

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

*“Η φροντίδα της ψυχικής υγείας
πρέπει να παρέχεται από υπηρεσίες
της γενικής υγείας
και σε κοινοτικά πλαίσια.
Τα μεγάλα και κεντρικά ψυχιατρικά
ιδρύματα πρέπει
να αντικατασταθούν
από προσφορότερες
υπηρεσίες ψυχικής υγείας”*

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μετάφραση: Γιώργος Πασαντωνόπουλος

Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης:
Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μετάφραση: Γιώργος Πασαντωνόπουλος

Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης:
Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2003 με τίτλο:
(*Mental Health Policy and Service Guidance Package*)
Organization of services for Mental Health

© Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003

Ο Γενικός Διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παραχώρησε τα δικαιώματα για την έκδοση στα ελληνικά στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που έχει και την αποκλειστική ευθύνη αυτής της έκδοσης.

Σχεδιασμός-Παραγωγή: ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ, Παραγωγική Μονάδα ΚΕ.Θ.Ε.Α., Τηλ.: 210 9246029

ISBN: 960-87395-5-1

Copyright για την ελληνική έκδοση

© Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2005

Η παρούσα έκδοση είναι διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: www.mohaw.gr

Πρόλογος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	v
Πρόλογος της ελληνικής έκδοσης	vii
Πρόλογος του Π.Ο.Υ.	ix
Περίληψη	2
Σκοπός και σε ποιους απευθύνεται	10
1. Εισαγωγή	11
2. Περιγραφή και ανάλυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο	12
2.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενσωματωμένες στο γενικό σύστημα υγείας	13
2.2 Κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας	16
2.3 Ίδρυματικές υπηρεσίες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία	20
3. Η παρούσα οργάνωση των υπηρεσιών ανά τον κόσμο	25
4. Οδηγίες για την οργάνωση των υπηρεσιών	35
4.1 Αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών	35
4.2 Καθορισμός του βέλτιστου μείγματος των υπηρεσιών	37
4.3 Ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες γενικής υγείας	39
4.4 Δημιουργία θεσμοθετημένων και άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας	43
4.5 Περιορισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων	47
5. Βασικά ζητήματα στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	53
5.1 Τεκμηριωμένη, βάσει στοιχείων, φροντίδα	53
5.2 Αντιμετώπιση του επεισοδίου ή συνεχής φροντίδα;	55
5.3 Οδοί προς τη φροντίδα	56
5.4 Αποκλίσεις στην παροχή υπηρεσιών για γεωγραφικούς λόγους	57
5.5 Φροντίδα που εξυπηρετεί υπηρεσιακές σκοπιμότητες ή φροντίδα που εξυπηρετεί τις ανάγκες;	57
5.6 Ενδοτομεακή και διατομεακή συνεργασία	58
6. Συστάσεις και συμπεράσματα	63
7. Σενάρια για την οργάνωση υπηρεσιών σε χώρες με διάφορα επίπεδα πόρων	65
8. Προβλήματα και λύσεις	68
9. Γλωσσάρι	81
Βιβλιογραφία	83
Ευχαριστίες	89



Το παρόν εγχειρίδιο, 5ο κατά σειράν, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διαπραγματεύεται το εξέχουσας σημασίας ζήτημα της οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Περιγράφει και αναλύει την τρέχουσα διάρθρωση των υπηρεσιών παγκοσμίως και στη συνέχεια διατυπώνει τις βασικές αρχές με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες καλούνται να αναδιαρθρωθούν, προκειμένου να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή κάλυψη των αναγκών στο συγκεκριμένο τομέα.

Ο Π.Ο.Υ. τεκμηριώνει ότι στην προσπάθεια δημιουργίας του βέλτιστου μείγματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι κύριες αρχές είναι η ενσωμάτωσή τους στο σύστημα γενικής υγείας, η δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ο περιορισμός των κλασικών ψυχιατρείων.

Ακολούθως θέτει τα βασικά ζητήματα για την οργάνωση των υπηρεσιών που περιλαμβάνουν:

- την τεκμηριωμένη, βάσει στοιχείων, φροντίδα, η οποία δεν αρκεί να παρέχεται μόνο κατά τη διάρκεια οξέων επεισοδίων αλλά σε διαρκή και αδιάλειπτη βάση,
- τις καθιερωμένες οδούς προς την αναζήτηση βοήθειας μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των παραπομπών από δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες καθώς και από άλλες πηγές όπως σχολεία, κοινωνικές υπηρεσίες κ.α.
- την αντιμετώπιση των δυσχερειών που θέτουν οι γεωγραφικές ανισότητες (κέντρο-περιφέρεια, αστικά κέντρα-αγροτικές περιοχές),
- τη διάρθρωση των υπηρεσιών με τρόπο που να προτάσσεται η εξυπηρέτηση των αναγκών και όχι οι υπηρεσιακές σκοπιμότητες και
- την ενδοτομεακή και διατομεακή συνεργασία.

Τα προαναφερόμενα καθώς και παραδείγματα επιτυχών παρεμβάσεων που παρατίθενται από χώρες με διαφορετικά επίπεδα οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, αποτελούν ένα πλούσιο υπόβαθρο για μελέτη και συζήτηση από όλους τους ενδιαφερόμενους. Σε αυτή τη διαδικασία μπορούμε να βασίσουμε και τη δική μας προσπάθεια εκσυγχρονισμού και αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τρόπο που να αντιμετωπίζουν επαρκέστερα και ποιοτικότερα τα προβλήματα ψυχικής υγείας των πολιτών.



N. Κακλαμάνης
Αθήνα,
Φεβρουάριος 2005



Η σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτησή της με τη σωματική υγεία και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο αποκτά αυξανόμενη αναγνώριση, τόσο από τους υπεύθυνους για τη διαμόρφωση πολιτικής, όσο και από το ευρύ κοινό.

Η Έκθεση του Π.Ο.Υ. για την Παγκόσμια Υγεία 2001 με θέμα *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα* αποτυπώνει παραστατικά και τεκμηριωμένα αυτό το γεγονός. Η Έκθεση, μεταξύ άλλων, τονίζει πως σύμφωνα με τις πρόσφατες εξελίξεις στις νευροεπιστήμες και τη συμπεριφορική ιατρική καταδεικνύεται πως, όπως πολλές σωματικές ασθένειες, οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η ψυχική και η σωματική υγεία αλληλοεπηρεάζονται μέσω νευροενδοκρινικών και ανοσοποιητικών λειτουργιών και μέσω της ατομικής μας συμπεριφοράς (δίαιτα, κάπνισμα, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, κ.α.). Επισημαίνονται ακόμη οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (π.χ. σχέσεις παιδιών με γονείς), όπως και οι κοινωνικοί (φτώχεια, ανεξέλεγκτη αστικοποίηση, ταχεία τεχνολογική εξέλιξη, πόλεμοι, καταστροφές). Τέλος, τονίζεται με έμφαση το κομβικό ζήτημα της μετατόπισης του κέντρου βάρους της φροντίδας από την ιδρυματική στην κοινωνική βάση, καθορίζονται οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη φροντίδα ψυχικής υγείας (έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση, κατάλληλη χρήση θεραπευτικών τεχνικών, συνέχεια στη φροντίδα και ευρύ φάσμα υπηρεσιών), αναδεικνύεται η σημασία της εμπλοκής και συνεργασίας των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, των τοπικών κοινοτήτων και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και περιγράφονται τα βασικά συστατικά της περίθαλψης – φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση – που ένας ισόρροπος συνδυασμός τους αναγνωρίζεται ως αναγκαίος.

Αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν ότι η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα μεγάλη και η θεραπεία τους είναι δαπανηρή. Είναι όμως πιο δαπανηρό να αφεθούν αθεράπευτες, αν συνυπολογισθεί το άμεσο και το έμμεσο κόστος των επιπτώσεών τους. Υπό αυτή την έννοια η μη αποτελεσματική αντιμετώπισή τους αντιβαίνει, πέρα από τα ανθρώπινα, και προς τα οικονομικά συμφέροντα κοινωνιών και κρατών. Έχουμε, λοιπόν, κάθε λόγο - σε ανθρώπινο και οικονομικό επίπεδο - να βελτιώνουμε τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να τις καθιστούμε ευκολότερα προσβάσιμες και περισσότερο αποτελεσματικές.

Και στη χώρα μας, τα τελευταία 20 χρόνια, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταρρυθμίζονται σταδιακά, με βάση τις εκτεθείσες αρχές. Μέρος τους ενσωματώνεται στο γενικό σύστημα υγείας (ψυχιατρικά τμήματα και ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία σε γενικά νοσοκομεία), ενώ παράλληλα αναπτύσσονται και λειτουργούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – Ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα –), που έχουν ως στόχο την κάλυψη των σχετικών αναγκών σε τοπικό επίπεδο, καθιστώντας τα άτομα που πάσχουν ενεργά μέλη των οικογενειών και των κοινοτήτων στις οποίες ανήκουν. Με τον τρόπο αυτό αντικαθίσταται σταδιακά το παρωχημένο μοντέλο του πολύχρονου - και μη αναγκαίου θεραπευτικά – εγκλεισμού τους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που η αναποτελεσματικότητά τους, καθώς και η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αποτέλεσε και αποτελεί στόχο δίκαιης δημόσιας κριτικής.

Η προαναφερόμενη μεταρρυθμιστική διαδικασία δεν είναι ούτε εύκολη, ούτε αυτονόητη, ενώ τα εμπόδια που συναντά είναι ευάριθμα και πολύπλοκα. Οι προκαταλήψεις, το στίγμα

1. Ελληνική έκδοση: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002. Διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή: www.mohaw.gr/GR/healthgr/mh/mh.htm

και οι συνακόλουθες διακρίσεις προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πάντα στο προσκήνιο και στη χώρα μας, όπως σε όλες τις χώρες, παρά τις πρωτοβουλίες και τις καμπάνιες αποστιγματισμού^{2,3,4}, και έχουν ως αποτέλεσμα να μην αξιοποιούνται οι διαθέσιμες υπηρεσίες από, περίπου, τους μισούς από αυτούς που τις χρειάζονται.

Παράλληλα οι μεταρρυθμίσεις που συντελούνται στα συστήματα υγείας παγκοσμίως, εκφραζόμενες κυρίως μέσω της αποκέντρωσης και των αλλαγών στον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησής τους, ενώ ο στόχος τους είναι η βελτίωση της πρόσβασης σε ισότιμα παρεχόμενες, ποιοτικές και οικονομικά συμφέρουσες υπηρεσίες υγείας, δεν αποκλείουν τον κίνδυνο αποκλεισμού ευπαθών ομάδων, όπως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, από τις τιθέμενες εκάστοτε προτεραιότητες της πολιτικής υγείας.

Παρά τα προαναφερόμενα προβλήματα όμως, έχουμε τη δυνατότητα, την πείρα και τη γνώση να απαντούμε αποτελεσματικότερα σε παλιές και νέες προκλήσεις. Προς αυτή την κατεύθυνση στοχεύει και το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ., μέρος του οποίου είναι και το ανά χείρας εγχειρίδιο του Πακέτου Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Η έκδοση των οκτώ εγχειριδίων του Πακέτου στα ελληνικά, θα συμβάλει στον εμπλουτισμό της δικής μας πολιτικής και πρακτικής, έτσι ώστε η μεταρρυθμιστική μας προσπάθεια να συνεχισθεί, αντλώντας μια ανανεούμενη δυναμική που θα εναρμονίζεται και με τις βασικές κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ., προσαρμοσμένες στις δικές μας κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

Στον πρόλογο των εγχειριδίων περιγράφεται αναλυτικά ο σκοπός, το περιεχόμενο, η μορφή, διάταξη και χρήση τους, καθώς και σε ποιους απευθύνονται, και επισημαίνεται η ευρεία εμβέλειά τους. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας θα διανεμίει το Πακέτο σε όλους τους αναφερόμενους, φροντίζοντας παράλληλα για την ελεύθερη πρόσβασή του από κάθε ενδιαφερόμενο, μέσω του διαδικτύου, στην ιστοσελίδα του. Είμαστε βέβαιοι πως η χρησιμότητά του θα εκτιμηθεί από τους αναγνώστες και θα συμβάλει στο δημόσιο διάλογο και προβληματισμό για την αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.



Κώστας Ν. Στεφανής
Αθήνα,
Ιανουάριος 2004

2. Το Μάρτιο του 2003, στο πλαίσιο της ελληνικής προεδρίας της Ε.Ε., πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα Ευρωπαϊκή Διάσκεψη με συμμετοχή Υπουργών και θέμα «Ψυχική Ασθένεια και στιγματισμός στην Ευρώπη: αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της ισότητας». Οι προτάσεις της προωθήθηκαν από την ελληνική προεδρία στο αρμόδιο Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Απασχόληση, Κοινωνική Πολιτική, Υγεία και Καταναλωτές), που ενέκρινε σχετικά συμπεράσματα (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2003/C141/01/17.6.2003).
3. Το Ελληνικό Πρόγραμμα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας, που υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, έχει αναπτύξει πληθώρα σχετικών δραστηριοτήτων.
4. Okasha A, Stefanis C, eds (υπό έκδοση), A Global perspective on the stigma due to Mental illness στο πλαίσιο του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων εξαιτίας της σχιζοφρένειας. Στο βιβλίο εμπεριέχεται κεφάλαιο με τίτλο The Unprecedented Initiative of European Ministers of Health των Κ. Στεφανή, Μ. Οικονόμου.

Το παρόν εγχειρίδιο αποτελεί μέρος ενός συνολικότερου πακέτου οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Το πακέτο οδηγιών παρέχει πρακτικές πληροφορίες για να συνδράμει τις χώρες στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών τους.

Σκοπός του πακέτου οδηγιών

Ο σκοπός του πακέτου οδηγιών είναι να υποβοηθήσει τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και το σχεδιασμό να:

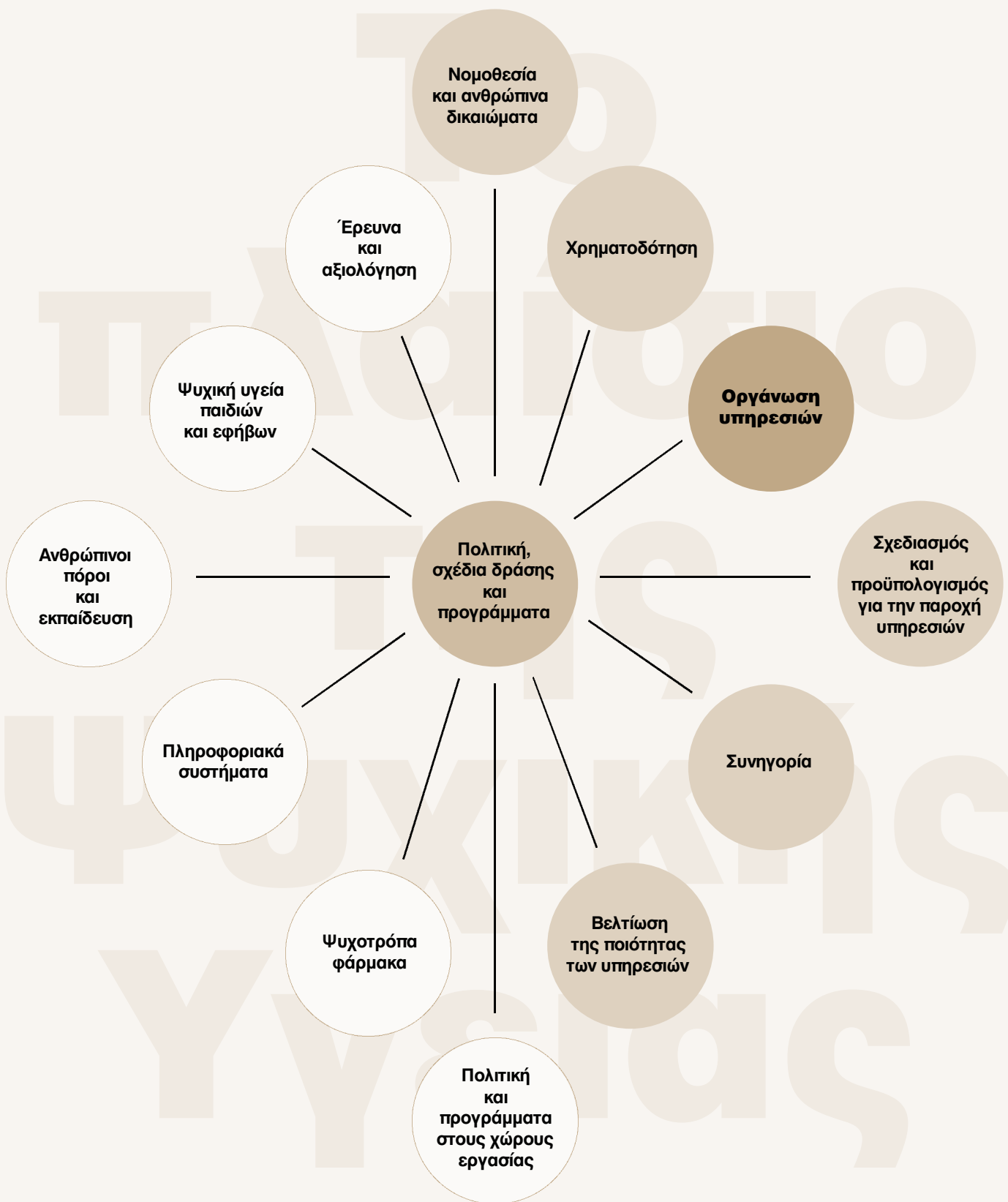
- αναπτύξουν πολιτικές και συνεκτικές στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών.
- χρησιμοποιούν τους υπάρχοντες πόρους και μέσα για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων.
- παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες σ' αυτούς που τις χρειάζονται.
- συμβάλλουν στην επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους γενικότερα.

Περιεχόμενα του πακέτου

Το πακέτο αποτελείται από μία σειρά αλληλοσυνδεόμενων και φιλικών στους αναγνώστες εγχειριδίων που έχουν σχεδιασθεί για να αναδείξουν την ευρεία γκάμα των αναγκών και των προτεραιοτήτων στη χάραξη πολιτικής και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών. Το θέμα κάθε εγχειριδίου αποτελεί μία βασική συνισταμένη του τομέα της ψυχικής υγείας. Το αρχικό εγχειρίδιο τιτλοφορείται Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας και περιγράφει το συνολικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας, ενώ ταυτόχρονα κάνει μια περιληπτική αναφορά στο περιεχόμενο όλων των υπόλοιπων εγχειριδίων. Έτσι παρέχεται στους αναγνώστες η δυνατότητα κατανόησης του συνολικού πλαισίου αφ' ενός και αφ' ετέρου τους δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουν τα συγκεκριμένα εγχειρίδια που μπορούν να φανούν χρήσιμα ανάλογα με τις συγκεκριμένες περιστάσεις. Βασικό εγχειρίδιο είναι επίσης το τιτλοφορούμενο Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας, που παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες για τη διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής της πολιτικής, μέσω των σχεδίων δράσης και των προγραμμάτων. Μετά την ανάγνωση αυτού του εγχειριδίου οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να εστιάσουν σε συγκεκριμένα θέματα ψυχικής υγείας, που αναπτύσσονται στα υπόλοιπα εγχειρίδια.

Το πακέτο οδηγιών περιλαμβάνει τα ακόλουθα εγχειρίδια:

- Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας
- Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας
- Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας
- Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα
- Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία
- Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας



Τα ακόλουθα εγχειρίδια δεν είναι ακόμη διαθέσιμα αλλά πρόκειται να συμπεριληφθούν στο τελικό πακέτο οδηγιών:

- Βελτίωση της Πρόσβασης και Χρήσης των Ψυχοτρόπων Φαρμάκων
- Πληροφοριακά Συστήματα Ψυχικής Υγείας
- Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων
- Έρευνα και Αξιολόγηση της Πολιτικής και των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Πολιτικές και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας στους Χώρους Εργασίας

Σε ποιους απευθύνεται

Το πακέτο οδηγιών είναι χρήσιμο για:

- αυτούς που χαράσσουν την πολιτική στον τομέα της υγείας,
- κυβερνητικές υπηρεσίες σε κεντρικό και περιφερειακό / τοπικό επίπεδο,
- επαγγελματίες ψυχικής υγείας,
- ομάδες που εκπροσωπούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές,
- εκπροσώπους ή συλλόγους οικογενειών ατόμων με ψυχικές διαταραχές,
- οργανώσεις συνηγορίας που εκπροσωπούν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους,
- μη κυβερνητικές οργανώσεις που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Χρήση των εγχειριδίων

– Τα εγχειρίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν **αυτοτελώς ή ως πακέτο**. Για ευκολία στη χρήση, γίνονται παραπομπές μεταξύ τους. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να μελετήσουν συστηματικά όλα τα εγχειρίδια ή να χρησιμοποιήσουν ένα μεμονωμένο, που δίνει έμφαση σε κάποιο συγκεκριμένο τομέα της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, χώρες που επιθυμούν να αναδείξουν το θέμα της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, θα βρουν χρήσιμο γι' αυτό το σκοπό το αντίστοιχο εγχειρίδιο.

– Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως **εκπαιδευτικό πακέτο** για αυτούς που χαράσσουν πολιτική καθώς και αυτούς που εμπλέκονται στην οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν ως εκπαιδευτικό υλικό στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς και από επιστημονικές - επαγγελματικές οργανώσεις, που μπορεί να χρησιμοποιήσουν το υλικό ως βοήθημα για την εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

– Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως πλαίσιο για **τεχνική βοήθεια** από ένα ευρύ φάσμα διεθνών και εθνικών οργανώσεων, που υποστηρίζουν χώρες οι οποίες επιθυμούν να μεταρρυθμίσουν την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

– Μπορεί να χρησιμεύσουν ως **εργαλεία συνηγορίας** σε οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών, οικογενειών και άλλες οργανώσεις που ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας. Τα εγχειρίδια περιέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την εκπαίδευση του κοινού. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση του ενδιαφέροντος στον τομέα των ψυχικών διαταραχών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από πολιτικούς, διαμορφωτές της κοινής γνώμης, άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και το ευρύ κοινό.

Μορφή και διάταξη των εγχειριδίων

Κάθε εγχειρίδιο αποσαφηνίζει περιληπτικά τους σκοπούς και την ομάδα στόχο στην οποία απευθύνεται. Η διάταξη τους ακολουθεί μία βήμα προς βήμα παρουσίαση για τη διευκόλυνση της χρήσης και εφαρμογής των οδηγιών που εμπεριέχει. Οι οδηγίες δεν πρέπει να ερμηνευθούν με στατικό και άκαμπτο τρόπο, ούτε να εκληφθούν ως απαράβατοι κανόνες. Η κάθε χώρα καλείται να προσαρμόσει το υλικό σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες και περιστάσεις. Προς τούτο βοηθούν και τα πολλά πρακτικά παραδείγματα που δίνονται.

Μεταξύ των εγχειριδίων υπάρχει μία εκτεταμένη παραπομπή – αναφορά. Οι αναγνώστες ενός εγχειριδίου πρέπει να συμβουλευούνται και τα άλλα (όπως επισημαίνεται στο κείμενο), εάν επιθυμούν περαιτέρω συμβουλές.

Όλα τα εγχειρίδια πρέπει να ειπωθούν υπό το πρίσμα της πολιτικής του Π.Ο.Υ. για την παροχή των περισσότερων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τις γενικές υπηρεσίες υγείας και άλλα πλαίσια στην κοινότητα. Η ψυχική υγεία είναι βεβαίως ένα διατομεακό ζήτημα στο οποίο εμπλέκονται και τομείς όπως η εκπαίδευση, η εργασία, η στέγαση, οι κοινωνικές υπηρεσίες και η δικαιοσύνη. Τέλος, είναι σημαντικό να εμπλέξουμε σοβαρά τις οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών στην ανάπτυξη της πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

ΟΡΓΑΝΩΣΗ
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες αποτελούν το μέσο δια του οποίου παρέχονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία. Ο τρόπος οργάνωσης τους επιδρά σημαντικά στην αποτελεσματικότητά τους και τελικά στο κατά πόσον ανταποκρίνονται στο σκοπό και στους στόχους μίας πολιτικής ψυχικής υγείας.

Το εγχειρίδιο αυτό δεν επιχειρεί να προδιαγράψει ένα και μόνο μοντέλο οργάνωσης των υπηρεσιών σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο ακριβής τρόπος οργάνωσης και παροχής τους συναρτάται, εν τέλει, από το κοινωνικό, πολιτιστικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο της κάθε χώρας. Εντούτοις, ερευνητικά ευρήματα και εμπειρικές διαπιστώσεις σε χώρες διαφόρων περιοχών του κόσμου, υποδεικνύουν μερικά από τα κύρια χαρακτηριστικά των μοντέλων επιτυχούς παροχής υπηρεσιών. Αυτά ακριβώς τα χαρακτηριστικά επισημαίνονται στο παρόν, με σκοπό να παρασχεθούν στις χώρες κατευθύνσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών τους.

Περιγραφή και ανάλυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο

Στη συνέχεια κατηγοριοποιούνται οι διάφορες συνιστώσες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, χωρίς αυτό να αποτελεί σύσταση για την οργάνωση, αλλά μια προσπάθεια ευρείας χαρτογράφησης των υφιστάμενων υπηρεσιών.

I. Οι ενσωματωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας, ομαδοποιούνται σ' αυτές που εντάσσονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στις αντίστοιχες των γενικών νοσοκομείων.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνουν θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας που παρέχονται από επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που έχουν ως βάση τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προαπαιτεί σημαντική επένδυση στην εκπαίδευση των αντίστοιχων επαγγελματιών, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τις ψυχικές διαταραχές. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των διαφόρων ομάδων επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως γιατροί, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας. Επιπροσθέτως το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να έχει τον απαραίτητο χρόνο για να διεξάγει παρεμβάσεις ψυχικής υγείας. Αυτό σημαίνει ότι ίσως χρειάζεται αύξηση του αριθμού του προσωπικού, προκειμένου η συνιστώσα της φροντίδας ψυχικής υγείας να προστεθεί στην παροχή των υπηρεσιών.

Τα κλινικά αποτελέσματα αυτών των υπηρεσιών για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές, κοινές ή και οξείες, είναι εξ ίσου ικανοποιητικά ή και περισσότερο από τα ανάλογα των πιο εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Βεβαίως τα κλινικά αποτελέσματα συναρτώνται κατά πολύ από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που, με τη σειρά της, συναρτάται από τη γνώση και τις δεξιότητες του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και στη διαθεσιμότητα των κατάλληλων φαρμάκων και άλλων εναλλακτικών δυνατοτή-

των ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι εύκολα προσπελάσιμες και γενικά πιο αποδεκτές από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, σε σχέση με άλλες μορφές παροχής υπηρεσιών, λόγω, κυρίως, του μειωμένου στιγματισμού. Τέλος, τόσο τα συστήματα παροχής όσο και οι χρήστες αυτών των υπηρεσιών, συμφωνούν ότι είναι λιγότερο δαπανηρές από τις λοιπές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία περιλαμβάνουν συγκεκριμένες υπηρεσίες που παρέχονται από περιφερειακά, πανεπιστημιακά ή κεντρικά γενικά νοσοκομεία, που αποτελούν μέρος του γενικού συστήματος υγείας. Περιλαμβάνουν ψυχιατρικά τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, ψυχιατρικές κλίνες σε παθολογικές κλινικές, τμήματα επειγόντων και εξωτερικά ιατρεία. Μπορεί ακόμη να περιλαμβάνουν και μερικές εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπως ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και γιατροί που έχουν εκπαιδευτεί στην ψυχιατρική. Αυτές οι υπηρεσίες προαπαιτούν επαρκές εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και σχετικές εκπαιδευτικές διευκολύνσεις.

Τα κλινικά αποτελέσματα αυτών των υπηρεσιών ποικίλλουν και συναρτώνται από την ποιότητα και την ποσότητά τους. Σε πολλές χώρες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας των γενικών νοσοκομείων μπορούν να διαχειρίζονται οξείες και επείγουσες συμπεριφορικές διαταραχές, που αντιμετωπίζονται σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. Όμως, η ικανότητά τους να βοηθήσουν ουσιαστικά τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ή κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στο συνεχές της φροντίδας που αυτές εξασφαλίζουν. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας των γενικών νοσοκομείων είναι συνήθως αποδεκτές από το κοινό. Η χωροθέτηση τους όμως σε μεγάλα αστικά κέντρα δημιουργεί προβλήματα προσβασιμότητας, ειδικά σε χώρες που δεν έχουν αναπτυγμένα συγκοινωνιακά δίκτυα. Για τα συστήματα παροχής των υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται στα γενικά νοσοκομεία είναι ακριβότερες από αυτές που παρέχει η πρωτοβάθμια περίθαλψη, φθηνότερες όμως από αυτές που παρέχουν τα εξειδικευμένα ιδρύματα. Όσον αφορά στους χρήστες των υπηρεσιών μερικών χωρών, υφίστανται πρόσθετες δαπάνες ταξιδιού και διάθεση περισσότερου χρόνου που αποτελούν εμπόδιο στην προσβασιμότητα.

II. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατηγοριοποιούνται στις θεσμοθετημένες και στις άτυπες.

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου (hospital diversion programmes), κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, θεραπευτικές, κλειστού τύπου, εποπτευόμενες υπηρεσίες, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι, καθώς και κοινοτικές υπηρεσίες για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως τα θύματα τραυματικών εμπειριών, τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ηλικιωμένοι. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν έχουν έδρα στα νοσοκομεία, παρά το γεγονός ότι είναι απαραίτητο να έχουν στενή συνεργασία τόσο με τα γενικά, όσο και με ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αποδίδουν τα βέλτιστα, στο βαθμό που είναι στενά συνδεδεμένες με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς και με τα άτυπα συστήματα παροχής φροντίδας της κοινότητας. Μέρος του προσωπικού αυτών των υπηρεσιών πρέπει να έχει υψηλή εξειδίκευση και εκπαίδευση, αν και πολλές λειτουργίες μπορούν να διεκπεραιώνονται από προσωπικό με μικρή σχετικά εξειδίκευση στην ψυχική υγεία. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, δεν είναι εύκολο να βρεθεί προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, γεγονός που περιορίζει τη διαθεσιμότητα ανάλογων υπηρεσιών σε περιορισμένο αριθμό ανθρώπων.

Καλά στελεχωμένες και επαρκώς χρηματοδοτούμενες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσφέρουν σε πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές την ευκαιρία να συνεχίσουν την ζωή τους στην κοινότητα, προάγοντας έτσι και την κοινωνική ενσωμάτωση. Ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης που παρέχουν αυτές οι υπηρεσίες, συνδέεται με την εύκολη προσβασιμότητα, τον ελάχιστο δυνατό στιγματισμό που συνεπάγεται η αναζήτηση βοήθειας και τη μειωμένη πιθανότητα παραβίασης των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Υπηρεσίες καλής ποιότητας που προσφέρουν ευρύ φάσμα παροχών για να καλύψουν τις πολυποίκιλες κλινικές ανάγκες, προϋποθέτουν ανάλογη χρηματοδότηση και προσωπικό. Μείωση των δαπανών, ανάλογη με αυτή των ψυχιατρικών νοσοκομείων, δεν αναμένεται να προκύψει για πολλά χρόνια.

Οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από μέλη των τοπικών κοινοτήτων που δεν ανήκουν στα επαγγέλματα υγείας. Αν και συνήθως δεν αποτελούν τον πυρήνα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι χώρες που βασίζονται αποκλειστικά στις υπηρεσίες τους αναλαμβάνουν τους σχετικούς κινδύνους, αυτά τα άτομα μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο συμπλήρωμα στις θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, υποβοηθώντας στην καλύτερη έκβαση των διαταραχών. Αυτοί που παρέχουν τις άτυπες υπηρεσίες, συνήθως απολαμβάνουν ευρείας αποδοχής και είναι εύκολα προσβάσιμοι, δεδομένου ότι προέρχονται από τις τοπικές κοινότητες, στις οποίες και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Αν και άτυπες, οι υπηρεσίες αυτές δεν προσφέρονται πάντοτε δωρεάν. Σε πολλές χώρες οι παραδοσιακοί θεραπευτές παίρνουν αμοιβή, γεγονός που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Πρέπει πάντως να σημειωθεί, ότι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν κάποιοι από τους παραδοσιακούς και θρησκευτικούς θεραπευτές μπορεί να παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα.

III. Οι ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η ανεξαρτησία και η αυτονομία στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους, αν και μπορεί να διατηρούν κάποια μορφή συνεργασίας με το γενικότερο σύστημα υγείας.

Οι εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται κυρίως σε δημόσια ή και ιδιωτικά νοσοκομειακά πλαίσια, με τον τύπο της κλειστής νοσηλείας αλλά και των εξωτερικών ιατρείων. Στις υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνονται μονάδες οξέων και μονάδες υψηλής ασφάλειας, μονάδες παιδιών και ηλικιωμένων και ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες. Καλύπτουν πολύ συγκεκριμένες ανάγκες, απαιτούν ιδρυματικά πλαίσια και ικανό αριθμό εξειδικευμένου και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η έλλειψη αυτού ακριβώς του προσωπικού, αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα. Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες λειτουργούν συνήθως ως τριτοβάθμια κέντρα παραπομπών, που ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών τους είναι δύσκολα περιστατικά. Όταν έχουν επαρκή χρηματοδότηση και στελέχωση, προσφέρουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με καλά αποτελέσματα που δικαιολογούν επαρκώς τη συνέχιση της λειτουργίας τους. Σχεδόν όλες αυτές οι υπηρεσίες παρουσιάζουν δυσκολίες στην προσβασιμότητα, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες. Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να συνδέονται με την έλλειψη διαθεσιμότητας τους, με τη χωροθέτησή τους σε αστικά κέντρα με τα οποία μπορεί να υπάρχουν ελλείψεις συγκοινωνιακές συνδέσεις και με το στίγμα που συνεπάγεται η αναζήτηση βοήθειας. Είναι δαπανηρές τόσο στη δημιουργία όσο και στη λειτουργία τους λόγω του υψηλού επιπέδου επένδυσης που απαιτείται στις υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες το κόστος των εξειδικευμένων υπηρεσιών δεν είναι απαραίτητα υψηλό, λόγω των χαμηλότερων αμοιβών του προσωπικού και του γεγονότος ότι οι σχετικές επενδύσεις είναι ανε-

παρκείς, με συνέπεια να λειτουργούν με υποβαθμισμένες συνθήκες.

Τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία παρέχουν κυρίως υπηρεσίες μακροχρόνιας φύλαξης. Σε πολλά μέρη του κόσμου αποτελούν είτε τις μόνες, ή ένα ουσιαστικό στοιχείο των σχετικών υπηρεσιών. Απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την ψυχική υγεία σε πολλές χώρες, γεγονός που αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην ανάπτυξη εναλλακτικών υπηρεσιών στην κοινότητα. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία συνήθως συνδέονται με ανεπάρκειες όσον αφορά στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων τους. Αυτό οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων όπως στην ανεπαρκή κλινική φροντίδα, στην παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στη φύση της ιδρυματικής φροντίδας και στην έλλειψη αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων. Αντιπροσωπεύουν, ως εκ τούτου, την λιγότερο επιθυμητή λύση σε σχέση με τους ελλείψεις πόρους που διατίθενται για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για εκείνες τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν το μόνο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών. Το στίγμα που είναι συνδεδεμένο με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μειώνει περαιτέρω την αποδοχή και την προσβασιμότητά τους.

Το παρόν καθεστώς της οργάνωσης των υπηρεσιών ανά τον κόσμο

Πολύ λίγες χώρες έχουν τον ιδανικό συνδυασμό των απαιτούμενων υπηρεσιών. Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες κατέστησαν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαθέσιμες σε πιο ευρεία βάση, ενσωματώνοντάς τες στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Άλλες παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία. Σε μερικές χώρες βλέπουμε καλά παραδείγματα διατομεακής συνεργασίας μεταξύ μη κυβερνητικών οργανώσεων, πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και χρηστών των υπηρεσιών, που έχουν σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα. Συνήθως σε κάθε χώρα υπάρχουν σημαντικές ανισότητες από περιοχή σε περιοχή και το πλήρες φάσμα των υπηρεσιών είναι διαθέσιμες σε ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, κυρίως στα αστικά κέντρα ή σε επιλεγμένες αγροτικές περιοχές.

Στις αναπτυγμένες χώρες η διαδικασία του αποϊδρυματισμού, κατά την διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, καθώς και το κλείσιμο πολλών από αυτά. Όμως αυτό δεν συνοδεύτηκε από τη δέουσα εξασφάλιση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που συχνά είναι ανεπαρκείς και ανισομερώς κατανομημένες. Δεν δίνεται η αρμόζουσα σημασία στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Για παράδειγμα η κατάθλιψη, αν και είναι σύνηθες πρόβλημα στα πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας, ακόμη δεν αναγνωρίζεται ή αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς από τους λειτουργούς της σε πολλές αναπτυγμένες χώρες.

Δύο κύρια συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν από την παγκόσμια εμπειρία. Πρώτον, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν προκλήσεις τόσο για τις αναπτυσσόμενες όσο και για τις αναπτυγμένες χώρες. Βέβαια η φύση των προκλήσεων διαφέρει. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει καταφανής έλλειψη πόρων, προσωπικού και υπηρεσιών, γεγονός που χρήζει άμεσης προσοχής. Στις αναπτυγμένες χώρες κάποια προβλήματα σχετίζονται με τον ανεπαρκή αναπροσανατολισμό προς τις κοινοτικές υπηρεσίες, την αναγκαιότητα να προαχθεί η διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι ανταγωνιστικές απαιτήσεις των γενικών και των εξειδικευμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών. Δεύτερον, η απάντηση σ' αυτά τα προβλήματα δεν είναι η ανάπτυξη δαπανηρών, εξειδικευμένων υπηρεσιών. Ακόμη

και υπό το πρίσμα των περιορισμένων πόρων των υπηρεσιών υγείας στις περισσότερες χώρες, είναι δυνατόν να επέλθουν σημαντικές βελτιώσεις με τον αναπροσανατολισμό των πόρων προς λιγότερο δαπανηρές υπηρεσίες, αποδοτικότερες ως προς τα αποτελέσματα και μεγαλύτερης εμβέλειας όσον αφορά στα ποσοστά των επωφελομένων πληθυσμών.

Κατευθύνσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών

Οι συστάσεις που εμπεριέχονται στο παρόν εγχειρίδιο αποτελούν ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών και δεν πρέπει να ερμηνεύονται μεμονωμένα. Καμία από τις συστάσεις αυτές δεν είναι δυνατόν να επιτύχει, από μόνη της, τη βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η οργάνωση των υπηρεσιών πρέπει να βασίζεται στις αρχές της εύκολα προσβάσιμης, συντονισμένης, συνεχούς, αδιάλειπτης και αποτελεσματικής φροντίδας καθώς και στην ισότητα και στο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό των υπηρεσιών πρέπει να καθορίζουν το ακριβές μείγμα των διαφόρων τύπων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το επίπεδο εξασφάλισης των καναλιών παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Αν και υπάρχουν μεγάλες διαφορές, όσον αφορά στην αναγκαιότητα των διαφόρων υπηρεσιών από χώρα σε χώρα, υπάρχουν εντούτοις και πολλές ομοιότητες. Είναι σαφές ότι οι περισσότερες πρέπει να είναι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντίστοιχες που να παρέχονται από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, συνοδευόμενες από υπηρεσίες σε γενικά νοσοκομεία, θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες και, τέλος, εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Δεν υπάρχει επαρκής αιτιολόγηση για να συμπεριληφθεί, στο προαναφερόμενο φάσμα, το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Πάντα θα υπάρχει βέβαια ανάγκη για εγκαταστάσεις που θα εξυπηρετούν μακροχρόνιες ανάγκες ενός πολύ περιορισμένου αριθμού ασθενών. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς όμως, μπορούν να εγκατασταθούν σε μικρές μονάδες στην κοινότητα που να προσεγγίζουν, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, το κοινοτικό στυλ διαβίωσης ή, εναλλακτικά, σε μικρά τμήματα μακράς νοσηλείας σε νοσοκομεία που παρέχουν και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η φροντίδα φύλαξης σε μεγάλα ιδρύματα, έτσι όπως παρέχεται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν αιτιολογείται από άποψη κόστους, αποτελεσματικότητας ή ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες υγείας συμβάλλει στη μείωση του στίγματος που συνοδεύει την αναζήτηση βοήθειας από αμιγώς ψυχιατρικές υπηρεσίες. Βοηθά επίσης στο να ξεπερασθεί η μεγάλη έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας και στην ενθάρρυνση της πρώιμης αναγνώρισης ψυχικών διαταραχών σε άτομα που παρουσιάζονται στις υπηρεσίες υγείας με ψυχοσωματικά συμπτώματα. Άλλα πιθανά οφέλη περιλαμβάνουν τις δυνατότητες παροχής υπηρεσιών στο πλαίσιο της κοινότητας καθώς και τις ευκαιρίες εμπλοκής της ίδιας της κοινότητας στη διαδικασία φροντίδας. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί την πλέον βιώσιμη στρατηγική για την επέκταση αυτών των υπηρεσιών σε πληθυσμούς που εξυπηρετούνται ελλιπώς.

Η επίτευξη της ενσωμάτωσης μπορεί να επιδιωχθεί σε κλινικό, διαχειριστικό, διοικητικό και χρηματοδοτικό επίπεδο. Δεδομένου όμως ότι η πλήρης ενσωμάτωση μπορεί να παρουσιάσει εκτός από οφέλη και πωσιγυρίσματα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες συνθήκες προκειμένου να επιλεγεί μία πλήρης ή μερική ενσωμάτωση. Επαρκής

ενσωμάτωση πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον στο κλινικό επίπεδο που σημαίνει ενσωμάτωση στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των γενικών νοσοκομείων, την ανάπτυξη διασύνδεσης μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας καθώς και την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στα λοιπά θεσμοθετημένα προγράμματα υγείας και πρόνοιας.

Η ενσωμάτωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα προϋποθέτει την εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να αναλάβει την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την προαγωγή της. Σε πολλές χώρες είναι απαραίτητο να προσληφθεί επιπλέον προσωπικό στην πρωτοβάθμια φροντίδα, έτσι ώστε να υπάρχει επάρκεια χρόνου για την παροχή των παρεμβάσεων ψυχικής υγείας. Άλλα ζητήματα που πρέπει επίσης να αντιμετωπισθούν αφορούν στην εξασφάλιση της απαραίτητης υποδομής και εξοπλισμού και, κυρίως, στη διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Η ενσωμάτωση στα γενικά νοσοκομεία προϋποθέτει την εξασφάλιση εγκαταστάσεων όπως εξωτερικά ιατρεία, τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας καθώς και τη διαθεσιμότητα επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί.

Δεν πρέπει να παραγνωρισθεί η αναγκαιότητα για διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας. Πρέπει να καθιερωθεί ένα σαφές σύστημα διασύνδεσης και παραπομπής, μετά από διαβουλεύσεις με τους εμπλεκόμενους σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ήδη εφαρμοζόμενα προγράμματα σωματικής υγείας, καθώς και σε ανάλογα προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα, αποτελεί έναν εφικτό τρόπο εφαρμογής. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη που παρουσιάζεται σε μητέρες μπορεί να αντιμετωπισθεί εντός του πλαισίου ευρύτερων προγραμμάτων με θέμα την υγιεινή της αναπαραγωγής, και η ψυχική υγεία των γυναικών μπορεί να εξετάζεται σε προγράμματα σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Τέλος ζητήματα ψυχικής υγείας μπορούν να εξετάζονται και στα προγράμματα αντιμετώπισης του HIV/AIDS.

Οι χώρες πρέπει απαραίτητως να συστήσουν θεσμοθετημένες και άτυπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών είναι ουσιώδης, προκειμένου να μειωθεί η εξάρτηση από τις υπηρεσίες ιδρυματικού τύπου. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η έλλειψη οικονομικών και ανθρώπινων πόρων επιβάλλει τη σταδιακή ανάπτυξη συγκεκριμένων κοινοτικών υπηρεσιών, ανάλογα με τις τοπικές προτεραιότητες. Οι αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει επίσης να αξιοποιήσουν τα υπάρχοντα δίκτυα μη κυβερνητικών οργανώσεων για την παροχή μερικών από τις κοινοτικές υπηρεσίες, για παράδειγμα κοινοτικά κέντρα, ομάδες υποστήριξης, εργαστήρια απασχόλησης ή αποκατάστασης, προστατευμένα εργαστήρια, επιτηρούμενες τοποθετήσεις στην αγορά εργασίας και διαβίωση σε πλαίσια που υποστηρίζονται από προσωπικό.

Ο αποϊδρυματισμός αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δεν σημαίνει μόνο την έξοδο των ασθενών από τα ιδρύματα μακράς παραμονής. Προαπαιτεί σημαντικές αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών, όπως η χρήση εναλλακτικών λύσεων με βάση την κοινότητα και όχι το ίδρυμα. Η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα πρέπει να συμβαδίζει με τη μείωση των ασθενών των ψυχιατρείων. Ο αποϊδρυματισμός μπορεί να εξελίσσεται σταδιακά, καθώς εγκαθίστανται οι εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες. Η επίτευξή του προϋποθέτει ενεργή δέσμευση από τους υπεύθυνους για το σχεδιασμό, τους διοικητές και τους κλινικούς.

Σημαντικά ζητήματα για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι προαναφερόμενες συστάσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσμετρούν την τεκμηρίωση, βάσει στοιχείων, για τις παρεμβάσεις ψυχικής υγείας, τις ιδιαίτερες ανάγκες των ανθρώπων που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές, τον τρόπο πρόσβασης στις υπηρεσίες από τις κοινότητες και τους ασθενείς, καθώς και άλλα σημαντικά δομικά ζητήματα όπως η ανάγκη για διατομεακή συνεργασία.

Υπάρχουν δεδομένα που τεκμηριώνουν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση στην κοινότητα συνδέεται με σημαντικά καλύτερη έκβαση του αποτελέσματος από την ενδονοσοκομειακή θεραπεία, καθώς και ότι οι βραχύτερες νοσηλείες είναι το ίδιο αποτελεσματικές με αυτές που είναι μεγαλύτερης διάρκειας. Μερικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά από το προσωπικό της Π.Φ.Υ. με τη χρήση ενός συνδυασμού φαρμάκων και συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, η τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και οι παρεμβάσεις στην οικογένεια μειώνουν δραστικά το ποσοστό υποτροπών, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Τα συστήματα υγείας πρέπει να προσανατολισθούν προς την κάλυψη των αναγκών μιας ευάριθμης κατηγορίας ατόμων με σοβαρές και χρόνιες διαταραχές. Αυτά τα άτομα εξυπηρετούνται ελλιπώς από ένα μοντέλο φροντίδας που δίνει έμφαση στη σημασία της θεραπείας των οξέων επεισοδίων, με την προσδοκία ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα έχουν πλήρη ανάρρωση, και δεν θα έχουν ανάγκη συνεχούς φροντίδας, έως την εκδήλωση του επόμενου οξέως επεισοδίου. Αντιθέτως τα άτομα με σοβαρές και χρόνιες διαταραχές χρειάζονται διαρκή φροντίδα που θα αντιμετωπίζει το σύνολο των αναγκών τους (κοινωνικές, επαγγελματικές, ψυχολογικές).

Η πρόσβαση στη φροντίδα ή, με άλλα λόγια, οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προσεγγίζουν αυτούς που παρέχουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι διαφορετικοί στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω του διαφορετικού επιπέδου στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας. Μερικές φορές η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας εμποδίζεται, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αναζήτηση βοήθειας, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα της κακής έκβασης της νόσου μακροπρόθεσμα. Οι υπεύθυνοι πρέπει να σχεδιάζουν την παροχή φροντίδας έτσι ώστε να υπερπηδούνται τα εμπόδια και να βελτιώνεται η δυνατότητα πρόσβασης, για να μειώνεται η διάρκεια και η βαρύτητα της αναπηρίας που προκαλείται από τις ψυχικές διαταραχές.

Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό πρέπει να στοχεύουν στη μείωση των ανισοτήτων που παρατηρούνται μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, αναφορικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τα παραδείγματα που παρέχονται στο παρόν εγχειρίδιο.

Ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών εξυπηρετεί, συνήθως, διαχειριστικές και διοικητικές λογικές στις οποίες οι χρήστες αναγκάζονται να προσαρμοσθούν. Αυτός ο τρόπος οργάνωσης, που έχει ως άξονα τις υπηρεσίες, είναι χαρακτηριστικός πολλών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και έχει ως αποτέλεσμα να ορθώνει σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση, ιδιαίτερα για τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που οι ανάγκες τους υπερβαίνουν τις ιατρικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Υπάρχει μια τάση ανάπτυξης προς μοντέλα παροχής υπηρεσιών με άξονα τις ανάγκες των ασθενών, όπου για παράδειγμα εφαρμόζονται: ατομική αντιμετώπιση περιστατικού (case management), εντατικοποιημένα θεραπευτικά προγράμματα (assertive treatment programmes), και

δημιουργία χωριών αποκατάστασης σε αγροτικές περιοχές. Αυτά τα μοντέλα αποτελούν αναγνώριση του γεγονότος ότι οι ανάγκες των ασθενών έχουν προτεραιότητα και ότι οι υπηρεσίες πρέπει να προσαρμόσουν την οργάνωσή τους έτσι ώστε να καλύπτουν αυτές τις ανάγκες.

Οι σύνθετες ανάγκες πολλών ατόμων με ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο από τον τομέα υγείας. Συνεπώς, η διατομεακή συνεργασία είναι καθοριστικής σημασίας. Αυτή η συνεργασία πρέπει να συντελείται τόσο εντός όσο και εκτός του τομέα υγείας (ενδοτομεακή και διατομεακή συνεργασία).

Το πρώτο βήμα για την προώθηση της συνεργασίας, μεταξύ και εντός των τομέων, αποτελεί η αναγνώριση της αναγκαιότητας για κοινές δράσεις. Οι οργανισμοί ψυχικής υγείας και οι υπεύθυνοι που ασχολούνται με το σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών, πρέπει να πρωτοστατήσουν στην επεξήγηση, προς τους άλλους εμπλεκόμενους, του τι απαιτείται, ιδιαίτερα σ' αυτούς που βρίσκονται εκτός του τομέα της υγείας. Η συνεργασία μπορεί να προαχθεί με την εμπλοκή και άλλων τομέων στο σχεδιασμό της πολιτικής, με τη μεταβίβαση ορισμένων αρμοδιοτήτων σε οργανισμούς άλλων τομέων, με την καθιέρωση δικτύων πληροφόρησης και, μεταξύ των άλλων, με τη δημιουργία μιας εθνικής συμβουλευτικής επιτροπής στην οποία θα συμμετέχουν εκπρόσωποι συναφών οργανισμών εκτός του τομέα υγείας.

Τα δύο τελευταία κεφάλαια αυτού του εγχειριδίου προτείνουν συστάσεις για άμεση δράση, αναλύουν τα εμπόδια που ορθώνονται στην εφαρμογή της παροχής υπηρεσιών και περιγράφουν πιθανούς τρόπους αντιμετώπισής τους.

Το εγχειρίδιο αποσκοπεί στο να:

- παρουσιάσει μια περιγραφή και ανάλυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο, εξετάζοντας την οργάνωση και τις δράσεις τους,
- εξετάσει την παρούσα κατάσταση της οργάνωσης των υπηρεσιών, ανά τον κόσμο,
- παράσχει συστάσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών,
- αναλύσει τα κρίσιμα ζητήματα σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών,
- εξετάσει τα εμπόδια που αντιμετωπίζονται στην οργάνωση των υπηρεσιών και να προτείνει λύσεις.

Το εγχειρίδιο απευθύνεται σε:

- υπεύθυνους για τη διαμόρφωση πολιτικής γενικότερα και πολιτικής υγείας ειδικότερα,
- κυβερνητικά όργανα σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο,
- επαγγελματίες ψυχικής υγείας,
- άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις αντιπροσωπευτικές οργανώσεις τους,
- εκπροσώπους ή ενώσεις οικογενειών και φροντιστών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές,
- οργανώσεις συνηγορίας που εκπροσωπούν τα συμφέροντα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των συγγενών και των οικογενειών τους,
- μη κυβερνητικές οργανώσεις που εμπλέκονται ή ενδιαφέρονται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

1. Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες αποτελούν το μέσο δια του οποίου παρέχονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία. Ως εκ τούτου, ο τρόπος οργάνωσής τους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για το σύστημα παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας. Στην καλύτερη των περιπτώσεων, ο τρόπος οργάνωσής τους προάγει τους σκοπούς και τους στόχους μιας εθνικής πολιτικής για την ψυχική υγεία. Σε αντίθετη περίπτωση, οι κακώς οργανωμένες υπηρεσίες αποτυγχάνουν να καλύψουν τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και επιβάλλουν δαπάνες χωρίς αντίστοιχα οφέλη.

Το παρόν εγχειρίδιο δεν επιχειρεί να προδιαγράψει ένα συγκεκριμένο μοντέλο οργάνωσης των υπηρεσιών που να μπορεί να εφαρμοσθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο ακριβής τύπος της οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών εξαρτάται από το κοινωνικό, πολιτιστικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο της κάθε χώρας, στην οποία η διαθεσιμότητα οικονομικών και ανθρώπινων πόρων διαφέρει. Οι πολιτιστικές προσδοκίες και αξίες διαφέρουν επίσης, ακόμη και σε διαφορετικές περιοχές της ίδιας χώρας. Συνεπώς, είναι εντελώς ανέφικτο οποιοδήποτε συγκεκριμένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών να καλύψει πλήρως τις ανάγκες όλων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε όλες τις χώρες.

Παρά ταύτα, τόσο η πρακτική εμπειρία όσο και ερευνητικά δεδομένα σε διάφορα μέρη του κόσμου καταδεικνύουν κάποια συγκεκριμένα **βασικά συστατικά** επιτυχών μοντέλων παροχής υπηρεσιών. Το παρόν εγχειρίδιο παρουσιάζει συστηματικά αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά με σκοπό να παράσχει κατευθύνσεις στις χώρες, σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Απευθύνεται σε όλες τις χώρες που ενδιαφέρονται να μεταρρυθμίσουν τις υπηρεσίες τους στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Η οργάνωση των υπηρεσιών είναι καθοριστικός παράγοντας της φροντίδας ψυχικής υγείας

Ο ακριβής τύπος της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών εξαρτάται από τις τοπικές συνθήκες

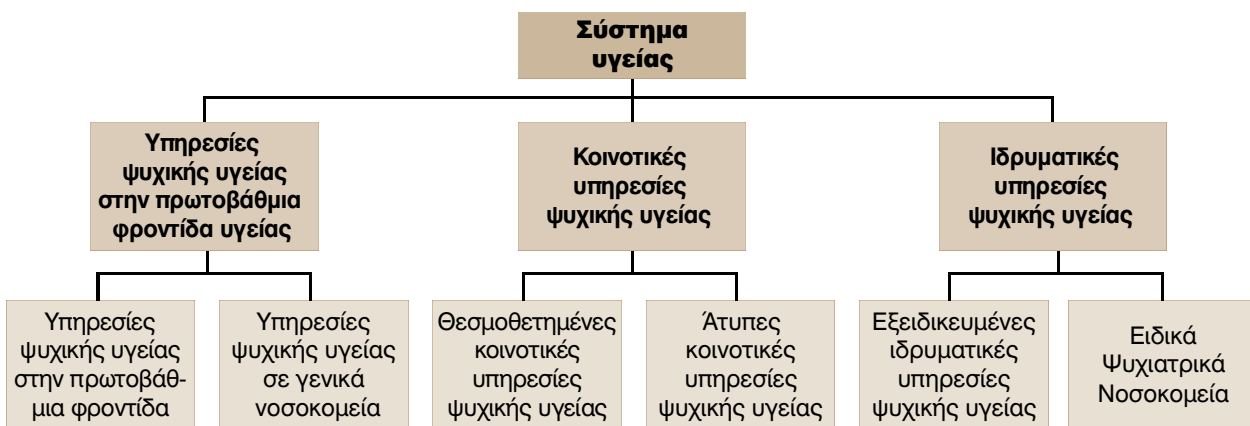
Παρά την ποικιλία των συστημάτων παγκοσμίως, υπάρχουν ορισμένα βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τις επιτυχώς οργανωμένες υπηρεσίες.

2. Περιγραφή και ανάλυση των υπηρεσιών

ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο

Στο Σχήμα 1 παρουσιάζεται μία σχηματική περιγραφή των διάφορων στοιχείων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που απαντώνται ανά τον κόσμο. Αυτό το πλαίσιο στοχεύει στο να χαρτογραφήσει την ποικιλία των υπηρεσιών στις διάφορες χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας καθώς και διαφορετικά επίπεδα παροχής φροντίδας. Είναι μια προσπάθεια περιγραφής των διάφορων τύπων υπηρεσιών και δεν αποτελεί σύσταση για τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών.

Σχήμα 1: Στοιχεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας



Κάθε μία από τις κατηγορίες περιγράφεται αναλυτικά στη συνέχεια. Οι περιγραφές συνοδεύονται από σύντομες συζητήσεις των συνεπειών και των δυνητικών πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων για κάθε κατηγορία, τόσο για τους παρέχοντες, όσο και για τους αποδέκτες των υπηρεσιών.

2.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενσωματωμένες στο γενικό σύστημα υγείας

Στην ευρύτερη κατηγορία των ενσωματωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας διακρίνονται δύο υποκατηγορίες:

- οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα και
- οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία.

2.1.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τόσο θεραπευτικές όσο και προληπτικές παρεμβάσεις καθώς και παρεμβάσεις προαγωγής, που επιτελούνται από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενδεικτικά παραδείγματά τους παρατίθενται ακολούθως. Βεβαίως, όλες αυτές οι παρεμβάσεις δεν γίνονται, απαραίτητως, σε όλες τις χώρες. Επίσης, κάποιες από τις λειτουργίες που περιγράφονται, γίνονται περισσότερο από εξειδικευμένο προσωπικό, παρά από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο τρόπος που κάθε χώρα οργανώνει αυτές τις δράσεις ποικίλει, ανάλογα με τις συνθήκες, όπως, για παράδειγμα, η οργάνωση των υπηρεσιών και η διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού.

Ακολουθούν μερικά παραδείγματα παροχής υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα:

- α) γενικοί γιατροί, νοσηλευτές και άλλες ειδικότητες επαγγελματιών του τομέα υγείας, που εργάζονται σε πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας, παρέχουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς και υπηρεσίες διασύνδεσης, για ψυχικές διαταραχές.
- β) γενικοί γιατροί, νοσηλευτές και άλλες ειδικότητες, πραγματοποιούν επισκέψεις κατ' οίκον για τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών.
- γ) μη ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχει βασικές υπηρεσίες υγείας σε αγροτικές περιοχές.
- δ) μη ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας που εμπλέκεται σε δράσεις προαγωγής και πρόληψης, όπως η λειτουργία προγραμμάτων για εκπαίδευση στην ψυχική υγεία και η εξέταση για ψυχικές διαταραχές στα σχολεία.
- ε) εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα και βοηθοί τους που παρέχουν πληροφόρηση, εκπαίδευση, καθοδήγηση καθώς και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε θύματα φυσικών καταστροφών και πράξεων βίας.

Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας

I. Ανθρώπινο πόροι: Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας απαιτεί σημαντική επένδυση στην εκπαίδευση των αντίστοιχων επαγγελματιών, για να είναι σε θέση να διαγιγνώσκουν και να αντιμετωπίζουν θεραπευτικά τις ψυχικές διαταραχές. Η εκπαίδευση πρέπει να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες πρακτικές ανάγκες των διαφόρων ομάδων των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως των γιατρών, νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων. Είναι προτιμότερο να πραγματοποιούνται συνεχή προγράμματα εκπαίδευσης παρά μεμονωμένα εργαστήρια που δεν εξασφαλίζουν την ενθάρρυνση νέων δεξιοτήτων. Σε πολλές χώρες αυτό δεν συνέβη, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας να μην είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι να εργασθούν με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που, ως εκ τούτου, δεν λαμβάνουν τη βέλτιστη φροντίδα. Ενώ οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι γενικά καλά εκπαιδευμένοι για την παροχή φροντίδας στα άτομα με σωματικές ασθένειες, πολλοί δεν αισθάνονται άνετα στο χειρισμό των ψυχικών διαταραχών, και αμφισβητούν ένα τέτοιο ρόλο. Συνεπώς τα προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να απαντούν και σε αυτά τα ζητήματα.

Ένας από τους κύριους λόγους για την απροθυμία ορισμένων να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ότι δεν διαθέτουν αρκετό χρόνο για να διεξάγουν τις απαιτούμενες παρεμβάσεις. Συνεπώς, μπορεί να χρειάζεται η αύξηση του αριθμού του προσωπικού για να προσθέσουν και την παροχή της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρακτική τους. Ωστόσο, επιχειρηματολογείται ότι οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατά βάση, εξοικονομούν χρόνο όταν ασχολούνται με τις ανάγκες ψυχικής υγείας ατόμων που παρουσιάζονται στις υπηρεσίες με σωματικά ενοχλήματα που έχουν ψυχολογική αιτιολογία (Goldberg & Lecrubier, 1995· Ustun & Sartorius, 1995).

Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν παρεμβάσεις θεραπείας, πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, που γίνονται από το προσωπικό αυτής της βαθμίδας

Απαιτείται σημαντική επένδυση για την εκπαίδευση του προσωπικού της Π.Φ.Υ.

Μπορεί να χρειαστεί αύξηση του αριθμού του προσωπικού της Π.Φ.Υ., ώστε να παρεμβαιέται και στην ψυχική υγεία

Αρκετές ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται κλινικά επιτυχώς στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.

Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. έχουν καλύτερη αποδοχή

Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι γενικά περισσότερα προσβάσιμες

Παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία μέσω της Π.Φ.Υ. μπορεί να είναι οικονομικότερες από παρεμβάσεις μέσω άλλων φορέων

Ορισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να παρέχονται από περιφερειακά γενικά νοσοκομεία και από τριτοβάθμια ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία

II. Κλινικά αποτελέσματα: Αν και η συμβατική λογική υποδεικνύει ότι οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας αποφέρουν λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, κάτι τέτοιο δεν ισχύει απαραίτητα. Για τις περισσότερες κοινές και οξείες ψυχικές διαταραχές αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να αποφέρουν το ίδιο καλά, ή και καλύτερα, αποτελέσματα (βλ. Κεφάλαιο 7.1). Για το προαναφερόμενο υπάρχουν τρεις πιθανές εξηγήσεις. Πρώτον, οι χρήστες είναι πιθανότερο να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια, λόγω του μειωμένου κόστους και της καλής αποδοχής. Δεύτερον, παρέχονται ευκαιρίες για πρώιμη ανίχνευση ψυχικών διαταραχών, όταν οι χρήστες ζητούν βοήθεια για σωματικά προβλήματα. Τρίτον, οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας συνήθως έχουν μεγαλύτερη εναισθησία του πολιτιστικού πλαισίου και των διαπροσωπικών σχέσεων των χρηστών των υπηρεσιών, από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες.

Οι χρήστες των υπηρεσιών αισθάνονται έτσι ότι αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη κατανόηση. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να ανιχνεύουν επιρροές, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στις διαπροσωπικές σχέσεις, που μπορούν να αξιοποιηθούν θεραπευτικά. Ωστόσο, η έκβαση των κλινικών αποτελεσμάτων εξαρτάται βασικά από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας που καθορίζεται από το επίπεδο γνώσεων του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τις δεξιότητες του στη διάγνωση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών, τη διαθεσιμότητα επαρκούς χρόνου, την προσβασιμότητα σε ψυχοτρόπα φάρμακα και τη δυνατότητα εφαρμογής ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

III. Αποδοχή: Οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι γενικά αποδεκτές από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Η αναζήτηση βοήθειας σε αυτές στιγματίζει λιγότερο, μιας και παρέχουν φροντίδα και για σωματικές και για ψυχικές ασθένειες. Ακόμη, είναι λιγότερο πιθανό να παρατηρηθούν παραβιάσεις δικαιωμάτων.

IV. Προσβασιμότητα: Είναι εύκολη λόγω της γεωγραφικής εγγύτητας και του γεγονότος ότι οι ώρες λειτουργίας τους καθορίζονται λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές ιδιαιτερότητες. Το έμμεσο κόστος επίσης είναι συγκριτικά χαμηλό, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα χρήσης τους από τους φτωχούς.

V. Οικονομικό κόστος: Αυτές οι υπηρεσίες είναι λιγότερο δαπανηρές από τις άλλες, λόγω του χαμηλότερου κόστους του ανθρώπινου δυναμικού, του μειωμένου κόστους των εγκαταστάσεων μιας και συνδυάζονται με την παροχή υπηρεσιών σωματικής υγείας στο ίδιο μέρος, της περιορισμένης ανάγκης ειδικού εξοπλισμού και της περιορισμένης χρήσης ενδονοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Το έμμεσο κόστος για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι χαμηλότερο, λόγω της γεωγραφικής εγγύτητας των υπηρεσιών, γεγονός που συνεπάγεται μικρότερα ταξίδια και λιγότερο χρόνο προκειμένου να κάνουν χρήση των υπηρεσιών.

2.1.2 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία

Ένα μέρος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να παρέχονται από δευτεροβάθμια περιφερειακά ή τριτοβάθμια πανεπιστημιακά/κεντρικά νοσοκομεία, που αποτελούν τμήμα του γενικού συστήματος υγείας. Οι συνήθεις εγκαταστάσεις για ενήλικες περιλαμβάνουν ψυχιατρικά τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, ψυχιατρικές κλίνες σε παθολογικά τμήματα, ψυχιατρικά τμήματα επειγόντων και εξωτερικά ιατρεία. Οι υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους απαντώνται σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ή σε νοσοκομεία παιδών. Περιλαμβάνουν ψυχιατρικά τμήματα παιδιών και εφήβων και αντίστοιχα εξωτερικά ιατρεία. Οι υπηρεσίες για υπερήλικες απαντώνται σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

μεία και περιλαμβάνουν ψυχογηριατρικά τμήματα, ψυχιατρικές κλίνες σε άλλα τμήματα και εξωτερικά ιατρεία. Οι προαναφερόμενες υπηρεσίες παρέχονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες όπως ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, και γενικοί γιατροί με εξειδίκευση στην ψυχιατρική. Στο Πλαίσιο 1 παρουσιάζονται παραδείγματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται από γενικά νοσοκομεία.

