσπάθεια δημιουργίας καλής ποιότητας με τις ακόλουθες μεθόδους:

- **Καθορισμός κριτηρίων και απαιτήσεων σε πληροφόρηση αναφορικά με την ποιότητα.** Για παράδειγμα, εάν καθοριστούν κριτήρια για την ανταπόκριση ενός συστήματος μέσα σε καθορισμένες περιόδους (π.χ. παροχή επείγουσας φροντίδας και φροντίδα ρουτίνας), οι χρηματοδότες μπορούν να ζητήσουν πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν φροντίδα κατά τις περιόδους αυτές. Επίσης, εάν έχει τεθεί ως στόχος η προαγωγή ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών σε κοινοτική βάση, τα δεδομένα μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αναδειχθούν τα προβλήματα και στη συνέχεια να δοθούν κίνητρα, ώστε ο συγκεκριμένος τομέας να εξυπηρετηθεί καλύτερα. Για παράδειγμα, οι χρηματοδότες θα μπορούσαν να ζητήσουν αναφορές για τον αριθμό των ατόμων που εξυπηρετούνται στην κοινότητα, τις συνολικές δαπάνες των υπηρεσιών στο κοινοτικό επίπεδο, τον αριθμό των ατόμων που λαμβάνουν εξιτήριο από νοσοκομεία και επιστρέφουν στην κοινότητα, τον αριθμό των ατόμων που εξυπηρετούνται στα νοσοκομεία, και τις νοσοκομειακές δαπάνες.
- **Ανάπτυξη συστημάτων πληρωμών και οικονομικών κινήτρων που επιβραβεύουν την καλή ποιότητα και στηρίζουν την βελτίωση της ποιότητας.** Η στοίχιση των συστημάτων πληρωμών και των οικονομικών κινήτρων με τους στόχους των σχεδίων είναι ουσιώδης παράγοντας για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί. Για παράδειγμα, εάν η προώθηση της χρήσης καλύτερων αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι ένας στόχος, θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας ειδικός λογαριασμός για τα φάρμακα αυτά και να διανέμονται στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, με αποκλειστικό σκοπό την επίτευξη αυτού του στόχου. Η συμμόρφωση με τα κριτήρια ή εξαιρετικές πρωτοβουλίες για βελτίωση της ποιότητας μπορεί να επιβραβεύονται με χρήματα από ένα μικρό λογαριασμό που θα έχει σκοπό την στήριξη πρωτοβουλιών και υπηρεσιών ή περιφερειών με εξαιρετική απόδοση.

- **Πληρωμές για συστήματα διαχείρισης, διοίκησης και πληροφόρησης τα οποία καταγράφουν, ελέγχουν και βελτιώνουν την ποιότητα.** Οι καταγραφές και οι αναφορές της κατάστασης ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της, ώστε στη συνέχεια να ελέγχεται η ποιότητα, συχνά δεν χρηματοδοτούνται. Η αναγνώριση του γεγονότος ότι χρειάζεται χρηματοδότηση για να διεκπεραιωθούν αυτές οι λειτουργίες μπορεί να βοηθήσει ώστε να πραγματοποιηθούν. Για παράδειγμα, εάν διατεθεί ένα ποσό για να αναφέρονται τα αποτελέσματα μιας πολιτικής, αυτό μπορεί να διασφαλίσει ότι θα υπάρξουν σχετικές αναφορές. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθούν οικονομικές κυρώσεις και αμοιβές για την προώθηση της πληρότητας και της ποιότητας των δεδομένων.
- **Διασφάλιση ικανοποιητικών μισθών για τους κλινικούς και τους άλλους εργαζόμενους στον τομέα.** Σε τελευταία ανάλυση, η ποιότητα εξαρτάται από την ποιότητα των εργαζομένων. Η ύπαρξη κατάλληλης μισθολογικής κλίμακας και αμοιβής είναι αναγκαία προκειμένου να προσελκυστεί ικανό προσωπικό. Σε μερικά μέρη στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, παρέχονται υψηλότερες αποδοχές στους ψυχιάτρους για να εργαστούν σε αγροτικές περιοχές.
- **Παροχή οικονομικών κινήτρων για την εφαρμογή τεκμηριωμένων και βέλτιστων πρακτικών.** Για παράδειγμα, για να προωθηθούν οι πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία, το σύστημα ψυχικής υγείας του Τέξας καθόρισε τις ελάχιστες απαιτήσεις για πρακτικές αυτού του είδους σε κάθε περιφέρεια της πολιτείας. Ο σκοπός αυτών των απαιτήσεων ήταν να διασφαλιστεί η διαθεσιμότητα υπηρεσιών βασισμένων σε στοιχεία σε όλη την πολιτεία. Το επίπεδο χρηματοδότησης μιας περιφέρειας μειωνόταν εάν δεν πληρούσε τις ελάχιστες απαιτήσεις.
- **Μείωση του κατακερματισμού της φροντίδας.** Ο κατακερματισμός της φροντίδας είναι συχνά επακόλουθο των πολλαπλών χρηματοδοτικών πηγών ή των διαφορετικών σφαιρών ευθύνης και διοίκησης. Οι χρηματοδότες μπορούν να απαιτήσουν την κοινοπρακτική διαχείριση των πόρων ή τον συντονισμό με άλλα υπουργεία ή υπηρεσίες. Μια σημαντική πλευρά αυτού του συντονισμού αφορά τη διασφάλιση του ότι ο χρηματοδότης συντονίζει τις δράσεις του με τους άλλους χρηματοδότες. Επιπλέον, τα πολλαπλά κέντρα ευθύνης και διοίκησης μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα ασυνεπή, αν όχι αντιφατικά, κριτήρια και στόχους. Είναι ουσιώδες να υπάρχει συντονισμός και συμφωνία ως προς τα κριτήρια και τους στόχους, εάν θέλουμε να προαχθεί η ποιότητα και να μη λειτουργήσουν αυτά τα

κριτήρια και οι στόχοι ως γραφειοκρατικά εμπόδια.

Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα μπορεί να έχει αρκετά διαφορετικές πρακτικές συνέπειες για τους εργαζόμενους στον τομέα. Για παράδειγμα, σε ένα σύστημα όπου η πληρωμή συνδέεται με την παρεχόμενη υπηρεσία, η μείωση της άσκοπης χρήσης υπηρεσιών ή δαπανηρότερης του δέοντος θεραπείας μπορεί να μειώσει τις απολαβές των εργαζομένων, ενώ η αντιμετώπιση του προβλήματος της ανεπαρκούς θεραπευτικής παρέμβασης να τις αυξήσει.

#### 2.4.1 Προσαρμογή του σχεδιασμού

Ο κύριος σκοπός του σχεδιασμού είναι ο καθορισμός των αναγκών και ο ορισμός των προτεραιοτήτων ώστε να διοχετευθούν οι διαθέσιμοι πόροι για να επιτευχθούν οι στόχοι. Η διαδικασία του σχεδιασμού κατευθύνει τους πόρους ώστε να εξυπηρετηθούν οι διαπιστωμένες ανάγκες κατά τον αποδοτικότερο τρόπο.

Κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού μπορεί να αντιμετωπιστούν τα ακόλουθα ζητήματα, τα οποία άπτονται της ποιότητας της φροντίδας. Το θέμα της βελτίωσης της ποιότητας θα πρέπει, επομένως, να λαμβάνεται πάντα υπόψη όταν τα ζητήματα αυτά αντιμετωπίζονται.

- **Ισορροπία μεταξύ προσβασιμότητας και ποιότητας.** Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό που έχουν στη διάθεση τους περιορισμένους πόρους πρέπει να αποφασίσουν εάν θα παρέχουν στους ήδη αποδέκτες των υπηρεσιών καλύτερες υπηρεσίες ή εάν θα χρησιμοποιήσουν τους πόρους για να εξυπηρετήσουν περισσότερους αποδέκτες. Σε τέτοιες συνθήκες η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να επηρεαστεί. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι δύσκολο να διατηρηθούν τα κριτήρια όταν υπάρχει υψηλή ζήτηση υπηρεσιών και ελάχιστοι πόροι.
- **Ποιότητα για ποιόν;** Όσοι σχεδιάζουν τις πολιτικές πρέπει να αποφασίσουν εάν οι πόροι θα εξυπηρετήσουν κατά προτεραιότητα τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές ή το γενικό πληθυσμό, τα παιδιά και τους ενήλικες ή τους ηλικιωμένους, ή ίσως οι πόροι θα διοχετευθούν κατά προτεραιότητα σε ορισμένες γεωγραφικές περιφέρειες.



- **Ποιότητα σε ποιο επίπεδο του συστήματος;** Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να διαθέσουν πόρους και για την ποιότητα των υπηρεσιών που απολαμβάνουν άμεσα τα άτομα, αλλά και για την έμμεση ποιότητα που αφορά τα συστήματα διαχείρισης, πληροφόρησης και διοίκησης.
- **Ποιότητα για ποιες υπηρεσίες;** Είναι δυνατόν να οριστούν τα παραδεκτά επίπεδα ποιότητας για διάφορα είδη υπηρεσιών. Για παράδειγμα, οι πόροι μπορεί να διατεθούν για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσοκομεία, ή να διατεθούν για τη διεύρυνση ποιοτικών υπηρεσιών στην κοινότητα. Τα κριτήρια, δηλαδή, εξαρτώνται από το επίπεδο των υπηρεσιών στο οποίο η ποιότητα αναφέρεται (δες *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*).
- **Ποιότητα σήμερα ή αύριο;** Οι πόροι μπορεί να διατεθούν για την ανάπτυξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για όσους θα εργαστούν στον τομέα της ψυχικής υγείας στο μέλλον, ή μπορεί να εφαρμοστούν ειδικά προγράμματα για τη βελτίωση των δεξιοτήτων του υπάρχοντος προσωπικού.

Κατά συνέπεια, η ποιότητα μπορεί να στηρίξει το σχεδιασμό παρέχοντας βασικά στοιχεία για αποτελεσματικές πρακτικές, βάσει στοιχείων. Έτσι, η ποσότητα των φαρμάκων, ο αριθμός του προσωπικού και η υποδομή που απαιτείται για να επιτευχθεί ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας (ένα επίπεδο που εξασφαλίζει τις επιθυμητές εκβάσεις) καθορίζουν στη συνέχεια το κατά πόσο θα εξυπηρετηθούν οι ανάγκες με τους δεδομένους πόρους.

Επομένως, ο σχεδιασμός γίνεται σχεδιασμός για την ποιότητα αφού βασίζεται εν μέρει στα δεδομένα που παρέχονται βάσει στοιχείων και τα οποία καθορίζουν ποιες υπηρεσίες θεωρούνται αποτελεσματικές και ποια προγράμματα πρέπει να χρηματοδοτηθούν. Για παράδειγμα, ο σχεδιασμός για την ποιότητα μπορεί να βασιστεί στις ακόλουθες ενδείξεις.

- Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά στην κοινότητα, και στις πλούσιες και στις φτωχές χώρες, όπου παρέχονται επαρκείς ψυχοκοινωνικές και ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες.
- Παρεμβάσεις και προγράμματα στο κοινοτικό επίπεδο είναι αποτελεσματικά για την κατάθλιψη, το άγχος και άλλες νευροψυχιατρικές διαταραχές.

- Κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με αγωγές που έχουν αποδειχθεί επιτυχείς.

Τα ζητήματα αυτά δείχνουν τη στενή σχέση μεταξύ των αποφάσεων που λαμβάνονται κατά τη φάση του σχεδιασμού και των επιπτώσεων των αποφάσεων αυτών στην ποιότητα. Τελικά, οι αποφάσεις αυτές σχετίζονται εκ των πραγμάτων με την ποιότητα της πρόσβασης ή της φροντίδας. Είναι, επομένως, σημαντικό όσοι σχεδιάζουν να συνειδητοποιούν τις επιπτώσεις των αποφάσεων τους.

Σε περίπτωση που λαμβάνεται η απόφαση να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, είναι βασικό να καθοριστεί μια τυπική μετρήσιμη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο θα πρέπει να παρέχεται η φροντίδα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανάπτυξη ενός συνόλου **κριτηρίων** με τα οποία θα υπάρχει συμφωνία από όλους τους εμπλεκόμενους στην υπηρεσία αυτή.

**Τα κριτήρια** μπορεί να οριστούν ως κανονιστικές προτάσεις περί του τι αποτελεί αποδεκτή και επαρκή ποιοτική φροντίδα ψυχικής υγείας (Lund et al., 1998). Με άλλα λόγια, περιγράφουν πως πρέπει να παρέχεται η φροντίδα ψυχικής υγείας. Ένα σύνολο κριτηρίων, επομένως, θα πρέπει να επιχειρήσει να καθοδηγήσει όλες τις εκφάνσεις της φροντίδας ψυχικής υγείας. Το πως ακριβώς συγκροτείται αυτό το σύνολο κριτηρίων ποικίλει σημαντικά από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες, την οργάνωση των υπηρεσιών και την ιστορία κάθε χώρας.

Σε πολλές χώρες, τα κριτήρια παρέχουν μια περιγραφή του τρόπου με τον οποίο πρέπει να παρέχεται η φροντίδα και βάσει αυτών αξιολογούνται οι υπηρεσίες. Μερικά παραδείγματα είναι τα εξής:

- Εθνικά Κριτήρια για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Αυστραλία (Austalian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group, 1996),

- Κριτήρια για την Ψυχιατρική Φροντίδα στη Νότια Αφρική (Flisher et al., 1998),
- Κριτήρια Ψυχιατρικής και Νοσηλευτικής Πρακτικής στον Καναδά (<http://www.cfmhn.org>),
- Εθνικό Πλαίσιο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο (Department of Health, 1999).