Πλαίσιο 1. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται στα γενικά νοσοκομεία

- Ενδονοσοκομειακή φροντίδα για οξεία περιστατικά
- Φροντίδα για σταθεροποίηση κρίσεων
- Ημερήσια ή νυχτερινά νοσοκομειακά προγράμματα
- Συμβουλευτικές/διασυνδετικές υπηρεσίες για γενικούς ασθενείς
- Εντατικά προγράμματα για εξωτερικούς ασθενείς
- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένη συμβουλευτική/ υποστήριξη/ εκπαίδευση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Πολυκλαδικές ψυχιατρικές ομάδες που διασυνδέονται με άλλους τοπικούς και περιφερειακούς τομείς (σχολεία, εργοδότες, σωφρονιστικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας) και μη κυβερνητικές οργανώσεις σε διατομεακές πρωτοβουλίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας
- Εξειδικευμένες μονάδες/τμήματα για άτομα με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές και για συναφή προγράμματα αποκατάστασης

Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία

I. Ανθρώπινοι πόροι: Οι υπηρεσίες αυτές προαπαιτούν επαρκή αριθμό εξειδικευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Συνεπώς, μία ανάλογη επένδυση γίνεται στην περίπτωση που αυτό το προσωπικό μπορεί να εκπαιδευτεί. Υπάρχουν αρκετά πλεονεκτήματα στην ύπαρξη επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία. Μπορούν να συμμετέχουν στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή ιατρική διδασκαλία και εκπαίδευση, ευαισθητοποιώντας τους γιατρούς στις ψυχικές διαταραχές. Τα ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία μπορούν να δρουν ως κέντρα για μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ψυχιατρική και να παρέχουν εκπαιδευτικές δυνατότητες σε άλλους επαγγελματίες, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς.

II. Κλινικά αποτελέσματα: Ποικίλουν ανάλογα με την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι μόνες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία είναι εξωτερικά ιατρεία, ενδονοσοκομειακά τμήματα βραχείας νοσηλείας για οξεία περιστατικά και συμβουλευτικές/διασυνδετικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα ψυχιατρικά στα υπόλοιπα τμήματα. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να διαχειριστούν με επάρκεια τα οξεία περιστατικά, αλλά προσφέρουν σχετικά λίγα στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που συνήθως διατρέχουν τον κύκλο της εισαγωγής - εξόδου - επανεισαγωγής (το σύνδρομο της περιστερόφωτης πόρτας), εκτός εάν υπάρχει και ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ή κοινοτικών υπηρεσιών. Επίσης η απουσία ψυχοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων περιορίζει τη δυνατότητα αυτών των υπηρεσιών να έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα σε άτομα που πάσχουν από άλλες, πέραν των ψυχώσεων, ασθένειες.

Τα γενικά νοσοκομεία έχουν ανάγκη προσωπικού ειδικευμένου στην ψυχική υγεία

Τα κλινικά αποτελέσματα εξαρτώνται από την ποιότητα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων έχουν συνήθως την αποδοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων έχουν ορισμένα προβλήματα πρόσβασης, αλλά έχουν και πλεονεκτήματα

Οι υπηρεσίες αυτές είναι δαπανηρότερες από εκείνες της Π.Φ.Υ., αλλά οικονομικότερες από εκείνες των εξειδικευμένων ιδρυμάτων

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να συνεργάζονται καλά με την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και με τους άτυπους παροχείς υπηρεσιών στο κοινοτικό επίπεδο

III. Αποδοχή: Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων έχουν συνήθως την αποδοχή από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Υπάρχει λιγότερο στίγμα στην αναζήτηση βοήθειας από αυτές τις υπηρεσίες συγκριτικά με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το γενικό νοσοκομείο είναι ένα ανοικτό πλαίσιο και, ως εκ τούτου, είναι λιγότερο πιθανό να σημειωθούν παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συγκριτικά με τα κλειστά ιδρύματα.

IV. Προσβασιμότητα: Οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων συνήθως χωροθετούνται σε πόλεις που αποτελούν κέντρα των περιφερειών, ενώ τα τριτοβάθμια/ πανεπιστημιακά κέντρα χωροθετούνται σε μεγάλα αστικά κέντρα. Ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, η πρόσβαση στις υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων μπορεί να παρεμποδισθεί από το οικονομικό κόστος. Σε πολλές χώρες, η έλλειψη αξιόπιστου και φθηνού συγκοινωνιακού δικτύου μπορεί να αποκλείσει πολλούς, που δεν κατοικούν στην έδρα των νοσοκομείων, από την πρόσβαση στις υπηρεσίες τους. Παρ' όλα αυτά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία έχουν τα πλεονεκτήματα της σχετικά εύκολης πρόσβασης σε εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και ιατρική θεραπεία σε σωματικές ασθένειες που συνυπάρχουν.

V. Οικονομικό κόστος: Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία κοστίζουν ακριβότερα, για τους παροχείς των υπηρεσιών, από αυτές που παρέχονται σε πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό προκύπτει από το κόστος των υποδομών, το κόστος παροχής της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και το αυξημένο κόστος των αποδοχών εξειδικευμένου προσωπικού, όπως ψυχίατροι και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να είναι φθηνότερες από τις αντίστοιχες των εξειδικευμένων ιδρυμάτων. Για τους χρήστες, οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων κοστίζουν περισσότερο από αυτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, λόγω των πρόσθετων δαπανών που απαιτούνται για τα έξοδα ταξιδιού και της απώλειας του ημερομισθίου (έμμεσες δαπάνες). Στις αγροτικές περιοχές, οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων εξοικονομούν τις δαπάνες μετακίνησης του προσωπικού, μετακυλιώντας τις στους χρήστες. Αυτή η μετακίνηση της οικονομικής επιβάρυνσης, μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στην προσβασιμότητα, σε αναπτυσσόμενες χώρες, σε πολλές εκ των οποίων οι έμμεσες δαπάνες είναι δυσανάλογα μεγάλες, σε σύγκριση με τη δυνατότητα άμεσων δαπανών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2.2 Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Υποδιαίρονται στις θεσμοθετημένες και στις άτυπες.

2.2.1 Θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αποτελούνται από ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και διαφορετικών επιπέδων φροντίδας που παρέχονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πρόσωπα που συνεργάζονται μαζί τους, σε έναν επικουρικό ρόλο. Περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, θεραπευτικές και εσωτερικές εποπτευόμενες υπηρεσίες, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι και κοινοτικές υπηρεσίες για ειδικές κατηγορίες, όπως θύματα τραυματικών εμπειριών, παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν στεγάζονται σε νοσοκομειακά πλαίσια, χρειάζονται, όμως, στενή συνεργασία με αυτά, καθώς και με ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αυτή η συνεργασία περιλαμβάνει, για παράδειγμα, ένα αμφίδρομο σύστημα παραπομπών, όπου τα γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία δέχονται ασθενείς για βραχύχρονη θεραπεία και παραπέμπουν τους ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι αποδοτικότερες όταν είναι στενά συνδεδεμένες με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και άτυπους παροχείς υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα. Το Πλαίσιο 2 παρουσιάζει παραδείγματα θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πλαίσιο 2. Παραδείγματα θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Υπηρεσίες αποκατάστασης

- Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας / εξωτερικά ιατρεία
- Κοινοτικές λέσχες
- Κέντρα ημέρας
- Ανοιχτά κέντρα (Drop-in centres)
- Ομάδες υποστήριξης
- Επαγγελματικά εργαστήρια, εργαστήρια αποκατάστασης
- Προστατευμένα εργαστήρια
- Εποπτευόμενες θέσεις απασχόλησης
- Συνεταιριστικά εργασιακά σχήματα
- Προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης

Προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου και κινητές μονάδες παρέμβασης στην κρίση

- Κινητές μονάδες διάγνωσης και αντιμετώπισης κρίσεων (προσφέρουν υπηρεσίες και απογευματινές ώρες, καθώς και Σαββατοκύριακα) που λειτουργούν από κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας ή εξωτερικά ιατρεία.

Υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων

- Σπίτια στις γειτονιές όπου παρέχεται 24ωρη φροντίδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Εξειδικευμένο προσωπικό υποστήριξης που μπορεί να διανυκτερεύει στο σπίτι του ασθενούς, σε περιόδους κρίσεων
- Κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων

Θεραπευτικές και εποπτευόμενες στεγαστικές υπηρεσίες

- Διαμερίσματα για πρώην ασθενείς (χωρίς εποπτεία)
- Διαμερίσματα με δύο-τρεις ενοίκους (χωρίς εποπτεία)
- Σπίτια ομαδικής διαβίωσης (με ή χωρίς προσωπικό)
- Ξενώνες
- Σπίτια ημιδιαμονής
- Αγροτικά χωριά ψυχιατρικής αποκατάστασης
- Συνήθης στέγαση

Υπηρεσίες κατ' οίκον

- Διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση που συντονίζονται από επαγγελματίες του κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας
- Ατομική αντιμετώπιση περιστατικού και εντατικοποιημένη κοινοτική θεραπεία
- Κέντρα υποστήριξης υπηρεσιών κατ' οίκον

Λοιπές υπηρεσίες

- Κλινικές υπηρεσίες σε εκπαιδευτικά, εργασιακά και σωματιοσυντονιστικά πλαίσια
- Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας
- Προγράμματα αντιμετώπισης τραυματικών εμπειριών σε στρατόπεδα προσφύγων, ή σε κοινοτικά πλαίσια

Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζονται επαρκή αριθμό ειδικευμένου προσωπικού, πράγμα δύσκολο για ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες

Οι υπηρεσίες που έχουν επαρκείς πόρους επιτυγχάνουν αρκετά καλά αποτελέσματα

Οι υπηρεσίες αυτές εν γένει ικανοποιούν τους χρήστες σε μεγάλο βαθμό

Οι κοινοτικές υπηρεσίες έχουν υψηλή προσβασιμότητα

Οι κοινοτικές υπηρεσίες δεν είναι φθηνές και δεν οδηγούν αναγκαστικά σε εξοικονόμηση πόρων

I. Ανθρώπινοι πόροι: Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρήζουν κάποιων επαγγελματιών με υψηλό βαθμό δεξιοτήτων και εκπαίδευσης. Πολλές λειτουργίες, όμως, μπορούν να διεκπεραιωθούν από επαγγελματίες υγείας με λιγότερη εκπαίδευση. Η εντατική φύση της εργασίας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας υποδηλώνει πως απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού, από τις άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα επέκτασης των υπηρεσιών.

II. Κλινικά αποτελέσματα: Εξαρτώνται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με επάρκεια προσωπικού, μέσω και χρηματοδότησης παρέχουν σε πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές τη δυνατότητα να συνεχίσουν τη ζωή τους στην κοινότητα, προάγοντας την κοινωνική ενσωμάτωση (βλέπε Κεφάλαιο 7.1). Πολλές τέτοιες υπηρεσίες, όπως τα κέντρα ημέρας, τα προστατευμένα εργαστήρια και η υποστηριζόμενη στέγαση, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή κοινωνικής φροντίδας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, γεγονός που έχει σημαντική θετική επίδραση στην έκβαση των κλινικών αποτελεσμάτων και στην ποιότητα ζωής τους.

III. Αποδοχή: Το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνδέεται με την εύκολη προσβασιμότητά τους, το μειωμένο στιγματισμό όταν ζητείται βοήθεια, και τη μειωμένη πιθανότητα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

IV. Προσβασιμότητα: Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ εύκολα προσβάσιμες, ιδιαίτερα από τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που χρήζουν συνεχούς φροντίδας. Στιγματίζουν λιγότερο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, γεγονός που βελτιώνει την προσβασιμότητά τους. Τα κύρια εμπόδια στην πρόσβαση εγείρονται από την έλλειψη αυτών των υπηρεσιών που οφείλεται στο υψηλό κόστος δημιουργίας και λειτουργίας τους και στην έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού. Αυτά τα εμπόδια ισχύουν ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου αυτές οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες μόνο σε μικρά τμήματα του πληθυσμού. Παρόμοια εμπόδια αντιμετωπίζουν οι αγροτικοί και μειονοτικοί πληθυσμοί των αναπτυσσόμενων χωρών, λόγω έλλειψης αυτών των υπηρεσιών.

V. Οικονομικό κόστος: Σε πολλές χώρες ο αποϊδρυματισμός, και η συνακόλουθη αναπροσαρμογή των υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο, πραγματοποιήθηκε με την προσδοκία, ιδιαίτερα από την πλευρά των αρμοδίων για τη δημόσια υγεία, της μείωσης του κόστους. Η εμπειρία της τελευταίας δεκαετίας όμως, υποδηλώνει πως η μείωση του κόστους είναι ελάχιστη, ιδιαίτερα βραχυπρόθεσμα. Οι παρέχοντες τις κοινοτικές υπηρεσίες πρέπει να προσαρτούν το επιπρόσθετο κόστος μετακίνησης του προσωπικού, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Επιπροσθέτως, λιγότεροι χρήστες των υπηρεσιών μπορούν να βοηθηθούν, λόγω του απαιτούμενου χρόνου της μετακίνησης. Οι ποιοτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για να καλύψουν τις διάφορες κλινικές ανάγκες, προαπαιτούν αυξημένους πόρους και προσωπικό. Επομένως η εξοικονόμηση πόρων φαίνεται πιθανή μετά από αρκετά χρόνια. Αυτή η εξοικονόμηση προέρχεται από τη μειωμένη χρήση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, που αποτελεί μια δαπανηρή λύση στις περισσότερες αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες. Εξοικονόμηση χρημάτων προκύπτει για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, καθώς μειώνονται τα έξοδα ταξιδιού και το έμμεσο κόστος, αφού οι υπηρεσίες τείνουν να "πηγαίνουν" προς τους χρήστες και όχι το αντίστροφο.

2.2.2 Άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Εκτός των επαγγελματιών του τομέα υγείας και ψυχικής υγείας και των ατόμων με συναφή ενασχόληση, μέλη των τοπικών κοινοτήτων μπορούν να παρέχουν ποικίλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αν και αυτά τα άτομα έχουν λίγη, ή και καθόλου, επίσημη εκπαίδευση σε δεξιότητες ψυχικής υγείας, μπορούν να παρέχουν πολλή από την απαιτούμενη φροντίδα, ειδικά στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που ζουν στο σπίτι με τις οικογένειές τους. Οι άτυποι παροχείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας ποικίλουν, ανάλογα με τα διάφορα σενάρια παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες χωρών και περιοχών. Στο Πλαίσιο 3 παρέχονται σχετικά παραδείγματα.

Οι παροχείς των άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι απίθανο να αποτελούν τον πυρήνα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Χώρες εξαρτώμενες μόνο από αυτές τις υπηρεσίες αναλαμβάνουν το σχετικό ρίσκο. Εντούτοις, αποτελούν ένα χρήσιμο συμπλήρωμα των θεσμοθετημένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι παραδοσιακοί θεραπευτές δεν εντάσσονται εύκολα σε μια συγκεκριμένη κατηγορία. Μπορεί να είναι θεραπευτές με υπόβαθρο που ποικίλλει από την πίστη, τον πνευματισμό, τη θρησκεία, ή θεραπευτές αυτοχθόνων, ή εναλλακτικών ιατρικών πρακτικών. Σε μερικές χώρες μπορεί να αποτελούν τμήμα του άτυπου τομέα υγείας. Σε άλλες χώρες, όμως, πληρώνονται για τις υπηρεσίες τους και υπό αυτό το πρίσμα μπορούν να θεωρούνται ως τμήμα του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε αρκετές χώρες αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής για πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές και, μερικές φορές, οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι οι μόνες διαθέσιμες. Επίσης, χαίρουν μεγάλης αποδοχής και είναι, γενικά, εύκολα προσβάσιμοι, δεδομένου ότι είναι συνήθως μέλη των τοπικών κοινοτήτων στις οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Παρά το σημαντικό ρόλο των παραδοσιακών θεραπευτών στην παροχή υπηρεσιών στα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε πολλές κοινωνίες, πρέπει να σημειωθεί ότι μερικές παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές έχουν συνδεθεί με παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ενδείξεις για παραβιάσεις δικαιωμάτων ευπαθών ομάδων όπως τα παιδιά, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι.

Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν μπορεί να στηριχθεί αποκλειστικά στους άτυπους παροχείς υπηρεσιών

Οι παραδοσιακοί θεραπευτές είναι μια ετερογενής ομάδα

Πλαίσιο 3. Παραδείγματα παροχών άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- Παραδοσιακοί θεραπευτές
- Εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα
- Μέλη των οικογενειών
- Ομάδες αυτοβοήθειας και ομάδες χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες συνηγορίας
- Εθελοντές που παρέχουν επιμόρφωση σε γονείς και νέους για θέματα ψυχικής υγείας και θέματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών (συμπεριλαμβανομένων των αυτοκτονικών διαθέσεων), σε σχολεία και κλινικές.
- Θρησκευτικοί ηγέτες που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με την αντιμετώπιση τραυματικών καταστάσεων και άλλων έκτακτων γεγονότων
- Υπηρεσίες που παρέχονται, σε ημερήσια βάση, από συγγενείς, γείτονες ή συνταξιούχους των τοπικών κοινοτήτων
- Εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε έκτακτες συνθήκες

Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι άνθρωποι πόροι βρίσκονται εύκολα στις περισσότερες κοινότητες

Οι άτυπες υπηρεσίες μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη στήριξη των θεσμοθετημένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Χαίρουν συνήθως μεγάλης αποδοχής εκ μέρους των τοπικών κοινωνιών

Υπάρχουν λίγα εμπόδια στην πρόσβαση

Δεν παρέχονται πάντα δωρεάν και οι χρήστες μπορεί να πρέπει να επωμισθούν κάποιες δαπάνες

I. Ανθρώπινοι πόροι: Είναι γενικά εφικτοί στις περισσότερες κοινότητες, ειδικά στις αγροτικές και απομονωμένες περιοχές, όπου οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες υγείας δεν είναι εύκολα διαθέσιμες.

II. Κλινικά αποτελέσματα: Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στη βελτίωση της έκβασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Είναι σημαντικές για τη διατήρηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και την παροχή υποστηρικτικών δικτύων που μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπών. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες είναι η κύρια πηγή παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και χρησιμοποιούνται από άτομα με οξείες, βραχείες και ψυχοκοινωνικού τύπου ψυχικές διαταραχές.

III. Αποδοχή: Είναι υψηλή καθώς οι κοινότητες τις προσλαμβάνουν ως πλέον ανταποκρινόμενες στις εκφρασμένες ανάγκες τους. Αυτές οι υπηρεσίες είναι συνήθως σύμφωνες με τις κοινοτικές αντιλήψεις και τα επεξηγηματικά μοντέλα των ψυχικών διαταραχών και της θεραπείας τους. Υπάρχουν, εντούτοις, κάποιες ενστάσεις για παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που αφορούν ιδιαίτερα τη χρήση τραυματικών θεραπευτικών μεθόδων και τον κίνδυνο παραβίασης των δικαιωμάτων ευπαθών ομάδων, όπως τα παιδιά, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι. Οι παρεμβάσεις τους δεν μπορεί να υποβληθούν σε ποιοτικό έλεγχο, όπως συμβαίνει με τους δημόσιους παροχείς.

IV. Προσβασιμότητα: Υπάρχουν λίγα εμπόδια στην προσβασιμότητα καθώς αυτές οι υπηρεσίες εδράζονται, σχεδόν πάντα, στην κοινότητα και χαίρουν μεγάλης αποδοχής, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα στιγματισμού, λόγω της χρήσης τους.

V. Οικονομικό κόστος: Οι άτυπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν γενικά ένα σημαντικό πλεονέκτημα σε σύγκριση με, σχεδόν όλες, τις θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (βλέπε την προηγούμενη συζήτηση για τους παραδοσιακούς θεραπευτές). Δεν παρέχονται, όμως, πάντοτε δωρεάν και οι χρήστες πρέπει να επωμισθούν κάποιες δαπάνες.

2.3 Ιδρυματικές υπηρεσίες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτών των υπηρεσιών είναι το ανεξάρτητο και μοναχικό στυλ τους, αν και μπορεί να έχουν κάποιες διασυνδέσεις με το σύστημα υγείας. Μπορεί να υποδιαιρεθούν στις εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2.3.1 Εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Είναι συνήθως εξειδικευμένες, δημόσιες ή ιδιωτικές, νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, που παρέχουν ποικίλες υπηρεσίες σε ενδονοσοκομειακά τμήματα και σε εξειδικευμένα πλαίσια που λειτουργούν με εξωτερικούς ασθενείς. Δεν αποτελούν εκσυγχρονισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά υπηρεσίες που εξυπηρετούν πολύ συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες προαπαιτούν ένα ιδρυματικό πλαίσιο. Επιπλέον, δεν προσδοκείται να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, αλλά δρουν ως δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες παραπομπής. Περιλαμβάνουν μονάδες οξέων και μονάδες υψηλής ασφάλειας, εξειδικευμένες μονάδες για παιδιά και ηλικιωμένους, και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως οι ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες. Παραδείγματα αυτών των υπηρεσιών δίδονται στο Πλαίσιο 4.

Πλαίσιο 4. Παραδείγματα εξειδικευμένων ιδρυματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- Εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα
 - Μονάδες μέσης ασφάλειας
 - Μονάδες υψηλής ασφάλειας
- Εξειδικευμένες μονάδες / κέντρα για τη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών και αντίστοιχων προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως μονάδες διαταραχών της διατροφής.
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων
- Υπηρεσίες αποκατάστασης συγκεκριμένων διαταραχών παιδιών και εφήβων, όπως ο αυτισμός και οι ψυχωσικές διαταραχές
- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες για συγκεκριμένες διαταραχές των ηλικιωμένων, όπως η νόσος Alzheimer

Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εξειδικευμένων ιδρυματικών υπηρεσιών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία

I. Ανθρώπινοι πόροι: Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες προαπαιτούν ένα ικανό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού στην ψυχική υγεία. Η έλλειψη αυτού του προσωπικού αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η απουσία εκπαιδευμένου προσωπικού δυσχεραίνει την τήρηση της επιθυμητής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και εγκυμονεί τον κίνδυνο μετατροπής των υπηρεσιών σε υπηρεσίες φύλαξης, με μικρή θεραπευτική δυνατότητα.

II. Κλινικά αποτελέσματα: Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες είναι συνήθως τριτοβάθμια κέντρα παραπομπής. Μεγάλη αναλογία των ασθενών τους είναι αυτοί με ψυχικές διαταραχές που είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Η επιτυχία των εξειδικευμένων υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από την ποιότητα των διαθέσιμων μέσων και υποδομής. Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου πολλές από αυτές τις υπηρεσίες είναι επαρκώς χρηματοδοτούμενες και στελεχωμένες, παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας με καλά αποτελέσματα, που δικαιολογούν τη διατήρησή τους. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η έλλειψη χρηματοδότησης, υποδομής και προσωπικού συνήθως συνεπάγεται την έλλειψη ή την ανεπάρκειά τους.

III. Αποδοχή: Όπως και όλα τα απομονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας εμπεριέχουν κοινωνικό στίγμα και, ως εκ τούτου, μπορεί να μη χαιρούν μεγάλης αποδοχής. Οι χρήστες των υπηρεσιών συχνά διστάζουν να τις χρησιμοποιήσουν, εκτός αν δεν έχουν άλλη επιλογή. Αυτό δεν αποτελεί, απαραίτητως, πρόβλημα, καθώς οι εξειδικευμένες υπηρεσίες δεν επιθυμούν να χρησιμοποιούνται ως υπηρεσίες πρώτης ζήτησης.

Η έλλειψη ανθρώπινων πόρων επηρεάζει την ποιότητα των εξειδικευμένων υπηρεσιών

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες βοηθούν πολλούς ασθενείς με βαριές ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζονται δύσκολα

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες δεν είναι υπηρεσίες πρώτης ζήτησης

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες έχουν ορισμένα προβλήματα προσβασιμότητας λόγω χωροθέτησης

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες καλής ποιότητας είναι δαπανηρές λόγω των επενδύσεων σε υποδομές και προσωπικό

Σε πολλές χώρες τα ψυχιατρικά νοσοκομεία καταναλώνουν σημαντικό ποσοστό των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων

IV. Προσβασιμότητα: Σχεδόν όλες οι εξειδικευμένες υπηρεσίες παρουσιάζουν προβλήματα προσβασιμότητας, τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πολλές δεν είναι εύκολα διαθέσιμες ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ συνήθως δεν υπάρχουν στις αναπτυσσόμενες. Συνήθως χωροθετούνται στα περίχωρα μεγάλων αστικών κέντρων και μπορεί να μην έχουν καλή συγκοινωνιακή σύνδεση, γεγονός που συνεπάγεται υψηλό κόστος πρόσβασης. Το στίγμα που συνδέεται με τις απομονωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δρα ως εμπόδιο στη χρήση τους. Μερικά από τα προβλήματα προσβασιμότητας δεν έχουν εύκολες λύσεις. Το κατά πόσο οι εξειδικευμένες υπηρεσίες θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες, συζητείται. Επιπλέον, για λόγους διατήρησης, αυτές οι υπηρεσίες πρέπει να λειτουργούν κεντρικά και η πρόσβασή τους να περιορίζεται στις παραπομπές από ειδικούς.

V. Οικονομικό κόστος: Το κόστος δημιουργίας και λειτουργίας των εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι υψηλό, συγκρινόμενο με αυτό των υπόλοιπων υπηρεσιών, λόγω των μεγάλων επενδύσεων που απαιτούνται, καθώς και του υψηλού κόστους για τις δαπάνες μισθοδοσίας. Επιπλέον, το κόστος αυξάνει λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος παροχής φροντίδας. Σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες, το κόστος των εξειδικευμένων μονάδων δεν είναι απαραίτητα υψηλό λόγω των χαμηλότερων δαπανών για το προσωπικό και χαμηλότερου κόστους επενδύσεων, μια και οι μονάδες λειτουργούν σε συνθήκες χωρίς υψηλές προδιαγραφές. Υπό αυτές τις συνθήκες, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν τα οικονομικά μειονεκτήματα των εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν όμως τέτοιες υπηρεσίες, καλής ποιότητας, παρέχονταν στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα προαναφερόμενα οικονομικά ζητήματα θα είχαν ανάλογη ισχύ. Ο ακριβής καταμερισμός του κόστους, μεταξύ των παροχών και των χρηστών των υπηρεσιών, εξαρτάται από τις χρηματοδοτικές διευθετήσεις κάθε χώρας. Ακόμη και όταν αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από το κράτος, οι χρήστες υφίστανται το έμμεσο κόστος.

2.3.2 Ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία

Είναι ψυχιατρεία παλαιού τύπου που, κυρίως, παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φύλαξης. Σε πολλά μέρη του κόσμου αποτελούν είτε τις μόνες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ένα ουσιώδες τμήμα τους. Αυτό μπορεί να φαίνεται αντιφατικό με τα στοιχεία του Άτλαντα που υποδεικνύουν ότι μόνο 37% των χωρών δεν έχουν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 87% των χωρών αναγνωρίζουν την ψυχική υγεία σαν μια δράση της Π.Φ.Υ. και ότι η εκπαίδευση του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνει χώρα στο 59% των χωρών (World Health Organization 2001b). Τα ποσοστά αυτά, όμως, δεν ανταποκρίνονται σε πληθυσμιακή κάλυψη. Η Ινδία, για παράδειγμα, με πληθυσμό που ξεπερνά το ένα δισεκατομμύριο, έχει ένα κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας, σε 22 περιφέρειες, που καλύπτει πληθυσμό μόνο 40 εκατομμυρίων (Jacob, 2001).

Δυνητικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων

I. Ανθρώπινοι πόροι: Σε πολλές χώρες, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία απορροφούν τους περισσότερους από τους διαθέσιμους εξειδικευμένους πόρους ψυχικής υγείας. Αυτό αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, απώλειας κινήτρων και βαθμιαία φθορά των δεξιοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

II. Κλινικά αποτελέσματα: Πολλά από αυτά τα ιδρύματα παρέχουν μόνο υπηρεσίες φύλαξης, όπως οι φυλακές, συχνά πολύ κακής ποιότητας. Τα κλινικά αποτελέσματα είναι πενιχρά, λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων όπως η κακή κλινική φροντίδα, η

παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η φύση της ιδρυματοποιημένης διαδικασίας φροντίδας και η έλλειψη αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων. Το υψηλό κόστος και τα πενήχρα κλινικά αποτελέσματα υποδηλώνουν πως αυτά τα ιδρύματα αντιπροσωπεύουν τη χειρότερη αξιοποίηση των ανεπαρκών πόρων, που διατίθενται για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παρέχουν τις μόνες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

III. Αποδοχή: Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, γενικά, δεν χαίρουν αποδοχής, από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και το ευρύ κοινό. Χρησιμοποιούνται μόνο ως τελευταία λύση, λόγω του έντονου στίγματος που τα συνοδεύει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας, που με τη σειρά της επιδρά δυσμενώς στα κλινικά αποτελέσματα. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες, έχουν κακό παρελθόν αναφορικά με σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αυτό, κατά την διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας, οδήγησε στο κλείσιμο ή στη ριζική μεταρρύθμισή τους. Όμως, παρά τις βελτιώσεις, τα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία μακράς παραμονής ενοχοποιούνται για σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

IV. Προσβασιμότητα: Σχεδόν όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παρουσιάζουν προβλήματα προσβασιμότητας γιατί χωροθετούνται, συνήθως, σε κάποια απόσταση από τα αστικά κέντρα, με ελλιπή συγκοινωνιακή σύνδεση. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που φυλάσσονται σ' αυτά τα ιδρύματα, απομονώνονται από τις οικογένειες τους γιατί είναι δύσκολο να δεχθούν επισκέψεις, ή να διατηρήσουν επαφή με τον έξω κόσμο. Η προσβασιμότητα επίσης εμποδίζεται από τις δυσκίνητες διαδικασίες εισαγωγής και εξόδου καθώς και από το στίγμα που τα συνοδεύει.

V. Οικονομικό κόστος: Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι δαπανηρά και, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, απορροφούν σημαντικό ποσοστό του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία, αφήνοντας λιγοστούς πόρους για κοινοτικές πρωτοβουλίες. Στην Ινδονησία, για παράδειγμα, 97% του προϋπολογισμού της ψυχικής υγείας δαπανάται για τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (Trisnantoro, 2002). Πολλά νοσοκομεία έχουν παγιωμένο χαρακτήρα με στατικούς μακροχρόνιους ασθενείς.

Υπάρχουν φτωχά κλινικά αποτελέσματα λόγω της γενικά κακής ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία συχνά συσχετίζονται με το στίγμα και βαρύνονται με παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Οι χρήστες διστάζουν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις υπηρεσίες

Υπάρχουν σημαντικά προβλήματα πρόσβασης στις περισσότερες χώρες

Το υψηλό οικονομικό κόστος αφήνει λίγους πόρους για εναλλακτικές υπηρεσίες

Κύρια σημεία: Υπηρεσίες ψυχικής υγείας

- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαχωρίζονται στις εξής βασικές κατηγορίες:
(I) υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας, (II) κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (III) ιδρυματικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα απαιτούν σημαντικές επενδύσεις, ώστε να επαρκεί αριθμητικά και να εκπαιδευτεί κατάλληλα το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το επίπεδο.
- Υπηρεσίες που παρέχονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι δυνατό να επιτυγχάνουν καλές κλινικές εκβάσεις κατά την αντιμετώπιση πολλών ψυχικών διαταραχών.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν πλεονεκτήματα ως προς την προσβασιμότητα, την αποδοχή και το μειωμένο οικονομικό κόστος, τόσο για τους παροχείς, όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών.
- Για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία απαιτείται επαρκής αριθμός εκπαιδευμένου προσωπικού.
- Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να συνεργάζονται στενά με τις πρωτοβάθμιες, τις δευτεροβάθμιες καθώς και με τις τριτοβάθμιες υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Συνήθως, υπάρχει υψηλός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών και όσων τους φροντίζουν από τις κοινοτικές υπηρεσίες που είναι στελεχωμένες επαρκώς.
- Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο δεν συνεπάγεται άμεση μείωση του κόστους για τους παροχείς των υπηρεσιών.
- Οι παροχείς άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν έναν εύκολα προσβάσιμο πρόσθετο πόρο σε πολλές χώρες.
- Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν το πρώτο σημείο το οποίο προσεγγίζουν όσοι έχουν ανάγκη υπηρεσιών, και ενίοτε το μόνο, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν άλλοι παροχείς υπηρεσιών.
- Η ύπαρξη εξειδικευμένων υπηρεσιών που παρέχονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον είναι αναγκαία στις περισσότερες χώρες, αν και οι απαιτήσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η ύπαρξη όμως πρωτοβάθμιας φροντίδας και κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί σημαντικότερη προτεραιότητα.
- Σε πολλές χώρες τα ψυχιατρεία συνδέονται με το στίγμα και την παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων.
- Σε πολλές χώρες τα ψυχιατρεία απορροφούν δυσανάλογα υψηλούς οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, οπότε δεν υπάρχουν ευκαιρίες ανάπτυξης εναλλακτικών υπηρεσιών.

3. Η παρούσα οργάνωση των υπηρεσιών ανά τον κόσμο

Πολύ λίγες χώρες έχουν το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών. Ακόμη και μέσα σε κάθε χώρα υπάρχουν συχνά σημαντικές ανομοιογένειες ανά γεωγραφική περιοχή.

Σε πολλές χώρες τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι οι κύριοι παροχείς φροντίδας ψυχικής υγείας και συχνά χωροθετούνται εκτός του αστικού ιστού. Το γεγονός αυτό, συνδυαζόμενο με δυσκολίες στα μεταφορικά μέσα, επιτείνει το διαχωρισμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ακόμη και η όψη των νοσοκομείων είναι συχνά απειλητική. Πολλά από αυτά περιβάλλονται από ψηλούς τοίχους με φυλάκια, δηλώνοντας έτσι ότι η φύση της φροντίδας που παρέχουν έχει τον εγκλεισμό ως προτεραιότητα. Τα ιδρύματα αυτά είναι συχνά ανεπαρκώς εξοπλισμένα. Δεν καλύπτονται βασικές ανάγκες, όπως ανάγκες σε τουαλέτες, κρεβάτια και χώρους για τοποθέτηση κάποιων προσωπικών αντικειμένων. Η αναλογία προσωπικού / ασθενών μπορεί να είναι πολύ χαμηλή, οπότε είναι απίθανο οι ασθενείς να απολαμβάνουν της προσοχής των εργαζομένων σε ικανοποιητικό βαθμό και σε προσωπική βάση. Η καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι συχνό φαινόμενο. Στο Πλαίσιο 5 υπάρχει απόσπασμα μίας αναφοράς της Εθνικής Επιτροπής για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα της Ινδίας σχετικά με τη λειτουργία των ψυχιατρικών νοσοκομείων της χώρας. Σχηματίζει έτσι κανείς την αντίληψη της φύσης των ιδρυμάτων αυτού του είδους και των δυσκολιών που αντιμετωπίζει μία μεταρρυθμιστική προσπάθεια που έχει στόχο να εξαλείψει βασικά προβλήματα.

Η καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων σε πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών παραμένει σημαντικό πρόβλημα

Πλαίσιο 5. Λειτουργία των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην Ινδία

Η Εθνική Επιτροπή για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα της Ινδίας ερευνήσε τα 37 δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, τα οποία στεγάζουν περίπου 18.000 ασθενείς. Μία αναφορά με τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιεύτηκε το 1999. Οι πληροφορίες που ακολουθούν, και προέρχονται από την αναφορά, προβάλλουν μερικές από τις σοβαρότερες καταπατήσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που συμβαίνουν στα ιδρύματα αυτά.

Η αναλογία κρεβατιών ασθενών ήταν συνολικά 1:1.4, πράγμα που σημαίνει ότι σε πολλά νοσοκομεία οι ασθενείς κοιμόντουσαν στο πάτωμα. Ακόμα και στα νοσοκομεία που αυτή η αναλογία ήταν 1:1, πολλά κρεβάτια έλειπαν λόγω επισκευών, οπότε οι ασθενείς αναγκάζονταν να κοιμούνται σε κρύα, υγρά πατώματα.

Στις πτέρυγες ανδρών των νοσοκομείων στο Varanasi, Indore, Murshdabad και Ahmedabad, οι ασθενείς ήσαν υποχρεωμένοι να αφοδεύουν σε έναν ανοικτό οχετό σε δημόσια θέα. Τα αφοδευτήρια πολλών νοσοκομείων ήταν βουλωμένα από περιττώματα. Σε μερικά νοσοκομεία δεν υπήρχαν βρύσες στις τουαλέτες. Σε 13 από τα νοσοκομεία αυτά (35%) οι τουαλέτες ήσαν πολύ βρώμικες.

Πολλά νοσοκομεία είχαν προβλήματα με το τρεχούμενο νερό, γεγονός που συχνά ήταν επακόλουθο της γενικότερης έλλειψης νερού στη συγκεκριμένη περιφέρεια. Σε 26 νοσοκομεία (70,2%) οι εγκαταστάσεις αποθήκευσης νερού ήταν ανεπαρκείς και το νερό ήταν λιγοστό. Μερικές φορές οι ασθενείς έπρεπε να βγουν από τις πτέρυγές τους για να βρουν νερό. Σε μερικά νοσοκομεία δεν υπήρχε εύκολη πρόσβαση σε ασφαλές πόσιμο νερό. Υπήρχε ένας κουβάς νερό για όλους έξω από κάθε πτέρυγα. Σε πολλά νοσοκομεία τη νύχτα, οπότε οι ασθενείς ήταν κλειδωμένοι μέσα στις πτέρυγες, έπρεπε να βουτούν μια κούπα, κοινή για όλους, στον κουβά, περνώντας το χέρι τους μέσα από τα κάγκελα. Μερικά νοσοκομεία δεν είχαν ζεστό νερό για μπάνιο ακόμα

Στις περισσότερες χώρες, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν αποτελούν το κύριο όχημα παροχής υπηρεσιών

και το χειμώνα. Συχνά υπήρχαν υπαίθρια ντους για να πλυθεί κανείς. Δεκαέξι από τα 37 νοσοκομεία (43,2%) είχαν κελιά απομόνωσης. Σε μερικά νοσοκομεία, υπήρχαν πολλοί ασθενείς περιορισμένοι σε ένα τέτοιο κελί, ενώ σε άλλα μόνο ένας. Πολλά από αυτά τα κελιά δεν είχαν νερό, σεντόνια, κρεβάτια ή τουαλέτες. Οι ασθενείς ήταν κλειδωμένοι συνεχώς και ήταν υποχρεωμένοι να αφοδεύουν εκεί μέσα.

Πηγή: *Quality assurance in mental health*. New Delhi: National Human Rights Commission of India, 1999.

Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν λάβει μέτρα ώστε να καταστήσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας περισσότερο προσβάσιμες, εντάσσοντάς τες στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Μερικές άλλες χώρες έχουν εντάξει αυτές τις υπηρεσίες στα γενικά νοσοκομεία. Δυστυχώς, και οι δύο τρόποι παροχής των υπηρεσιών αυτών τις καθιστούν προσβάσιμες σε μικρό μέρος των πληθυσμών, συνήθως των αστικών και επιλεγμένων αγροτικών πληθυσμών. Έχουν γίνει λίγες συντονισμένες προσπάθειες προκειμένου να γίνει η πρωτοβάθμια φροντίδα το κύριο όχημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα Πλαίσια 6 και 7 παρουσιάζουν παραδείγματα ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Το Πλαίσιο 8 δίδει παραδείγματα γεωγραφικών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πλαίσιο 6. Παραδείγματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενταγμένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα από διάφορες χώρες

Αργεντινή: Στην Επαρχία Neuquen, η συνεργασία μεταξύ των γενικών γιατρών που αποτελούν τμήμα του τομέα της γενικής υγείας και των συμβουλευτικών ψυχολόγων του τομέα ψυχικής υγείας είχε προβλήματα λόγω του διαφορετικού τρόπου εκπαίδευσής τους. Οι γενικοί γιατροί επιθυμούσαν περισσότερη εκπαίδευση στα προβλήματα της ψυχικής υγείας και καλύτερο συντονισμό με τους συμβουλευτικούς ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Η διοίκηση της επαρχιακής υπηρεσίας υγείας ανταποκρίθηκε δημιουργώντας μία επιτροπή για την ψυχική υγεία, η οποία, μεταξύ άλλων, εστίασε τις προσπάθειές της στη δημιουργία ενός αποδοτικού δικτύου παραπομπών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων καθώς και στην εκπαίδευση των γενικών γιατρών και νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας που βρίσκονταν σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Για να σχεδιάσει το κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, η επιτροπή οργάνωσε ένα συνέδριο για τους γενικούς γιατρούς, στο οποίο προσκλήθηκαν επαγγελματίες του τομέα της ψυχικής υγείας με ποικίλες διεθνείς εμπειρίες και ειδικότητες. Υπήρχαν νοσηλευτές, ψυχίατροι, γιατροί της πρωτοβάθμιας υγείας, ιερωμένοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νομικοί. Τα άτομα αυτά προέρχονταν από την Αργεντινή, τη Χιλή, τη Γουατεμάλα, το Ενωμένο Βασίλειο, την Ουρουγουάη, και τις ΗΠΑ. Μετά την εκπαίδευση που έγινε, η επιτροπή ψυχικής υγείας, η οποία συμπεριλάμβανε αντιπροσώπους των τομέων της ψυχικής υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ανέλαβε να συντονίσει την επιπλέον εκπαίδευση και τη μακροπρόθεσμη επίβλεψη των γενικών γιατρών και των τοπικών ψυχολόγων που εργάζονταν στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Collins et al., 1999a). Αυτός ο τρόπος ένταξης της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λειτουργεί σε διάφορα επίπεδα. Στο επίπεδο της επαρχιακής διοίκησης υπάρχει συνεργασία των τομέων ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω της επιτροπής ψυχικής υγείας. Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υπάρχει ευρύτερη διατομεακή συνεργασία μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα προάγει τη συνεργασία μεταξύ των γενικών γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των κοινωνικών λειτουργών στο πλαίσιο της παροχής στήριξης στις οικογένειες. Ένα

παρόμοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για τους νοσηλευτές (Collins et al., 1999a). Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των προβλημάτων στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κάνοντας χρήση της συμβουλευτικής προσέγγισης, μερικοί γενικοί γιατροί αγροτικών περιοχών συναντούν κάθε μήνα παραδοσιακούς θεραπευτές, για να συντονίσουν τη θεραπεία ορισμένων ασθενειών, να εμποδίσουν την εμπιστοσύνη των κοινοτήτων στους γενικούς γιατρούς, και να αποτρέψουν διπλές ή παράλληλες θεραπείες με φάρμακα και βότανα (Collins et al., 1999b).

Κίνα: Κλινικές εξωτερικών ασθενών παρέχουν γενικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε γειτονιές ή περιφερειακά γενικά νοσοκομεία (Pearson, 1992· Yan et al., 1995). Υπάρχουν διάφορες κοινοτικές υπηρεσίες στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε αυτές περιλαμβάνεται η φροντίδα στο σπίτι από προσωπικό που συνεργάζεται με το περιφερειακό ή τοπικό νοσοκομείο. Υπάρχουν επίσης ομάδες νοσηλείας και παρακολούθησης ασθενών ανά οικοδομικά τετράγωνα και ανά γειτονιά (Pearson, 1992). Στη Σαγκάη υπάρχουν υπηρεσίες ταχείας παρέμβασης για τους εφήβους και τους ηλικιωμένους (Ji, 1995).

Μποτσουάνα: Ψυχιατρικοί νοσηλευτές που εξορμούν από δευτεροβάθμια περιφερειακά νοσοκομεία επιβλέπουν έναν αριθμό κλινικών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε κάθε περιφέρεια. Επισκέπτονται τις κλινικές αυτές τακτικά και συναντώνται με τους εργαζόμενους εκεί, οι οποίοι έχουν διαγνώσει ευπαθή περιστατικά στην κοινότητα (Ben-Tovim, 1987).

Γουινέα-Μπισσάου: Πριν τον πρόσφατο πόλεμο λειτουργούσε με επάρκεια ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με υποδομή και μισθοδοτούμενους εργαζόμενους. Οι νοσηλευτές στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν εκπαιδευμένοι ώστε να διαγιγνώσκουν και να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά των μειζώνων ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονταν στις κλινικές (De Jong, 1996).

Ινδία: Ένα πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στην περιφέρεια Bellary περιελάμβανε την εκπαίδευση προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των κοινωνικών υπηρεσιών όλων των κατηγοριών, την παροχή των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, ένα απλό σύστημα καταγραφής των περιστατικών, και ένα μηχανισμό παρακολούθησης της εργασίας του προσωπικού της πρωτοβάθμιας υγείας που παρείχε υπηρεσίες για τη φροντίδα ψυχικής υγείας (Murthy, 1998). Γενικά, τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας σε 30.000 άτομα, και έχουν έναν ή δύο γιατρούς και 15 έως 20 επαγγελματίες υγείας ως βασικό προσωπικό. Οι γιατροί στις κλινικές επιβλέπουν την εργασία των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι επισκέπτονται τις οικογένειες κατ'οίκον και εκτελούν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων.

Οι ασθενείς προσέρχονται στα κέντρα χωρίς ραντεβού. Κατά μέσο όρο η επίσκεψη διαρκεί τρία έως πέντε λεπτά. Παρόλη την εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, φαίνεται να υπάρχει ακόμη μικρή αναγνωρισιμότητα των συναισθηματικών διαταραχών εκ μέρους των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ασθενείς προβάλλουν τα σωματικά συμπτώματά τους και στο ότι οι επισκέψεις είναι σύντομες (Channabasavanna et al., 1995).

Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν: Οι προσπάθειες ένταξης της φροντίδας της ψυχικής υγείας άρχισαν στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και το πρόγραμμα έχει έκτοτε συμπεριλάβει όλη τη χώρα. Εξυπηρετούνται πλέον 20 εκατομμύρια άτομα περίπου (Mohit et al., 1999).

Πακιστάν: Αρχικά, εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα ένταξης της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε δύο περιοχές του Rawalpindi (Mubbashar, 1999). Το ίδιο γίνεται τώρα σε περιοχές όλων των επαρχιών. Η εκπαίδευση στην ψυχική υγεία έχει ενσωματωθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των περιφερειακών κέντρων ανάπτυξης της υγείας. Τα κέντρα αυτά οργανώθηκαν με σκοπό να στελεχώσουν επαρκώς την πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε αυτή να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στις ανάγκες υγείας που προκύπτουν. Στα πλαίσια αυτού του οργανωτικού σχήματος, περισσότεροι από 2000 γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας και πάνω από 40.000 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε αυτή τη βαθμίδα (περιλαμβανομένων των γυναικών και άλλων εργαζομένων γενικών καθηκόντων) εκπαιδεύτηκαν σε όλη τη χώρα επιτόπου. Πάνω από 65 ειδικευόμενοι ψυχίατροι εκπαιδεύτηκαν στην κοινοτική ψυχική υγεία, ώστε να μπορούν να στηρίξουν την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας στις περιοχές τους και να παρέχουν την εκπαίδευση, το σύστημα παραπομπών και την υποστήριξη μετά από αξιολόγηση που απαιτούνται για να ενταχθεί η φροντίδα ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Καταρτίστηκε ένας εθνικός κατάλογος βασικών φάρμακων, ο οποίος περιλαμβάνει όλα τα βασικά νευροψυχιατρικά φάρμακα. Μία άλλη εξέλιξη εξαιρετικής σημασίας ήταν η συμπερίληψη ορισμένων ψυχικών διαταραχών, που κρίθηκε ότι χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα, στο σύστημα πληροφόρησης του εθνικού συστήματος υγείας. Η κυβέρνηση έχει δεχθεί να χρηματοδοτήσει την ένταξη της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε εθνική κλίμακα και έχει οριστεί ειδικός προϋπολογισμός για το σκοπό αυτό.

Τανζανία: Υπάρχουν δημόσια, ιδιωτικά και εθελοντικά αγροτικά ιατρεία, τα οποία παρέχουν στοιχειώδεις ιατρικές υπηρεσίες στις αγροτικές περιοχές (Ahmed et al., 1996). Σε μερικές αγροτικές περιοχές υπάρχουν χωριά αποκατάστασης που παρέχουν προστατευμένη γεωργική απασχόληση, συνεχή επαφή με τα μέλη της τοπικής κοινότητας και σταθερή ψυχοκοινωνική στήριξη από παραδοσιακούς θεραπευτές, κοινοτικούς λειτουργούς υγείας και γενικούς γιατρούς. Αυτές οι κοινοτικές υπηρεσίες παρέχουν εναλλακτικές υπηρεσίες, έναντι των νοσοκομειακών, για ασθενείς μακράς ή μέσης παραμονής (Kilonzo & Simmons, 1998).

Πλαίσιο 7. Παραδείγματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε γενικά νοσοκομεία από διάφορες χώρες

Αιθιοπία: Οι υπηρεσίες του τριτοβάθμιου τομέα έχουν συνεργαστεί και αναπτύξει ένα πρόγραμμα για τη φροντίδα ψυχικής υγείας στο δευτεροβάθμιο επίπεδο, εκπαιδεύοντας ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Εικοσιεπτά περιφερειακά νοσοκομεία και ένα κέντρο υγείας έχουν ανοίξει ψυχιατρικές μονάδες, τις οποίες λειτουργούν δύο ψυχιατρικοί νοσηλευτές (Alem et al., 1999).

Νεπάλ: Υπάρχουν δευτεροβάθμιες ψυχιατρικές μονάδες σε περιφερειακά νοσοκομεία. Οι δευτεροβάθμιες εγκαταστάσεις περιλαμβάνουν μικρότερες ψυχιατρικές πτέρυγες στο στρατιωτικό νοσοκομείο και σε δύο περιφερειακά νοσοκομεία, καθώς και ένα μικρό κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας σε άλλα τρία περιφερειακά νοσοκομεία. Οι μονάδες φροντίδας ψυχικής υγείας που χωροθετούνται εκτός πρωτεύουσας δεν περιλαμβάνουν υπηρεσίες για εσωτερικούς ασθενείς με μακρά διάρκεια παραμονής (Tausig & Subedi, 1997).

Τανζανία: Έχουν δημιουργηθεί κοινοτικές ομάδες φροντίδας ψυχικής υγείας σε κλινικές δευτεροβάθμιου επιπέδου στην πρωτεύουσα, αλλά όχι σε αγροτικές περιοχές. Και στις αγροτικές και στις αστικές περιοχές, οι εγκαταστάσεις δευτεροβάθμιου επιπέδου βρίσκονται σε ψυχιατρικές μονάδες των περιφερειακών γενικών νοσοκομείων (Kilonzo & Simmons, 1998).

Τυνησία: Από το 1956, εγκαταστάθηκαν 300 νέες ψυχιατρικές κλίνες σε μικρές ψυχιατρικές μονάδες πέντε γενικών νοσοκομείων σε όλη τη χώρα, και οι κλίνες του μόνου ψυχιατρικού νοσοκομείου μειώθηκαν κατά το ήμισυ.

Πλαίσιο 8. Παραδείγματα από διάφορες αναπτυσσόμενες χώρες που δείχνουν τη συγκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις αστικές περιοχές

Μποτσουάνα: Υπάρχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτεύουσα και σε περιφερειακά κέντρα. Οι αγροτικές περιοχές καλύπτονται, ως προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, από κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας, από ψυχιατρικούς νοσηλευτές, οι οποίοι τις επισκέπτονται, και από παραδοσιακούς θεραπευτές (Ben-Tovim, 1987· Sidandi et al., 1999).

Καμπότζη: Αν και το 85% του πληθυσμού της χώρας ζει σε αγροτικές περιοχές, υπάρχει μικρή προσφορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις περιοχές αυτές, πέραν των παραδοσιακών θεραπειών. Υπάρχουν σχετικά λίγες περιφερειακές κλινικές ψυχικής υγείας εκτός κέντρου. Οι ασθενείς συχνά διανύουν περισσότερα από 300 χιλιόμετρα για να φθάσουν στην πλησιέστερη κλινική.

Κόστα Ρίκα: Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στον τομέα της φροντίδας ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένοι σε αστικές περιοχές. Στις αγροτικές περιοχές το προσωπικό δεν επαρκεί (Gallegos & Montero, 1999).

Αιθιοπία: Όλα τα τριτοβάθμια ψυχιατρικά ιδρύματα βρίσκονται στην πρωτεύουσα, όπως και οι περισσότεροι ψυχίατροι. Περιφερειακά νοσοκομεία που έχουν ψυχια-

τρικές μονάδες βρίσκονται και σε αστικές και σε αγροτικές περιοχές. Υπάρχει σχεδιασμός να επεκταθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες σε περισσότερα περιφερειακά νοσοκομεία και κέντρα υγείας αγροτικών περιοχών. Δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας των αστικών και αγροτικών περιοχών. Τις ανάγκες των αγροτικών περιοχών στην ψυχική υγεία καλύπτουν οι παραδοσιακοί θεραπευτές. Η συνήθης πρακτική στις αγροτικές περιοχές είναι η οικογένεια να φροντίζει στο σπίτι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Alem et al., 1999· Awas et al., 1999).

Χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ: Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οργανώνονται ακόμη από κεντρικές γραφειοκρατίες και υπάρχει σαφής οριοθέτηση μεταξύ των τοπικών και κεντρικών οργανωτικών δικαιοδοσιών. Η εξουσία πηγάζει από το κέντρο, δηλαδή τις αστικές περιοχές. Οι απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές υποχρεούνται να παρέχουν υπηρεσίες που σχεδιάστηκαν και χρηματοδοτούνται από την κεντρική γραφειοκρατία (Tomov, 1999).

Νιγηρία: Τα αστικά νοσοκομεία έχουν περισσότερο ιατρικό προσωπικό και οι υποστηρικτικές λειτουργίες τους είναι αποδοτικότερες από ότι των κρατικών νοσοκομείων που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές (Gureje et al., 1995).

Πακιστάν: Στις μεγάλες πόλεις υπάρχουν ιδρυματικές εγκαταστάσεις καθώς και ανάλογες για φροντίδα ημέρας για άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, και παρέχουν κοινωνική, επαγγελματική και εκπαιδευτική κάλυψη. Σε αυτές τις υπηρεσίες πάντως, δεν έχει πρόσβαση η τεράστια πλειοψηφία των αγροτών (Yousaf, 1997).

Νότια Αφρική: Υπάρχουν σχεδόν 500 ειδικευμένοι ψυχίατροι, αλλά λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως είναι η τάση των επαγγελματιών αυτών να μεταναστεύουν ή να εργάζονται σε αστικές περιοχές ή στον ιδιωτικό τομέα, υπάρχουν περιοχές της χώρας – ακόμα και ολόκληρες περιφέρειες – όπου στο δημόσιο τομέα αναλογεί ένας μόνο ψυχίατρος για πάνω από 5 εκατομμύρια άτομα.

Τανζανία: Στις αγροτικές περιοχές η αναλογία γιατρών με δυτικού τύπου εκπαίδευση στον πληθυσμό είναι 1:20.000, ενώ των παραδοσιακών θεραπευτών είναι 1:25. Στις περιοχές αυτές η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας στηρίζεται σε γενικούς γιατρούς, ψυχιατρικούς νοσηλευτές και σε βοηθητικό προσωπικό. Οι ψυχίατροι βρίσκονται μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα που έχουν ψυχιατρικές εγκαταστάσεις. Η ανισοκατανομή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών αντικατοπτρίζεται και στο ότι υπάρχουν ομάδες φροντίδας ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο στην πρωτεύουσα, αλλά όχι στις αγροτικές περιοχές.

Σε μερικές χώρες υπάρχουν καλά παραδείγματα διατομεακής συνεργασίας μεταξύ μη κυβερνητικών οργανώσεων, ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, υπηρεσιών του δημόσιου τομέα, άτυπων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και χρηστών των υπηρεσιών, που οδηγούν στην ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών, οι οποίες αποτελούν και τον επιθυμητό στόχο. Εντούτοις, η τεράστια πλειοψηφία των αγροτικών πληθυσμών δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες αυτού του τύπου. Είναι σκόπιμο να ενθαρρυνθούν άμεσα αυτές οι δράσεις, δεδομένου ότι έτσι παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι αποδεκτές από τις τοπικές κοινωνίες. Το Πλαίσιο 9 περιλαμβάνει παραδείγματα διατομεακής συνεργασίας αυτού του είδους.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις μπορούν να παίξουν σπουδαίο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών

Πλαίσιο 9. Παραδείγματα διατομεακής συνεργασίας από διάφορες χώρες

Καμπότζη: Υπάρχει διατομεακή συνεργασία μεταξύ χορηγών από το εξωτερικό και των τριτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το Καναδικό Ίδρυμα Marcel Roy για τα Παιδιά της Καμπότζης χρηματοδότησε μία κλινική ψυχικής υγείας για παιδιά στο τριτοβάθμιο ψυχιατρικό νοσοκομείο, ενώ ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (International Organization for Migration), που υποστηρίζεται από το Νορβηγικό Συμβούλιο για την Ψυχική Υγεία, εγκαινίασε ένα πρόγραμμα εξειδίκευσης γιατρών στην ψυχιατρική.

Τσεχία: Η οργάνωση FOKUS, η οποία παρέχει φροντίδα για την ψυχική υγεία, αναπτύσσει τη διατομεακή συνεργασία. Έχει γίνει μη κυβερνητική οργάνωση, πράγμα που της επιτρέπει να επιχορηγείται και από το κράτος και από ιδιώτες. Η οργάνωση αυτή λαμβάνει πόρους από τα Υπουργεία Κοινωνικών Υπηρεσιών, Υγείας, Πολιτισμού, Εργασίας, καθώς και από το Δήμο της Πράγας, αλλά και από ξένους ή εντόπιους χορηγούς (Holmes & Konzar, 1998).

Αιθιοπία: Υπάρχει διατομεακή συνεργασία σε εθνικό επίπεδο μεταξύ του Υπουργείου Υγείας, του Πανεπιστημιακού Τμήματος της Ψυχιατρικής και του Π.Ο.Υ., που εισήγαγαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ψυχιατρικούς νοσηλευτές το 1986 (Alem et al., 1999).

Ισραήλ: Τα περιφερειακά συμβούλια ψυχικής υγείας, στα οποία προϊστάνται ψυχίατροι, έχουν την ευθύνη της επίβλεψης, του συντονισμού και της ανάπτυξης όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και της συλλογής κάθε πληροφορίας για την ψυχική υγεία από κάθε περιφέρεια. Τα συμβούλια συνεργάζονται με τις αντίστοιχες περιφερειακές επιτροπές συντονισμού, που περιλαμβάνουν αντιπροσώπους της κεντρικής κυβέρνησης και ασφαλιστικών οργανισμών, εθελοντικές οργανώσεις, παροχείς και χρήστες των υπηρεσιών (Tyano & Mozes, 1998).

Ρουμανία: Το 2001 το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας άρχισαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα στα σχολεία για θέματα υγείας, όπου γίνεται επαρκής αναφορά σε θέματα ψυχικής υγείας.

Τανζανία: Τα ειδικά χωριά σε αγροτικές περιοχές όπου παρέχεται ψυχιατρική αποκατάσταση αποτελούν μία χαρακτηριστική διατομεακή απάντηση στις ανάγκες θεραπείας και αποκατάστασης των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, η οποία δίδεται από τις τοπικές κοινότητες, τον τομέα ψυχικής υγείας και παραδοσιακές θεραπευτικές δομές. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ζουν σε χωριά όπου οι κάτοικοι είναι γεωργοί, ψαράδες και τεχνίτες, και η θεραπεία παρέχεται και από τις ιατρικές υπηρεσίες και από παραδοσιακούς θεραπευτές. Σχεδιάζεται μία πιο επί-

σημη συνεργασία των τομέων ψυχικής υγείας και παραδοσιακής θεραπευτικής, δεδομένου ότι ο δεύτερος θα μπορούσε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα τις διαταραχές που σχετίζονται με το στρες, μέσα στην κοινότητα. Οι παραδοσιακοί θεραπευτές έχουν συμμετάσχει σε κοινοτικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την ψυχική υγεία και έχουν συμβάλλει με τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους στη διαχείριση ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Ο σχεδιασμός για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των τομέων της παραδοσιακής αντιμετώπισης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιλαμβάνει τακτικές επαφές και σεμινάρια (Kilonzo & Simmons, 1998).

Ζιμπάμπουε: Η Διεύθυνση Υγείας της πόλης Χαράρε και η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ζιμπάμπουε συνεργάζονται σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα, που διερευνά τρόπους με τους οποίους τα μέλη της κοινότητας και οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να αντιμετωπίσουν γυναίκες με κατάθλιψη. Κατέληξαν σε μια ορολογία για την απόδοση της κατάθλιψης στην τοπική γλώσσα και σε ορισμένες ιδέες για τη θεραπευτική προσέγγιση της ασθένειας, μετά από διαβουλεύσεις με παραδοσιακούς θεραπευτές και προεξέχοντα άτομα της κοινότητας, όπως δασκάλους, αστυνομικούς, εκκλησιαστικούς παράγοντες και οργανωτές γυναικείων συνεταιρισμών. Στη συνέχεια, οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν τα αποτελέσματα μιας έρευνας σχετικά με τις γυναίκες με κατάθλιψη στα μέλη της κοινότητας και υιοθέτησαν μία τοπική φράση για να περιγράψουν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου. Οι συμμετέχοντες, στους οποίους περιλαμβάνονταν μέλη της κοινότητας, επαγγελματίες υγείας και άτομα που διαμόρφωναν την πολιτική στον τομέα υγείας, χωρίστηκαν σε ομάδες εργασίας και τους ζητήθηκε να συστήσουν τρόπους αντιμετώπισης των γυναικών με κατάθλιψη. Οι συστάσεις τους ήταν οι ακόλουθες: 1) πρέπει να υπάρχει ένα ιδιαίτερο δωμάτιο στις κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας για τη συμβουλευτική αντιμετώπιση συναισθηματικών προβλημάτων, 2) πρέπει να υπάρχει δυνατότητα εύκολης επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχουν βοήθεια, 3) πρέπει να χρησιμοποιηθούν οι παραδοσιακοί θεραπευτές, οι εκκλησιαστικοί ηγέτες, οι εκπαιδευτικοί και τα ΜΜΕ για την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ποιότητας ζωής, 4) η διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στις κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να βελτιωθεί (Abas et al., 1995). Το πρόγραμμα διάγνωσης και θεραπείας στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας εντάχθηκε σε ένα προηγούμενο, που ήδη βρισκόταν σε πλήρη ανάπτυξη, αφορούσε την υγεία μητέρων και παιδιών, και γινόταν με τη συνεργασία των τομέων ψυχικής και γενικής υγείας. Στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Χαράρε ενσωματώθηκε επίσης ένα γενικότερο πακέτο ψυχικής υγείας, βάσει μιας παρόμοιας συνεργατικής προσέγγισης. Έγιναν διαβουλεύσεις σε τοπικό επίπεδο μεταξύ των κύριων παροχών υγείας, των πολιτικών, των ακαδημαϊκών και ορισμένων μη κυβερνητικών οργανώσεων, και σχηματίστηκε μια διεπιστημονική ερευνητική ομάδα. Ο στόχος της ήταν να προσδιορίσει τις ψυχικές διαταραχές που εμφάνιζαν συχνότερα τα άτομα που προσέγγιζαν την πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε να καθοδηγήσει τις υπηρεσίες αυτού του επιπέδου για να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα άτομα με αυτές τις διαταραχές. Το πρόγραμμα περιελάμβανε συνεργασία ψυχιάτρων, κοινωνικών επιστημόνων, επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, παραδοσιακών θεραπευτών και γενικών γιατρών (Abas et al., 1994· Pate, 2000).

Οι αναπτυγμένες χώρες στηρίζονται λιγότερο στα ψυχιατρικά νοσοκομεία για την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας. Η διαδικασία αποϊδρυματισμού των τελευταίων τριών δεκαετιών έχει οδηγήσει στη μείωση του αριθμού των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στο κλείσιμο πολλών εξ αυτών. Η διαδικασία αποϊδρυματισμού δεν έχει συνοδευτεί από επαρκή παροχή εγκαταστάσεων στέγασης και απασχόλησης σε κοινοτικό επίπεδο (Thornicroft & Tansella, 1999). Οι εθνικές θεσμικές δομές και οι τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας των διάφορων αναπτυγμένων χωρών έχουν επηρεάσει το ρυθμό αποϊδρυματισμού καθώς και την παροχή εναλλακτικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο (Goodwin, 1997). Ο αποϊδρυματισμός στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη οδηγεί σε βαθμιαία ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εντούτοις, οι υπηρεσίες αυτές είναι συχνά ανεπαρκείς και ανομοιόμορφα κατανομημένες σε εθνικό επίπεδο.

Ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες δίδεται ανεπαρκής έμφαση στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη είναι συχνό πρόβλημα που απαντάται σε αυτό το επίπεδο, αλλά όμως δε διαγιγνώσκεται ή δεν αντιμετωπίζεται με επάρκεια από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πολλές από αυτές τις χώρες. Επίσης, δίδεται έμφαση στην ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως των ιατροδικαστικών υπηρεσιών, ενώ οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στα γενικά νοσοκομεία υπολείπονται. Για παράδειγμα, στο Ενωμένο Βασίλειο, ο αριθμός κλινών μέσης ασφάλειας έχει αυξηθεί πάρα πολύ τα τελευταία χρόνια, ενώ υπάρχει έλλειψη κλινών για οξεία ψυχιατρικά περιστατικά στα γενικά νοσοκομεία, όπου η πληρότητα αγγίζει το 100% σε πολλές μονάδες αυτού του είδους. Στο Πλαίσιο 10 παρουσιάζονται περιληπτικά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του αποϊδρυματισμού.

Ακόμη και σε αναπτυγμένες χώρες ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύτηκε από επαρκή παροχή κοινοτικών υπηρεσιών

Υπάρχουν σημαντικά περιθώρια αύξησης της χρήσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες

Πλαίσιο 10. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του αποϊδρυματισμού στις αναπτυγμένες χώρες

Πλεονεκτήματα

- Κατά τον αποϊδρυματισμό, η έμφαση μετατίθεται από τα κλειστά ιδρύματα σε προγράμματα αποκατάστασης σε κοινοτικά πλαίσια. Η αντιμετώπιση αυτή είναι ανθρωπινότερη, γιατί έτσι αποφεύγεται η αρνητική ψυχολογική επιβάρυνση που συνεπάγεται ο μακροχρόνιος εγκλεισμός και η προσπάθεια εστιάζεται στην επανενσωμάτωση των ασθενών στην κοινότητα.
- Αποφεύγονται οι επανεισαγωγές, αφού παρέχονται εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες και προγράμματα, τα οποία, θεωρητικά τουλάχιστον, είναι λιγότερο δαπανηρά. Κατ' αυτόν τον τρόπο, επομένως, προάγεται η αποδοτικότητα και η καλύτερη σχέση κόστους - αποτελέσματος.
- Προωθούνται στην κοινότητα όλοι οι ιδρυματοποιημένοι ασθενείς, αφού πρώτα προετοιμαστούν επαρκώς για τη μετάβαση αυτή. Έτσι, αποφεύγονται οι επιζήμιες συνέπειες της μακράς παραμονής σε νοσοκομεία, όπως είναι η απάθεια και η έλλειψη ενδιαφέροντος, και ταυτόχρονα μειώνεται το κόστος συντήρησης των ασθενών σε νοσοκομειακές συνθήκες για μακρά χρονικά διαστήματα (Thornicroft & Tansella, 1999).