Σε ορισμένες χώρες τα κριτήρια έχουν λειτουργικοποιηθεί, δηλαδή αναπτυχθεί με κλίμακες που επιτρέπουν την **διαβάθμιση** των υπηρεσιών ως προς την ποιότητα της φροντίδας (Australian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group, 1996).

Το 1991 μια ομάδα ειδικών στη φροντίδα ψυχικής υγείας συνέστησε στον Π.Ο.Υ. να αναπτυχθούν μεθοδολογίες για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο Π.Ο.Υ. ανταποκρίθηκε αναπτύσσοντας καταλόγους ελέγχου της ποιότητας (World Health Organization, 1994, 1997). Οι κατάλογοι λειτουργούν όπως τα κριτήρια και παρέχουν ένα τρόπο διαβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ποσοτικούς όρους.

Για να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα, οι χώρες πρέπει να προσαρμόσουν αυτούς τους καταλόγους στις τοπικές συνθήκες και να αναπτύξουν τα δικά τους κριτήρια. Τα κριτήρια ή οι κατάλογοι ελέγχου της ποιότητας είναι ένας τρόπος ώστε να διασφαλιστεί η εφαρμογή των στόχων που έθεσε η πολιτική, αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών. Είναι, επίσης, ένας τρόπος εκτίμησης του κατά πόσον οι στόχοι του σχεδιασμού και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών εφαρμόζονται στην παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Οι ενέργειες που απαιτούνται για την ανάπτυξη του συνόλου των κριτηρίων παρουσιάζονται πιο κάτω.

Η πρώτη ενέργεια για τον καθορισμό των κριτηρίων είναι η σύσταση μιας επιτροπής ή ομάδας εργασίας που θα αναλάβει εξ ολοκλήρου την ευθύνη σύνταξης του συνόλου των κριτηρίων.

Η ομάδα εργασίας μπορεί να περιλαμβάνει υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής, εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, άτομα με ψυχικές διαταραχές, διευθυντές υπηρεσιών και μέλη οικογενειών των ασθενών. Μπορεί να είναι σχετικά μικρή και τα μέλη της πρέπει να έχουν την ικανότητα να εκφραστούν γραπτά, να διαβουλεύονται και να ανατρέχουν στη βιβλιογραφία.

## 2.5 Διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους

Πρέπει να γίνονται διαβουλεύσεις πριν, κατά τη διάρκεια, και μετά τη σύνταξη των κριτηρίων. Για παράδειγμα, στην αρχή μπορεί να σταλεί ένα γράμμα σε όλους τους ενδιαφερόμενους, με πληροφόρηση σχετικά με το προκείμενο έργο και την παράκληση να προτείνουν τις πλευρές που θα πρέπει να καλυφθούν. Οι προτάσεις που θα γίνουν μπορούν να αποτελέσουν υλικό για να συνταχθεί ένα προσχέδιο, το οποίο θα σταλεί στους εμπλεκόμενους με την παράκληση να το σχολιάσουν και να κάνουν επιπλέον προτάσεις. Στη συνέχεια, επί μέρους ομάδες μπορούν να συζητήσουν τα ιδιαίτερα σημαντικά σημεία. Όταν το έργο λάβει την τελική του μορφή, όλοι οι εμπλεκόμενοι θα πρέπει να το επικυρώσουν.

## 2.6 Σχεδιασμός του συνόλου των κριτηρίων

Κριτήρια κατά τομείς

Το επόμενο βήμα για το σχεδιασμό των κριτηρίων είναι να αποφασιστεί ποιους ιδιαίτερους τομείς θα καλύπτουν. Μπορεί να γίνει ένας αρχικός κατάλογος, ο οποίος θα βασίζεται στις διαβουλευτικές διαδικασίες. Τα γλωσσάρια και οι κατάλογοι ελέγχου της ποιότητας του Π.Ο.Υ. υποδεικνύουν σχετικούς τομείς (World Health Organization, 1994, 1997). Ορισμένοι από τους τομείς είναι οι εξής:

- Πολιτική για την ψυχική υγεία
- Προγράμματα για την ψυχική υγεία
- Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για εξωτερικούς ασθενείς
- Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για εσωτερικούς ασθενείς
- Στεγασπκές υπηρεσίες για ηλικιωμένους που είναι ψυχικά ασθενείς
- \* Δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές
- Κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης
- Νοσοκομεία ημέρας
- Νοσοκομεία ημέρας για τους ηλικιωμένους
- Κέντρα ημέρας (ψυχοκοινωνικά κέντρα αποκατάστασης)
- Δικαστικές ψυχιατρικές υπηρεσίες

Οι τομείς που καλύπτονται από τα γλωσσάρια και τους καταλόγους ελέγχου του Π.Ο.Υ. θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με τις τοπικές συνθήκες κάθε χώρας. Ο κατάλογος που δόθηκε πιο πάνω δεν εξαντλεί το θέμα, και ίσως χρειαστεί να προστεθούν και άλλοι τομείς από τις χώρες, π.χ. στεγαστικές δομές για άτομα με μαθησιακές αναπηρίες, προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας, και υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους. Είναι δυνατόν να γίνει χρήση της εμπειρίας άλλων χωρών ως οδηγός (Australian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group, 1996' The Scottish Office, 1997' Flisher et al., 1998).

Στη Νότια Αφρική, για παράδειγμα, τα κριτήρια διαιρέθηκαν σε τρία πεδία: κριτήρια πυρήνα, κριτήρια για τη φροντίδα και κριτήρια για ειδικά περιβάλλοντα (Flisher et al., 1998). Αυτά υποδιαιρούνται σε 25 κριτήρια που αντιστοιχούν σε 25 τομείς. Οι τομείς επιλέχθηκαν έτσι ώστε να καλύπτουν, κατά το δυνατόν, όλες τις πλευρές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και έτσι να παρέχουν ένα κριτήριο για την παροχή της φροντίδας. Παρακάτω παρατίθεται ένα παράδειγμα κριτηρίων για τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.

### **Παράδειγμα 1: Κριτήρια στο Εθνικό Πλαίσιο για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου**

#### **Κριτήρια σε ορισμένους τομείς**

##### **Προαγωγή της ψυχικής υγείας**

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας για όλους, συνεργασία με άτομα και κοινότητες.
- Καταπολέμηση των διακρίσεων κατά των ατόμων και των ομάδων με προβλήματα ψυχικής υγείας και προαγωγή της κοινωνικής τους ένταξης.

##### **Πρωτοβάθμια φροντίδα και πρόσβαση στις υπηρεσίες**

- Όλοι οι χρήστες των υπηρεσιών που προσεγγίζουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της περιοχής τους λόγω ενός κοινού προβλήματος ψυχικής υγείας πρέπει:
  - να αναγνωρισθούν και να εκτιμηθούν τα προβλήματα τους,
  - να τους προσφερθούν αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της παραπομπής σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για περαιτέρω εκτίμηση, θεραπεία και φροντίδα, εάν αυτό κρίνεται αναγκαίο.
- Τα άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές πρέπει:

- να μπορούν να απευθύνονται στις τοπικές υπηρεσίες, οι οποίες οφείλουν να είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες τους και να παρέχουν επαρκή φροντίδα, σε 24ωρη βάση,
- να μπορούν να απευθύνονται για άμεση βοήθεια στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, όπως εξελίσσεται, για πρώτες συμβουλές και για παραπομπή σε εξειδικευμένες ή τοπικές υπηρεσίες.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΟΒΑΡΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Όλοι οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που καλύπτονται από το πρόγραμμα φροντίδας πρέπει:

- να δέχονται φροντίδα που μεγιστοποιεί την αποδοτικότητα των υπηρεσιών, προλαμβάνει ή προβλέπει την πιθανή κρίση και μειώνει τον κίνδυνο,
- να έχουν αντίγραφο ενός γραπτού σχεδίου θεραπευτικής αντιμετώπισης

Όλοι οι χρήστες των υπηρεσιών οι οποίοι εκτιμάται ότι χρειάζεται να λάβουν φροντίδα μακριά από το σπίτι τους πρέπει να έχουν:

- έγκαιρη πρόσβαση σε κατάλληλη νοσοκομειακή κλίνη ή εναλλακτική λύση η οποία:
  - ο είναι κατά το δυνατόν λιγότερο περιοριστική για τους ασθενείς και προφυλάσσει και αυτούς και το κοινωνικό περιβάλλον όσο αυτό είναι αναγκαίο,
  - ο βρίσκεται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στην κατοικία τους.
- αντίγραφο ενός γραπτού σχεδίου θεραπευτικής αντιμετώπισης μετά το εξιτήριο, στο οποίο θα αναγράφεται η φροντίδα και η αποκατάσταση που θα ακολουθηθεί, ο υπεύθυνος για την παρακολούθηση του ασθενούς, και ο τρόπος αντιμετώπισης μιας πιθανής κρίσης.

#### **4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Όσοι παρέχουν τακτική και ουσιαστική φροντίδα σε άτομα που είναι ανάγκη να καλύπτονται με προγραμματισμένη φροντίδα, πρέπει να έχουν:

- μια εκτίμηση των αναγκών τους ως προς τη σωματική και ψυχική τους υγεία, αλλά και ως προς τις δικές τους ανάγκες σε φροντίδα, τουλάχιστον μια φορά το χρόνο,
- το προσωπικό τους γραπτό σχέδιο φροντίδας, το οποίο θα διατυπώνεται μετά από συζήτηση μαζί τους.

##### **Πρόληψη αυτοκτονιών**

Οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής παρέμβασης πρέπει να προλαμβάνουν τις αυτοκτονίες εφαρμόζοντας τα προαναφερθέντα κριτήρια.

Όμως τα κριτήρια πρέπει να αντικειμενικοποιηθούν ώστε η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να γίνει μετρήσιμη. Πρέπει, επομένως, να δημιουργηθεί ένα σύστημα βαθμολόγησης κάθε υπηρεσίας ψυχικής Υγείας, το οποίο θα έχει μετρήσιμα κριτήρια.

Τα γλωσσάρια και οι κατάλογοι ελέγχου ποιότητας του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1994, 1997) παρέχουν μια μέθοδο, η οποία επιτρέπει στις χώρες να αξιολογούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κάνοντας χρήση ενός συστήματος βαθμολόγησης.

Όπως ήδη εξηγήθηκε, στα συγκεκριμένα κείμενα υπάρχει ένας βασικός κατάλογος κριτηρίων τα οποία πρέπει να πληρούνται ώστε να διασφαλίζεται η ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Κάθε κριτήριο βαθμολογείται (0=δεν υπάρχει, 1=υπάρχει εν μέρει, 2=υπάρχει). Τα γλωσσάρια παρέχουν λεπτομερέστερη περιγραφή της βαθμολόγησης κάθε κριτηρίου. Έτσι, είναι δυνατό να δημιουργηθεί μια συνολική βαθμολόγηση για κάθε τομέα, προσθέτοντας την επιμέρους βαθμολόγηση (Πλαίσιο 3). Η κάθε χώρα μπορεί να χρησιμοποιήσει ή να προσαρμόσει αυτούς τους καταλόγους και τα γλωσσάρια σύμφωνα με τις ανάγκες της.



Πλαίσιο 3 Παράδειγμα: Βαθμολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας για εσωτερικούς ασθενείς.

Καλή	127-158
Ικανοποιητική	96-126
Οριακά παραδεκτή	64-95
Απαραδέκτη	0-63

Η βαθμολόγηση είναι χρήσιμη διότι επιτρέπει στις χώρες ή στις τοπικές υπηρεσίες να αξιολογήσουν επακριβώς κατά πόσον μια υπηρεσία ικανοποιεί τα συμφωνηθέντα κριτήρια. Παρέχει, επίσης, στους εργαζόμενους ένα κίνητρο να παρακολουθούν και να βελτιώνουν τη φροντίδα που παρέχουν.

Οι βαθμολογικές κλίμακες δυνητικά παρουσιάζουν αρκετά μειονεκτήματα. Όταν η βαθμολογία χρησιμοποιείται για να παρουσιαστεί συνολικά η ποιότητα μιας υπηρεσίας, η κακή ποιότητα μιας πλευράς της φροντίδας μπορεί να αγνοηθεί. Για παράδειγμα, μια «ικανοποιητική» βαθμολογία μπορεί να σημαίνει ότι μια υπηρεσία είναι γενικά ικανοποιητική ή ότι μερικές πλευρές της, όπως η καθαριότητα, είναι καλές, ενώ άλλες, όπως ο εφοδιασμός σε φάρμακα, είναι απαράδεκτες. Αυτό μάλλον αντικατοπτρίζει τα προβλήματα που σχετίζονται με τον καθορισμό των κριτηρίων για το επίπεδο των υπηρεσιών παρά με τη βαθμολογία αυτή καθαυτή.

Για να υπερπηδηθεί αυτή η δυσκολία, η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να καλύπτει ειδικές πλευρές των υπηρεσιών. Δε θα πρέπει να λαμβάνεται ως δεδομένο ότι η συνολική βαθμολόγηση αρκεί. Πρέπει να εξετάζεται κάθε βαθμολογία μία προς μία και να επικουρείται από επιτόπιες επιθεωρήσεις των υπηρεσιών και των εγκαταστάσεων ως προς την ποιότητα, καθώς και με συναντήσεις συμβουλευτικής υφής με διάφορους εμπλεκόμενους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους.