Μειονεκτήματα

- Η διαδικασία του αποϊδρυματισμού συχνά δεν στηρίχτηκε από επαρκή χρηματοδότηση μακράς πνοής, ώστε να συντηρούνται οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Talbot, 1978· Goodwin, 1997).
- Ενώ επετεύχθη εν γένει η μείωση του αριθμού των ασθενών με μακρά παραμονή στα νοσοκομεία, ο αποϊδρυματισμός είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των επανεισαγωγών, δηλαδή πολλαπλές εισαγωγές μικρής διάρκειας ορισμένων ασθενών που χρειάζονταν νοσοκομειακή αντιμετώπιση (Talbot, 1978· Breakey, 1996a).
- Σε μερικές περιπτώσεις υπήρξε αύξηση του αριθμού των αστέγων που ήταν άτομα με ψυχικές διαταραχές και επίσης αυξήθηκε το ποσοστό των φυλακισμένων με ψυχικές διαταραχές.

Η φύση των προβλημάτων στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες διαφέρει

Η αύξηση των εξειδικευμένων υπηρεσιών δεν βελτιώνει κατ' ανάγκη την πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας

Βάσει των μέχρι τώρα εμπειριών, δύο είναι τα κύρια συμπεράσματα.

– Πρώτον, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μια πρόκληση, τόσο για τις αναπτυσσόμενες όσο και για τις αναπτυγμένες χώρες. Παρά ταύτα, η φύση της πρόκλησης διαφέρει. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει τεράστια έλλειψη πόρων, προσωπικού και υπηρεσιών. Αυτή η κατάσταση απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Στις αναπτυγμένες χώρες, ορισμένα από τα προβλήματα είναι και τα εξής: η ανεπαρκής μακροχρόνια στήριξη των κοινοτικών υπηρεσιών, η ανάγκη βελτίωσης της δυνατότητας διάγνωσης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και το πρόβλημα των ανταγωνιστικών αναγκών και απαιτήσεων των γενικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και των εξειδικευμένων υπηρεσιών.

– Δεύτερον, η λύση των προβλημάτων αυτών δεν βρίσκεται στις δαπανηρότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Δεδομένου μάλιστα ότι οι πόροι που οι περισσότερες χώρες μπορούν να διαθέσουν για τις υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένοι, μια σημαντική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να επιτευχθεί με την προώθηση των πόρων προς λιγότερο δαπανηρές υπηρεσίες, οι οποίες είναι αποτελεσματικές, και εξυπηρετούν ευρύτερα στρώματα του πληθυσμού. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι η έμφαση πρέπει να δοθεί στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που προσφέρονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Κύρια σημεία: Η παρούσα οργάνωση των υπηρεσιών

- Πολύ λίγες χώρες έχουν το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών.
- Σε πολλές χώρες έχουν γίνει λίγες συντονισμένες προσπάθειες προκειμένου να γίνει η πρωτοβάθμια φροντίδα το κύριο όχημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Σε πολλές χώρες έχουν γίνει προσπάθειες διατομεακής συνεργασίας, αλλά αφορούν μικρούς πληθυσμούς σε αστικές ή επιλεγμένες αγροτικές περιοχές.
- Η διαδικασία του αποϊδρυματισμού στις αναπτυγμένες χώρες δεν έχει συνοδευτεί πάντα από επαρκή παροχή εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μια πρόκληση για τις αναπτυσσόμενες, αλλά και τις αναπτυγμένες χώρες, αν και η φύση της πρόκλησης αυτής διαφέρει.
- Ο δαπανηρότερες και πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες δεν αποτελούν κατ' ανάγκη τη λύση στο πρόβλημα της αύξησης της προσβασιμότητας και διαθεσιμότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4. Οδηγίες για την οργάνωση των υπηρεσιών

Δεν υπάρχει ένα και μόνο πρότυπο οργάνωσης των υπηρεσιών που να καλύπτει τις ποικίλες ανάγκες όλων των χωρών. Οι συστάσεις που παρουσιάζονται συνοπτικά στο κεφάλαιο αυτό αποτελούν αδρά τις αρχές που πιθανόν αρμόζουν στις περισσότερες χώρες. Κάθε χώρα οφείλει να τις προσαρμόζει στις ιδιαίτερες συνθήκες της.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν συχνά σύνθετες ανάγκες, που δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν από τις υπηρεσίες υγείας και μόνο. Επιπλέον, οι διάφοροι εμπλεκόμενοι στον τομέα πιθανόν να έχουν τις ιδιαίτερες απόψεις τους, στις οποίες μπορεί να στηριχθεί η ανάπτυξη των υπηρεσιών προς την ορθή κατεύθυνση. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οικογένειές τους, και οι κοινότητες είναι ίσοι εταίροι με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οπότε είναι σημαντικό όλοι αυτοί οι εμπλεκόμενοι να επικοινωνούν και να συνεργάζονται δραστήρια, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες που προκύπτουν. Τα είδη των υπηρεσιών και τα επίπεδα της φροντίδας θα πρέπει να οργανώνονται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ο προαναφερόμενος στόχος (World Health Organization, 2001).

4.1 Αρχές οργάνωσης των υπηρεσιών

Οι συστάσεις που γίνονται εδώ πρέπει να θεωρηθούν ως τμήμα μιας συνολικής αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών. Καμία από τις συστάσεις από μόνη της δεν είναι δυνατόν να επιτύχει τη βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η έμφαση πρέπει να δοθεί σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών, που θα επιχειρεί να αντιμετωπίσει συνολικά τις ποικίλες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε ένα σύστημα αυτού του είδους κάθε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, όπως, για παράδειγμα, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων, έχει ένα σημαντικό, και ταυτόχρονα συμπληρωματικό ως προς τα άλλα επίπεδα, ρόλο να παίξει. Είναι επίσης ανάγκη να παρέχεται ένα φάσμα και μια ποικιλία υπηρεσιών, που να καλύπτουν τις ανάγκες που προκύπτουν σε διάφορες χρονικές περιόδους.

Η αποτυχία είναι πιθανή εάν, για παράδειγμα, υιοθετηθεί μια στρατηγική όπου το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας ενθαρρύνεται να κάνει παρεμβάσεις χωρίς να υπάρχει επαρκής κάλυψη εκ μέρους των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών ή των κοινοτικών υπηρεσιών στον τομέα ψυχικής υγείας. Καμία από τις στρατηγικές για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών που παρουσιάζονται πιο κάτω δεν αρκεί αφεαυτής. Κάθε στρατηγική χρειάζεται στήριξη, και αυτή με τη σειρά της θα στηρίξει άλλους τομείς του ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών.

Οι κύριες αρχές που διέπουν την οργάνωση των υπηρεσιών διαλαμβάνονται πιο κάτω.

I. Προσβασιμότητα: Η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμη τοπικά, ώστε οι άνθρωποι να μην υποχρεώνονται να μετακινούνται σε μεγάλες αποστάσεις. Η φροντίδα αυτή πρέπει να αντιμετωπίζει τις ανάγκες εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, καθώς και να προσφέρει και άλλες υπηρεσίες, όπως είναι η αποκατάσταση. Η απουσία τοπικών υπηρεσιών ορθώνει σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας, ιδίως για τα άτομα που κατοικούν σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Οι υπηρεσίες που βρίσκονται κοντά στα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι δυνατόν να παρέχουν συνεχή φροντίδα, με σχετικά ικανοποιητικό τρόπο. Πολλά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν εφόσον τα άτομα είναι υποχρεωμένα να καλύπτουν μεγάλες αποστάσεις προκειμένου να έλθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν σύνθετες ανάγκες οι οποίες συχνά δεν αντιμετωπίζονται μόνο από τους τομείς που κατά παράδοση ασχολούνται με τα προβλήματά τους

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών

Η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών πρέπει να διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές

II. Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση: Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις εγκαταστάσεις και τα προγράμματα που απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι βασικές ανάγκες φροντίδας κάθε πληθυσμού. Το ακριβές μείγμα των απαιτούμενων υπηρεσιών ποικίλει κατά τόπους. Εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, από το είδος των διαταραχών και από τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται και οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας (βλ. Κεφάλαιο 6.2).

III. Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα. Είναι εξαιρετικά σημαντικό, και ιδίως για τη φροντίδα ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι υπηρεσίες να συντονίζονται και να επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν όλο το φάσμα των κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών αναγκών των ατόμων αυτών. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, απαιτούνται υπηρεσίες οι οποίες δεν έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως είναι οι κοινωνικές και στεγαστικές υπηρεσίες. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συχνά δυσκολεύονται εξαιρετικά να επιτύχουν πρόσβαση σε διάφορες βασικές υπηρεσίες, πράγμα που οδηγεί στην κακή έκβαση των ασθενειών τους. Επομένως, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να λειτουργούν συντονισμένα και να προλαμβάνουν τον κατακερματισμό της φροντίδας (βλ. Κεφάλαιο 7.2).

Ένας τρόπος ώστε να επιτευχθεί η συνεχής παροχή φροντίδας είναι η εφαρμογή της οργάνωσης των υπηρεσιών κατά γεωγραφικούς τομείς ή περιοχές ευθύνης. Κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, τα υπουργεία υγείας στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη διαίρεσαν τις χώρες τους σε υγειονομικές περιφέρειες ή γεωγραφικές περιοχές ευθύνης (τομείς), δηλαδή καθόρισαν περιοχές με πληθυσμό μεταξύ 50.000 και 250.000 κατοίκων (Breakley, 1996b· Thornicroft & Tansella, 1999). Οι τομεοποιημένες ομάδες φροντίδας υγείας παρείχαν όλα τα επίπεδα υπηρεσιών, δηλαδή πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, και αναλάμβαναν την ευθύνη παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας για όλους τους κατοίκους των περιοχών αυτών. Εκτός από τα πλεονεκτήματα της προσέγγισης αυτής από άποψη σχεδιασμού, οικονομικού προγραμματισμού και διαχείρισης, ένα από τα κύρια κλινικά πλεονεκτήματα είναι η αυξημένη πιθανότητα παροχής συνεχούς φροντίδας. Αυτό είναι τεράστιο πλεονέκτημα, δεδομένου ότι πολλές ψυχικές διαταραχές διαρκούν πολύ και απαιτούν μακροχρόνια και διαρκή φροντίδα.

IV. Αποτελεσματικότητα: Η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, συγκεντρώνονται όλο και περισσότερα στοιχεία που αφορούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε πολλές ψυχικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από το αλκοόλ. Μια επισκόπηση των στοιχείων αυτών γίνεται στο Κεφάλαιο 7.1 (βλ. επίσης World Health Organization, 2001a).

V. Ισότητα αντιμετώπιση: Η πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες καλής ποιότητας πρέπει να γίνεται βάσει των αναγκών τους. Για να διασφαλιστεί η ισότητα είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν θέματα που αφορούν την πρόσβαση, καθώς και τις ανισότητες που οφείλονται σε γεωγραφικούς αποκλεισμούς. Η δημιουργία ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν τίθενται οι προτεραιότητες. Πολύ συχνά, τα άτομα με τις μεγαλύτερες ανάγκες σε υπηρεσίες έχουν τις λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης καθώς και τις λιγότερες δυνατότητες να διατυπώσουν σχετικά αιτήματα, οπότε είναι πιθανόν να αγνοηθεί η ύπαρξή τους όταν τίθενται οι προτεραιότητες.

VI. Σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων: Οι υπηρεσίες πρέπει να σέβονται την

αυτονομία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, να ενδυναμώνουν και να ενθαρρύνουν τα άτομα αυτά, ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την πορεία της ζωής τους. Οι υπηρεσίες οφείλουν να χρησιμοποιούν θεραπευτικές μεθόδους που περιορίζουν την αυτονομία όσο το δυνατόν λιγότερο.

4.2 Εφαρμογή του βέλτιστου μείγματος των υπηρεσιών

Σχεδόν όλα τα οργανωτικά σχήματα παροχής υπηρεσιών που αναφέρθηκαν στο Κεφάλαιο 4 έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Το κύριο ζήτημα που πρέπει να απασχολεί όσους σχεδιάζουν τις υπηρεσίες είναι να καθορίσουν το βέλτιστο μείγμα των υπηρεσιών και το επίπεδο των παροχών των διαφόρων υπηρεσιών. Σε απόλυτους αριθμούς, οι ανάγκες σε διάφορες υπηρεσίες διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, αλλά οι σχετικές ανάγκες σε υπηρεσίες, δηλαδή οι αναλογίες μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών ως μερών της συνολικής παροχής υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας, είναι κατά βάση οι ίδιες σε πολλές χώρες. Οι υπηρεσίες πρέπει να σχεδιάζονται έχοντας ως οδηγό μια ολιστική αντίληψη για την αντιμετώπιση των αναγκών, ώστε να δημιουργηθεί το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών.

Το Σχήμα 2 δείχνει τις σχέσεις που έχουν τα διάφορα είδη υπηρεσιών. Είναι σαφές ότι οι περισσότερες υπηρεσίες πρέπει να αφορούν: α) την αυτοφροντίδα, δηλαδή ασθενείς που στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις και προσεγγίζουν οι ίδιοι τις υπηρεσίες για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, β) τις άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, γ) τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχει το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δ) τις ψυχιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στα γενικά νοσοκομεία και τις θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και τέλος, ε) τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το κατά πόσο θα δοθεί έμφαση στην παροχή θεραπείας και φροντίδας στην ψυχική υγεία μέσω των υπηρεσιών των γενικών νοσοκομείων και των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις δυνατότητες του εκάστοτε συστήματος ψυχικής ή γενικής υγείας, όπως και από πολιτισμικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

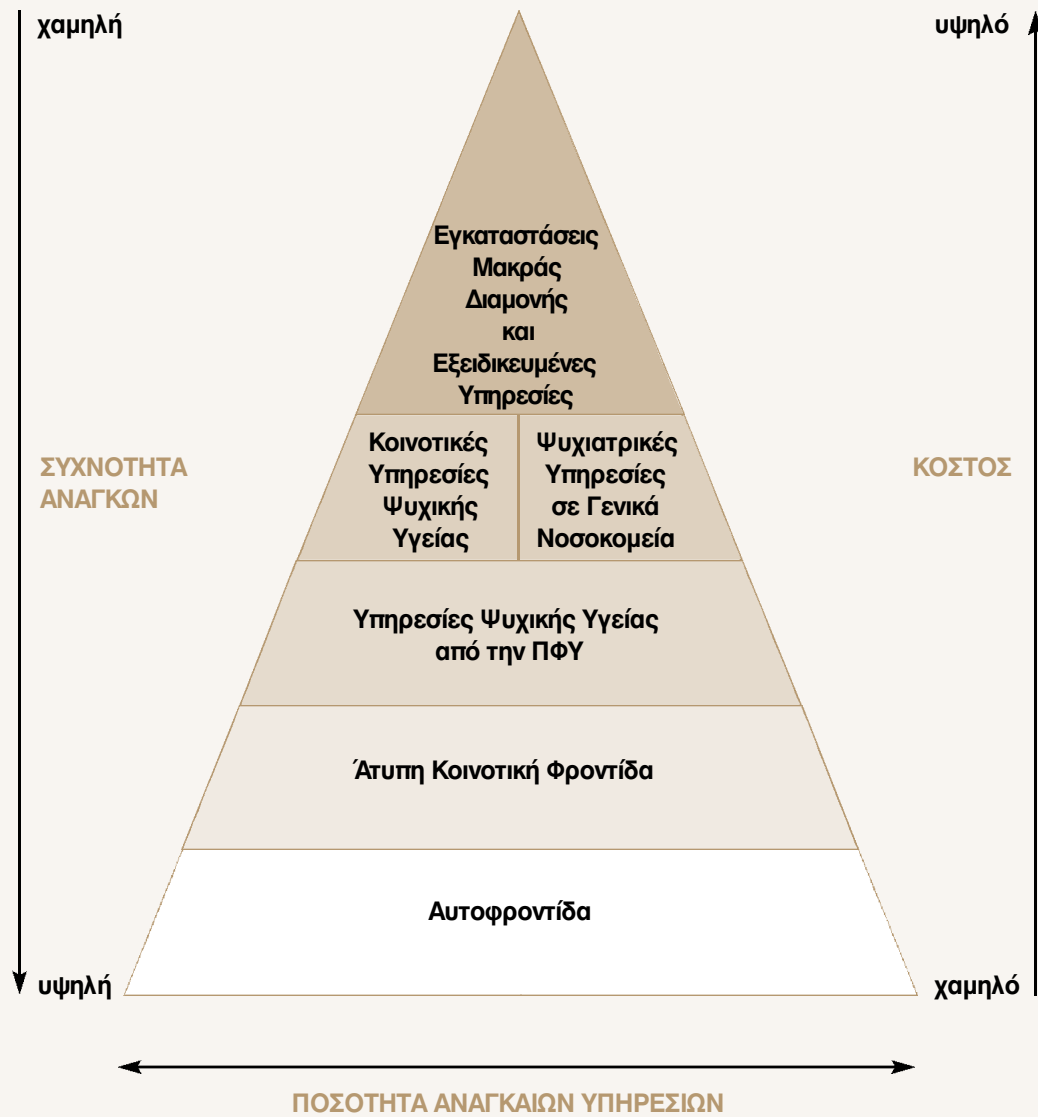
Δεν υπάρχουν ουσιώδεις λόγοι να συμπεριληφθούν στις παρεχόμενες υπηρεσίες εκείνες που παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, εφόσον προσβλέπουμε στο βέλτιστο μείγμα των υπηρεσιών. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία βασικά παρέχουν μακρόχρονη φροντίδα και φύλαξη σε εσωτερικούς ασθενείς. Εφόσον αναπτυχθεί το κατάλληλο φάσμα κοινοτικών και άλλων ειδικευμένων υπηρεσιών, η ανάγκη για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία εκλείπει. Πάντα θα υπάρχει ανάγκη εγκαταστάσεων για μακρά διαμονή ενός εξαιρετικά μικρού ποσοστού ασθενών, ακόμη και αν οι κοινοτικές υπηρεσίες είναι επαρκείς. Εντούτοις, οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς μπορούν να διαμένουν σε μικρές μονάδες μέσα στην κοινότητα και να συμμετέχουν ως κοινωνικά όντα στην κοινοτική ζωή κατά το δυνατόν περισσότερο. Σε άλλες περιπτώσεις, μικρές νοσοκομειακές πτέρυγες μακράς διαμονής μπορούν να παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες (βλ. επίσης Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας). Η μεγάλης κλίμακας ιδρυματική φροντίδα που παρέχουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν δικαιώνεται από το κόστος της, αλλά ούτε και από την αποτελεσματικότητά ή την ποιότητά της.

Ο σχεδιασμός πρέπει να προβλέπει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών

Οι υπηρεσίες πρέπει να σχεδιάζονται ολιστικά, ώστε να δημιουργείται το βέλτιστο μείγμα

Εφόσον αναπτυχθεί ένα φάσμα κοινοτικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, η ανάγκη για ψυχιατρικά νοσοκομεία εκλείπει

Σχήμα 2: Το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας



4.3 Ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες γενικής υγείας

Προκειμένου να υπερπηδηθούν οι δυσκολίες που δημιουργούνται λόγω της απομονωμένης και ανεξάρτητης λειτουργίας των υπηρεσιών, είναι ανάγκη να ενταχθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας. Η ενταγμένη στο γενικό σύστημα υγείας φροντίδα, συμβάλλει στη μείωση του στίγματος που συνοδεύει την αναζήτηση φροντίδας από τις απομονωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες που έχουν μεγάλες ελλείψεις προσωπικού στον τομέα της ψυχικής υγείας, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της γενικής φροντίδας υγείας είναι η καλύτερη στρατηγική, ώστε να αυξηθεί η πρόσβαση των πληθυσμών που δεν εξυπηρετούνται επαρκώς, ως προς τη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, οι ψυχικές διαταραχές και τα σωματικά προβλήματα υγείας σχετίζονται στενά και συχνά αλληλοεπηρεάζονται. Για παράδειγμα, τα άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, συχνά απευθύνονται στις υπηρεσίες γενικής υγείας με σωματικά συμπτώματα. Με ενσωματωμένες υπηρεσίες διευκολύνεται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των διαταραχών και έτσι μειώνεται η ανικανότητα. Άλλα οφέλη, που δυνητικά μπορεί να προκύψουν από την ένταξη των υπηρεσιών, είναι και η δυνατότητα παροχής φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας, καθώς και αυξημένες ευκαιρίες εμπλοκής της κοινότητας στην παροχή φροντίδας.

Η ένταξη είναι δυνατόν να επιδιωχθεί σε όλα τα επίπεδα. Στο κλινικό επίπεδο, η φροντίδα της ψυχικής υγείας μπορεί να ενταχθεί στο πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο της γενικής φροντίδας υγείας. Επίσης, μπορεί να συνοδεύεται από διοικητική και διαχειριστική ενσωμάτωση, όπως και από την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων (βλ. επίσης *Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*) Αν και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να διαρθρώνονται διοικητικά ανεξάρτητα από το υπόλοιπο προσωπικό της γενικής υγείας, γεγονός που δημιουργεί ενίοτε δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργία και στις σχέσεις του προσωπικού, η διοικητική ομογενοποίηση μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση ορισμένων ζητημάτων αυτού του είδους.

Τα πληροφοριακά συστήματα της γενικής υγείας είναι ανεξάρτητα από τα αντίστοιχα της ψυχικής υγείας σε πολλές χώρες. Αυτό δημιουργεί προβλήματα σε όσους σχεδιάζουν και διοικούν τα συστήματα γενικής υγείας, διότι σχεδιάζουν υπηρεσίες χωρίς να συνεκτιμούν την επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές. Η ενοποίηση των δύο πληροφοριακών συστημάτων μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας σε μια χώρα συνολικά. Μπορεί επίσης να προσφέρει συνηγορητικά επιχειρήματα για τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αφού θα κάνει εμφανέστερη σε όσους λαμβάνουν τις αποφάσεις την επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών. Εντούτοις, πρέπει να υπάρχουν κάποιες πληροφορίες που θα αφορούν ειδικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ώστε να καθίσταται δυνατός ο κατάλληλος σχεδιασμός, καθώς και η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για το σκοπό αυτό, μπορεί να απαιτηθεί η τροποποίηση των πληροφοριακών συστημάτων της γενικής υγείας, ώστε να περιλαμβάνονται τα στοιχεία που αφορούν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που προσέρχονται.

Η πλήρης ένταξη, που αφορά τα κλινικά, διοικητικά, διαχειριστικά και πληροφοριακά συστήματα, έχει ορισμένα μειονεκτήματα. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να προτιμούν ένα βαθμό ανεξαρτησίας, για παράδειγμα χωριστές διευθύνσεις στα χαμηλότερα διοικητικά επίπεδα. Ένας βαθμός ανεξαρτησίας μπορεί να βοηθήσει ώστε να προστατευθούν οι προϋπολογισμοί που κατευθύνονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας και να διατηρηθεί η επαγγελματική ιδιαιτερότητα του προσωπικού του τομέα της ψυχικής υγείας.

Η ενσωματωμένη φροντίδα μειώνει το στίγμα, αντιμετωπίζει το πρόβλημα των ελλειψών ανθρώπινων πόρων, και βελτιώνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας πληθυσμών ανεπαρκώς καλυμμένων

Η πλήρης ένταξη έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Όταν τίθεται θέμα επιλογής μεταξύ πλήρους και μερικής ένταξης, οι χώρες θα πρέπει να εκτιμούν τα πιθανά οφέλη, αλλά και τα μειονεκτήματα κάθε εκδοχής, και θα πρέπει να συνεκτιμήσουν τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένες οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ανάγκη να προϋπάρξει στρατηγικός σχεδιασμός πριν επιχειρηθεί η δημιουργία ενσωματωμένων υπηρεσιών (Πλαίσιο 11).

Πλαίσιο 11. Στρατηγικός σχεδιασμός για την ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Μεταξύ των κύριων θεμάτων του στρατηγικού σχεδιασμού περιλαμβάνονται και τα εξής:

I. Λεπτομερής μελέτη του τρόπου ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στο σύστημα παροχής υπηρεσιών γενικής υγείας, όπου γίνεται περιγραφή των οργανωτικών αλλαγών και καθορισμός των αρμοδιοτήτων.

II. Χρηματοδότηση των νέων θέσεων εργασίας, εγκαταστάσεων, εξοπλισμού και μεταφορικών μέσων.

III. Σχεδιασμός των ομάδων ψυχικής υγείας και των αρμοδιοτήτων τους.

IV. Προετοιμασία της περιγραφής του είδους της εργασίας διάφορων ειδικοτήτων και υποστηρικτικού προσωπικού, σε κάθε επίπεδο φροντίδας, όπως για εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στη φροντίδα ψυχικής υγείας, και σε εποπτικές θέσεις. Πρέπει να καθορίζονται οι ρόλοι του προσωπικού σε σχέση με την κάλυψη που θα παρέχουν για την αντιμετώπιση των διαφόρων ψυχικών διαταραχών.

V. Σχεδιασμός για την: θεσμική εκπαίδευση προσωπικού που χρειάζεται πρόσθετες δεξιότητες, εκπαίδευση στο χώρο της εργασίας, συνεχή ιατρική επιμόρφωση, και σχεδιασμός για την εισαγωγή εκπαιδευτικού υλικού σχετικού με την ψυχική υγεία στα προγράμματα εκπαιδευτικών ιδρυμάτων που ασχολούνται με την υγεία και συναφείς ειδικότητες.

VI. Στρατηγικές για την κινητοποίηση και εμπλοκή των μελών της κοινότητας και των χρηστών των υπηρεσιών σε κάθε επίπεδο δραστηριότητας.

Κατά βάση, η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στη γενική υγεία απαιτεί:

- την ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα,
- την ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία,
- την ανάπτυξη δεσμών μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών που έχουν έδρα στα γενικά νοσοκομεία,
- την ένταξη της φροντίδας ψυχικής υγείας σε άλλα εν λειτουργία προγράμματα υγείας και κοινωνικά προγράμματα.

4.3.1 Η ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Σε χώρες με περιορισμένους πόρους, η ένταξη της φροντίδας της ψυχικής υγείας στο σύστημα παροχής υπηρεσιών της γενικής υγείας μπορεί να γίνει μέσω της ένταξης της στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται, κατά κύριο λόγο, η εκπαίδευση του προσωπικού αυτής της βαθμίδας. Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να αναλάβουν περισσότερες ευθύνες για την προαγωγή και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι εργαζόμενοι στα εκπαιδευτικά ιδρύματα του χώρου της υγείας και όσοι ήδη ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας πρέπει να προσανατολιστούν προς την παροχή υπηρεσιών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, πρέπει να εξοπλιστούν με δεξιότητες και γνώσεις που είναι απαραίτητες προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες αυτού του είδους. Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ίσως να μην δεχθούν ευχαρίστως να αναλάβουν τους νέους αυτούς ρόλους. Για παράδειγμα, ίσως αμφισβητήσουν την ανάθεση σε αυτούς ενός ρόλου στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Μπορεί να αισθάνονται άβολα όταν αντιμετωπίζουν τις διαταραχές αυτές και να αποφεύγουν να εργάζονται με άτομα που τις έχουν. Στην περίπτωση αυτή, οι κλινικές εκβάσεις, οι οποίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις και δεξιότητες του προσωπικού, δε θα είναι ικανοποιητικές. Επιπλέον, θα μειωθεί η αποδοχή των υπηρεσιών εάν το προσωπικό είναι ανεπαρκώς εκπαιδευμένο και δεν ασχολείται εξίσου με τις ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Στο Κεφάλαιο 9 παρουσιάζονται λύσεις στα προβλήματα αυτά.

Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να προετοιμαστούν, ώστε να λάβουν μέρος στη διαδικασία αυτή. Το έργο, οι υποχρεώσεις και οι ευθύνες που θα αναλάβουν πρέπει να καθοριστούν, προκειμένου να συμμετέχουν ενεργά στις δραστηριότητες αυτές. Πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να είναι σε θέση να προάγουν την ψυχική υγεία, καθώς και να προλαμβάνουν και να αντιμετωπίζουν τις κύριες ψυχικές διαταραχές. Πρέπει να εκπαιδεύονται όλες οι κατηγορίες των εργαζομένων, καθώς και όλοι όσων η εργασία σχετίζεται με την ψυχική υγεία της κοινότητας, όπως, για παράδειγμα, το προσωπικό ασφαλείας και οι εργαζόμενοι στα γραφεία υποδοχής των ασθενών.

Το εκπαιδευτικό υλικό πρέπει να περιλαμβάνει μια επιλογή από εκείνο που ήδη χρησιμοποιήθηκε κατά το σχεδιασμό σε εθνικό επίπεδο, καθώς και ό,τι άλλο είναι διαθέσιμο τοπικά ή μπορεί να δημιουργηθεί ειδικά για το πρόγραμμα αυτό, προκειμένου να καλυφθούν οι ειδικές ανάγκες της κοινότητας. Υπάρχει ήδη ένας οδηγός για τέτοιου είδους εκπαίδευση (World Health Organization, 1982).

Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ο παράγοντας του χρόνου εάν πρόκειται το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας να αφιερωθεί στην ψυχική υγεία με επιτυχία. Σε πολλές χώρες, το προσωπικό αυτής της βαθμίδας υπεραπασχολείται, αφού του ζητείται να διεκπεραιώνει πολυσχιδή προγράμματα υγείας, τα οποία αφορούν κυρίως τις σωματικές διαταραχές. Εφόσον συμβαίνει αυτό, προκύπτει η ανάγκη αύξησης του προσωπικού, ώστε να αναλάβουν ως πρόσθετο έργο την απασχόλησή τους με την ψυχική υγεία. (βλ. Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να εποπτεύεται ικανοποιητικά, προκειμένου να επιτύχει η ένταξη. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμοι τακτικά και να παρέχουν τις συμβουλές τους για την αντιμετώπιση και θεραπεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η τακτική εποπτεία δεν είναι δυνατόν να αντικατασταθεί από ένα σύστημα παραπομπών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η απουσία εποπτείας μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά παραπομπών, ακόμη και για απλές περιπτώσεις που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από

Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χρειάζεται εκπαίδευση και κατάρτιση για να μπορεί να θεραπεύει τις ψυχικές διαταραχές

Σε πολλές χώρες χρειάζεται περισσότερο προσωπικό στην πρωτοβάθμια φροντίδα προκειμένου να επιτύχει η ένταξη

Η υποδομή και οι ανθρώπινοι πόροι πρέπει να είναι επαρκείς για να επιτύχει η ένταξη της ψυχικής υγείας στη γενική

το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, εάν υπήρχε εποπτεία επί τόπου. Ένα μέλος της δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας μπορεί να επισκέπτεται την πρωτοβάθμια κάθε μία ή δύο εβδομάδες και να παρέχει την απαραίτητη εποπτεία. Το άτομο αυτό πρέπει να είναι διαθέσιμο για να συζητήσει δυσκολίες στην αντιμετώπιση περιστατικών και να συμβουλεύει πώς το πρωτοβάθμιο προσωπικό θα εκτελέσει διάφορες παρεμβάσεις. Αυτός ο τρόπος εποπτείας έχει δοκιμαστεί με επιτυχία στην Ινδία (Murthy, 1998).

Άλλα ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι και η παροχή επαρκούς υποδομής, η διαθεσιμότητα εξοπλισμού και, κυρίως, η διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων. Ο εκ των προτέρων καθορισμός μερικών ψυχικών διαταραχών που θα αντιμετωπίζονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απλοποιεί τις απαιτήσεις ως προς τα είδη των φαρμάκων. Μπορεί να δημιουργηθεί ένας κατάλογος φαρμάκων σύμφωνα με τις συστάσεις του Π.Ο.Υ., που αφορούν τα βασικά φάρμακα στα διάφορα επίπεδα της φροντίδας υγείας. Οι κύριες κατηγορίες μπορεί να είναι διαθέσιμες σε όλα τα επίπεδα, αλλά με λιγότερες επιλογές από κάθε κατηγορία φαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η μαζική αγορά των βασικών φαρμάκων διασφαλίζει χαμηλό κόστος και εφοδιασμό χωρίς προβλήματα. Αυτή η προσέγγιση απλοποιεί επίσης την εκπαίδευση, αφού οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να γνωρίζουν καλά τη χρήση μόνο μερικών επιλεγμένων φαρμάκων (βλ. *Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας*).

4.3.2 Ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι εγκατεστημένες στα γενικά νοσοκομεία μπορούν να παρέχουν δευτεροβάθμια φροντίδα σε ασθενείς της κοινότητας, καθώς και όσους εισάγονται λόγω σωματικών διαταραχών και ταυτόχρονα χρειάζονται παρεμβάσεις που αφορούν την ψυχική τους υγεία. Η ένταξη στα γενικά νοσοκομεία απαιτεί εγκαταστάσεις και ανθρώπινους πόρους. (βλ. *Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Οι πρόσθετες εγκαταστάσεις περιλαμβάνουν κλίνες για την αντιμετώπιση οξέων ψυχικών διαταραχών, εξωτερικά ιατρεία, εξοπλισμό για εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως ψυχολογικά τεστ, εξοπλισμό για ειδικές θεραπείες και φαρμακευτική αγωγή.

Οι απαιτούμενοι ανθρώπινοι πόροι περιλαμβάνουν ειδικευμένο προσωπικό στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Το προσωπικό αυτό οφείλει να αναλάβει την υποχρέωση να εκπαιδεύει και να εποπτεύει τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μερικοί από αυτούς τους ειδικούς μπορεί να μην έχουν επαρκή προσανατολισμό προς τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και του είδους των υπηρεσιών που παρέχονται σε αυτό το επίπεδο, οπότε θα χρειαστούν και οι ίδιοι εκπαίδευση.