Η βαθμολογία πρέπει να λαμβάνει υπόψη την πραγματικότητα και να προσαρμόζεται στους πόρους των χωρών, αλλά χωρίς να αμφισβητεί ούτε κατ' ελάχιστο τα δικαιώματα και τη νομική προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι χώρες πρέπει να θέτουν τα κριτήρια που αντιστοιχούν στην παραδεκτή βαθμολογία κατόπιν διαπραγματεύσεων με τους κύριους εμπλεκόμενους.

Η πιστοποίηση είναι η επίσημη εξουσιοδότηση μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας να ασκεί νόμιμα την επαγγελματική της δραστηριότητα. Αναφορικά με την ποιότητα, η πιστοποίηση σημαίνει ότι η εξουσιοδότηση μιας υπηρεσίας παρέχεται με την προϋπόθεση ότι ορισμένα κριτήρια ισχύουν αποδεδειγμένα.

Επομένως, η πιστοποίηση δίνει τη δυνατότητα αφενός της αξιολόγησης της ποιότητας που παρέχεται από κάθε υπηρεσία και αφετέρου της νομικά διαπιστωμένης επάρκειας της. Αυτό προστατεύει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τους εργαζόμενους στον τομέα και τους χρηματοδότες, διασφαλίζοντας ότι η φροντίδα θα βρίσκεται σε παραδεκτό επίπεδο. Από την άποψη της οργάνωσης, η πιστοποίηση επιτρέπει συγκρίσεις με προκαθορισμένα επίπεδα επίδοσης ή με παρόμοιες οργανώσεις σε άλλους τομείς της παροχής υπηρεσιών. Τα σημεία που χρήζουν βελτίωσης μπορούν να καθοριστούν και είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μηχανισμοί ώστε να υλοποιηθούν οι αναγκαίες αλλαγές. Για παράδειγμα, η πιστοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση θεμάτων σχετικών με το προσωπικό, σε βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε ιδρύματα (π.χ. καλύτερα λουτρά και εγκαταστάσεις αναψυχής), σε μικρότερες πτέρυγες και περισσότερο ατομικό χώρο.

Η πιστοποίηση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας προσφέρει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα.

- **Αναγνώριση.** Η πιστοποίηση διασφαλίζει ότι η οργάνωση ικανοποιεί κριτήρια ποιότητας και αυξάνει την εμπιστοσύνη των χρηστών υπηρεσιών και της κοινότητας.
- **Εκπαίδευση και συμβουλευτική παρέμβαση.** Οι επιθεωρητές που ανήκουν στους μηχανισμούς πιστοποίησης προσφέρουν εξειδικευμένες συμβουλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βοηθούν τις προσπάθειες των ίδιων των υπηρεσιών να βελτιωθούν.
- **Παρακολούθηση και αξιολόγηση.** Διαγιγνώσκονται ελλείψεις οι οποίες μπορούν να διορθωθούν. Επιπλέον, η ύπαρξη των διαδικασιών πιστοποίησης έχει ως αποτέλεσμα το συνεχή αυτοέλεγχο των υπηρεσιών.
- **Πρόσληψη προσωπικού.** Η πιστοποίηση συνοδεύεται από ενδελεχή εξέταση ορισμένων παραμέτρων, πράγμα που οδηγεί στην ανάγκη πρόσληψης εξειδικευμένου προσωπικού. Επιπλέον, είναι πιθανότερο να προσελκυστεί ταλαντούχο προσωπικό σε πιστοποιημένους οργανισμούς, παρά αλλού. (Talbot, Halls & Keill, 1992)

Η πιστοποίηση είναι ουσιώδες ζήτημα διότι καθιστά την ποιότητα ακρογωνιαίο λίθο της επίσημης αδειοδότησης των υπηρεσιών και εγκαταστάσεων ψυχικής υγείας. Οι παροχές υπηρεσιών που δεν πληρούν τα καθορισμένα κριτήρια πιστοποίησης δεν δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες. Αυτό ισχύει για υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο δημόσιο, ιδιωτικό και μη κυβερνητικό τομέα.

Η πιστοποίηση έχει επακόλουθα όσον αφορά τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών σε μερικές χώρες, αφού αυτή γίνεται μόνο εάν οι διαδικασίες πιστοποίησης δείξουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα έχει ένα ορισμένο επίπεδο ποιότητας.

Ο υπεύθυνος σχεδιασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να εκτελέσει τις ακόλουθες ενέργειες ώστε να καθοριστούν οι διαδικασίες πιστοποίησης.

Από τη στιγμή όμως που τα κριτήρια και οι διαδικασίες πιστοποίησης έχουν καθοριστεί, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να παρακολουθούνται ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα της φροντίδας. Η εκτίμηση μπορεί να γίνει με αρκετούς τρόπους ταυτόχρονα:

1. Είναι δυνατόν να γίνεται ετήσιος απολογισμός των υπηρεσιών βάσει των **κριτηρίων**.
2. **Οι διαδικασίες πιστοποίησης** μπορεί να χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση και πιστοποίηση νέων υπηρεσιών και για τον έλεγχο της λειτουργίας των υπαρχουσών υπηρεσιών. Έτσι οι υπηρεσίες πρέπει να εκτιμηθούν και ως προς το εάν πληρούν τα κριτήρια πιστοποίησης. Μπορεί να υπάρχουν ήδη θεσμοθετημένα σώματα, όπως επιτροπές πιστοποίησης, οι οποίες εποπτεύουν τις υπηρεσίες ψυχικής ή γενικής υγείας. Εάν υπάρχουν, οι επιτροπές αυτές μπορούν να εκτιμούν την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να τις πιστοποιούν στη συνέχεια. Οι θεσμοί αυτοί πρέπει να έχουν νομικά τη δυνατότητα να αδειοδοτούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή να τους στερούν την άδεια λειτουργίας, εάν η ποιότητα της φροντίδας, θεωρείται απαράδεκτη. Επίσης η χρηματοδότηση των υπηρεσιών πρέπει να εξαρτάται και να βασίζεται στις διαδικασίες πιστοποίησης. Αναφέρουμε ένα παράδειγμα πιστοποίησης:

**παράδειγμα:** Πιστοποίηση θεραπευτικών κοινοτήτων για αποκατάσταση ατόμων με εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες στη Χιλή

Το 1993, λειτουργούσαν στη Χιλή περίπου 10 θεραπευτικές κοινότητες, οι περισσότερες ιδιωτικές (μικρές μη κυβερνητικές οργανώσεις). Εντούτοις, δεν είχαν καμία νομική υπόσταση και λειτουργούσαν χωρίς άδεια από τις υγειονομικές αρχές. Με τη βοήθεια του τομέα Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας έγιναν τα ακόλουθα βήματα.

α. Συγκροτήθηκε μια ομάδα εργασίας με άτομα που εκπροσωπούσαν τις περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες, με εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα και με κλινικούς. Η ομάδα συνέταξε ένα προσχέδιο κανονισμών για τις θεραπευτικές κοινότητες.

β. Το προσχέδιο διανεμήθηκε σε όλες τις θεραπευτικές κοινότητες, σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Χιλής και σε μερικούς εξέχοντες επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι προτάσεις που έγιναν αναλύθηκαν από την ομάδα εργασίας και συμπεριελήφθησαν στο σχέδιο.

γ. Το σχέδιο ακολούθησε μια αργή και δύσκολη πορεία μέχρι να γίνει δεκτό και να υπογραφεί από τον Υπουργό Υγείας και τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας.

δ. Η διαδικασία της πιστοποίησης άρχισε στο διοικητικό επίπεδο των υγειονομικών περιφερειών, με τη χρήση μηχανισμών παρόμοιων με εκείνους που πιστοποιούσαν τις άλλες υγειονομικές εγκαταστάσεις.

ε. Συγκροτήθηκε ένας μηχανισμός χρηματοδότησης με τον οποίο η κοινωνική ασφάλιση υγείας πληρώνει τις πιστοποιημένες θεραπευτικές κοινότητες για ένα μήνα θεραπείας η οποία κλιμακώνεται σε τρία επίπεδα εντατικής ή πολυεπίπεδης αντιμετώπισης.

Υπάρχουν σήμερα περισσότερες από 50 θεραπευτικές κοινότητες στη Χιλή που λειτουργούν με αυτές τις προϋποθέσεις.

3. Τα υπάρχοντα **συστήματα πληροφόρησης** μπορούν να συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τη συνήθη δραστηριότητα των υπηρεσιών, π.χ. κάνοντας χρήση δεικτών αποτελεσματικότητας που τα συστήματα αυτά ήδη χρησιμοποιούν. Η συλλογή αξιόπιστων και λεπτομερών πληροφοριών αποτελεί βασικό στοιχείο του όλου συστήματος του ελέγχου της ποιότητας. Εκεί όπου υπάρχουν ήδη συστήματα πληροφόρησης πρέπει να χρησιμοποιούνται, ώστε να γίνεται τακτική αξιολόγηση όλων των πλευρών του συστήματος ψυχικής υγείας. Εκεί όπου δεν υπάρχουν τέτοια συστήματα ή είναι υποτυπώδη, πρέπει να δημιουργούνται.

Οι πληροφορίες που μπορούν να συλλέγονται για να ελέγχεται η ποιότητα είναι πολλές και από διάφορες πηγές. Είναι δυνατόν να αξιολογείται η ποιότητα σε διάφορα σημεία του συστήματος (υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας, νοσοκομεία, φυλακές κ.λπ). Οι δείκτες είναι μεταβλητές που αποτυπώνουν μια δεδομένη κατάσταση και έτσι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μετρήσουν την αλλαγή. Μερικοί δείκτες που μπορούν να χρη-

σιμοποιηθούν για να μετρήσουν την ποιότητα, ώστε να ενημερώνονται διάφοροι εμπλεκόμενοι, παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 .

**Πίνακας 1. Παραδείγματα δεικτών ποιότητας της ψυχικής υγείας καθ' ομάδα εμπλεκομένων.**

Εμπλεκόμενοι	Σκοπός του δείκτη	Παράδειγμα δείκτη
Χρηματοδότες	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Πολιτική αγορών</li> <li>– Έλεγχος απόδοσης, όπως αυτή ορίζεται στα συμβόλαια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Μέσο κόστος κατά εξυπηρετούμενο άτομο</li> <li>› Ποσοστό δαπάνης για διοικητικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες</li> </ul>
Άτομα με ψυχικές διαταραχές	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ένταξη ή επανένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα</li> <li>– Επιλογή παροχών</li> <li>– Έλεγχος ποιότητας και ανταπόκριση σχεδίων και παροχών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Ποσοστό ατόμων με ψυχικές διαταραχές των οποίων βελτιώθηκε η λειτουργικότητα</li> <li>› Ποσοστό ατόμων με ψυχικές διαταραχές που αντιμετώπιστηκαν έγκαιρα</li> </ul>
Παροχείς	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ποιοτική διαχείριση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Ποσοστό ενηλίκων με σχιζοφρένεια που λαμβάνουν κατάλληλα αντιψυχωτικά φάρμακα</li> </ul>
Υπηρεσίες πιστοποίησης	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Έλεγχος κριτηρίων και κανονισμών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Ποσοστό ατόμων με εξιτήριο από νοσοκομεία που παρακολουθούνται στην κοινότητα εντός επτά ημερών</li> </ul>
Κυβερνητικά όργανα	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Χάραξη πολιτικής</li> <li>– Πολιτική αγορών</li> <li>– Ανάλυση ευθυνών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Κατά κεφαλή δαπάνες για την ψυχική υγεία ανά περιφέρεια</li> <li>› Ποσοστό ατόμων με ιστορικό ψυχικής νόσου με πλήρη ή μερική απασχόληση</li> </ul>

\*Οι δείκτες που είναι σημαντικοί για μια ομάδα εμπλεκομένων, όπως φαίνεται στα παραδείγματα, δε σημαίνει ότι είναι αδιάφοροι για τις άλλες ομάδες.

4. Μπορούν να γίνονται διαβουλεύσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα με **ανεξάρτητες** οργανώσεις ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των οικογενειών τους και ομάδων συνηγορίας και να λαμβάνεται υπόψη και η δική τους εκτίμηση των υπηρεσιών.

Εκτός από την παρακολούθηση των υπηρεσιών από τους διευθύνοντες τον τομέα υγείας και τις επιτροπές, μπορεί να ανακύψει η ανάγκη οι υπηρεσίες να απευθυνθούν και σε ανεξάρτητους φορείς, ιδίως όσους παρακολουθούν την εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από τις υπηρεσίες.

➤ **Οργανώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα** ή άλλα ανεξάρτητα σώματα μπορεί να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να παρακολουθούν τις συνθήκες που αφορούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Τα σώματα αυτά μπορεί να λαμβάνουν κρατική επιχορήγηση ή να είναι μη κυβερνητικές οργανώσεις.

➤ **Οργανώσεις χρηστών των υπηρεσιών ή όσων τους φροντίζουν,**

- που υποστηρίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και συνηγορούν υπέρ αυτών, πρέπει να ενθαρρύνονται να αναφέρουν σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Η έρευνα για την ικανοποίηση των χρηστών, η οποία γίνεται χρησιμοποιώντας σχετικά ερωτηματολόγια ή ομάδες επικέντρωσης (focus groups), μπορεί επίσης να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες. Επιπλέον, μπορούν να γίνονται εκτιμήσεις του κατά πόσον οι υπηρεσίες υποστηρίζουν αποτελεσματικά τις οικογένειες των ατόμων που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας.
- τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όσοι τα φροντίζουν και οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία πρέπει να έχουν πρόσβαση σε θεσμούς ανάλογους με το **συνήγορο του πολίτη**, ώστε να διασφαλίζεται η παροχή φροντίδας καλής ποιότητας. **Αυτοί οι θεσμοί** μπορεί επίσης να παρεμβαίνουν σε περιπτώσεις σύγκρουσης. Η παροχή αυτής της υπηρεσίας είναι ουσιώδης, προκειμένου
- τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να μπορούν να απευθυνθούν σε ένα ανεξάρτητο ελεγκτικό σώμα, εφόσον δεν είναι ικανοποιημένα με την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

## 5. ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να παρακολουθούνται, ούτως ώστε να εκτιμάται η ποιότητα της φροντίδας. Η εκτίμηση μπορεί να γίνει με αρκετούς τρόπους

- χρήση κριτηρίων για την ετήσια-εκτίμηση των υπηρεσιών
- χρήση διαδικασιών πιστοποίησης για την εκτίμηση και πιστοποίηση νέων υπηρεσιών και για την επισκόπηση της λειτουργίας των υπαρχουσών υπηρεσιών
- τακτική συλλογή πληροφοριών μέσω υπαρχόντων συστημάτων πληροφόρησης, και ιδιαίτερα με τη χρήση δεικτών επίδοσης και εκβάσεων
- διαβούλευση με ανεξάρτητες οργανώσεις ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όσων τα φροντίζουν και με ομάδες συνηγορίας για τη δική τους αξιολόγηση των υπηρεσιών.

Ένας όμως από τους λόγους ύπαρξης πολλαπλών διαδικασιών εκτίμησης για τον έλεγχο υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η επίτευξη εξισορρόπησης των αναγκών των διαφόρων εμπλεκομένων. Έτσι, όσον αφορά τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι μετρήσεις που αποτυπώνουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών μπορεί να αποτελούν ένα δείκτη της ποιότητας της φροντίδας για την ψυχική υγεία, ενώ όσον αφορά τους χρηματοδότες ή τους οργανισμούς που αγοράζουν υπηρεσίες αυτού του είδους, δείκτης ποιότητας μπορεί να είναι η σχέση κόστους - αποτελέσματος. Οι πολλαπλές διαδικασίες αξιολόγησης είναι επίσης χρήσιμες για να υπάρξει διαχωρισμός των παρεχόντων τις υπηρεσίες και όσων ελέγχουν την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος, για παράδειγμα, οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα να αυτοελέγχονται, πράγμα που τους στερεί το κίνητρο να διορθώσουν τα κακώς κείμενα. Ο διαχωρισμός του παροχέα και του ελέγχοντος είναι ουσιώδης προϋπόθεση για να διασφαλίζεται η σωστή εκτίμηση της ποιότητας.

Οι διαδικασίες παρακολούθησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να ενσωματώνουν τη χρήση **θετικών κινήτρων** για τη βελτίωση της ποιότητας, πράγμα που είναι προτιμότερο από τη χρήση ποινών ή της απλής διαπίστωσης των προβλημάτων. Πρέπει να αναπτυχθεί η δυνατότητα ανταμοιβής ανθρώπων ή ομάδων, απόδοσης ευσήμων, πρόσθετων αμοιβών και διαπίστωσης της προόδου. Η προσέγγιση αυτή δημιουργεί κίνητρα ώστε οι ίδιοι οι εργαζόμενοι να βρίσκουν λύσεις στα

προβλήματα και να μην περιμένουν τις λύσεις αυτές από τους ιεραρχικά ανώτερους. Για να υπάρξει η ενθουσιώδης συμμετοχή του προσωπικού, η όλη διαδικασία παρακολούθησης της ποιότητας των υπηρεσιών πρέπει να έχει ένα θετικό συνεργατικό προσανατολισμό.

Ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να περιέχεται στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι οι **θετικές εκβάσεις, καθώς και άλλοι δείκτες της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών**. Για παράδειγμα, η πρωτοβουλία ORYX της Μικτής Επιτροπής για την Πιστοποίηση Οργανισμών Φροντίδας Υγείας στις ΗΠΑ έχει αναπτύξει μια πρακτική που ενθαρρύνει την ανάληψη πρωτοβουλιών εκ μέρους των οργανισμών υγείας για βελτίωση της ποιότητας. Οι οργανισμοί αυτοί πρέπει να επιλέγουν 10 κριτήρια με τα οποία αξιολογούνται οι υπηρεσίες τους, π.χ. κριτήρια που αφορούν τις κλινικές πρακτικές τους και την αντίληψη των χρηστών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η απόδοση των υπηρεσιών όπως αξιολογείται από τα κριτήρια αυτά χρησιμοποιείται για να μετρηθεί η ποιότητα της φροντίδας και, στη συνέχεια, για να αναπροσαρμοστούν τα κριτήρια πιστοποίησης των υπηρεσιών αυτών.



## 6. ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ, ΒΑΣΕΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ (EVIDENCE-BASED CARE)

Η φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να παρακολουθεί τα δεδομένα σχετικά με το ποια είναι η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διαθέσιμη φροντίδα. Για να γίνει αυτό, προαπαιτείται η ενημέρωση των εργαζόμενων με την πλέον πρόσφατη βιβλιογραφία στον τομέα τους. Οι επιστημονικές - επαγγελματικές οργανώσεις και τα ακαδημαϊκά ιδρύματα πρέπει να τους διευκολύνουν, όπου είναι δυνατόν.

Η εφαρμογή υπηρεσιών που βασίζονται σε στοιχεία έχει γίνει ένα μέσο για την αναβάθμιση της ποιότητας και της υπευθυνότητας. Εφόσον εφαρμόζονται πρακτικές με βάση τα στοιχεία, οι οποίες συμμορφώνονται αυστηρά με τα πρότυπα που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά, οι θετικές εκβάσεις ακολουθούν αυτόματα. Στο σκεπτικό της απόφασης να δεσμευτούν πόροι για την προώθηση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία, ενυπάρχει το επιχείρημα ότι έτσι διασφαλίζεται η ανάληψη ευθύνης και η καλή σχέση κόστους - αποτελέσματος (Goldman et al., 2001).

Βεβαίως, δεν λύνονται όλα τα προβλήματα με πρακτικές βάσει στοιχείων, ούτε και κάθε τέτοια πρακτική είναι δυνατόν να εφαρμοστεί σε όλα γενικά τα άτομα με παρόμοια συμπτώματα: η ανάγκη για κλινική εκτίμηση και η δυνατότητα επιλογής του χρήστη των υπηρεσιών, παραμένουν σημαντικά ζητήματα.

Παραδείγματα πρακτικών βάσει στοιχείων δίδονται στο Πλαίσιο 4

**Πλαίσιο 4. Παραδείγματα αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών**

**Διαταραχή / Πρόληψη (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια) Θεραπεία / Αποκατάσταση**

### 6.1 Σχιζοφρένεια

- Έγκαιρη διάγνωση για ελαχιστοποίηση του κινδύνου χρόνιας πορείας
- Εκπαίδευση του κοινού για τον αποστιγματισμό της διαταραχής
- Πρόληψη αυτοκτονιών
- Πρόληψη υποτροπών με εκπαίδευση και μείωση της κοινωνικής απομόνωσης
- Κοινά αντιψυχωτικά φάρμακα, π.χ. χλωροπρομαζίνη και αλοπεριδίνη και αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς
- Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, π.χ. γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία
- Υποστήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας
- Κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης για επανένταξη στην κοινότητα και

ανάκτηση κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων

- Ανάπτυξη κοινωνικών και οικογενειακών δικτύων

## 6.2 Κατάθλιψη

- Ανίχνευση της κατάθλιψης σε μητέρες, ώστε να μειωθεί η κατάθλιψη και να προληφθούν οι επιπτώσεις στα παιδιά
- Υποστηρικτικά δίκτυα για ευπαθείς ομάδες
- Έγκαιρη ανίχνευση και παρεμβάσεις υπέρ ευπαθών οικογενειών και ατόμων
- Εκπαίδευση του κοινού για τον αποστιγματισμό της διαταραχής και για ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες θεραπείες
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και, όπου υπάρχουν διαθέσιμα, χαμηλού κόστους εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπόσληψης σεροτονίνης (SSRIs)
- Λύση συνοδών προβλημάτων, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Ανάπτυξη κοινωνικών και οικογενειακών δικτύων υποστήριξης

## 6.3 Εξάρτηση από το αλκοόλ

- Προληπτικά μέτρα που αφορούν όλο τον πληθυσμό, π.χ. περιορισμοί στην πρόσβαση, φορολογία οινοπνευματωδών, εκπαίδευση του κοινού για τις βλαπτικές συνέπειες
- Έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση
- Σύντομες συμβουλευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (τρεις έως πέντε συνεδρίες)
- Για πρωτοεμφανιζόμενα προβλήματα, σύντομες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα
- Για οξύτερα προβλήματα, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, κινητοποιητικές τεχνικές και προσεγγίσεις όπως των δώδεκα βημάτων, σε συνδυασμό με παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας ή ομάδας
- Αποτοξίνωση, κατά προτίμηση μέσα στην κοινότητα
- Ενδονοσοκομειακή φροντίδα για σοβαρές καταστάσεις όπου υπάρχει συννοσηρότητα σωματικής ή ψυχιατρικής φύσεως
- Κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης για τη βελτίωση κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.

(Πηγή: World Health Organization, 2001 a)

Η πρόκληση για πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένων των πιο αναπτυγμένων, είναι να προσδώσουν στις υπηρεσίες και στις παρεμβάσεις τα χαρακτηριστικά εκείνα που υπάρχουν σε πρακτικές οι οποίες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην πράξη. Υπάρχει αυξημένη αναγνώριση του γεγονότος ότι το χάσμα μεταξύ όσων είναι γνωστά από την έρευνα και όσων εφαρμόζονται στην πράξη είναι μεγάλο.

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι σε πολλές χώρες η πρόκληση αφορά βασικότερες ανάγκες. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι συχνά υποτυπώδεις και οι προσδοκίες για υπηρεσίες υψηλών προδιαγραφών μπορεί να φαίνονται παράδοξα φιλόδοξες. Εντούτοις, οι προσπάθειες για την παροχή φροντίδας βάσει στοιχείων δεν πρέπει να εγκαταλειφθούν. Μπορεί να επιτρέψουν την ανάπτυξη διευρυμένων συστημάτων σε κοινοτική βάση χωρίς της μεγάλη δέσμευση κεφαλαίων που χρειάζεται η ιδρυματική φροντίδα. Οι υπηρεσίες βάσει στοιχείων πρέπει να θεωρούνται συνειδητά και εκπεφρασμένα ως μέρος της διαδικασίας σχεδιασμού και χρηματοδότησης προτεραιοτήτων, καθώς και της αντιμετώπισης προβλημάτων ισότητας και πρόσβασης.

## 7. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Τα μέτρα για την ποιότητα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις προδιαγραφές των συμβολαίων στις χώρες όπου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανατίθεται βάσει συμβολαίων.

Συμφωνίες αυτού του είδους μπορεί να γίνουν και με κρατικούς φορείς, π.χ. με μονάδες εσωτερικών ασθενών στο δημόσιο τομέα υγείας, ή με ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς φορείς, που παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες.

### **Η ανάθεση υπηρεσιών προσφέρει το ακόλουθο πλεονεκτήματα:**

- χρησιμοποιώντας τις αρχές της οικονομίας της αγοράς, όποτε οι διάφοροι παροχείς ανταγωνίζονται για τα συμβόλαια, ο αγοραστής μπορεί να εκμεταλλευτεί τη βελτιωμένη αποδοτικότητα
- οι στόχοι των υπηρεσιών μπορούν να τεθούν με προσοχή και λεπτομέρεια στους όρους των συμβολαίων, δίνοντας έμφαση στις εκβάσεις (συμπεριλαμβανομένων των δεικτών ποιότητας), παρά στους πόρους.

Για να εξισορροπηθεί ο κίνδυνος των συμβολαίων για παροχή υπηρεσιών και να βελτιστοποιηθούν τα πλεονεκτήματα που αναφέρθηκαν, είναι βασικό οι προδιαγραφές των συμβολαίων να περιλαμβάνουν μέτρα για την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο ακριβής μηχανισμός που θα διασφαλίζει την εφαρμογή των μέτρων για την ποιότητα εξαρτάται από το είδος του συμβολαίου .

### **7.1 Έλεγχος**

Ο λειτουργικός έλεγχος είναι ένα σημαντικό εργαλείο που χρησιμοποιεί πληροφοριακά συστήματα και ειδικούς δείκτες για να αξιολογήσει εάν μια συγκεκριμένη πλευρά της παροχής υπηρεσιών ανταποκρίνεται στα θεσμοθετημένα κριτήρια.