4.3.3 Δημιουργία δεσμών μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι αφενός το σημείο όπου ο ασθενής πρωτοέρχεται σε επαφή με τις υπηρεσίες, και αφετέρου το σημείο από όπου παραπέμπεται και όπου η πρόληψη μπορεί να αρχίσει. Για να υπάρξει ανταπόκριση στις ανάγκες σε φροντίδα και κοινωνική υποστήριξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές πρέπει να λειτουργεί ένα σαφώς καθορισμένο σύστημα παραπομπών και δεσμών σε περιφερειακό επίπεδο. Οι παροχές των υπηρεσιών πρέπει να συναντώνται τακτικά, να αξιολογούν την κατάσταση και να συζητούν για το πώς θα βελτιώσουν το σύστημα παραπομπών.

Είναι απαραίτητο να υπάρχουν δεσμοί της πρωτοβάθμιας με τα υπόλοιπα επίπεδα φροντίδας υγείας

Ακόμα και εκεί όπου οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι αναπτυγμένες, είναι σημαντικό να βελτιωθεί η συνεργασία τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Εάν αυτό δεν γίνει, η φροντίδα συχνά επικαλύπτεται ή συντονίζεται ελλιπώς και υπάρχουν καθυστερήσεις όταν οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα ζητούν βοήθεια για οξεία περιστατικά.

4.3.4 Η ένταξη της φροντίδας ψυχικής υγείας στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και τα κοινωνικά προγράμματα.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν και άλλες προτεραιότητες στην υγεία που ανταγωνίζονται την ψυχική υγεία για να αποσπάσουν χρηματοδότηση (βλ. Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας). Τα προγράμματα ψυχικής υγείας, αντί να ανταγωνίζονται τα άλλα προγράμματα υγείας, θα πρέπει να συνεργάζονται με αυτά. Για παράδειγμα, τα προγράμματα που έχουν στόχο να αντιμετωπίσουν τη μητρική κατάθλιψη μπορούν να αποτελέσουν μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος για την υγεία των αναπαραγωγικών ηλικιών. Τα προγράμματα για το HIV/AIDS προσφέρουν την ευκαιρία να διευρυνθεί η κάλυψη ευπαθών πληθυσμών από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεργατικές προσεγγίσεις αυτού του είδους μπορούν να επεκταθούν και σε προγράμματα που δεν αφορούν άμεσα την υγεία, π.χ. προγράμματα που αφορούν την ενδοοικογενειακή βία μπορούν να καλύπτουν ορισμένες πλευρές της ψυχικής υγείας των γυναικών.

4.4 Δημιουργία θεσμοθετημένων και άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αντιπροσωπεύουν στο κοινοτικό επίπεδο ό,τι και οι υπηρεσίες στα γενικά νοσοκομεία στο δευτεροβάθμιο επίπεδο. Αυτές περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, κέντρα ημέρας για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που έχουν λάβει εξιτήριο από τα νοσοκομεία, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου (hospital diversion programmes), ομάδες αντιμετώπισης κρίσεων, σπίτια μόνιμης διαμονής ασθενών, σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και υπηρεσίες ατομικής αντιμετώπισης περιστατικών (case management services). Άλλα παραδείγματα θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών δίδονται στο Πλαίσιο 12. Πολλές αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν αμέσως όλες αυτές τις υπηρεσίες. Στις περιπτώσεις αυτές, οι έχοντες την ευθύνη του σχεδιασμού καλούνται να αποφασίσουν ποιες υπηρεσίες πρέπει να αναπτυχθούν κατά προτεραιότητα και να εστιάσουν εκεί τις προσπάθειες και τους διαθέσιμους πόρους. Οι άλλες υπηρεσίες μπορούν να αναπτυχθούν σταδιακά.

Επιπλέον, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες πολλές από τις κοινοτικές υπηρεσίες, όπως τα σπίτια ενδιάμεσης ή μόνιμης διαμονής, μπορεί να μην είναι απαραίτητες όσο στις αναπτυγμένες χώρες, λόγω της ύπαρξης καλής υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί ως πρόταση να αναλαμβάνουν οι οικογένειες όλο το βάρος της φροντίδας από μόνιμης διαμονής με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Πάντως, οι κοινοτικές υπηρεσίες πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε να υποστηρίζουν τις οικογένειες στην προσπάθειά τους να φροντίσουν συγγενείς με ψυχικές διαταραχές.

Οι αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει επίσης να χρησιμοποιούν τα υπάρχοντα δίκτυα μη κυβερνητικών οργανώσεων για να παρέχουν ορισμένες κοινοτικές υπηρεσίες. Αυτού του είδους οι υπηρεσίες μπορεί να είναι λέσχες, ομάδες υποστήριξης, εργαστήρια αποκατάστασης και απασχόλησης, προστατευμένα εργαστήρια, θέσεις εργασίας με επίβλεψη και στέγαση σε πλαίσια με ή χωρίς προσωπικό. Τα παραδείγματα από την Ταν-

Η ενοποίηση με άλλα προγράμματα υγείας και κοινωνικά προγράμματα διευκολύνει την υπερπήδηση των προβλημάτων που επιβάλλει η έλλειψη πόρων

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι για την κοινότητα ό,τι οι υπηρεσίες στα γενικά νοσοκομεία για τη δευτεροβάθμια φροντίδα

Οι οικογένειες είναι σημαντικός πόρος και χρειάζονται δραστήρια υποστήριξη από τις κοινοτικές υπηρεσίες

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είναι επίσης σημαντικός πόρος

ζανία και τη Ζιμπάμπουε (Πλαίσιο 9) δείχνουν πως μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι διαθέσιμοι πόροι ώστε να δημιουργηθούν κοινοτικές υπηρεσίες. Στα Πλαίσια 12 και 13 υπάρχουν επιπλέον παραδείγματα της χρήσης των θεσμοθετημένων πόρων, π.χ. των μη κυβερνητικών οργανώσεων, καθώς και των άτυπων πόρων, π.χ. των γειτόνων και των θρησκευτικών ηγετών, για τη δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών.

Πλαίσιο 12. Καινοτόμες θεσμοθετημένες και άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Κίνα: Υπάρχουν μονάδες ψυχιατρικής φροντίδας που συγκροτούνται από γείτονες των ασθενών, συνταξιούχους και μέλη της οικογένειας, που βοηθούν στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών (Pearson, 1992).

Κίνα, Ινδία και Μαλαισία: Οι κυβερνήσεις συνάπτουν συμβάσεις με μη κυβερνητικές οργανώσεις με σκοπό να παρέχουν φροντίδα σε άτεκνους ηλικιωμένους σε μικρές στεγαστικές δομές (Levkoff et al., 1995).

Ινδία: Δάσκαλοι εκπαιδεύονται για να παρέχουν συμβουλευτικές παρεμβάσεις σε παιδιά στα σχολεία (Nikarota, 1991). Εθελοντές παρέχουν παρεμβατικές υπηρεσίες σε περιόδους κρίσης σε μερικές μεγάλες πόλεις (Murthy, 2000).

Μογγολία: Το 2000 άρχισε η λειτουργία κοινοτικών κέντρων ημέρας, μέσα σε παραδοσιακές Μογγολικές σκηνές και μεταφερόμενα κυκλικά σπίτια που ονομάζονται gers, σε περιφερειακά κέντρα υγείας των περιοχών Songinokhairkhan και Chingletei του Ulan Bator. Το σημαντικότερο επίτευγμα στο Chingletei ήταν η οργάνωση ενός κυλικείου στο κέντρο ημέρας για το ιατρικό και οδοντιατρικό προσωπικό. Το προσωπικό κατασκεύασε πάγκους και τραπέζια από σπασμένα έπιπλα και χρησιμοποίησε παλιά γυαλικά και μαχαιροπήρουνα από το νοσοκομείο ή το σπίτι τους για να οργανώσει το κυλικείο. Παρά το στίγμα και τον αποκλεισμό που τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό στη Μογγολία, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αυτού του κέντρου υγείας γευματίζει στο συγκεκριμένο κυλικείο (World Health Organization, 2000).

**Πλαίσιο 13. Αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας
σε περιβάλλοντα όπου οι πόροι ελλείπουν:
καινοτομίες μη κυβερνητικών οργανώσεων στην Ινδία**

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις έχουν αποκτήσει σημαντική εμπειρία στη φροντίδα υγείας στην Ινδία, κυρίως σχετικά με υπηρεσίες υγείας που αφορούν την αναπαραγωγή και τα παιδιά, καθώς και με την έρευνα. Τα τελευταία χρόνια ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός μη κυβερνητικών οργανώσεων έχει αρχίσει να αναπτύσσει καινοτόμα προγράμματα για τη φροντίδα ψυχικής υγείας. Το 1999 έγινε μία προσπάθεια συντονισμού των μη κυβερνητικών οργανώσεων που προωθούσαν προγράμματα ψυχικής υγείας και βρέθηκε ότι υπήρχαν σε εξέλιξη περισσότερες από 50 πρωτοβουλίες σε όλη τη χώρα. Συχνότερα αφορούσαν την αποκατάσταση, την ενδυνάμωση ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και τη δημιουργία σχολείων για παιδιά με νοητική καθυστέρηση. Πάντως, το φάσμα των μη κυβερνητικών οργανώσεων έχει αυξηθεί σημαντικά, ακολουθώντας την αύξουσα συνειδητοποίηση του εύρους των προβλημάτων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές, π.χ. την κατάχρηση των ουσιών, τις ψυχικές διαταραχές στα παιδιά, την άνοια και τη βία. Οι τέσσερις μη κυβερνητικές οργανώσεις που σκιαγραφούνται πιο κάτω εργάζονται σε διαφορετικούς τομείς ψυχικής υγείας, κάνουν ερευνητική δουλειά, προσφέρουν εκπαίδευση και υπηρεσίες, και συνεργάζονται ενεργά με άλλους τομείς του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Όλες στηρίζονται σε χρηματοδότηση που προέρχεται από διάφορες πηγές, όπως από άτομα και εταιρείες, ιδρύματα, οργανισμούς, χορηγούς και το κράτος.

Το **Ίδρυμα Έρευνας για τη Σχιζοφρένεια**, στην πόλη Chennai στη νότια Ινδία, είναι ένας από τους γνωστότερους παροχείς ολοκληρωμένων υπηρεσιών στη χώρα για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ιδρύθηκε το 1984 από γιατρούς που εργάζονταν στην τοπική ιατρική σχολή. Τώρα παρέχει στην κοινότητα εξωτερικά ιατρεία, φροντίδα ημέρας και υπηρεσίες κατ' οίκον για ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, καθώς και ένα φάσμα ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών αποκατάστασης. Πρωτοστατεί στη συνηγορία υπέρ των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα για την επίσημη αναγνώριση της ανικανότητας που οφείλεται σε ψυχικές νόσους. Είναι ένας από τους πρωτοπόρους οργανισμούς της χώρας που διεξάγει έρευνες σχετικά με όλες τις πλευρές της σχιζοφρένειας. Η Διαχρονική Μελέτη του Μαντράς, που έχει διεξάγει, είναι η συχνότερα αναφερόμενη του είδους της, και αφορά την έκβαση της σχιζοφρένειας σε μια αναπτυσσόμενη χώρα. Το Ίδρυμα αυτό είναι ένα Συνεργαζόμενο Κέντρο με τον Π.Ο.Υ. για την Έρευνα και την Εκπαίδευση στην Ψυχική Υγεία.

Η **Εταιρεία Sangath** βρίσκεται στην πολιτεία Γκόα στη δυτική ακτή της Ινδίας. Ιδρύθηκε το 1996 από μία ομάδα επαγγελματιών υγείας που εργαζόταν στον τομέα της ανάπτυξης παιδιού και εφήβου. Σε πέντε χρόνια έγινε ο κύριος παροχέας κοινοτικών διεπιστημονικών ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών στην περιοχή, με 350 και πλέον παραπομπές κατ' έτος. Η Εταιρεία έχει επεκτείνει τις υπηρεσίες της από το κλινικό έργο στην κοινότητα, με προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση των εκβάσεων παρεμβάσεων που αφορούν την ανάπτυξη των παιδιών, όπως, για παράδειγμα, έγκαιρες παρεμβάσεις για βρέφη υψηλού κινδύνου, και παρεμβάσεις στα σχολεία με προγράμματα για τη βελτίωση της ενημέρωσης και την εισαγωγή διδακτικών μεθόδων για παιδιά με διαφορετικές ικανότητες. Η Εταιρεία συνεργάζεται ενεργά με κυβερνητικές υπηρεσίες, ακαδημαϊκά ιδρύματα και άλλες μη κυβερνητικές υπηρεσίες, με την προοπτική να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητες ανάπτυξης

κάθε παιδιού. Είναι μια εταιρεία που πρωτοστατεί στην έρευνα για την ψυχική υγεία των γυναικών και την υγεία των εφήβων, και είναι επίσης η οργάνωση που συντονίζει τη μεγαλύτερη μελέτη με τυχαίο δείγμα, σχετικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης στη γενική φροντίδα υγείας.

Το **Ίδρυμα Κλινικής Έρευνας T. T. Ranganathan** ιδρύθηκε το 1980 από μία γυναίκα, της οποίας ο αλκοολικός σύζυγος είχε σοβαρότατα προβλήματα εξαιτίας του εθισμού του. Το Ίδρυμα έθεσε σε εφαρμογή ένα φάσμα πρωτοπόρων προγραμμάτων εναντίον της εξάρτησης από το αλκοόλ και παρέχει υπηρεσίες σε κάθε επίπεδο φροντίδας, αρχίζοντας από την κοινότητα και φτάνοντας σε ένα πλήρες εξοπλισμένο νοσοκομείο. Η κύρια καινοτομία του Ιδρύματος είναι κινητές μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες για την απεξάρτηση από το αλκοόλ σε αγροτικές περιοχές για δύο εβδομάδες. Με τον τρόπο αυτό οι υπηρεσίες δρουν μέσα στις κοινότητες και τα άτομα δεν υποχρεώνονται να ταξιδέψουν σε απομακρυσμένες πόλεις για να έχουν ειδικευμένη φροντίδα. Το νοσοκομείο ΤΤΚ του Ιδρύματος, το οποίο παρέχει ποικίλες ιατρικές και ψυχολογικές θεραπείες για την εξάρτηση από το αλκοόλ, έχει παράσχει θεραπεία σε περισσότερους από 10.000 ασθενείς από την ίδρυσή του, σε συνεργασία με το Πρόγραμμα Ελέγχου των Ναρκωτικών του ΟΗΕ. Το νοσοκομείο αναγνωρίστηκε πρόσφατα από τον Π.Ο.Υ. ως Περιφερειακό Εκπαιδευτικό Κέντρο.

Η **Ashagram** είναι μια μη κυβερνητική οργάνωση στην περιφέρεια Barwani της πολιτείας Madhya Pradesh στη Δυτική Ινδία. Είναι μια από τις φτωχότερες περιοχές της χώρας, με υψηλό ποσοστό αναλφαβητισμού, μεγάλη περιβαλλοντική επιβάρυνση και μεγάλο ποσοστό πληθυσμού φυλετικά διαστρωματωμένο. Η οργάνωση ιδρύθηκε τη δεκαετία του 1980 από κοινούς πολίτες, δημιουργώντας μια παροικία επανεγκατάστασης ατόμων με αναπηρίες από λέπρα. Έκτοτε, έχει εξελιχθεί σε μια κοινότητα γεμάτη δραστηριότητα, με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ολοκληρωμένες εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας υγείας, και διάφορες παραγωγικές μονάδες που αποφέρουν εισοδήματα. Το 1996 άρχισαν να λειτουργούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Χρησιμοποιήθηκε το κοινωνικό συμμετοχικό πρότυπο, ώστε να διασφαλίζεται η προσβασιμότητα των υπηρεσιών σύμφωνα με τα τοπικά πολιτισμικά έθιμα. Την οργάνωση διέθυσαν εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία από τα τοπικά χωριά, οι οποίοι είχαν τη βασική εκπαίδευση. Το πρόγραμμα για την ψυχική υγεία λειτουργούσε παράλληλα με τις υπηρεσίες για άτομα με σωματικές αναπηρίες. Ως εκ τούτου, όταν έπρεπε ένα άτομο με ψυχική διαταραχή να εισαχθεί στο νοσοκομείο, έμπαινε στην πτέρυγα με άτομα που είχαν άλλου είδους διαταραχές. Το πρόγραμμα ψυχικής υγείας έχει τώρα διευρυνθεί και καλύπτει κοινές ψυχικές διαταραχές επίσης.

Πηγή: Patel V, Thara R, eds. *Meeting mental health needs in developing countries: NGO innovations in India*. Sage India (υπό δημοσίευση).

4.5 Περιορισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων

Η λειτουργία και συντήρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων απαιτούν μεγάλες δαπάνες. Τα νοσοκομεία αυτά δεν επιτυγχάνουν καλές κλινικές εκβάσεις, προκαλούν μάλλον μεγαλύτερη ανικανότητα παρά ελάττωσή της, στιγματίζουν τους ασθενείς, τις οικογένειες και όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, και είναι συνδεδεμένα με καταπατήσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Είναι, επομένως, σημαντικό να μειωθεί η εξάρτηση της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο αποϊδρυματισμός αποτελεί, κατά συνέπεια, αναγκαία προϋπόθεση για τη μεταρρύθμιση του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Εντούτοις, η υπόθεση του αποϊδρυματισμού δεν εξαντλείται με το να λαμβάνουν εξιτήριο τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από νοσοκομεία μακράς διαμονής. Είναι μια διαδικασία που συνοδεύεται από σημαντικές και συστηματικές αλλαγές, όπου η παροχή των υπηρεσιών γίνεται σε κοινοτική και όχι ιδρυματική βάση. Η μείωση του αριθμού των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να συνοδεύεται, βήμα προς βήμα, από την ανάπτυξη της κοινοτικής παροχής των υπηρεσιών. Μακροπρόθεσμα, η εξοικονόμηση πόρων από το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων αναμένεται να αντισταθμίσει τις αυξημένες δαπάνες για κοινοτικές υπηρεσίες. Κατά τη μεταβατική περίοδο όμως, οι υπηρεσίες πρέπει να εξασφαλίσουν διπλά λειτουργικά έξοδα. (Βλ. *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας*).

Ο αποϊδρυματισμός πρέπει να αντιμετωπίσει τα δυνητικά αρνητικά αποτελέσματα της μεταβίβασης αρμοδιοτήτων από τα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα. Τα προβλήματα αυτά περιγράφονται στο Πλαίσιο 14. Επιπλέον, οι ακόλουθες δραστηριότητες και υπηρεσίες πρέπει να βρίσκονται ήδη σε λειτουργία πριν οι ασθενείς μεταφερθούν από τα νοσοκομεία στις κοινότητες.

- I. Στις εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να προσφέρονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- II. Πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες, εγκαταστάσεις και ειδικευμένο προσωπικό στα γενικά νοσοκομεία ή στην κοινότητα, για την αντιμετώπιση οξέων υποτροπών που απαιτούν μικρής διάρκειας εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- III. Το προσωπικό των υπαρχόντων ψυχιατρικών νοσοκομείων πρέπει να επανεκπαιδευτεί, να αναλάβει θέσεις στη γενική φροντίδα υγείας και να συμπεριληφθούν στα καθήκοντά του η εποπτεία του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία.
- IV. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των γενικών νοσοκομείων.
- V. Πρέπει να δημιουργηθούν θεσμοθετημένες και άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που θα συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ασθενών στο κοινοτικό περιβάλλον.

Εφόσον οι παραπάνω κοινοτικές εναλλακτικές υπηρεσίες βρίσκονται σε λειτουργία, μπορεί να προχωρήσει ο αποϊδρυματισμός σύμφωνα με τα ακόλουθα στάδια.

- I. Το πρώτο βήμα είναι να σταματήσουν όλες οι νέες εισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και όλοι αυτοί οι ασθενείς να διοχετευτούν στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων.
- II. Πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τις οικογένειες των ασθενών που πρόκειται να λάβουν εξιτήριο, ώστε να βοηθηθούν και να στηριχθούν

Ο αποϊδρυματισμός απαιτεί σχεδιασμό και δεν πραγματοποιείται με μια απλή απόφαση

Η ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών προηγείται του αποϊδρυματισμού

και οι ασθενείς και οι οικογένειες, όταν οι ασθενείς βγουν από το νοσοκομείο.
III. Η έξοδος πρέπει να αρχίσει με τους ασθενείς με τη μικρότερη ανικανότητα και να προχωρήσει σταδιακά στους ασθενείς με μεγαλύτερη ανικανότητα.

Μια μειοψηφία ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές χρειάζεται συνεχή στήριξη σε εικοσιτετράωρη βάση. Οι ασθενείς αυτοί μπορούν να μεταφερθούν σε μικρές κοινοτικές μονάδες μόνιμης διαμονής με εικοσιτετράωρη παρακολούθηση από νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό, εφόσον υπάρχει τέτοια δυνατότητα.

Ο αποϊδρυματισμός απαιτεί αποφασιστική συμμετοχή όσων σχεδιάζουν και διοικούν, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, όλοι οι εμπλεκόμενοι πρέπει να συμφωνούν ως προς το ρυθμό και το χρόνο εφαρμογής της διαδικασίας. Με βάση τις εμπειρίες της Βραζιλίας, ο αποϊδρυματισμός μπορεί να επιτύχει ακόμη και αν οι πόροι είναι περιορισμένοι (Πλαίσιο 15). Η πείρα από το Ενωμένο Βασίλειο δείχνει ότι η κοινοτική φροντίδα που προσφέρεται σε άτομα που είχαν παραμείνει σε ιδρύματα επί μακρόν μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους, εφόσον υπάρχει πρόγραμμα καλά σχεδιασμένο και με επαρκείς πόρους (Leff & Treiman, 2000). Στους παροχείς υπηρεσιών μπορούν να δοθούν οικονομικά κίνητρα για να επιτύχουν στόχους βάσει χρονοδιαγραμμάτων και για την ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών, καθώς και για την έξοδο ασθενών από ιδρύματα μακράς διαμονής. Τα κίνητρα αυτά περιλαμβάνουν την αυξημένη χρηματοδότηση κοινοτικών υπηρεσιών, την παροχή πρόσθετων οικονομικών πόρων για την επανεγκατάσταση των ιδρυματοποιημένων ασθενών στο κοινοτικό περιβάλλον, και κίνητρα στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τη μείωση της χρήσης των κλινών (Βλ. Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας και Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

Πλαίσιο 14. Αποτελέσματα της μετάβασης των λειτουργιών των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων στην κοινοτική φροντίδα

Λειτουργίες των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων	Αποτελέσματα της μετάβασης στην κοινοτική φροντίδα
Αντικειμενική εξέταση και θεραπεία	Προσφορότερη θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα ή στις υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων
Ενεργή θεραπευτική παρέμβαση για ασθενείς σύντομης ή μέσης παραμονής	Ανάλογη ή και βελτιωμένη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι γενικεύσιμα
Μακροχρόνια φύλαξη	Συνήθως βελτιωμένη σε σπίτια μόνιμης διαμονής για όσους έχουν ανάγκη εντατική μακροχρόνια υποστήριξη
Προστασία από εκμετάλλευση	Μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να είναι ευάλωτοι σε σωματική, σεξουαλική και οικονομική εκμετάλλευση
Φροντίδα ημέρας και υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων	Μπορεί να βελτιωθούν εάν αναπτυχθούν τοπικά προσβάσιμες υπηρεσίες ή να χειροτερέψουν εάν αυτό δε συμβεί. Συχνά είναι αναγκαία η διευθέτηση των ευθυνών μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας
Υπηρεσίες εργοθεραπείας, επαγγελματικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	Βελτίωση σε κανονικό περιβάλλον
Στέγη, ρουχισμός, τροφή και βασικό επίδομα	Διακινδυνεύονται, οπότε υπάρχει ανάγκη διευκρίνησης αρμοδιοτήτων και συντονισμού
Ανακούφιση στις οικογένειες και σε όσους παρέχουν φροντίδα	Συνήθως χωρίς αλλαγή. Η κατ'οίκον θεραπεία αντισταθμίζεται από δυνατότητα μεγαλύτερης υποστήριξης της οικογένειας από ειδικούς
Έρευνα και εκπαίδευση	Προκύπτουν νέες ευκαιρίες λόγω της αποκέντρωσης

Πηγή: Thornicroft G. & Tansella M. (2000), *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva: World Health Organization.

Πλαίσιο 15. Παραδείγματα πρακτικών αποϊδρυματισμού

Βραζιλία

Από το 1991 ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών μειώθηκε κατά 30%. Από το 1997 έως το 2001 τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας αυξήθηκαν από 176 σε 295 και ονομάζονται κέντρα ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Εφαρμόστηκαν διάφορα προγράμματα στη νοτιοανατολική περιοχή της χώρας, η οποία έχει και το υψηλότερο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Στην Πολιτεία του Sao Paulo, η πόλη Santos, με πληθυσμό που υπερβαίνει τις 400.000, είχε ένα ιδιωτικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, που αποκόμιζε υψηλά κέρδη, με άδεια νοσηλείας 260 ασθενών. Στην πραγματικότητα, νοσήλευε 575 ψυχιατρικούς ασθενείς, εκ των οποίων πολλούς για αλκοολισμό. Λόγω πολλών κατηγοριών για κακή μεταχείριση και για θανάτους λόγω άσκησης βίας, η κυβέρνηση της Πολιτείας διεξήγαγε μια αξιολόγηση του νοσοκομείου το 1989, βάσει της οποίας το νοσοκομείο έκλεισε. Ιδρύθηκαν πέντε κέντρα ψυχικής υγείας, ονομαζόμενα κέντρα ψυχοκοινωνικής φροντίδας, παρόμοια με το μοντέλο της Τεργέστης. Με συμμετοχή οργανώσεων των ασθενών και δημόσιων λειτουργιών, αυτή η αλυσίδα των κέντρων εξελίχθηκε τόσο ώστε οργανώθηκαν εργαστήρια όπου οι ασθενείς μπορούσαν να βρουν αμειβόμενη εργασία. Το ψυχιατρικό νοσοκομείο τελικά έκλεισε. Η εμπειρία αυτή παραμένει μια από τις πιο σημαντικές στη διαδικασία των αλλαγών στη Βραζιλία (Alves & Valentini, 2002).

Κούβα

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Κούβα είναι ένα καλό παράδειγμα της οργάνωσης των υπηρεσιών βάσει διαφόρων προτύπων κατά τα τελευταία 50 έτη.

– **Το πρότυπο του ασύλου (έως το 1959):** Υπήρχαν ελάχιστες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αναλογούσε ένας ψυχίατρος σε 150.000 άτομα. Οι υπηρεσίες επικεντρώνονταν στην Αβάνα και ήταν κυρίως μεγάλα ψυχιατρεία (1 κλίνη ανά 2.200 κατοίκους).

– **Το πρότυπο του νοσοκομείου (1960 έως το 1986):** Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας εντάχθηκαν στο εθνικό σύστημα υγείας και οι πόροι αυξήθηκαν και αποκεντρώθηκαν σε όλη τη χώρα, ώστε να βελτιωθεί η προσβασιμότητα, η κάλυψη του πληθυσμού και η ποιότητα. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες των ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων μετασχηματίστηκαν σε θεραπευτικές κοινότητες. Δόθηκε προσοχή στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων. Αυξήθηκε ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών. Υπήρχαν 11 ψυχιατρικά νοσοκομεία, 15 ψυχιατρικές υπηρεσίες σε γενικά νοσοκομεία και 4 σε νοσοκομεία παιδών.

– **Το πρότυπο παροχής κινητής και πρωτοβάθμιας φροντίδας (1987 έως το 1995):** Μέρος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενσωματώθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δημιουργήθηκαν 20 μονάδες παρέμβασης σε κρίσεις καθώς και δύο κλινικές για εξωτερικούς ασθενείς, σε δήμους και εκτός των γενικών νοσοκομείων. Εντωμεταξύ, άρχισαν και λειτουργούν 30 νοσοκομεία ημέρας και οι ψυχιατρικές υπηρεσίες έφτασαν τις 23 στα γενικά νοσοκομεία και τις 10 στα παιδιατρικά. Ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών αυξήθηκε σε 1 ανά 1.100 κατοίκους. Η πολιτική ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων που είχε εισαχθεί την προηγούμενη περίοδο, οδήγησε σε σημαντική αύξηση του αριθμού των ψυχιάτρων (1 ανά 9.000 κατοίκους).

– **Το πρότυπο της κοινοτικής ψυχιατρικής (από το 1996):** Το πρότυπο παροχής κινητής και πρωτοβάθμιας φροντίδας αποδείχθηκε ότι χρειαζόταν βελτίωση διότι δεν πέτυχε να διαφοροποιήσει την ψυχιατρική επιδημιολογία, είχε κακή σχέση κόστους – οφέλους, οι χρήστες ήταν δυσαρεστημένοι και ο πληθυσμός δε συμμετείχε αρκετά. Με τη συμμετοχή πολλών εμπλεκομένων, διαμορφώθηκε μια νέα πολιτική, κατά την οποία το κεντρικό στοιχείο των υπηρεσιών θα ήταν τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας. Τα κέντρα αυτά είναι στελεχωμένα από διεπιστημονικές ομάδες (που περιλαμβάνουν ψυχιάτρους) και χρησιμοποιούν οποιαδήποτε υποδομή υπάρχει σε τοπικό επίπεδο (υγειονομικές εγκαταστάσεις, σχολεία, εργοστάσια, κοινοτικές εγκαταστάσεις κ.λπ). Έχουν καλή επαφή με τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας (οικογενειακούς γιατρούς και νοσηλευτές) καθώς και με ποικίλες οργανώσεις που ανήκουν σε άλλους τομείς εκτός του τομέα υγείας.

Μέχρι το τέλος του 1999 κατέστη δυνατό να λειτουργούν επίσημα 111 κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας. Η στρατηγική αυτή έχει επιτρέψει να κατανοηθούν οι ανάγκες του πληθυσμού κάθε περιοχής, να αναληφθούν πρωτοβουλίες για την κατάρτιση σχεδίων δράσης που ανταποκρίνονται στις ανάγκες, και να μειωθεί η ζήτηση για εισαγωγές στα νοσοκομεία (Barrientos, 2001).

Κύρια σημεία: Συστάσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών

- Όσοι σχεδιάζουν τις υπηρεσίες πρέπει να στοχεύουν στη δημιουργία ενός φάσματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η απόλυτη ανάγκη διαφόρων υπηρεσιών ποικίλει από χώρα σε χώρα, αλλά οι σχετικές ανάγκες σε διάφορες υπηρεσίες είναι παρόμοιες σε πολλές χώρες.
- Η ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μια στρατηγική που ενδυναμώνει την πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας σε πολλές χώρες.
- Η ένταξη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απαιτεί την εκπαίδευση του προσωπικού αυτής της βαθμίδας στη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.
- Σε μερικές χώρες, το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας ήδη υπερασχολείται, οπότε η ένταξη της φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα απαιτεί την αύξηση του προσωπικού αυτής της βαθμίδας.
- Η ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία χρειάζεται ειδικούς στον τομέα ψυχικής υγείας που θα εργάζονται στα νοσοκομεία αυτά, καθώς και υποδομή και άλλες διευκολύνσεις.
- Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ήδη υπάρχοντα προγράμματα γενικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας που στοχεύουν ευπαθείς πληθυσμούς είναι μια αποτελεσματική στρατηγική, προκειμένου να παρακαμφθεί το πρόβλημα της έλλειψης πόρων και να διευρυνθεί η εμβέλεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Προκειμένου να επιτύχει ο στόχος της ένταξης και του αποϊδρυματισμού πρέπει να δημιουργηθούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Οι χώρες πρέπει να μελετήσουν την αξιοποίηση των υπαρχόντων δικτύων υπηρεσιών και ιδιαίτερα εκείνων των μη κυβερνητικών οργανώσεων.
- Το κόστος, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν δικαιώνουν την ύπαρξη τους.
- Αποϊδρυματισμός δε σημαίνει απλώς οι ασθενείς να λάβουν εξιτήριο από τα νοσοκομεία που παρέχουν νοσηλεία μακράς διάρκειας, αλλά πρόκειται για μια διαδικασία που αναδομεί την παροχή υπηρεσιών, ώστε αυτή να γίνεται σε κοινοτικό και όχι σε ιδρυματικό επίπεδο.
- Οι αποϊδρυματισμός πρέπει να έπεται, και όχι να προηγείται της ίδρυσης εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών.
- Για ένα μικρό ποσοστό ασθενών απαιτούνται εγκαταστάσεις μακράς διαμονής, πράγμα που μπορεί να γίνει σε μικρές μονάδες μέσα στην κοινότητα ή μικρές νοσοκομειακές πτέρυγες μακράς διαμονής.

5. Βασικά ζητήματα της οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στις συστάσεις που προηγήθηκαν για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να συνυπολογιστούν ορισμένα βασικά ζητήματα. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα στοιχεία που πιστοποιούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, οι ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η προσβασιμότητα των υπηρεσιών, καθώς και άλλα σημαντικά δομικά θέματα, όπως είναι η ανάγκη διατομεακής συνεργασίας.

5.1 Τεκμηριωμένη, βάσει στοιχείων, φροντίδα

Ακολουθεί μια περιληπτική αναφορά για μερικές συχνά συνιστώμενες στρατηγικές παροχής υπηρεσιών, που έγινε βάσει στοιχείων που αφορούν την αποτελεσματικότητά τους.