Ο λειτουργικός έλεγχος διαφέρει από την τρέχουσα βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ως προς τα εξής:

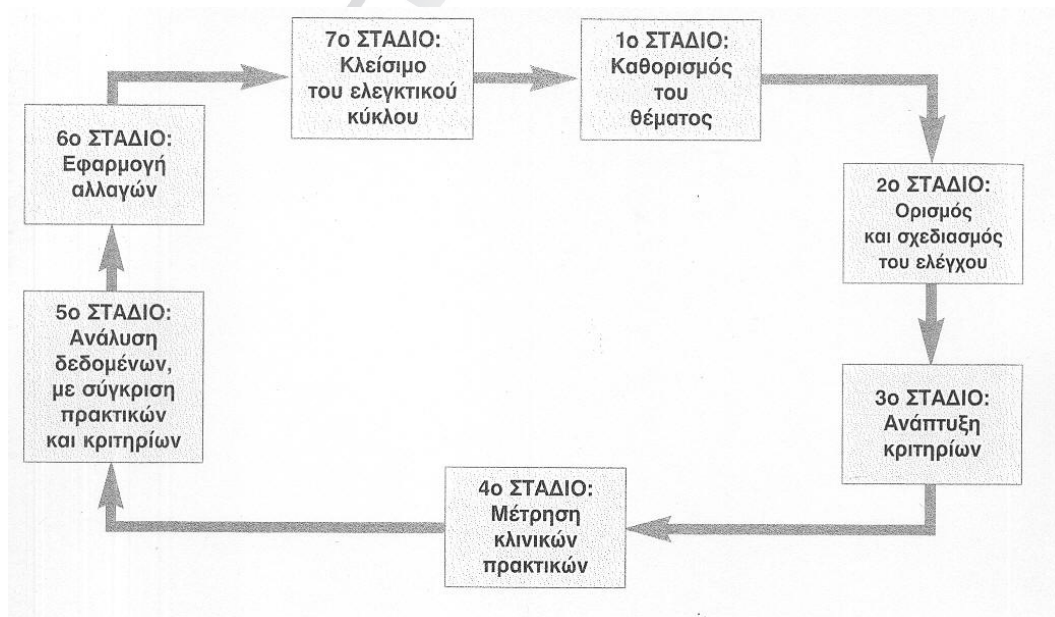
- ο λειτουργικός έλεγχος συνήθως γίνεται για μια συγκεκριμένη πλευρά της λειτουργίας των υπηρεσιών, συνήθως κάποια για την οποία υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον,

- γενικά γίνεται περιστασιακά και όχι τακτικά,
- είναι πιθανότερο να εμπλέκονται εξωτερικοί σύμβουλοι και ειδικοί,
- μπορεί να χρησιμοποιούνται διάφορες μεθοδολογίες.

Ο λειτουργικός έλεγχος είναι σημαντικό συμπλήρωμα της γενικής διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας διότι μπορεί να αναδείξει ειδικές πλευρές που χρειάζονται βελτίωση, παρέχοντας λεπτομερέστερη ανάλυση των προβλημάτων και των λύσεων που είναι δυνατές. Αυτό μπορεί να αποτελέσει παράδειγμα για βελτίωση της ποιότητας σε άλλους τομείς.

Στις περιπτώσεις που οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται υπό ισχυρή πίεση, οι έλεγχοι μπορεί να εκληφθούν από το προσωπικό ως απειλή ή τιμωρία (Louw, 2000). Έχει, εντούτοις, παρατηρηθεί ότι το προσωπικό των υπηρεσιών συνήθως ενδιαφέρεται να βελτιώσει την απόδοση του και να διαπιστώσει εάν οι δραστηριότητες του αξιολογούνται θετικά. Η τοποθέτηση αυτή ως προς τον έλεγχο και την αξιολόγηση, και ο σχεδιασμός των ελέγχων με τη συνεργασία του προσωπικού, μπορεί να βοηθήσει, ώστε να εμπλακεί το προσωπικό στην εφαρμογή βελτιώσεων και σε μελλοντικούς ελέγχους.

Έχουν αναπτυχθεί αρκετές μέθοδοι ελέγχων (Mark & Garet, 1997' Yeaman et al., 2000). Η ακόλουθη μέθοδος αποτελείται από επτά στάδια σε κυκλικό σχήμα (Σχήμα 2).



## Πλαίσιο 5. Παράδειγμα: Λειτουργικός έλεγχος προμήθειας ψυχοφαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα

### 1ο στάδιο: Καθορισμός του θέματος

Προμήθεια ψυχοφαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα

### 2ο στάδιο: Ορισμός και σχεδιασμός του ελέγχου

- 1.Καθορισμός της περιοχής οι κλινικές της οποίας θα ελεγχθούν, π.χ. πέντε κλινικές που υπάρχουν σε μια συγκεκριμένη περιοχή.
- 2.Καθορισμός της χρονικής περιόδου, π.χ. έλεγχος της κλινικής πρακτικής για ένα μήνα.
- 3.Διαβούλευση με τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα της περιοχής για να διαπιστωθεί εάν προτίθενται να συμμετάσχουν στον έλεγχο. Κατά τη διαβούλευση μπορεί να ζητηθούν προτάσεις από τους εργαζόμενους σχετικά με το ποιες πλευρές της προμήθειας φαρμάκων χρειάζονται διερεύνηση. Με τον τρόπο αυτό, αφενός οι πιθανότητες συμμετοχής των εργαζομένων αυξάνονται, και, αφετέρου, οι ελεγκτές αποκτούν πληροφορίες για την πραγματική κατάσταση στην περιοχή.
- 4.Σχεδιασμός ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου που θα διανεμηθεί στους εργαζόμενους οι οποίοι χορηγούν τα φάρμακα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- 5.Ερωτήσεις που είναι δυνατόν να εμπεριέχονται είναι και οι εξής:
  - Πόσες συνεδρίες είχατε με άτομα με ψυχικές διαταραχές κατά τον προηγούμενο μήνα;
  - Πόσες φορές κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν είχατε τα κατάλληλα ψυχοφάρμακα για αυτούς τους ανθρώπους;
  - Ποια ήταν τα ψυχοφάρμακα αυτά;
  - Γιατί δεν ήταν διαθέσιμα τα ψυχοφάρμακα αυτά;
  - Τι κάνατε όταν δεν υπήρχαν διαθέσιμα ψυχοφάρμακα;
  - Κατά τη γνώμη σας, ως κλινικού, βρέθηκαν παραδεκτές λύσεις;
- 6.Απόφαση για το πόσοι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα λάβουν ερωτηματολόγιο, π.χ. όλοι οι εργαζόμενοι στις πέντε επιλεγμένες κλινικές ή μια αντιπροσωπευτική επιλογή από αυτούς (κατά προτίμηση τυχαία).
- 7.Σχεδιασμός για το ποιος θα αναλάβει την ευθύνη διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων και για το ποιος θα αναλύσει τα δεδομένα.

### 3ο στάδιο: Ανάπτυξη κριτηρίων

Στην περίπτωση αυτή οι κατάλογοι για τη διασφάλιση της ποιότητας του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1994) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να θέσουν τα κριτήρια για την προμήθεια ψυχοφαρμάκων. Για παράδειγμα, οι κατάλογοι καθορίζουν ότι μια υπηρεσία παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να έχει ένα επαρκές απόθεμα βασικών ψυχοφαρμάκων. Ο καθορισμός αυτών των βασικών φαρμάκων μπορεί να υπάρχει στον κατάλογο βασικών φαρμάκων της χώρας ή, αλλιώς, στο σχετικό κατάλογο του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1993a).

#### **4ο στάδιο: Μέτρηση κλινικών πρακτικών**

1. Διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων.
2. Περιληπτική ομαδοποίηση των απαντήσεων.

#### **5ο στάδιο: Ανάλυση των δεδομένων με σύγκριση των πρακτικών με τα κριτήρια**

1. Πρόσθεση των περιπτώσεων που δεν υπήρχαν διαθέσιμα φάρμακα και σύγκριση του αριθμού αυτού με το κριτήριο (δηλαδή με τον αριθμό των περιπτώσεων που θα έπρεπε να υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα).
2. Συλλογή άλλων σχετικών δεδομένων από το ερωτηματολόγιο που μπορεί να βοηθήσουν στη βελτίωση της προμήθειας των φαρμάκων.

#### **6ο στάδιο: Εφαρμογή αλλαγών**

1. Προσέγγιση του φορέα ή τομέα των υπηρεσιών υγείας που ευθύνεται για την προμήθεια των φαρμάκων και παρουσίαση των αποτελεσμάτων του ελέγχου.
2. Εξέταση στρατηγικών για τη βελτίωση της προμήθειας φαρμάκων σε διαβούλευση με το σχετικό φορέα ή τομέα των υπηρεσιών υγείας. Μπορεί να χρειασθεί να αντιμετωπισθούν αρνητικές στάσεις στις προτεινόμενες αλλαγές που πρέπει να γίνουν στην υπηρεσία και ευαισθησία προς την ίδια την ελεγκτική διαδικασία.

#### **7ο στάδιο: Κλείσιμο του ελεγκτικού κύκλου**

Επανάληψη του ελέγχου έξι μήνες αφού έχει γίνει ένα σχέδιο για τη βελτίωση της προμήθειας φαρμάκων, ώστε να ελεγχθεί εάν έχει υπάρξει βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών εξαιτίας του αρχικού ελέγχου.

Και τα δύο φύλα, όλες οι ηλικίες	% συνόλου	Άνδρες, όλες οι ηλικίες	% συνόλου	Γυναίκες, όλες οι ηλικίες	% συνόλου
1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	11,9	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	9,7	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	14,0
2 Απώλεια ακοής	4,6	2 Διαταραχές από τη χρήση οινόπνευματος	5,5	2 Σιδηροπενική αναιμία	4,9
3 Σιδηροπενική αναιμία	4,5	3 Απώλεια ακοής	5,1	3 Απώλεια ακοής	4,2
4 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	3,3	4 Σιδηροπενική αναιμία	4,1	4 Οστεοαρθρίτις	3,5
5 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	3,1	5 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	3,8	5 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,9
6 Οστεοαρθρίτις	3,0	6 Πτώσεις	3,3	6 Σχιζοφρένεια	2,7
7 Σχιζοφρένεια	2,8	7 Σχιζοφρένεια	3,0	7 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,4
8 Πτώσεις	2,8	8 Τροχαία	2,7	8 Πτώσεις	2,3
9 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,5	9 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,6	9 Άλτσειμ και άλλες άνοιες	2,2
10 Ασθμα	2,1	10 Οστεοαρθρίτις	2,5	10 Εργώδης τοκετός	2,1
11 Συγγενείς ανωμαλίες	2,1	11 Ασθμα	2,3	11 Καταρράκτης	2,0
12 Περιγεννητικές καταστάσεις	2,0	12 Περιγεννητικές καταστάσεις	2,2	12 Διαταραχή πανικού	2,0
13 Άλτσειμ και άλλες άνοιες	2,0	13 Συγγενείς ανωμαλίες	2,2	13 Συγγενείς ανωμαλίες	1,9
14 Καταρράκτης	1,9	14 Καταρράκτης	1,9	14 Ασθμα	1,8
15 Τροχαία ατυχήματα	1,8	15 Υποθρεψία	1,8	15 Περιγεννητικές καταστάσεις	1,8
16 Υποθρεψία	1,7	16 Άλτσειμ και άλλες άνοιες	1,8	16 Λοίμωξη από Χλαμύδια	1,8
17 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,7	17 Αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις	1,7	17 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,8
18 HIV/ AIDS	1,5	18 HIV/ AIDS	1,6	18 Υποθρεψία	1,6
19 Ημικρανία	1,4	19 Φιλαρίωση	1,6	19 Εκτρώση	1,6
20 Σακχαρώδης διαβήτης	1,4	20 Διαταραχές από χρήση ουσιών	1,6	20 Διαταραχή πανικού	1,6

Και τα δύο φύλα, 15-44 ετών	% συνόλου	Άνδρες 15-44 ετών	% συνόλου	Γυναίκες, 15-44 ετών	% συνόλου
1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	16,4	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	13,9	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	18,6
2 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	5,5	2 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	10,1	2 Σιδηροπενική αναιμία	5,4
3 Σχιζοφρένεια	4,9	3 Σχιζοφρένεια	5,0	3 Σχιζοφρένεια	4,8
4 Σιδηροπενική αναιμία	4,9	4 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	5,0	4 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4,4
5 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4,7	5 Σιδηροπενική αναιμία	4,2	5 Εργώδης τοκετός	4,0
6 Απώλεια ακοής	3,8	6 Απώλεια ακοής	4,1	6 Απώλεια ακοής	3,6
7 HIV/ AIDS	2,8	7 Τροχαία	3,8	7 Λοίμωξη από Χλαμύδια	3,3
8 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,4	8 HIV/ AIDS	3,2	8 Εκτρώση	3,1
9 Οστεοαρθρίτις	2,3	9 Διαταραχές από χρήση ουσιών	3,0	9 Διαταραχή πανικού	2,8
10 Τροχαία	2,3	10 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,6	10 HIV/ AIDS	2,5
11 Διαταραχή πανικού	2,2	11 Ασθμα	2,5	11 Οστεοαρθρίτις	2,5
12 Εργώδης τοκετός	2,1	12 Πτώσεις	2,4	12 Περιγεννητική Σπυραιμία	2,3
13 Λοίμωξη από Χλαμύδια	2,0	13 Οστεοαρθρίτις	2,1	13 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,2
14 Πτώσεις	1,9	14 Φιλαρίωση	2,1	14 Ημικρανία	2,1
15 Ασθμα	1,9	15 Διαταραχές από χρήση ουσιών	1,6	15 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	1,5
16 Διαταραχές από χρήση φαρμάκων	1,8	16 Φυματίωση	1,6	16 Ρευματοειδής αρθρίτιδα	1,4
17 Εκτρώση	1,6	17 Ουρική αρθρίτιδα	1,3	17 Διαταραχή αναγκαστική διαταραχή	1,4
18 Ημικρανία	1,6	18 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,3	18 Πτώσεις	1,4
19 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,4	19 Βία	1,2	19 Διαταραχές από χρήση ουσιών μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	1,4
20 Περιγεννητική Σπυραιμία	1,2	20 Γονόρροια	1,1	20 Ασθμα	1,3

° Τα νευροψυχιατρικά νοσήματα και οι αυτοτραυματισμοί (βλ. Πίνακα 3 στο παράρτημα) παρουσιάζονται με σκίαση.



## **8. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η κυβέρνηση κάθε χώρας, ως τελικά υπεύθυνη για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμόζει πολιτικές που θα προφυλάσσουν και θα βελτιώνουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού.