5.1.1 Θεραπεία και φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο χωρίς εισαγωγές σε νοσοκομείο

Ένδεκα μελέτες που έγιναν σε αναπτυγμένες χώρες συγκρίνουν τα αποτελέσματα της θεραπείας που έγινε σε κοινοτικό επίπεδο με εκείνα ασθενών που εισήχθησαν σε νοσοκομείο (Braun et al., 1981· Conway et al., 1994). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, όπου + σημαίνει σημαντικά καλύτερες εκβάσεις από ότι στις ομάδες μαρτύρων και = σημαίνει ουδεμία διαφορά μεταξύ θεραπειών και ομάδας μαρτύρων. Όλες οι μελέτες δεν μέτρησαν τις ίδιες μεταβλητές. Οι τελευταίες τρεις αφορούσαν τις διεπιστημονικές ομάδες, την εικοσιτετράωρη πρόσβαση, τις παρεμβάσεις σε κρίσεις, τη συνηγορία των ασθενών, τη συνεχιζόμενη φροντίδα, και τη στεγαστική υποστήριξη σε μη ιδρυματικό περιβάλλον ή κέντρα ημέρας, ως συστατικών στοιχείων κοινοτικών προγραμμάτων. Ο Πίνακας 1 δείχνει ότι η θεραπεία σε κοινοτικό περιβάλλον συνοδεύεται από σημαντικά καλύτερες εκβάσεις από ότι η θεραπεία και η φροντίδα εσωτερικών ασθενών.

Πίνακας 1. Μελέτες που συγκρίνουν τα αποτελέσματα θεραπείας σε κοινοτικό περιβάλλον με εκείνα ασθενών που έλαβαν συνήθη θεραπεία ως εσωτερικοί ασθενείς

Μελέτη	Γενική συμπτωματολογία	Ψυχοκοινωνική προσαρμογή	Ποσοστά εισαγωγής / επανεισαγωγής	Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο	Ικανοποίηση ασθενούς	Μικρότερη χορήγηση φαρμάκων	Απασχόληση	Επιβάρυνση στην οικογένεια
1	+	+						
2			+	+	+		+	+
3			+	+	+		+	+
4	+	+	+			+	+	
5	+	+	+			+	+	
6	+	+	+			+	+	
7	+	+			+			
8	+	+			+	=	+	
9	+	+	+		+			
10	+	+	+		+			
11	=	=			+			

Υπάρχουν σαφή στοιχεία ότι για πολλές διαταραχές οι θεραπείες στην κοινότητα παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερες εκβάσεις από τις θεραπείες ασθενών σε νοσοκομεία

5.1.2 Εισαγωγές στο νοσοκομείο που ακολουθούνται από θεραπεία σε κοινοτικό περιβάλλον

Δεκατρείς ελεγχόμενες μελέτες σε αναπτυγμένες χώρες συγκρίνουν τη χρήση συντομότερης παραμονής σε νοσοκομείο ή, αντ' αυτής, φροντίδας ημέρας με ομάδες ελέγχου που παρέμειναν σε νοσοκομείο για μακρό χρονικό διάστημα (Braun P et al., 1981). Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι εφόσον γίνει εισαγωγή σε νοσοκομείο, η σύντομη παραμονή είναι το ίδιο αποτελεσματική με αυτή μεγαλύτερης διάρκειας.

Πίνακας 2. Μελέτες που συγκρίνουν τα αποτελέσματα σύντομης ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ή φροντίδας ημέρας, με εκείνα μακρόχρονης ενδονοσοκομειακής νοσηλείας

Μελέτη	Γενική συμπτωματολογία	Ψυχοκοινωνική προσαρμογή	Ποσοστά εισαγωγής / επανεισαγωγής	Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο	Απασχόληση	Επιβάρυνση στην οικογένεια
1	=	+	=	+		
2	-				+	=
3	=	+	=	+		
4				+		
5				+		
6	+	+	=		+	+
7	=	=	=			
8	= (1 έτος)					=
9	= (2 έτη)	=				=
10	=	-				
11	=					
12			+	+		
13						

Ο αποϊδρωματισμός συνοδεύεται από καλές εκβάσεις

5.1.3 Θεραπεία και φροντίδα σε κοινοτικό περιβάλλον για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται μια επιλογή από πέντε έγκυρες μελέτες που συγκρίνουν ομάδες μαρτύρων με άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που έλαβαν κοινοτικού τύπου φροντίδα και είχαν προηγουμένως εισαχθεί σε νοσοκομείο για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Braun et al., 1981). Το + δείχνει σημαντικά καλύτερες εκβάσεις από ότι στις ομάδες ελέγχου και το = ότι δεν υπάρχει διαφορά. Ο Πίνακας 3 δείχνει ότι η θεραπεία και η φροντίδα σε κοινοτικό περιβάλλον συνοδεύονται από βελτιωμένες εκβάσεις.

Πίνακας 3. Μελέτες που συγκρίνουν ομάδες μαρτύρων με φροντίδα παρεχόμενη στην κοινότητα για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που προηγουμένως είχαν εισαχθεί σε νοσοκομεία για μακρά χρονικά διαστήματα

Μελέτη	Γενική συμπτωματολογία	Ψυχοκοινωνική προσαρμογή	Ποσοστά εισαγωγής / επανεισαγωγής	Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο	Απασχόληση	Επιβάρυνση στην οικογένεια
1	=					
2	=			+	+	
3	+			+	+	+
4		+	+			
5	+	+				

5.1.4 Θεραπεία των μειζόνων ψυχικών διαταραχών

Υπάρχουν βάσιμα στοιχεία που δείχνουν ότι οι μείζονες ψυχικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και ότι είναι δυνατό να μειωθούν οι υποτροπές με ένα συνδυασμό ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας και παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, για παράδειγμα, ένας συνδυασμός τακτικής φαρμακευτικής αγωγής και παρεμβάσεων στο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να μειώσει το ποσοστό υποτροπών από σχεδόν 50% σε λιγότερο από 10% (Leff & Gamble, 1995· Dixon & Lehman, 1995).

Τα προγράμματα που στοχεύουν στη μείωση της κατάθλιψης στις μητέρες, και επομένως στη μείωση των δυσμενών εκβάσεων όσο αφορά τα παιδιά τους, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά. Μπορούν να εφαρμοστούν από υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως, για παράδειγμα, από προσωπικό που κάνει επισκέψεις κατ' οίκον και εργαζόμενους στην κοινοτική υγεία (Cooper & Murray, 1988). Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας υγείας, το οποίο χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας ή συμβουλευτικές παρεμβάσεις (Mynors –Wallis et al., 1996· Schulberg et al., 1996· Ward et al., 2000· Bower et al., 2000· Sriram et al., 1990).

Μια πλήρης περιγραφή παρεμβάσεων με καλή σχέση κόστους – αποτελέσματος είναι διαθέσιμη (World Health Organization, 2001a).

5.2 Αντιμέτωπη του επεισοδίου ή συνεχή φροντίδα;

Τα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών, και ιδίως των αναπτυσσόμενων, είναι σχεδιασμένα να παρέχουν φροντίδα υγείας βάσει του μοντέλου της συνολικής απόδοσης. Έτσι, η έμφαση δίδεται στην επιθετική θεραπεία των οξέων επεισοδίων με την προοπτική ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα έχουν μια σχετικά πλήρη ίαση χωρίς ανάγκη συνεχούς φροντίδας, μέχρι το επόμενο οξύ επεισόδιο, εάν αυτό υπάρξει. Το μοντέλο αυτό λειτουργεί καλά για ένα περιορισμένο φάσμα μεταδοτικών νόσων και έχει υποστήριξη, βάσει του σκεπτικού ότι επιτρέπει την κατανομή των υπηρεσιών με υψηλό βαθμό εξειδίκευσης και ταυτόχρονα αποθαρρύνει την εξάρτηση. Εντούτοις, δεν εξυπηρετεί τις ανάγκες πολλών ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των οποίων η κατάσταση μερικώς μόνο βελτιώνεται με τη θεραπεία και που η κατάσταση της υγείας τους, μοιραία, δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή.

Πολλές ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα οι χρόνιες ή όσες παρουσιάζουν ύφεση και στη συνέχεια υποτροπιάζουν, αντιμετωπίζονται καλύτερα από υπηρεσίες που υιοθετούν το μοντέλο της συνεχούς παροχής φροντίδας. Αυτό δίνει έμφαση στη μακροχρόνια φύση των διαταραχών και, συνακόλουθα, στην ανάγκη μακρόχρονης θεραπείας, καθώς και στην ανάγκη αντιμετώπισης του συνόλου των αναγκών του ασθενή, περιλαμβανομένων των κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχολογικών αναγκών του. Οι προσεγγίσεις αυτές, επομένως, απαιτούν ένα σημαντικό βαθμό συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών.

Η μέθοδος παροχής φροντίδας βάσει της κατάτμησης σε γεωγραφικές περιοχές ευθύνης (τομείς) είναι ένα παράδειγμα οργάνωσης των υπηρεσιών ώστε να υπάρχει αδιάλειπτη φροντίδα. Η ομάδα που αναλαμβάνει υπ' ευθύνη της μια περιοχή έχει υποχρέωση να παρέχει φροντίδα συνεχώς σε όλα τα άτομα που ζουν εκεί.

Για να υπάρχει συνεχής αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται συντονισμένη αντιμετώπι-

Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Το πρότυπο της συνεχούς φροντίδας βοηθάει στην κάλυψη του συνόλου των αναγκών πολλών ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές

ση των ιατρικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών σε κοινοτικό επίπεδο. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες αυτή η έμφαση στο συντονισμό έχει οδηγήσει σε μοντέλα φροντίδας ατομικής αντιμετώπισης των περιστατικών (case management). Η αντιμετώπιση αυτή περιλαμβάνει στρατηγικές που σκοπεύουν στην ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων που προκύπτει από τον κατακερματισμό των υπηρεσιών, ορίζοντας άτομα που το έργο τους είναι ο συντονισμός της φροντίδας (βλ. Κεφάλαιο 5.5).

5.3 Οδοί προς τη φροντίδα

Οι οδοί προς τη φροντίδα είναι οι διαδρομές που ακολουθούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές για να προσεγγίσουν τους παροχείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές οι οδοί επηρεάζουν την οργάνωση των υπηρεσιών.

Στις καλά οργανωμένες οικονομίες της αγοράς οι συνήθεις οδοί προς τη φροντίδα περιλαμβάνουν:

- το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας
- παραπομπές στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας
- παραπομπές από άλλους χώρους, όπως σχολεία, δικαστήρια και κοινωνικούς λειτουργούς.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι συνηθέστερες οδοί προς τη φροντίδα περιλαμβάνουν:

- επαγγελματίες υγείας στα χωριά
- νοσηλευτές
- κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας
- παραδοσιακούς θεραπευτές
- άμεση πρόσβαση σε ειδικές υπηρεσίες του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα

Αυτές οι οδοί μπορεί να εμποδίζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω:

- ανεπαρκούς γνώσης των διαθέσιμων υπηρεσιών
- έλλειψης καλά οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας
- ανεπαρκών δεσμών μεταξύ των υπηρεσιών
- έλλειψης γνώσης των αγροτικών πληθυσμών σχετικά με τις αιτίες και τις θεραπείες των ψυχικών διαταραχών, με επακόλουθο τη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- ανεπαρκούς εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία των γενικών γιατρών και των παραδοσιακών θεραπευτών, με συνέπεια χαμηλά ποσοστά διάγνωσης, θεραπείας και παραπομπής των ψυχικών διαταραχών
- αδυναμίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να αναζητήσουν και να διαγνώσουν περιστατικά στην κοινότητα, οπότε οι χρήστες πρέπει οι ίδιοι να βρουν τις διαθέσιμες οδούς προς τη φροντίδα
- δυσκολιών πρόσβασης στις ειδικευμένες υπηρεσίες, που εν μέρει σχετίζονται με την παραπομπή στα ειδικά προγράμματα μόνο από επαγγελματίες του τομέα.

Τα εμπόδια αυτά συχνά οδηγούν σε αρνητικές εκβάσεις, όπως σε καθυστέρηση αναζήτησης φροντίδας μέχρι να εκδηλωθεί η διαταραχή σε προχωρημένο στάδιο, οπότε αυξάνεται αφενός η πιθανότητα κακής έκβασης και αφετέρου το κόστος θεραπείας.

Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό των υπηρεσιών πρέπει να τις οργανώνουν έτσι ώστε να υπερπηδούν αυτά τα εμπόδια, να βελτιώνουν την προσβασιμότητα και έτσι να μειώνουν

Οι καθιερωμένοι οδοί προς τη φροντίδα και τη θεραπεία μπορεί να εμποδίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες και να συντελούν σε κακές εκβάσεις

τη διάρκεια και τη βαρύτητα της ανικανότητας που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές.

Μερικές χώρες έχουν επιχειρήσει να υπερβούν αυτά τα εμπόδια βελτιώνοντας την επικοινωνία με τις τοπικές κοινότητες, ώστε να προβληθούν οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι κοινότητες χρειάζονται πληροφόρηση σχετικά με τις δυνατότητες παροχών που διαθέτουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η πληροφόρηση αυτή πρέπει να διαδίδεται με επίσημους, αλλά και ανεπίσημους τρόπους. Οι εργαζόμενοι στις κοινοτικές υπηρεσίες και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορούν να προάγουν δραστικά τα θέματα της ψυχικής υγείας και να αναλάβουν το έργο της έγκαιρης διάγνωσης στις κοινότητες. Η δημιουργία απλών μηχανισμών παραπομπών από την πρωτοβάθμια περίθαλψη στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και αντιστρόφως, είναι ακόμη μια στρατηγική που οδηγεί στη μείωση των εμποδίων για την πρόσβαση στη φροντίδα (βλ. Κεφάλαιο 9).

5.4 Αποκλίσεις στην παροχή υπηρεσιών για γεωγραφικούς λόγους

Υπάρχει ανισόρροπη κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες. Κατά συνέπεια, υπάρχει ανάγκη νεωτεριστικών προγραμμάτων στις αγροτικές περιοχές, σε χώρες όπου οι στοιχειώδεις πόροι ψυχικής υγείας ελλείπουν, πόροι όπως είναι τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι ψυχιατρικές μονάδες. Το προσωπικό του τομέα υγείας σε πολλές χώρες δεν είναι πρόθυμο να υπηρετήσει σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, λόγω γενικότερης έλλειψης υποδομών. Μπορεί να πρέπει να μελετηθεί η εκδοχή να παρασχεθούν οικονομικά και άλλου είδους κίνητρα επαγγελματικής υφής, ώστε να ενθαρρυνθεί η στελέχωση απομονωμένων περιοχών. Στις χώρες που υπάρχουν καλές μεταφορές, πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας με προσωπικό που επισκέπτεται αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές μπορεί να αποτελούν καλή εναλλακτική λύση του προβλήματος. Μια ακόμα στρατηγική είναι η εκπαίδευση εργαζομένων στο επίπεδο του χωριού, ώστε να μπορούν να διαγνώσουν τις βασικές ψυχικές διαταραχές, αλλά πρέπει να τους παρέχεται εποπτεία από επισκέπτες επαγγελματίες του τομέα ψυχικής υγείας κάθε εβδομάδα ή μήνα (βλ. Κεφάλαιο 10, Πρόβλημα 2 και λύσεις).

5.5 Φροντίδα που εξυπηρετεί υπηρεσιακές σκοπιμότητες ή φροντίδα που εξυπηρετεί τις ανάγκες;

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να εστιάζουν στις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές διαταραχές και να παρέχουν υπηρεσίες που καλύπτουν αυτές τις ανάγκες. Εντούτοις, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την εφαρμογή αυτής της γενικά αποδεκτής αρχής, που διέπει την παροχή φροντίδας.

Πολλές υπηρεσίες, περιλαμβανομένων και των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας, καθώς και της κοινωνικής ασφάλισης και στέγασης, έχουν ιεραρχικές δομές και διαφοροποιούνται ανά επίπεδο, αλλά και ως προς τις αρμοδιότητες. Λόγω αυτών των διαφοροποιήσεων, υπάρχουν ανεξάρτητες διοικητικές δομές, χωριστοί προϋπολογισμοί, και διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης των υπηρεσιών, όπως είναι, π.χ., τα διάφορα συστήματα παραπομπών. Οι υπηρεσίες αυτές συχνά αναπτύχθηκαν ανεξάρτητα και χωρίς επαφές μεταξύ τους. Για παράδειγμα, οι προϋπολογισμοί της φροντίδας υγείας εκταμιεύονται και ελέγχονται από το υπουργείο υγείας, ενώ οι προϋπολογισμοί για τη στέγαση από άλλο υπουργείο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτοί οι οργανωτικοι σχεδιασμοί γίνονται με κριτήρια που εξυπηρετούν τη διοικητική οργάνωση, και οι χρήστες υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις ιδιότυπες δομές των υπηρεσιών που θέλουν να προσεγγίσουν.

Πρέπει να αντιμετωπιστούν οι γεωγραφικές αποκλίσεις

Μερικές φορές η οργάνωση των υπηρεσιών δεν λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Η οργάνωση των υπηρεσιών ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες και όχι οι δικές τους σκοπιμότητες μπορεί να εφαρμοστεί και να αποδώσει

Το βασικό σημείο είναι ότι οι υπηρεσίες πρέπει να εκτιμήσουν τις ανάγκες του πληθυσμού και να μεγιστοποιήσουν την πιθανότητα κάλυψης των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Η ενδοτομεακή και διατομεακή συνεργασία έχει μεγάλη σημασία προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σύνθετες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Αυτές οι οργανωτικές δομές προκαλούν σημαντικά προβλήματα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Θεωρητικά, οι χρήστες, ανάλογα με τις ανάγκες τους, πρέπει να μπορούν να κινούνται μεταξύ υπηρεσιών διαφόρων επιπέδων και διαφόρων παροχών χωρίς να βρίσκονται ποτέ στο κενό. Στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όμως, οι δομές αυτές προκαλούν εμπόδια στο να λάβουν τη φροντίδα που χρειάζονται.

Για να αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα, οι υπηρεσίες πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες και όχι οι υπηρεσιακές σκοπιμότητες. Δηλαδή, οι υπηρεσίες πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ασθενών και να μη συμβαίνει το αντίστροφο.

Ο συντονισμός αποτελεί σημαντική παράμετρο του είδους της φροντίδας που εξυπηρετεί τις ανάγκες των χρηστών. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να συνδέουν και να συντονίζουν τις δραστηριότητες υπηρεσιών εκτός του τομέα υγείας, όπως είναι η στέγαση, η απασχόληση και η κοινωνική ασφάλιση, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι υπηρεσίες που έχουν ανάγκη οι ασθενείς.

Για τη δημιουργία υπηρεσιών δομημένων έτσι ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες δεν απαιτείται πάντα πρόσθετη χρηματοδότηση. Χρειάζεται, πάντως, να ληφθεί και να στηριχθεί η απόφαση ότι η προσαρμογή αυτή θα υλοποιηθεί. Εάν, για παράδειγμα, οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να διανύουν μεγάλες αποστάσεις για να φθάσουν στις κλινικές, οι ανάγκες τους είναι δυνατόν να εξυπηρετηθούν εάν ανοίγουν το απόγευμα και όχι το πρωί. Αυτό δεν έχει οικονομική επίπτωση στις υπηρεσίες.

Τα κύρια σημεία είναι ότι πρέπει να εκτιμηθούν οι κατά τόπους ανάγκες του πληθυσμού, ότι θα ληφθεί υπόψη ο τρόπος πρόσβασης στις κατά τόπους υπηρεσίες, και ότι ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών θα αναπροσαρμοστεί, έτσι ώστε να μεγιστοποιείται η πιθανότητα κάλυψης των αναγκών των ασθενών.

Υπάρχουν κινήσεις που γίνονται προς την κατεύθυνση μοντέλων παροχής υπηρεσιών με στόχο την κατά προτεραιότητα εξυπηρέτηση του ασθενούς σε πολλές αναπτυγμένες και σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται μοντέλα διαμεσολάβησης και εντατικοποιημένη ατομική αντιμετώπιση (assertive case management) ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Stein and Test, 1980), καθώς και ένα μοντέλο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που υιοθετήθηκε και εφαρμόζεται σε αγροτικές περιοχές στην Τανζανία (Πλαίσιο 9). Τα μοντέλα αυτά αποτελούν παραδοχή του ότι οι ανάγκες των ασθενών πρέπει να έχουν προτεραιότητα και του ότι οι υπηρεσίες πρέπει να προσαρμόζονται, ώστε να τις καλύπτουν.

5.6 Ενδοτομεακή και διατομεακή συνεργασία

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν σύνθετες ανάγκες, η κάλυψη των οποίων απαιτεί τη συμβολή διαφόρων τομέων. Ο τομέας της υγείας μόνος του είναι άπιθανο να μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες των ατόμων αυτών σε κοινωνικές υπηρεσίες. Επιπλέον, στις αναπτυσσόμενες χώρες ο τομέας ψυχικής υγείας μπορεί να είναι σχετικά μικρός σε σύγκριση με άλλους τομείς, που ίσως είναι σε θέση να συμβάλλουν στο έργο που οφείλει να επιτελέσει. Επομένως, για να βελτιωθούν οι εκβάσεις των ψυχικών διαταραχών απαιτείται αποτελεσματική συνεργασία των τομέων αυτών.

Συνεργασία χρειάζεται και μέσα στον ίδιο τον τομέα υγείας, δηλαδή ενδοτομεακή, και με άλλους τομείς εκτός του τομέα υγείας, δηλαδή διατομεακή.

Η **ενδοτομεακή συνεργασία** αφορά δεσμούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, δεσμούς μεταξύ του τομέα της ψυχικής και της γενικής υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, δεσμούς με παραδοσιακά συστήματα ιατρικών πρακτικών, με μη κυβερνητικές οργανώσεις του τομέα της υγείας, με χορηγούς του τομέα υγείας εθνικής ή διεθνούς εμβέλειας, και δεσμούς με διεθνείς οργανισμούς, όπως είναι ο Π.Ο.Υ.

Στη **διατομεακή συνεργασία** εμπλέκονται κρατικές υπηρεσίες και μη κυβερνητικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη στέγαση, την απασχόληση, την κοινωνική φροντίδα, την εκπαίδευση, τη δικαιοσύνη, κ.λπ.

5.6.1 Παραδείγματα επιπέδων συνεργασίας

Η διατομεακή συνεργασία μπορεί να γίνει σε διάφορα επίπεδα μεταξύ των υπηρεσιών που αναφέρθηκαν.

- α) Στο πλέον βασικό επίπεδο, η συνεργασία μπορεί να αφορά ανταλλαγή δεδομένων και πληροφόρησης, πράγμα που ευαισθητοποιεί τους συνεργαζόμενους στις ανάγκες των άλλων τομέων.
- β) Σε υψηλότερο επίπεδο, οι υπηρεσίες διαβουλεύονται και σχεδιάζουν από κοινού, αλλά σε κάθε υπηρεσία αντιστοιχεί ένα ιδιαίτερο πεδίο εντός του οποίου δραστηριοποιείται.
- γ) Ευρύτερη συνεργασία υπάρχει μεταξύ υπηρεσιών που εργάζονται από κοινού για να σχεδιάσουν και να παράσχουν νέες υπηρεσίες.
- δ) Η συνεργασία γίνεται ακόμη στενότερη όταν οι υπηρεσίες έχουν κοινή χρηματοδότηση και διοίκηση προκειμένου να παράσχουν ειδικές υπηρεσίες, τις οποίες αναπτύσσουν συνεργατικά.

5.6.2 Διεύρυνση της συνεργασίας

Για να υπάρξει αποτελεσματική συνεργασία πρέπει, πρώτα και κύρια, οι εμπλεκόμενες υπηρεσίες να έχουν αποδεχθεί αυτή την ανάγκη. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και όλοι όσοι εμπλέκονται στο σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών αυτών πρέπει να αναλάβουν πρωτοποριακό ρόλο για να διαφωτίσουν και να πείσουν άτομα από άλλους τομείς, και ιδιαίτερα όσους βρίσκονται εκτός του τομέα υγείας, για την ανάγκη αυτής της συνεργασίας. Μερικοί τρόποι ώστε να διευρυνθεί η συνεργασία είναι οι εξής: η εμπλοκή και άλλων τομέων στον πολιτικό σχεδιασμό, η εκχώρηση ευθυνών για τη διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων σε άλλους τομείς, η οργάνωση κοινών δικτύων πληροφόρησης με υπηρεσίες άλλων τομέων, και η δημιουργία εθνικών συμβουλευτικών επιτροπών με αντιπροσώπους σχετικών υπηρεσιών από τομείς εκτός της ψυχικής υγείας (Πλαίσιο 16).

Η συνεργασία μπορεί να γίνει σε διάφορα επίπεδα

Οι φορείς έχουν σημαντικά οφέλη από τη συνεργασία

Πλαίσιο 16. Στρατηγικές για τη διεύρυνση της συνεργασίας

Τα βασικά πεδία συνεργασίας περιλαμβάνουν την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τη φιλοσοφία, την πολιτική και το εύρος των εν εξελίξει δραστηριοτήτων, τους τομείς όπου επιτυγχάνονται οι στόχοι, τα υπάρχοντα προβλήματα, και τους τομείς όπου οι ανάγκες δεν καλύπτονται. Οι προσωπικές επαφές είναι αποτελεσματική μέθοδος δημιουργίας δικτύων και διόδων για σταθερή επικοινωνία. Πρέπει να συμπληρώνονται με συγκεντρώσεις, ομάδες εργασίας για δημιουργικές και διερευνητικές συζητήσεις, ενημερωτικά σημειώματα, τηλεφωνικές συνδιαλέξεις, αλληλογραφία και χρήση δικτυακών τόπων, όπου είναι δυνατόν.

Δημιουργία πολιτικής

Στη διαδικασία της δημιουργίας πολιτικής πρέπει να συμμετέχουν όσο το δυνατόν περισσότεροι τομείς με παραπλήσια ενδιαφέροντα. Η κυβέρνηση μπορεί να αποφασίσει να εκχωρήσει το έργο της συλλογής ιδεών και της δημιουργίας συναινετικών διαδικασιών σε μια υπηρεσία, όπως είναι ένα πανεπιστημιακό ίδρυμα με σχετική πείρα. Αυτό μπορεί να γίνει, για παράδειγμα, σε μια συγκέντρωση όλων των εμπλεκόμενων, οι οποίοι θα συμβάλλουν στο σχεδιασμό, διασαφηνίζοντας τα επί μέρους ενδιαφέροντά τους στην πολιτική της ψυχικής υγείας.

Εκχώρηση ευθυνών

Μερικές κρατικές υπηρεσίες, π.χ. τα περιφερειακά νοσοκομεία, μπορούν να αναλάβουν στην περιοχή τους την ευθύνη εκπαίδευσης και εποπτείας των εργαζομένων στην ψυχική υγεία. Οι επιστημονικές-επαγγελματικές οργανώσεις μπορούν να αναλάβουν τη λειτουργία και την ευθύνη παραγωγής εκπαιδευτικού υλικού για τους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία. Οι κυβερνήσεις μπορούν να επιχορηγούν εθελοντικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις κοινότητες. Είναι επίσης συνηθισμένη πρακτική οι κυβερνήσεις να δημιουργούν επαφές με πανεπιστημιακά ιδρύματα ή πανεπιστημιακούς για την παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεμβατικών δράσεων του τομέα ψυχικής υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις η προσέγγιση αυτή είναι αποτελεσματικότερη από πλευράς κόστους από του να οργανωθούν ερευνητικά κέντρα στα υπουργεία υγείας.

Πληροφόρηση και συντονισμός των προγραμμάτων ψυχικής υγείας

Οι ανοικτές γραμμές επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων τομέων που προάγουν την ψυχική υγεία συνεισφέρουν σημαντικά στη διατήρηση της οργανικής συνοχής τους. Όλοι οι εμπλεκόμενοι έχουν κίνητρα να ενημερώνονται σχετικά με το τι συμβαίνει στους περιβάλλοντες χώρους. Η επικοινωνία μπορεί να γίνεται με ηλεκτρονικά μέσα, εγκυκλίους και υπομνήματα.

Οργάνωση δικτύων, συστημάτων πληροφόρησης και επικοινωνιακών στρατηγικών

Η οργάνωση δικτύων, συστημάτων πληροφόρησης και επικοινωνιακών στρατηγικών συνήθως είναι το επόμενο βήμα μετά τη διαδικασία ανάπτυξης της πολιτικής του τομέα. Οι εμπλεκόμενοι είναι σκόπιμο να συμμετέχουν εξ αρχής, και να καθορίσουν το αντικείμενο της επικοινωνιακής διαδικασίας, καθώς και τους τρόπους επικοινωνίας. Το τι θα προκύψει από τη διαδικασία αυτή εξαρτάται επομένως από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας.

Δημιουργία εθνικών συντονιστικών επιτροπών και επιτροπών με συμβουλευτικές αρμοδιότητες

Είναι σημαντικό οι επιτροπές σχεδιασμού, στις οποίες συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι σε εθνικό επίπεδο, να καθορίσουν τις διάφορες συμβουλευτικές επιτροπές και τις αρμοδιότητές τους, καθώς και τα μέλη τους. Στις επιτροπές αυτές είναι σκόπιμο να αντιπροσωπεύονται όλοι οι εμπλεκόμενοι. Μεγαλύτερες συλλογικές οργανώσεις είναι δυνατόν να συμμετέχουν στις επιτροπές αυτές αντιπροσωπεύοντας άλλες μικρότερες, ώστε οι επιτροπές να είναι τελικά μικρές και λειτουργικές.

Κύρια σημεία: Ζητήματα σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- Υπάρχουν στοιχεία από αναπτυγμένες χώρες που δείχνουν ότι οι θεραπείες που γίνονται σε κοινοτικό επίπεδο είναι αποτελεσματικότερες, ή τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματικές όσο και αυτές που γίνονται στα νοσοκομεία.
- Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς από την πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Οι διαταραχές που είναι χρόνιες ή υποτροπιάζουν αντιμετωπίζονται καλύτερα από υπηρεσίες που υιοθετούν την προσέγγιση της συνεχούς φροντίδας και δίνουν έμφαση στη μακροχρόνια φύση των διαταραχών καθώς και στην ανάγκη συνεχούς θεραπευτικής φροντίδας.
- Οι οδοί προς τη φροντίδα δεν είναι ίδιες στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες. Οι υπάρχουσες οδοί μπορεί να εμποδίζουν την πρόσβαση σε κάποιες περιπτώσεις και μπορεί να χρειάζονται μεταρρύθμιση.
- Οι γεωγραφικές αποκλίσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να υιοθετήσουν μια προσέγγιση που να εξυπηρετεί τις ανάγκες των ασθενών.
- Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι σύνθετες και για την κάλυψή τους δεν αρκεί μόνον ο τομέας ψυχικής υγείας. Επομένως, απαιτούνται συνεργασίες τόσο μέσα στον ίδιο τον τομέα της υγείας, όσο και με άλλους τομείς εκτός αυτού.
- Το πρώτο βήμα προς μια αποτελεσματική συνεργασία είναι η αναγνώριση αυτής της ανάγκης.
- Μερικοί τρόποι ώστε να διευρυνθεί η συνεργασία είναι οι εξής: η εμπλοκή και άλλων τομέων στον πολιτικό σχεδιασμό, η εκχώρηση ευθυνών για τη διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων σε άλλους τομείς, η οργάνωση κοινών δικτύων πληροφόρησης με υπηρεσίες άλλων τομέων, και η δημιουργία εθνικών συμβουλευτικών επιτροπών με αντιπροσώπους σχετικών υπηρεσιών από τομείς εκτός της ψυχικής υγείας.

6. Συστάσεις και συμπεράσματα

Πιο κάτω γίνονται ορισμένες γενικές συστάσεις σχετικά με τον τρόπο που οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι δυνατό να βελτιστοποιήσουν την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Οι συστάσεις αυτές πρέπει να εξεταστούν και να προσαρμοστούν σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας.

- Κατά το δυνατόν, τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα πρέπει να κλείσουν και να δημιουργηθούν εναλλακτικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο, οι οποίες αντιμετωπίζουν τους ασθενείς καλύτερα. Σε πολλές χώρες μπορεί να μην είναι εφικτό να γίνει αυτό αμέσως. Σε πρώτη φάση, τα ιδρύματα αυτά πρέπει να συρρικνωθούν, οι συνθήκες ζωής των ασθενών να βελτιωθούν, και να εκπαιδευτεί προσωπικό, το οποίο θα παρέχει φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο και θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας αυτής. Τα ιδρύματα πρέπει να μετατραπούν σε κέντρα θεραπευτικών παρεμβάσεων και αποκατάστασης.
- Όλες οι νέες εισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να σταματήσουν, εφόσον είναι δυνατόν. Οι ασθενείς που χρειάζονται εισαγωγή σε νοσοκομείο πρέπει να διοχετεύονται στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων.
- Οι υπάρχοντες οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι πρέπει να αποδοθούν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της πρωτοβάθμιας και της κοινοτικής φροντίδας, αντί στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στα γενικά νοσοκομεία. Η ένταξη αυτή αποτελεί τη βάση του αναπροσανατολισμού των υπηρεσιών και της εγκατάλειψης του ιδρυματισμού υπέρ του κοινοτικού προτύπου.
- Στις αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει να δημιουργηθούν ειδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία της περιφέρειας.
- Οι άτυπες μορφές φροντίδας της ψυχικής υγείας, όπως η φροντίδα που παρέχει η οικογένεια, οι ομάδες αυτοβοήθειας ή οι εθελοντές, πρέπει να μεγιστοποιηθούν, βελτιώνοντας τη γενική κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και των αιτιών τους, τις διαθέσιμες θεραπείες, και τις δεξιότητες των άτυπα εμπλεκόμενων στη διαχείριση των περιστατικών. Πρέπει επίσης να πολλαπλασιαστούν οι ομάδες στήριξης και εκπαίδευσης των οικογενειών και όλων όσων φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Πρέπει να χρησιμοποιηθούν οικονομικά αντικίνητρα, ώστε να αποθαρρυνθεί η φροντίδα σε ειδικευμένα ψυχιατρικά ιδρύματα, και οικονομικά κίνητρα, ώστε να προαχθεί η φροντίδα στα γενικά νοσοκομεία και στην κοινότητα.
- Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι ειδικοί του τομέα ψυχικής υγείας πρέπει να χρησιμοποιηθούν με φρόνηση, ώστε να εκπαιδεύουν και να εποπτεύουν τους λιγότερο ειδικευμένους εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας.
- Το χάσμα στην παροχή υπηρεσιών μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, όπως και η ελλιπής κάλυψη ορισμένων πληθυσμών, πρέπει να μειωθεί, διευρύνοντας τις γενικές υπηρεσίες υγείας και τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

– Η εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα υγείας πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της φροντίδας, πέραν των δεξιοτήτων και των γνώσεων που είναι απαραίτητες για τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας.