Οι πολιτικές θα πρέπει να κατοχυρώνουν το **σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων** και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες ευπαθών ομάδων.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία **προς τις κοινοτικές υπηρεσίες**, που θα είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα επήλθε μια μετατόπιση στα πρότυπα της ψυχικής υγείας με κύριες αιτίες τρεις ανεξάρτητους παράγοντες:

- α) την πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας,
- β) την ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, και
- γ) την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της υγείας, όπως αυτή ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Αυτή η μετατόπιση επέδρασε στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται πλέον η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα. **Η ιδρυματική πρόνοια δίνει τη θέση της στην κοινοτική φροντίδα.**

Τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία είναι:

- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε Γενικά Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών, δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα.
- παρεμβάσεις που κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα.
- εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα
- ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- καλή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών
- ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον

- συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους
- υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών.

**Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας** έχει κάνει από το 2001 συστάσεις στα κράτη μέλη του αναφορικά με τις δράσεις που πρέπει να αναλάβουν ώστε να προαχθεί η ψυχική υγεία των πολιτών. Αυτές οι συστάσεις είναι:

1. η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών πρέπει να γίνεται -όσο το δυνατόν περισσότερο- στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)
2. τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όποιον τα έχει ανάγκη
3. τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν από κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές με διαθέσιμες κλίνες σε ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων καθώς και υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον
4. έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στίγμα και τον αποκλεισμό
5. οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές που πρέπει να ακολουθούνται και τις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται
6. να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία
7. να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας
8. να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς
9. έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
10. υποστήριξη της έρευνας

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του ΠΟΥ, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά *μεταρρύθμισης* του συστήματος.

Έτσι λοιπόν, το πέρασμα από την **ασυλική Ψυχιατρική** (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην **κοινωνική - κοινοτική Ψυχιατρική** και στην **Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση** (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Κάνοντας μία σύντομη ιστορική αναδρομή διαπιστώνουμε ότι η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του **νόμου 1397/83** για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα "Λέρος Ι" και "Λέρος ΙΙ") ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

**Ο νόμος 2071/92** αποτέλεσε έναν ακόμη σταθμό, αφού για πρώτη φορά έγινε εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρυθμίστηκαν σύμφωνα με σύγχρονες αντιλήψεις ζητήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

**Ο νόμος 2716/99** για την *"Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας"* ήρθε για να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για **ψυχιατρική μεταρρύθμιση**, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας υποστηρίζοντας το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Μέχρι το 2000, οι κυριότερες μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον επόμενο Πίνακα:

<b>Πίνακας 1:</b>	
<b>Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούσαν στην Ελλάδα το έτος 2000</b>	
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	13
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες	8
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους	6
Ψυχιατρικά Τμήματα (με κλίνες) Γενικού Νοσοκομείου	19
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου για παιδιά – εφήβους	3
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	3
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	9

Σε αυτές πρέπει να προσθέσουμε και ορισμένες άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες που είχαν δημιουργηθεί στην περίοδο έως το 2000 αλλά υπολειπούν, υποδομές που είχαν ετοιμαστεί και δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη λόγω μη στελέχωσης τους και τις μονάδες του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής), που παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε Αθήνα, Πειραιά, Αιγάλεω, Ηράκλειο Κρήτης, Λιβαδειά, Βόλο και Θεσσαλονίκη.

Ακόμη, άλλες μονάδες του μη κερδοσκοπικού τομέα οι οποίες λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και τις παιδικές ψυχώσεις, κ.ά.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στα μέσα του 1996, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός" που αναφέραμε στην αρχή της ερευνάς μας.

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1997 ένα διαρκές - δεκαετές πρόγραμμα όπου ανά δεκαετία «ανανεώνεται», το οποίο αποσκοπεί στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και στην επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας.

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (τομεοποίηση).

Η Β΄ Φάση του Προγράμματος Ψυχαργός στοχεύει στην δημιουργία δομών που θα αποσκοπούν στην συνέχιση της ψυχιατρικής φροντίδας.

Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας, αφετέρου στην κοινοτική φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχει σχεδιαστεί να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι (ενδεικτικά) οι ακόλουθες:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. *(Περιλαμβάνουν Τμήμα Βραχείας & Μακράς Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Άλλα πρόκειται να δημιουργηθούν εξ αρχής και άλλων πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή).*
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου *(Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας).*
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης.
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων *(Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες).*
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την αποασυλοποίηση, την εγκατάσταση και διαμονή των ατόμων που διαβιούν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.).

Οι μονάδες που έχουν σχεδιαστεί παρουσιάζονται στον Πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 3:**

**Δομές Ψυχικής Υγείας που έχουν σχεδιαστεί κατά τη Β΄ φάση του Προγράμματος “Ψυχαργώς” (2001 – 2008)**

**α) Κοινοτικές Δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	50
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	9
Κέντρα Ψυχικής Υγείας & Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	55
Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	31
Κέντρα Ημέρας – Νοσοκομεία Ημέρας	29
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	19

**β) Δομές αποασυλοποίησης**

Ξενώνες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	42
Οικοτροφεία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	109
Προστατευμένα Διαμερίσματα	119
Εργαστήρια (προγράμματα) επαγγελματικής κατάρτισης ασθενών	8

**γ) Εξειδικευμένες Δομές ψυχικής υγείας**

Ολοκληρωμένα Κέντρα για τον αυτισμό	19
Δομές για αντιμετώπιση της κρίσης από την τοξικοεξάρτηση	21
Δομές για αντιμετώπιση της κρίσης από το αλκοόλ	9
Ολοκληρωμένα Κέντρα για τη Νόσο του Alzheimer	7

**Σύνολο Δομών** **527**

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Πρόγραμμα “Ψυχαργώς”  
β) Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης “Ψυχαργώς – Β΄ φάση”, Βάση Δεδομένων Έργων

Η ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει της μείωση του μεγέθους και του ρόλου των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, με στόχο την οριστική κατάργησή τους.

Συγχρόνως,

- η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας,
  - η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
  - η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,
- εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων.

Σημαντικό μέρος της Β' φάσης του προγράμματος έχει ενταχθεί στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Υγεία-Πρόνοια 2000-2009" και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του Γ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης,

Αυτό το μέρος της Β' φάσης του προγράμματος αναπτύσσεται σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη **συνέχιση της αποασυλοποίησης**, ο δεύτερος στη **δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα**.

Ο συνδυασμός αυτών των δύο αξόνων θα επιτρέψει τη λειτουργία ενός δικτύου μονάδων στην κοινότητα, το οποίο θα υποκαταστήσει την ελάχιστη αποτελεσματική θεραπευτικά, αλλά και υπερβολικά δαπανηρή λειτουργία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (ασύλου).

Σύμφωνα με το σχεδιασμό, **έως το τέλος του 2009** προβλέπεται η **κατάργηση πέντε (5) Ψυχιατρικών Νοσοκομείων** και η δραστική μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων στα υπόλοιπα.

Ήδη, έκλεισαν οριστικά τα τμήματα χρονίων ασθενών τους τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία:

- **Πέτρας Ολύμπου** (Ιανουάριος 2004),
- **Χανίων** (Φεβρουάριος 2006), και
- **Κέρκυρας** (Οκτώβριος 2006).
- **Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Π.Ν.Α.)** (Σεπτέμβριος 2007)

Στους επόμενους μήνες ακολουθεί και το **Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης**.

Η μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων έχει σχεδιαστεί για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής ("Δαφνί" και "Δρομοκαΐτειο"), της Θεσσαλονίκης και της Λέρου, τα οποία προβλέπεται και αυτά να καταργηθούν έως το 2015.

Η κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ο *μετασχηματισμός τους σε δίκτυα κοινοτικών μονάδων* καθίσταται εφικτός εφόσον οι χρόνιοι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε αυτά μεταβαίνουν σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Διαμερίσματα), ενώ οι νέοι ασθενείς, αντί να διοχετεύονται στα Ψυχιατρεία, αντιμετωπίζονται θεραπευτικά στις μονάδες ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Στη Β' φάση του προγράμματος, η οποία χρηματοδοτείται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Υγεία Πρόνοια 2000-2009" με το συνολικό ποσό των **218,64 εκατομμυρίων Ευρώ**, έχει σχεδιαστεί να επιτευχθούν οι ακόλουθοι στόχοι - δείκτες αποτελεσμάτων:

- |  |               |
|--|---------------|
| • Δομές αποασυλοποίησης σε λειτουργία                        | 220 Δομές     |
| • Δυναμικότητα δομών αποασυλοποίησης                         | 2000 Ασθενείς |
| • Αποασυλοποίηση χρονίων ψυχικά ασθενών                      | 1500 Ασθενείς |
| • Αύξηση δυναμικότητας Ψυχιατρικών Τμημάτων Γεν. Νοσοκομείων | 200 κλίνες    |
| • Δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας           | 50 Δομές      |
| • Δημιουργία Κοινωνικών Συνεταιρισμών (Κοι.Σ.Π.Ε.)           | 5 Κοι.ΣΠΕ     |
| • Κατάρτιση εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής Υγείας        | 3000          |

Από την κριτική αξιολόγηση της εξέλιξης του Προγράμματος, με τα στοιχεία που παρατίθενται στη συνέχεια, καθίσταται εύκολα διακριτό το ότι το Πρόγραμμα θα επιτύχει απόλυτα τους στόχους -δείκτες που θέτει το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

Επιπρόσθετα, βασικός στόχος της Β' φάσης του "Ψυχαργός" και του Επιχειρησιακού Προγράμματος είναι η οριστική κατάργηση 5 Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, η συρρίκνωση των υπολοίπων και ο μετασχηματισμός των ασύλων σε ένα δίκτυο δομών, που θα παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.

Μέχρι σήμερα, και ενώ η Β' φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" βρίσκεται σε εξέλιξη, έχουν, δημιουργηθεί **199 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης** για την αποασυλοποίηση 1.894 χρονίων ασυλικών ασθενών από τα Ψυχιατρεία. Το προσωπικό αυτών των μονάδων (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) ανέρχεται στα 2.478 άτομα.



Τα επιτεύγματα του προγράμματος στον τομέα της αποασυλοποίησης έως και τον Μάρτιο 2008 παρουσιάζονται στον Πίνακα 4, που ακολουθεί:

<b>Πίνακας 4:</b>			
<b>“Ψυχαργώς – β’ φάση”: Δομές αποασυλοποίησης που δημιουργήθηκαν και λειτουργούν από το 2002 έως σήμερα (Οκτώβριος 2007)</b>			
<b>Τύπος Δομής</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ένοικοι</b>	<b>Προσωπικό</b>
Ξενώνες	14	163	219
Οικοτροφεία	105	1.567	2.445
Προστατευμένα Διαμερίσματα	92	296	0*
<b>Σύνολα</b>	<b>211</b>	<b>2.026</b>	<b>2.664</b>

\* Υποστηρίζονται από το προσωπικό άλλων δομών

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας  
β) Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης “Ψυχαργώς – Β’ φάση”, Βάση Δεδομένων Έργων

Από το σύνολο των δομών αποασυλοποίησης που λειτουργούν έως σήμερα το 40% έχει συσταθεί και λειτουργεί από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Ν.Π.Ι.Δ.), πιστοποιημένες στον τομέα της ψυχικής υγείας και το 60% έχει συσταθεί και λειτουργεί από φορείς του δημοσίου (Ψυχιατρικά και Γενικά Νοσοκομεία).

Για την επίτευξη των στόχων του σχεδιασμού και την ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης σ’ αυτή τη φάση, στους αμέσως επόμενους μήνες αναμένεται να τεθούν σε λειτουργία 5-10 ακόμη δομές. Με τις νέες αυτές δομές, ο αριθμός των χρονίων ασυλικών ασθενών που αποασυλοποιείται αναμένεται να φθάσει τα **2.100 - 2.150** περίπου άτομα.

Στις δομές που λειτουργούν μέχρι σήμερα από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις απασχολούνται πάνω από **2.000 άτομα**, όλων των ειδικοτήτων. Για το διάστημα μετά το 2007, οι προτεραιότητες της πολιτικής για την ψυχική υγεία αφορούν στα εξής:

- **Αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» 2008-2017**, ώστε να συνεχιστεί η ανάπτυξη των μονάδων ψυχικής υγείας και να εδραιωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σε όλη τη χώρα. Ως στόχος παραμένει πάντα η ολοκλήρωση των δικτύων των κοινοτικών δομών κατά τρόπο ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Για τη δεκαετία 2008-2017 επιμέρους στόχος είναι επίσης ο μετασχηματισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων (Δαφνί, "Δρομοκαΐτειο", Θεσσαλονίκης), η ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για ειδικές κατηγορίες αναγκών (αλκοολισμός, τοξικοεξάρτηση, κλπ) και η

ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και προαγωγής της ψυχικής υγείας.

Η διαδικασία αναθεώρησης του Προγράμματος «Ψυχαργός» έχει ήδη ξεκινήσει με ευθύνη της Ειδικής Γραμματείας Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Ένταξης και αναμένεται να ολοκληρωθεί στους προσεχείς μήνες.

- **Η εδραίωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης** και των -έως τώρα- επιτευγμάτων της και ταυτόχρονα η διεύρυνση των παρεμβάσεων της τόσο στον τομέα της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, όσο και στους τομείς της πρόληψης και της προαγωγής της ψυχικής υγείας.
- **Η υποστήριξη της επαγγελματικής αποκατάστασης** και εργασιακής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, διαμέσου της ανάπτυξης επιχειρηματικών πρωτοβουλιών συνεταιριστικού χαρακτήρα (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένοι Ευθύνης - ΚοιΣΠΕ) και, βεβαίως,
- Η περαιτέρω προώθηση, κατοχύρωση και **συμπλήρωση του νομοθετικού πλαισίου** για την ψυχική υγεία, την **τομεοποίηση** και την **κοινωνική ενσωμάτωση** των ψυχικά πασχόντων.
- Περαιτέρω δράσεις, που πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας και εφαρμογής, είναι:
  - Η δημιουργία συστημάτων καταγραφής, παρακολούθησης και αξιολόγησης στον τομέα ψυχικής υγείας, κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η ποιοτική λειτουργία του
  - Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών του χώρου
  - Η ενίσχυση των δεσμών και η συνεργία μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης και γενικότερα άλλων τομέων της ζωής (πολιτισμός, δικαιοσύνη, εκπαίδευση, απασχόληση)
  - Η ενίσχυση της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η ενημέρωση - ευαισθητοποίηση των πολιτών με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή καθώς και η υποστήριξη πρωτοβουλιών συνηγορίας.

Το μέλλον των παρεμβάσεων του τομέα της ψυχικής υγείας, μέσα από τον εθνικό σχεδιασμό και την επικείμενη αναθεώρηση του Προγράμματος «Ψυχαργός», αποτέλεσε τη βάση για μια ολοκληρωμένη πρόταση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Δ' Προγραμματική Περίοδο (ΕΣΠΑ).

Αν και ο σχεδιασμός της επόμενης Προγραμματικής Περιόδου δεν επέτρεψε την κατάρτιση ενός αυτόνομου Τομεακού Προγράμματος για το Υπουργείο Υγείας, έπειτα από συντονισμένες προσπάθειες σημαντικό του Υπουργείου μέρος των δράσεων για την ψυχική υγεία θα χρηματοδοτηθεί από τον 4<sup>ο</sup> Άξονα του **Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ανάπτυξη ανθρώπινου Δυναμικού)**, καθώς επίσης και από αντίστοιχους πόρους των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων.

Η επίσημη διαβούλευση με την Ευρωπαϊκή Κοινότητα απέφερε ήδη τη **στρατηγική συμφωνία** για τη **συνέχιση της χρηματοδότησης της ψυχικής υγείας από πόρους του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης**.

Η πρόταση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη Δ' Προγραμματική Περίοδο (2007 - 2013) με τίτλο: «Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της ψυχικής υγείας» έχει αναπτυχθεί στους εξής τομείς παρέμβασης:

- **Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, πρόληψη της χρονιοποίησης των νέων περιστατικών, αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που διαβιούν στην κοινότητα.**

Έμφαση στον τομέα αυτό δίδεται στην ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κυρίως σε περιοχές όπου δεν έχουν αναπτυχθεί έως σήμερα, για την κάλυψη των στεγαστικών αναγκών ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που διαβιούν στην κοινότητα.

- **Εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας, Μετασηματισμός Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Ολοκλήρωση της κάλυψης των αναγκών περίθαλψης σε κοινοτικές δομές.**

Περαιτέρω ανάπτυξη του δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα και Νοσοκομεία Ημέρας), αλλά και νέες ευέλικτες υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως Μονάδες Παρέμβασης στην κρίση, Υπηρεσίες στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (Κ.Υ.) κ.α.

- **Κατάρτιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και στελεχών άλλων τομέων.**

Έμφαση εδώ δίδεται όχι μόνο στη διαρκή -δια βίου- επαγγελματική κατάρτιση των νέων και παλαιότερων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και στην επιμόρφωση - κατάρτιση στελεχών άλλων τομέων, όπως αυτοί της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Εκπαίδευσης, της Δικαιοσύνης, της Απασχόλησης κ.λ.π.

- **Οριζόντια - διατομεακά προγράμματα πρόληψης** των διαταραχών σε επιλεγμένους πληθυσμούς "υψηλού κινδύνου", **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.
- **Παρακολούθηση, προτυποποίηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.**

Στον τομέα αυτό παρεμβάσεων επικεντρώνεται η προσπάθεια για ανάπτυξη μηχανισμών, εργαλείων και διαδικασιών διασφάλισης, βελτίωσης και πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Μέσα από σύγχρονες και αποτελεσματικές διαδικασίες προτυποποίησης, τυποποίησης, ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών αναμένεται η αποτελεσματική και αποδοτική αξιοποίηση όλων των πόρων που διαθέτει η χώρα (ανθρώπινων, υλικών και άυλων) για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

- **Διοικητική, λειτουργική και επιστημονική υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας για την προώθηση του θεσμού και τη στήριξη του έργου τους.**

Η στόχευση στον τομέα παρέμβασης αυτό είναι η προώθηση και πλήρης εδραίωση του θεσμού της τομεοποίησης, προκειμένου να επιτελέσουν στο έπακρο το έργο τους.

- **Μηχανισμοί υποστήριξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δικτύωσης - συνεργασίας σε τομεακό και περιφερειακό επίπεδο.**

Η επιτυχής εξέλιξη των παρεμβάσεων στον τομέα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η ιδιαιτερότητα της Δ' Προγραμματικής Περιόδου επιβάλλουν την ανάπτυξη και λειτουργία υποστηρικτικών μηχανισμών και μηχανισμών αποτελεσματικής διασύνδεσης τόσο μεταξύ των φορέων υλοποίησης, όσο και μεταξύ Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Τομεακών και Περιφερειακών) για τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων που θα διατεθούν.

- **Κοινωνική Ενσωμάτωση - Επαγγελματική (επαν)ένταξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.**

Στον τομέα αυτό προκρίνονται παρεμβάσεις προώθησης του καινοτόμου θεσμού των Κοινωνικών Συνεταιρισμών του τομέα της ψυχικής υγείας, νέων ευέλικτων κοινωνικών επιχειρηματικών πρωτοβουλιών και ανάπτυξης δραστηριοτήτων κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

- **Ηλεκτρονική ψυχική υγεία και ηλεκτρονική διοίκηση.**

Η αξιοποίηση των πόρων για την ψυχική υγεία, η ανάγκη για αύξηση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών, η επίτευξη ικανοποιητικών δεικτών απόδοσης και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ραγδαία ποσοτικά αύξηση των νέων μονάδων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επιβάλλουν νέα αντίληψη για τη διοίκηση του τομέα ψυχικής υγείας με πλήρη αξιοποίηση των επιτευγμάτων της τεχνολογίας. Εργαλεία όπως ο ηλεκτρονικός ψυχιατρικός φάκελος, η ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών και οι επιδιωκόμενες εφαρμογές τηλεψυχιατρικής αποτελούν ενδεικτικές παρεμβάσεις στον άξονα αυτόν.

Εκτός των σχεδίων και προγραμμάτων που καταρτίζονται για την ψυχική υγεία στην χώρα μας είναι σπουδαίο να αναφερθούμε και στο οικονομικό κομμάτι.

Η οικονομική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι ευρεία, διαρκής και τεράστια, τόσο για τα άτομα και τις οικογένειες όσο και για ολόκληρες κοινότητες. Μέρος του οικονομικού βάρους είναι προφανές και μετρήσιμο, ενώ μέρος αυτού είναι σχεδόν αδύνατο να μετρηθεί. Μεταξύ των μετρήσιμων στοιχείων του οικονομικού βάρους είναι οι ανάγκες κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών η αναγκαστική ανεργία και η μειωμένη παραγωγικότητα, η επίδραση στις οικογένειες και στους φροντιστές των ασθενών, τα επίπεδα εγκληματικότητας και δημόσιας ασφάλειας και οι πρόωροι θάνατοι.

Μερικές μελέτες, κυρίως σε εκβιομηχανισμένες χώρες, έχουν υπολογίσει το συνολικό κόστος των ψυχικών διαταραχών. Το συμπέρασμα μιας εξ αυτών ήταν ότι το συνολικό ετήσιο κόστος στις ΗΠΑ ανερχόταν στο 2,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Μερικές μελέτες στην Ευρώπη υπολογίζουν τη δαπάνη για τις ψυχικές διαταραχές ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία – στην Ολλανδία ήταν 23,2% και στο Ηνωμένο Βασίλειο 22% για δαπάνες μόνο των νοσηλευθέντων.

## 9 . ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρόλο που επιστημονικές εκτιμήσεις δεν υπάρχουν για άλλες περιοχές του κόσμου, είναι πιθανόν ότι το κόστος των ψυχικών διαταραχών, συγκριτικά με την συνολική τους οικονομία, είναι και εκεί υψηλό. Παρόλο που οι εκτιμήσεις του άμεσου κόστους μπορεί να είναι χαμηλές, όσον αφορά χώρες όπου υπάρχει χαμηλή προσφορά και κάλυψη από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυτές είναι πλασματικές. Το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια της παραγωγικότητας αυξάνει κατά πολύ το συνολικό κόστος. Επίσης, το χαμηλό κόστος θεραπείας (που οφείλεται στην έλλειψη της) είναι πιθανό να αυξάνει το έμμεσο κόστος, αυξάνοντας τη διάρκεια των διαταραχών και της συνόδου ανικανότητας.

Όλες αυτές οι εκτιμήσεις των οικονομικών στοιχείων οπωσδήποτε υποτιμούν το πρόβλημα, εφόσον οι χαμένες ευκαιρίες στοιχίζουν σε άτομα και οικογένειες και τούτο δεν λαμβάνεται υπόψη.

Όμως, ένα συμπέρασμα στο οποίο μπορούμε να καταλήξουμε από τις συνολικές δραστηριότητες του ΠΟΥ τα δύο τελευταία χρόνια αποτελεί η διαπίστωση ότι οι δικές μας λέξεις - κλειδιά είναι: περισσότεροι πόροι και περισσότερες τεχνολογίες και περισσότερη γνώση. Ωστόσο, η πραγματικότητα δείχνει να είναι πιο πολύπλοκη. Διδαχθήκαμε ενδιαφέροντα πράγματα, παρέχοντας βοήθεια για τη διαμόρφωση πολιτικών σε κράτη όπως η Βραζιλία, η Ρωσία, το Μεξικό, η Μοζαμβίκη, το Ισραήλ, τα Φίτζι, η Μογγολία, η Σρι Λάνκα, κλπ. και αυτά που μάθαμε μας έδωσαν την αίσθηση μιας πιο σύνθετης εικόνας.

**Μάθημα πρώτο.** Η ποιότητα του συστήματος δεν είναι ανάλογη της ποσότητας των διαθέσιμων πόρων για την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών (υπάρχει βέβαια μια ελάχιστη κρίσιμη μάζα πόρων κάτω από την οποία η ποιότητα είναι απλά ανέφικτη αλλά, πάνω από αυτή, η ποιότητα δε βελτιώνεται από την ποσότητα).

**Μάθημα δεύτερο.** Οι διαθέσιμες τεχνολογίες στο σύστημα παροχής υπηρεσιών (διαγνωστικές και θεραπευτικές δεξιότητες, εξειδίκευση των υπηρεσιών, επαγγελματική διαφοροποίηση) δεν είναι ανάλογες με την ποιότητα του συστήματος (πάλι, όπως και πριν, υπάρχει βέβαια μια ελάχιστη κρίσιμη μάζα πόρων κάτω από την οποία η ποιότητα είναι ανέφικτη αλλά, πάνω από αυτή, η ποιότητα δε βελτιώνεται από την ποσότητα). Με

άλλα λόγια, η εξίσωση: Πο (Πόροι) συν Τ (Τεχνολογίες) ίσο με Π (Ποιότητα), απαιτεί μια ή περισσότερες άγνωστες παραμέτρους.

Στην επαρχία Ρίο Νέγκρο της Παταγονίας, το ψυχιατρικό νοσοκομείο υποκαταστάθηκε από κατ' οίκον επισκέψεις, επαγγελματική αποκατάσταση, παρεμβάσεις σε επίπεδο γενικού νοσοκομείου, κοινοτική περίθαλψη που βασίζεται σε ένα εκτεταμένο δίκτυο άτυπων υπηρεσιών: η κοινότητα χρησιμοποιείται ως πόρος. Στην πόλη Σάντος (Βραζιλία) η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται μέσω ενός πλούσιου και συγκροτημένου δικτύου επαγγελματιών που χαίρουν μεγάλης εκτίμησης από τον πληθυσμό. Χρησιμοποιούν ως πρόσθετους πόρους τους ίδιους τους ασθενείς! Το «κόστος» μετατρέπεται σε πόρο. Στο Ταμίλ Ναντού της Νότιας Ινδίας, η έλλειψη παγιωμένων δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει αναπληρωθεί από ένα ισχυρό δίκτυο μη κυβερνητικών οργανώσεων που δουλεύουν σε στενή συνεργασία με συγγενείς ασθενών: ο άτυπος παροχέας φροντίδας (ο συγγενής) ανάγεται σε επίσημο εταίρο.

Αυτά τα τρία παραδείγματα δείχνουν άτυπους πόρους και άτυπες τεχνολογίες να λειτουργούν ως άγνωστες μεταβλητές που παράγουν ποιότητα.

**Μάθημα τρίτο.** Οι διαφορές μεταξύ συστημάτων είναι πολύ λιγότερες απ' ό,τι νομίζουμε. Παρά τις εμφανείς μεγάλες διαφορές στη διαθεσιμότητα τεχνολογιών και πόρων, τα προβλήματα και οι λύσεις (και εδώ συμπεριλαμβάνουμε τις κακές λύσεις) παραμένουν αρκετά όμοια, παρά τις διαφορές μεταξύ εθνών, πολιτισμών και οικονομιών.

Ακολουθώντας όσα μάθαμε, μπορούμε να πούμε ότι οι άγνωστες παράμετροι, αρκετά όμοιες μεταξύ τους σε ολόκληρο τον κόσμο, μπορούν να έχουν ισχυρή επίδραση στην αύξηση ή μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών, παρά τη διαφορά σε πόρους και τεχνολογίες.

Αυτές οι άγνωστες παράμετροι συχνά προκύπτουν από την υιοθεσία παραδειγμάτων τα οποία είναι σχετικώς ανεξάρτητα από πόρους και τεχνολογίες. Αυτά τα παραδείγματα συνιστούν θεμελιώδεις παραδοχές οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη αποδοτικών (cost effective) παρεμβάσεων για τις ψυχικές διαταραχές, καθιστώντας τους πόρους άχρηστους ή ισχυρούς. Οι θεμελιώδεις παραδοχές ουσιαστικά αντανακλούν «αξίες». Σύμφωνα όμως με τα πιο πρόσφατα γεγονότα λόγω κακής χρήσης των διαθέσιμων πόρων για το πρόγραμμα Ψυχαργός πάνω από 300 εργαζόμενοι έχουν μείνει

απλήρωτοι για αρκετούς μήνες , «υπό έξωση» τελούν 650 ψυχικά πάσχοντες που φιλοξενούνται σε 42 ξενώνες και οικοτροφεία του Προγράμματος ,εξαιτίας της αδυναμίας των φορέων που λειτουργούν τις συγκεκριμένες μονάδες να πληρώσουν τα ενοίκια . Δύο κινητές μονάδες ψυχικής υγείας στις Κυκλάδες ανέστειλαν την λειτουργία τους με αποτέλεσμα οι ασθενείς που κατοικούν στα νησιά των Κυκλάδων να μετακινούνται στην Αθήνα για να επισκεφτούν κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας.Ακόμη «έκλεισαν» και δύο ξενώνες εφήβων.

Την δραματική κατάσταση στον χώρο της ψυχικής υγείας εξαιτίας της υποχρηματοδότησης περιέγραψαν οι εκπρόσωποι του Δικτύου Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας «Αργώς», που δηλώνουν αποφασισμένοι να προχωρήσουν στην κατάθεση μηνύσεων κατά της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας.

Την ίδια στιγμή εντύπωση προκαλεί γνωμοδοτική απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ,με την οποία προτείνει στο υπουργείο Υγείας, την δημιουργία «κλινικών δυσίατων περιστατικών» καθώς και «κλινικών μέσης ασφάλειας για την νοσηλεία επικίνδυνων μη παραβατικών ασθενών».Την απόφαση αυτή που φέρεται να έχει γίνει δεκτή ,έδωσαν στην δημοσιότητα στελέχη του «Αργώς»,κάνοντας λόγο για «μία απόφαση που εκθέτει την χώρα μας στον πολιτισμένο κόσμο και τις άλλες χώρες της Ε.Ε.». Γενικά, στον χώρο της Υγείας εκφράζονται έντονες ανησυχίες για την συνέχιση του Προγράμματος Ψυχαργώς και συγκεκριμένα αναφέρεται ότι «κινδυνεύει η λειτουργικότητα πάρα πολλών δομών εξαιτίας μίας επισφαλούς χρηματοδότησης των έργων».

Επίσης ,λόγω των δυσάρεστων γεγονότων στον χώρο της Υγείας το Υπουργείο προχώρησε σε μία έκτακτη επιχορήγηση ύψους 15 εκατ ευρώ με σκοπό την χρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της αποασυλοποίησης των ψυχικά πασχόντων, έτσι με αυτό το ποσό καλύπτονται οι δαπάνες του προηγούμενου έτους (2008) και μέρος του 2009. Βέβαια το θέμα της υποχρηματοδότησης των δομών βρίσκεται στο «μικροσκόπιο» της Κοινότητας. Υπάρχει η πιθανότητα επιστροφής μέρους της κοινοτικής χρηματοδότησης.



## **10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Πολλοί είναι οι άνθρωποι με ψυχονοητικές διαταραχές σε όλο τον κόσμο που θυματοποιούνται λόγω της ασθενειάς τους και αποτελούν στόχο άδικων διακρίσεων. Η πρόσβαση στη στέγη, την απασχόληση και τους άλλους κανονικούς κοινωνικούς ρόλους συχνά εμποδίζεται. Έτσι βασιζόμενοι σε έρευνες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι ενώ μεγάλος αριθμός ατόμων έχουν πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες τα 2/3 των ασθενών δεν τις χρησιμοποιούν. Τα άτομα αυτά φοβούνται την κοινωνική κατακραυγή και το ότι θα στιγματιστούν από τους συνανθρώπους τους ως ψυχικά ασθενείς. Επίσης, όταν οι ιθύνοντες αποφασίζουν πως θα κατανεμηθούν οι δοθέντες πόροι, ο στόχος είναι να μεγιστοποιηθεί το όφελος στην κοινωνία ενώ ταυτόχρονα λαμβάνουν υποψηφίους τους το πως θα διανεμηθούν οι πόροι αυτοί μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (όπως πλούσιοι, φτωχοί, νέοι, γέροι αγροτικοί ή αστικοί πληθυσμοί). Τέτοιου είδους θέματα κοινωνικής κατανομής των πόρων έχουν απασχολήσει τους αρμοδίους γεγονός που αποτελεί το περιεχόμενο του συστήματος της ψυχικής υγείας και εκφράζεται μέσα από την ανάγκη και τους όρους της ίσης πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών αυτών (οριζόντια ισότητα).

Όμως το κριτήριο αυτό δεν μπορούμε να πούμε ότι βοηθά αρκετά για το πώς θα οριστούν οι προτεραιότητες για την παροχή δεδομένων πχ υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού και επομένως είναι λιγότερο χρήσιμο να συγκρίνουμε διαφορετικές παρεμβάσεις για διαφορετικές ασθένειες. Έτσι, η « οριζόντια ισότητα» συμπληρώνεται από την « κάθετη». Όπου μπορεί να συμβάλλει στις αποφάσεις σχετικά με το πώς θα χειρίζονται διαφορετικά μέλη του πληθυσμού, όπως εκείνα τα άτομα που πάσχουν από σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.

Τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κάποιο ψυχικό νόσημα είναι οι ηλικιωμένοι. Αυτό αποδίδεται στο ότι με το πέρασμα των χρόνων οι ηλικιωμένοι νιώθουν λιγότερο χρήσιμοι και πολλές φορές απομονώνονται κοινωνικά. Όμως οι παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την προαγωγή της υγείας και την ψυχολογική υποστήριξη των εκπροσώπων της τρίτης ηλικίας έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματική.

Ακόμη η ενημέρωση και η πληροφόρηση έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην πρόληψη ψυχικών ασθενειών .

Στον εργασιακό χώρο όπου το 28% των εργαζομένων κατακλύζονται από άγχος και πανικό, τουλάχιστον σύμφωνα με δεδομένα που έχουμε συλλέξει από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αυτό συμβάλλει στην μείωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας. Έτσι , ενέργειες που θα βοηθήσουν τους εργαζομένους να αποβάλλουν το άγχος τους θα οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα σε προσωπικό επίπεδο αλλά και σε ευρύτερο οικονομικό και κοινωνικό.

Άλλη μία ομάδα ανθρώπων που είναι επιρρεπείς σε κάποιο ψυχικό νόσημα λόγω της ιδιοσυγκρασίας τους και αξίζει να αναφέρουμε είναι αυτοί που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά και κοινωνικά στρώματα καθώς και τους οικονομικούς και πολιτικούς μετανάστες. Συνήθως οι άνθρωποι αυτοί δεν εργάζονται ,γεγονός που θα συνέβαλε στην βελτίωση της οικονομικής του κατάστασης, θα ενίσχυε τους κοινωνικούς δεσμούς καθώς και θα αποφεύγονταν τα οικονομικά βάρη και οι κοινωνικοί αποκλεισμοί. Φοβούμενοι όμως αυτοί οι άνθρωποι την κατακραυγή από την κοινωνία προτιμούν να σιωπούν και να μην καταφεύγουν στις κοινωνικές υπηρεσίες για βοήθεια .Άρα κρίνεται σκόπιμο να παρέμβει η πολιτεία ενημερώνοντας τους πολίτες για τις επιλογές που έχουν και την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν το όποιο πρόβλημα που τους προκύπτει με διάλογο.

Η πρόσβαση όμως στη στέγη, την απασχόληση και άλλους κανονικούς κοινωνικούς ρόλους συχνά εμποδίζεται.

Ακόμα, δε σε πολλές χώρες, οι ψυχονοητικές διαταραχές δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά προγράμματα για την υγεία και πολλοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το οικονομικό κόστος της περίθαλψης. Το ένα τέταρτο του συνόλου των κρατών δεν προβλέπουν παροχές λόγω αναπηρίας σε ασθενείς με ψυχονοητικές διαταραχές. Το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού – 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι – ζουν σε χώρες που ξοδεύουν στην ψυχική υγεία λιγότερο από 1% του προϋπολογισμού τους για την αυτήν.

Αν και το 85% των κρατών έχουν μια λίστα βασικών φαρμάκων, σχεδόν το 20% των κρατών δεν έχουν ούτε ένα κοινό αντικαταθλιπτικό, ή αντιψυχωτικό ή αντιεπιληπτικό στη λίστα των βασικών φαρμάκων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Υπερβολικά υψηλός αριθμός κρατών (στην πλειονότητά τους αναπτυγμένα) ξοδεύουν ακόμη τους περισσότερους από τους πόρους τους για τη συντήρηση λίγων, μεγάλων ψυχιατρείων – ασύλων τα οποία όχι μόνο εστιάζουν σ' ένα μικρό τμήμα των ανθρώπων που έχουν ανάγκη περίθαλψης, αλλά, επιπλέον, παρέχουν κακής ποιότητας και συχνά απαράδεκτη φροντίδα.

Πολύ λίγοι γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό έχουν μάθει πως ν' αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται κατάλληλα τις ψυχονοητικές διαταραχές. Το 41% των κρατών δεν έχουν κανένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Το 41% των κρατών δεν έχουν μια πολιτική για την ψυχική υγεία, 25% των κρατών δεν έχουν σχετική νομοθεσία, 30% δεν έχουν εθνικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας.

Διαφορετικά καμιά συζήτηση περί νέων ταξινομήσεων, ακριβέστερων διαγνώσεων ή ανάπτυξης καινοτόμων ψυχοφαρμακολογικών ερευνών δεν είναι αξιόπιστη. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε τελειώνοντας ότι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επέλθει με την κατάλληλη και σωστή κατάρτιση του προσωπικού.

## ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Economic Aspects of the Mental Health System (World Health Organization, WHO 2008)
- 2) The Western European Experience with Health Care Reform (WHO , 2008)
- 3 ) Scaling up care for mental , neurological and substance use disorders ( WHO, 2008)
- 4) Green Paper, Improving the mental health of the Population. Towards a strategy on mental health for the European Union (WHO, 2007 – European Commission)
- 5) The Economics of Mental Health in Europe ( WHO, European Ministerial Conference on Mental Health – Facing the challenges , Building Solutions .-Helsinki ,Finland 12-15 January 2007)
- 6) The Mental Health Care Delivery System in Greece : Regional Variation and Socioeconomic Correlates – Michael G. Madianos , Costas Zacharakis ,Chrysa Tsitsa and Costas Stefanis)
- 7) «Αν υπήρχε μία σαφής πολιτική για την ψυχική υγεία ....» - Γεράσιμος Κολαίτης Δεκέμβριος 2008- Ελευθεροτυπία
- 8) Πλαίσιο για τον καθορισμό κριτηρίων και δεικτών διασφάλισης ποιότητας για τις υπηρεσίες που παρέχονται στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Κ. Μαυρατζώτου – Βρυξέλλες 2008)
- 9) Η ψυχική υγεία της Ευρώπης στο προσκήνιο (διάσκεψη στις Βρυξέλλες τον Ιούνιο του 2008)
- 10) What contribution can health economics make to health promotion? (Janine Hale, University of Glamorgan Business School, on behalf of the UK Health Promotion and Health Economics Forum, Treforest, Mid Glamorgan CF 37 1DL , UK)
- 11) Παγκοσμιοποίηση και Ψυχική Υγεία ( Σάββας Μιχαήλ , Τετράδιο Ψυχιατρικής No 79)

- 12) Οικονομική της υγείας –Σωτήρης Σούλης ( β' έκδοση 1999)
- 13) Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (2003)
- 14) Σχεδιασμός και προϋπολογισμός για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (2003) - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
- 15) ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ (29/01/09-ΑΡΘΡΟ)
- 16) ΙΚΑ & κοινωνική μέριμνα ψυχιατρικών ασθενών (Πόλυς Τσίκολης και Χρήστου Ιστίκογλου)
- 17) Εθνικοί Λογαριασμοί και Δαπάνες Υγείας (Δ. Νιάκας και Γ. Κυριόπουλος)
- 18) What contribution can health economics make to health promotion?(Janine Hale-University of Glemorgan Business School – Health Promotion International –Oxford University Press-2000)
- 19) Υγειονομικός Χάρτης - Υπουργείο Υγείας
- 20) Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα και Εθνικοί Λογαριασμοί (Δ.Νιάκας –Γ.Κυριόπουλος)
- 21) «Θνησιγενές το Ψυχαργός» - Θεσσαλονίκη - άρθρο του Σ. Αποστολάκη - Ελευθεροτυπία 2009