– Πρέπει να μελετηθεί ποιες είναι οι άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες όσον αφορά την εκπαίδευση προσωπικού για να ανταποκριθούν σε εξειδικευμένα ή γενικά καθήκοντα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες δικαιολογείται η έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών γενικής υγείας, άμεσα και μακροπρόθεσμα. Πρέπει επίσης να δοθεί προσοχή, ώστε να υπάρξει αύξηση εξειδικευμένου προσωπικού μακροπρόθεσμα.

– Η εμπλοκή των οργανώσεων των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών στο σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών πρέπει να ενθαρρύνεται και να διευρύνεται.

7. Σενάρια για την οργάνωση υπηρεσιών σε χώρες με διάφορα επίπεδα πόρων

Τα σενάρια αυτά χρησιμοποιούν δύο φανταστικές χώρες, παρόμοιες με εκείνες που υπήρχαν στο εγχειρίδιο *Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας*.

Χώρα Α με πληθυσμό 10 εκατομμυρίων και χαμηλό επίπεδο πόρων

- Υπάρχουν δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία στη χώρα, τα οποία δέχονται άτομα μόνο εάν έχουν σοβαρές ψυχώσεις και διαταρακτική συμπεριφορά.
- Αντιμετώπιση εξωτερικών ασθενών γίνεται μόνο σε τέσσερις πόλεις και καλύπτει το 40% του πληθυσμού.
- Στη χώρα υπάρχουν 20 ψυχίατροι, 30 ψυχολόγοι και 80 ψυχιατρικοί νοσηλευτές. Περίπου το 30%-50% του χρόνου τους διατίθεται σε ιδιωτικό έργο και σε διδασκαλία.
- Υπάρχει καλό δίκτυο κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας και ένα βασικό επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σχεδόν όλες τις αγροτικές και αστικές περιοχές.

Οι κύριοι στόχοι της οργάνωσης των υπηρεσιών πρέπει να είναι η βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς σε όλη τη χώρα, και ιδίως των ατόμων που ζουν σε αγροτικές περιοχές, και η βοήθεια σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, ώστε να συνεχίσουν να ζουν στην κοινότητα.

Πρέπει να γίνουν τα ακόλουθα βήματα.

α) Πρέπει να αποφασιστεί σε ποιες ψυχικές διαταραχές ή πλευρές της ψυχικής υγείας θα δοθεί προτεραιότητα. Στη διαδικασία αυτή είναι σημαντικό η κοινότητα να συμβάλει με τις απόψεις της, ώστε να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες όπως η ίδια τις αντιλαμβάνεται. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εφόσον υπάρξει ευρεία διαβούλευση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τους ηγέτες της κοινότητας, και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους. Δύο είναι τα πιθανά αποτελέσματα αυτών των διαβουλεύσεων. Είτε η κοινότητα και οι επαγγελματίες θα προσδιορίσουν ορισμένες κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά προτεραιότητα λόγω της δυσμενούς επίδρασής τους στη ζωή πολλών ατόμων, και λόγω του ότι η σωρευτική ανικανότητα που προκαλούν στον πληθυσμό είναι πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που προκαλείται από τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, είτε θα αποφασίσουν ότι οι σοβαρές χρόνιες ψυχικές διαταραχές πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά προτεραιότητα, διότι προκαλούν βαριά ανικανότητα στα άτομα, σοβαρά προβλήματα στις οικογένειές τους και διατάραξη της κοινωνικής ζωής άλλων μελών της κοινότητας.

β) Το επόμενο βήμα είναι η διασφάλιση της μέγιστης δυνατής εκμετάλλευσης του περιορισμένου ανθρώπινου δυναμικού του τομέα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει, όσο είναι δυνατό, να ασχολούνται με την εκπαίδευση, την εποπτεία και την αντιμετώπιση περιστατικών που τους παραπέμπονται, και όχι με την άμεση παροχή υπηρεσιών σε όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

γ) Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να έρχονται πρώτοι σε επαφή με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, και να εκπαιδεύονται και να εποπτεύονται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να παραπέμπουν ειδικά περιστατικά στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι θα παρεμβαίνουν συμβουλευτικά, θα καθορίζουν τη θεραπευτική αγωγή και θα

στέλνουν τους ασθενείς πίσω στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου το διαγνωσμένο περιστατικό θα παρακολουθείται.

δ) Πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες σε όσο το δυνατόν περισσότερα γενικά νοσοκομεία. Επομένως, κάθε γενικό νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει τουλάχιστον ένα ψυχίατρο, ένα ψυχολόγο και τέσσερις ψυχιατρικούς νοσηλευτές στη μονάδα εσωτερικών ασθενών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει επίσης να παρέχουν κάλυψη, σε επίπεδο συμβουλευτικής και διασυνδετικής, στις εισαγωγές για σωματικά προβλήματα.

ε) Οι ασθενείς που ήδη νοσηλεύονται επί μακρόν στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να επανεξεταστούν και να εκτιμηθεί εάν είναι δυνατό να επιστρέψουν στην κοινότητα και τι είδους υποστήριξη χρειάζονται γι' αυτό. Το πρώτο βήμα θα είναι να διακοπούν όλες οι νέες εισαγωγές στα δύο νοσοκομεία και οι ασθενείς να προωθούνται στο πλησιέστερο στην κατοικία τους γενικό νοσοκομείο. Πρέπει να γίνει ένας σχεδιασμός για την έξοδο των ασθενών από αυτά τα νοσοκομεία εντός μιας πενταετίας. Η διαδικασία πρέπει να αρχίσει με τους ασθενείς με τη μικρότερη ανικανότητα, που έχουν οικογένειες πρόθυμες να τους δεχθούν στους κόλπους τους. Η εν συνεχεία αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των ασθενών αυτών πρέπει να μεταβιβαστεί στα κατά τόπους κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρέπει να υπάρχει πρόβλεψη για περιοδικές επανεκτιμήσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους από επαγγελματίες στο πλησιέστερο στην κατοικία τους γενικό νοσοκομείο.

στ) Πρέπει να αρχίσει η εκπαίδευση προσωπικού που εργάζεται σε άλλα προγράμματα, π.χ. για το HIV/AIDS, καθώς και προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες υγείας σχετικές με την αναπαραγωγή και τα παιδιά.

Χώρα Β με πληθυσμό 10 εκατομμυρίων και μέσο επίπεδο πόρων

- Μερικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχουν βασική κάλυψη ψυχικών διαταραχών και μια μη κυβερνητική οργάνωση έχει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης σε δεξιότητες ζωής και σε θέματα υγείας στα σχολεία.
- Οι περισσότεροι πόροι ψυχικής υγείας συγκεντρώνονται σε δύο πόλεις. Υπάρχουν δύο μονάδες για εσωτερικούς ασθενείς σε γενικά νοσοκομεία και ένα μεγάλο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Υπάρχουν 100 ψυχίατροι, 40 ψυχολόγοι, 250 ψυχιατρικοί νοσηλευτές και 40 εργοθεραπευτές.

Ο κύριος στόχος της οργάνωσης των υπηρεσιών είναι η διεύρυνση της πρόσβασης σε αυτές πληθυσμών που δεν καλύπτονται επαρκώς, και ιδιαίτερα των αγροτικών περιοχών.

Αυτή η χώρα πρέπει να κάνει τα εξής βήματα.

α) Πρέπει να αποφασιστεί σε ποιες ψυχικές διαταραχές ή πλευρές της ψυχικής υγείας θα δοθεί προτεραιότητα (βλ. χώρα Α).

β) Όλα τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, και ιδίως όσα βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές, πρέπει να παρέχουν τη βασική θεραπευτική αγωγή για τις ψυχικές διαταραχές. Αυτό καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση του προσωπικού των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας και τη συνεχή εβδομαδιαία εποπτεία τους από επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

γ) Ορισμένοι από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να αφιερώνουν σημαντικό μέρος του χρόνου τους στην αντιμετώπιση των παραπεμπομένων περιστατικών από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

δ) Πρέπει να αρχίσει η λειτουργία κλινικών για εξωτερικούς ασθενείς σε όλα τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι κλινικές αυτές πρέπει να λειτουργούν αρχικά ως ειδικευ-

μένες κλινικές μια φορά την εβδομάδα. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα σε όλα τα κέντρα.

ε) Πρέπει να δημιουργηθούν δίκτυα παραπομπών μεταξύ των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας και των ψυχιατρικών μονάδων των γενικών νοσοκομείων. Η διαδικασία αυτή μπορεί να διευκολυνθεί διαιρώντας τη χώρα σε τομείς και καθορίζοντας την περιοχή ευθύνης κάθε ψυχιατρικής μονάδας. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας που βρίσκονται στη γεωγραφική περιοχή ευθύνης της ψυχιατρικής μονάδας ενός γενικού νοσοκομείου πρέπει να παραπέμπουν σε αυτήν και να εποπτεύονται από αυτήν.

στ) Ψυχιατρικές κλίνες για εσωτερικούς ασθενείς πρέπει να διατίθενται σε όλα τα γενικά νοσοκομεία. Όσα νοσοκομεία βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές ή σημεία όπου η πρόσβαση είναι προβληματική πρέπει να χρηματοδοτούνται και να στελεχώνονται κατά προτεραιότητα.

ζ) Πρέπει να υπάρχει συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις για την παροχή υπηρεσιών σε παιδιά και εφήβους. Τα μέλη του προσωπικού αυτών των οργανώσεων πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να είναι σε θέση να διαγιγνώσκουν ψυχικές διαταραχές και να αποκτήσουν βασικές συμβουλευτικές δεξιότητες.

η) Πρέπει να εφαρμοστεί ένα σχέδιο για τη βαθμιαία μείωση του αριθμού των κλινών στο μεγάλο ψυχιατρικό νοσοκομείο (βλ. χώρα Α πιο πάνω).

8. Προβλήματα και λύσεις

Ακολουθεί μια εξέταση ορισμένων προβλημάτων που παρεμποδίζουν την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και προτείνονται τρόποι επίλυσής τους. Οι λύσεις που αναφέρονται δεν είναι κατ' ανάγκη οι μοναδικές που μπορούν να εφαρμοστούν ώστε να γίνουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελεσματικές και εύστοχες.

Πρόβλημα 1

Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εκπαιδεύτηκε στον τομέα ψυχικής υγείας μπορεί να μην εφαρμόζει τις νεοαποκτηθείσες γνώσεις του κατά τη διεκπεραίωση των καθηκόντων του. Για παράδειγμα, στη Γουινέα – Μπισσάου το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έκανε διαγνώσεις, ούτε αντιμετώπιζε τις μείζονες ψυχικές διαταραχές με δική του πρωτοβουλία (De Jong, 1996).

Λύσεις

1. Η τακτική εποπτεία και συνεργασία με μια ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ορισμένης για αυτό το σκοπό, ήταν αποτελεσματική με τις νοσηλεύτριες στη Γουινέα – Μπισσάου.
2. Η αντίσταση εκ μέρους των ασθενών, αλλά και των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στην παροχή ψυχοκοινωνικών συμβουλευτικών παρεμβάσεων μπορεί να οφείλεται στο δισταγμό να συζητήσει κανείς ανοικτά θέματα συναισθηματικής υφής για πολιτισμικούς λόγους, στην αμετακίνητη πεποίθηση ότι πολλές ελάσσονες ψυχικές διαταραχές έχουν σωματική αιτιολογία, ή στην απόδοση των συμπτωμάτων σε κάποιο μεταφυσικό παράγοντα, σύμφωνα με τις παραδοσιακές δοξασίες. Οι νοσηλεύτριες του παραδείγματος αυτού μπορεί να χρειάζοντουσαν επιπρόσθετη εκπαίδευση, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν ψυχοκοινωνικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις. Το παράδειγμα της Ζιμπάμπουε (Abas et al., 1995· Patel, 2000) δείχνει ότι η έρευνα του κοινωνικού υπόβαθρου μέσω συνεντεύξεων που θα δώσουν άνθρωποι σε καίριες θέσεις μπορεί να βοηθήσει, ώστε να προσδιοριστούν κοινές τοπικές ιδιότυπες μορφές ελασσόνων ψυχικών διαταραχών και να δημιουργηθούν έτσι προϋποθέσεις, ώστε να προταθούν τρόποι αντιμετώπισης των διαταραχών. Οι τρόποι αυτοί πρέπει να αποτελέσουν τη βάση ενός προγράμματος, που θα εκτελούν οι νοσηλεύτριες της πρωτοβάθμιας φροντί-

Πρόβλημα 1

Προβλήματα στην κινητοποίηση του προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας προκειμένου να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Λύσεις

Τακτική εποπτεία.

Χρήση τοπικών ιδιότυπων μορφών ψυχικών νόσων ως βάσης για την εκπαίδευση.

δας, το οποίο θα προσφέρει διάγνωση και θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη εντόπιες πολιτισμικές παραμέτρους. Η εκπαιδευτική παράμετρος αφορά την εκμάθηση της διαγνωστικής διαδικασίας, της θεραπείας και της αντιμετώπισης αυτών των ιδιότυπων μορφών ελασσόνων ψυχικών διαταραχών, βάσει της πληροφόρησης που συλλέχθηκε από τις νοσηλεύτριες στην κοινότητα.

3. Η Καμπότζη αντιπροσωπεύει το αντίστροφο πρόβλημα της Γουινέας – Μπισσάου, δηλαδή την αντίσταση ορισμένων τοπικών εκπαιδευτών ψυχικής υγείας στο να συμπεριλάβουν παραδοσιακές αντιλήψεις στο εκπαιδευτικό πακέτο για την ψυχική υγεία (Somasundaram et al., 1999). Η λύση είναι παρόμοια με το παράδειγμα της Γουινέας – Μπισσάου, αφού πρέπει να πειστούν οι επαγγελματίες υγείας ότι οι τοπικά ιδιότυπες μορφές ψυχικών νόσων συμπληρώνουν ή ταυτίζονται με τη Δυτική ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, τα διαπολιτισμικά θέματα πρέπει να αποτελούν μια σαφώς οριζόμενη παράμετρο του εκπαιδευτικού πακέτου.

Πρόβλημα 2

Χώρες με μεγάλη έκταση που είναι φτωχές και έχουν κυρίως αγροτικό πληθυσμό μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες να δημιουργήσουν λειτουργικά δίκτυα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, λόγω έλλειψης οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων σε απομακρυσμένες κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Λύσεις

Το παράδειγμα της Μποτσουάνα δείχνει ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές που επισκέπτονται τακτικά απομακρυσμένες αγροτικές κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελούν έναν αποτελεσματικό τρόπο κατανομής, από άποψη κόστους, του σπανίζοντος προσωπικού ψυχικής υγείας σε τεράστιες γεωγραφικές εκτάσεις (Ben-Tovim, 1987). Το έργο των ψυχιατρικών νοσηλευτών θα ήταν ακόμη αποτελεσματικότερο εάν οι επαγγελματίες υγείας στο επίπεδο των χωριών βοηθούσαν τους νοσηλευτές στη διάγνωση ευπαθών περιστατικών στην κοινότητα. Οι επαγγελματίες στο τοπικό επίπεδο πρέπει να αναγνωρίζουν το πρόβλημα και να παραπέμπουν τους ασθενείς στις τοπικές κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας τις ημέρες που τις επισκέπτονται ψυχιατρικοί νοσηλευτές. Μια εναλλακτική δυνατότητα θα ήταν η εκπαίδευση εθελοντών στον τομέα της ψυχικής υγείας στο επίπεδο του χωριού, βάσει της μεθόδου εκπαίδευσης μιας ομάδας – πυρήνα (core-group trainer concept) (Somasundaram et al., 1999).

Επίδειξη της αντιστοιχίας μεταξύ τοπικών και Δυτικών κατηγοριών των ψυχικών διαταραχών.

Πρόβλημα 2

Χώρες με μεγάλη έκταση μπορεί να δυσκολεύονται να θέσουν σε λειτουργία συντονισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λύσεις

Τακτικές επισκέψεις των ψυχιατρικών νοσηλευτών σε καθορισμένες κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Πρόβλημα 3

Σε πολλές χώρες η παροχή επαρκών, και με καλή σχέση κόστους – αποτελέσματος, υπηρεσιών μπορεί να μεγιστοποιηθεί θέτοντας, μεγαλύτερη έμφαση στη διατομεακή συνεργασία. Πάντως, αυτή η διαδικασία κάθε άλλο παρά απλή είναι.

Λύσεις

1. Τα παραδείγματα της Τανζανίας (Kilonzo & Simmons, 1998), της Ζιμπάμπουε (Abas et al., 1995), της Καμπότζης (Somasundaram et al., 1999), και της Ινδίας (Πλαίσιο 6) δείχνουν ότι οι συνεργατικές προσεγγίσεις μπορούν να γίνονται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο και να συνενώνουν τα μέλη των κοινοτήτων, τους παροχείς υπηρεσιών και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των γενικών υπηρεσιών υγείας, των παραδοσιακών θεραπειών και των μελών των κοινοτήτων είναι πολύ σημαντική, διότι οδηγεί στην ανάπτυξη αποτελεσματικών, από άποψη κόστους, και εύστοχων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

2. Υπηρεσίες όπως είναι τα ψυχιατρικά χωριά αγροτικής αποκατάστασης και οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δομούνται στη βάση ενός δικτύου συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διαφόρων άλλων τομέων. Οι υπηρεσίες αυτές είναι αποτέλεσμα διατομεακής συνεργασίας, και στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ίσως σκόπιμο να θεωρηθεί το σύστημα ψυχικής υγείας ως ένας συνεργάτης άλλων τομέων που έχουν στόχο να παρέχουν προσωπικό (ψυχιάτρους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, παραδοσιακούς θεραπευτές, δασκάλους, υγειονομικό προσωπικό στο επίπεδο του χωριού κ.λπ), υπηρεσίες (ψυχιατρική, πρωτοβάθμιες και παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές, εκπαίδευση), φάρμακα και θεραπευτικές παρεμβάσεις (χορήγηση φαρμάκων, συμβουλευτικές παρεμβάσεις, βότανα, χαλάρωση και διαλογισμό).

Πρόβλημα 4

Οι υπάρχουσες υπηρεσίες συχνά εμποδίζουν ή καθυστερούν την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Η καθυστερημένη είσοδος των χρηστών των υπηρεσιών στο ειδικευμένο σύστημα ψυχικής υγείας συχνά οφείλε-

Πρόβλημα 3

Η έλλειψη διατομεακής συνεργασίας εμποδίζει την ανάπτυξη νεωτεριστικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Λύσεις

Προγράμματα που ισχυροποιούν τους δεσμούς μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της γενικής υγείας, των παραδοσιακών θεραπειών και των τοπικών κοινοτήτων.

Συντονισμένο δίκτυο συνεργασιών που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πρόβλημα 4

Αποτυχία των υπηρεσιών στη διάγνωση ψυχικών διαταραχών λόγω κατακερματισμού της

ται σε προηγούμενες αναποτελεσματικές επαφές με τους παραδοσιακούς θεραπευτές ή την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτό συμβαίνει για τους εξής λόγους.

1. Μπορεί να υπάρχει άγνοια των αγροτικών πληθυσμών σχετικά με τις αιτίες και τις διαθέσιμες θεραπείες των ψυχικών διαταραχών.
2. Η έλλειψη εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία και συντονισμού των δράσεων μεταξύ παραδοσιακών θεραπευτών, προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μπορεί να συμβάλει στη μη έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
3. Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να παραμένει μέσα στις κλινικές ή τα γραφεία αντί να επισκέπτεται κοινότητες, ώστε να προάγει την ψυχική υγεία και να προσεγγίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που χρειάζονται θεραπεία.

Λύσεις

1. Εκτός από την ειδική εκπαίδευση του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι χώρες που έχουν μια πιο δραστήρια κοινοτική προσέγγιση στη φροντίδα, όπως π.χ. η Τσεχία και η Ινδία, έχουν επιτύχει καλύτερη επικοινωνία με τις τοπικές κοινότητες και έτσι έχουν δημιουργήσει ανοικτές οδούς προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Εκεί όπου οι εργαζόμενοι στο κοινοτικό και πρωτοβάθμιο επίπεδο προάγουν δραστήρια την εκπαίδευση σε θέματα υγείας και εργάζονται για την έγκαιρη διάγνωση, τα ευπαθή άτομα και οι οικογένειές τους είναι πιθανότερο να γνωρίζουν και να κάνουν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και όχι των παραδοσιακών θεραπευτών, όπως θα συνέβαινε εάν δεν δρούσαν έτσι.
2. Οι δίοδοι επικοινωνίας μπορούν να βελτιωθούν εάν:
 - α) γίνονται επισκέψεις κατ' οίκον από εργαζόμενους στην κοινότητα και από γενικούς γιατρούς
 - β) γίνονται τακτικές συγκεντρώσεις μελών της κοινότητας, όπως δάσκαλοι, θρησκευτικοί ηγέτες και παραδοσιακοί θεραπευτές
 - γ) γίνονται στην κοινότητα ανιχνεύσεις των μειζόνων ψυχικών διαταραχών βάσει μιας κλίμακας αξιολόγησης, όπως στα ερωτηματολόγια της γενικής υγείας (Breakey, 1996c).
3. Ένα αμφίδρομο δίκτυο επικοινωνίας του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των ειδικών ψυχιατρικών υπηρεσιών δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου είναι αναγκαίο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν περίπλοκα περιστατικά σοβαρών ψυχικών διαταραχών ή όταν υπάρχει συννοσηρότητα.

φροντίδας, άγνοιας και κακής επικοινωνίας.

Λύσεις

Η δραστήρια προαγωγή της εκπαίδευσης στην υγεία και η έγκαιρη διάγνωση σε κοινοτικό και πρωτοβάθμιο επίπεδο βελτιώνουν τις εκβάσεις και μειώνουν το κόστος της φροντίδας.

Αμφίδρομο δίκτυο επικοινωνίας μεταξύ των τριών επιπέδων φροντίδας

Πρόβλημα 5

Σε πολλές χώρες, η χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας, το προσωπικό και οι υπηρεσίες συγκεντρώνονται σε τριτοβάθμια ιδρύματα. Αντιθέτως, μια προσέγγιση με κοινοτικό προσανατολισμό δίνει έμφαση σε:

- (1) υπηρεσίες που καλύπτουν αποκλειστικά πληθυσμιακές ομάδες
- (2) προσωπικό πολλών ειδικοτήτων
- (3) θεραπείες που γίνονται πλησιέστερα στις κατοικίες των ασθενών, με την ελάχιστη δυνατή διασπαστική επίπτωση στο οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο. Η τακτική αυτή είναι προτιμητέα έναντι των ιδρυμάτων μακράς παραμονής.

Εντούτοις, το ψυχιατρικό προσωπικό και η διοικητική γραφειοκρατία που έχει την ευθύνη οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συχνά αντιδρούν σε αυτή την αποκεντρωτική κοινοτική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών (Gallegos & Montero, 1999· Rezaki et al., 1995· Tomov, 1999).

Λύσεις

1. Οι αντιδράσεις του προσωπικού στη μεταφορά πόρων προς το δευτεροβάθμιο και πρωτοβάθμιο επίπεδο μπορεί να καμφθούν με την αναμόρφωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να συμπεριλάβει την κοινοτική προσέγγιση και την προσέγγιση από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας στη διαχείριση των θεμάτων ψυχικής υγείας.
2. Απαιτείται μια συντονισμένη προσπάθεια, σε εθνικό επίπεδο, προκειμένου να εμπλακεί το υπάρχον προσωπικό της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις δομικές αλλαγές. Εάν οι ρόλοι του προσωπικού δεν συρρικνωθούν αλλά επαναπροσδιοριστούν, η αντίδραση στη μεταφορά πόρων είναι πιθανόν να μειωθεί. Για παράδειγμα, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές μπορούν να αναλάβουν διάφορους ρόλους, που ποικίλουν από την άμεση κλινική φροντίδα μέχρι το σχεδιασμό και τις συμβουλευτικές παρεμβάσεις.
3. Το παράδειγμα των χωρών του πρώην Ανατολικού Μπλοκ δείχνει ότι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η κεντρική διοίκηση συχνά αντιτίθενται στη μεταβολή των προτεραιοτήτων των υπηρεσιών, μολονότι τα κενά που υπάρχουν στην παροχή υπηρεσιών αναγνωρίζονται από τους χρή-

Πρόβλημα 5

Συγκέντρωση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων στα τριτοβάθμια ιδρύματα ψυχικής υγείας.

Αντίδραση στην αλλαγή προς την κοινοτική φροντίδα από το προσωπικό της ψυχικής υγείας και το διοικητικό προσωπικό.

Λύσεις

Αναμόρφωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να προωθεί την προσέγγιση της ψυχικής υγείας με όρους της δημόσιας υγείας.

Οι ρόλοι του τριτοβάθμιου προσωπικού μπορούν να επαναπροσδιοριστούν ως προς τις κλινικές, σχεδιαστικές και συμβουλευτικές αρμοδιότητές τους.

Μεταφορά πόρων από τους τριτοβάθμιους παροχείς σε μη κυβερνητικές οργανώσεις, στην πρωτοβάθμια και κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας.

στες και τις νεοεκλεγμένες κυβερνήσεις (Tomon, 1999). Στις συνθήκες αυτές, οι κυβερνήσεις μπορεί να προτιμήσουν να παρακάμψουν τις κεντρικές γραφειοκρατίες, διοχετεύοντας οικονομικούς πόρους σε μη κυβερνητικές οργανώσεις ή άλλους μη κερδοσκοπικούς παροχείς υπηρεσιών που προσφέρουν αποκεντρωμένες, κοινοτικού προσανατολισμού, υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Στην Τσεχία, για παράδειγμα, το FOKUS, μια μη κυβερνητική οργάνωση που παρέχει διάφορες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δέχεται χρηματοδότηση από διάφορα υπουργεία (Holmes & Koznar, 1998).

4. Η διατομεακή συνεργασία μεταξύ υπουργείων, ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών παροχών υπηρεσιών και μη κυβερνητικών οργανώσεων αναμένεται να επηρεάσει όλο και περισσότερο τη μεταφορά πόρων από τις τριτοβάθμιες στις δευτεροβάθμιες και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που δραστηριοποιούνται σε κοινοτικό επίπεδο.

Πρόβλημα 6

Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν περισσότερες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για διαμονή των ασθενών ή εξωτερικά ιατρεία από ότι άλλες. Εντούτοις, λίγες αναπτυσσόμενες χώρες έχουν επάρκεια ως προς αυτές τις υπηρεσίες στις αγροτικές περιοχές, και οι κοινοτικές υπηρεσίες μπορεί επίσης να μην επαρκούν για τα παιδιά, τους εφήβους και τους ηλικιωμένους σε αστικές και αγροτικές περιοχές.

Λύσεις

1. Οι ανθρώπινοι και οι οικονομικοί πόροι πρέπει να μεταφερθούν από την ιδρυματική φροντίδα του τριτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου επιπέδου στην κοινοτική φροντίδα του δευτεροβάθμιου και πρωτοβάθμιου επιπέδου. Τα παραδείγματα των χωρών που έχουν επιτύχει αυτή την αλλαγή (π.χ. Ινδία, Ισραήλ) δείχνουν ότι μπορεί να επιτευχθεί με την ανάληψη εθνικών ή περιφερειακών πρωτοβουλιών που περιλαμβάνουν:

- ανακατανομή των πόρων
- εκπαίδευση του προσωπικού
- εποπτεία του εκπαιδευμένου προσωπικού
- διατομεακή συνεργασία με οικογένειες, χρήστες των υπηρεσιών, μέλη των κοινοτήτων, άλλες κατηγορίες εργαζομένων στον τομέα υγείας, και με τις εκπαιδευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

2. Χωρίς το έντονο κυβερνητικό ενδιαφέρον για την

Για τη μεταφορά πόρων από το τριτοβάθμιο στα άλλα επίπεδα της φροντίδας ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη η διατομεακή συνεργασία.

Πρόβλημα 6

Ανεπαρκής αριθμός κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Λύσεις

Εθνικές και περιφερειακές πρωτοβουλίες σχεδιασμού για ανακατανομή των πόρων, εκπαίδευση του προσωπικού, αξιολόγηση των επιδόσεων και διατομεακή συνεργασία.

Για την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτείται η συνεργασία των παροχών των υπηρεσιών και του διοικητικού και του προσωπικού του τομέα υγείας.

παροχή εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών έναντι των ιδρυματικών, μικρή πρόοδος είναι δυνατή, πέραν της δημιουργίας θυλάκων ιδιωτικών πρωτοβουλιών με όρους της αγοράς σε αστικά περιβάλλοντα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους (όπου απαιτείται ειδική πρόβλεψη για την κατάρτιση σχετικής νομοθεσίας), την εκπαίδευση του προσωπικού και τη διάθεση μέρους του προϋπολογισμού για τους σκοπούς αυτούς.

Πρόβλημα 7

Μερικές χώρες έχουν επιχειρήσει να μετατοπίσουν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας με προγράμματα που είχαν σκοπό να ενσωματώσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο προϋπάρχον δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας της σωματικής υγείας. Οι προσπάθειες αυτές έχουν αντιμετωπίσει πολλά προβλήματα.

– Οι γενικοί γιατροί, οι νοσηλευτές και οι λοιποί εργαζόμενοι στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχουν συνήθως εκπαιδευτεί στον τομέα της ψυχικής υγείας, παρόλο που με αυτούς πρωτοερχονται σε επαφή τα άτομα με ψυχικά προβλήματα. Το ίδιο ισχύει και για τους γενικούς γιατρούς του ιδιωτικού τομέα.

– Χωρίς την υποστήριξη που παρέχεται στο προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω της εκπαίδευσης και της εποπτείας του, η ένταξη της αντιμετώπισης των προβλημάτων της ψυχικής υγείας ως μέρος των καθηκόντων του προσωπικού αυτού δεν είναι πιθανό να επιτευχθεί.

– Η εξέταση των ασθενών διαρκεί μόνο πέντε λεπτά περίπου σε πολλές αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Κατά συνέπεια, μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης στον τομέα της ψυχικής υγείας που έχει αποκτήσει το προσωπικό της πρωτοβάθμιας υγείας αχρηστεύεται, δεδομένου ότι δεν είναι δυνατόν να είναι κανείς αποτελεσματικός σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα.

– Οι γενικοί γιατροί δεν έχουν πάντα μακρόχρονη επαφή με κάθε ασθενή και μπορεί να μην επικοινωνούν με τις οικογένειες ή τους παραδοσιακούς θεραπευτές σχετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Λύσεις

1. Η λύση στα δύο πρώτα σημεία έγκειται στο να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των εργαζομένων

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους προϋποθέτουν την αποφασιστική κυβερνητική εμπλοκή σε ειδικές πολιτικές εθνικού και περιφερειακού επιπέδου.

Πρόβλημα 7

Προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Λύσεις

Η εκπαίδευση εν λειτουργία ομάδων πρωτοβάθμιας

της πρωτοβάθμιας υγείας και στη συγκρότηση ενός λειτουργικού δικτύου για τις εξετάσεις των ασθενών και τις παραπομπές, που να διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου τομέα. Η εκπαίδευση των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, που ήδη προσφέρουν έργο, πρέπει να γίνει κατά προτίμηση εκεί όπου βλέπουν τους ασθενείς, και θα πρέπει να διδάσκονται πώς με απλά βήματα τίθεται μια διάγνωση και αντιμετωπίζεται μια κοινή ή σοβαρή ψυχική διαταραχή.

2 Κατά την εκπαίδευση νέου προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας απαιτείται να δοθεί έμφαση στο μοντέλο ψυχικής υγείας που έχει κοινοτική βάση και δε στηρίζεται στην ιδρυματική πρακτική (Ozturk, 2000).

3. Μια λύση είναι να συνδεθούν οι ανάγκες στην ψυχική υγεία με θέματα της γενικής υγείας που έχουν υψηλότερη προτεραιότητα σε εθνικό επίπεδο, αλλά που παρά ταύτα έχουν σχέση με την ψυχική υγεία, όπως π.χ. το AIDS. Η τακτική αυτή καθιστά εφικτή τη χρηματοδότηση της εκπαίδευσης του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε διάφορες δεξιότητες που αφορούν τον τομέα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, η ανάγκη απόκτησης συμβουλευτικών δεξιοτήτων στο πλαίσιο ενός προγράμματος πρόληψης του AIDS είχε ως αποτέλεσμα την ανάλογη εκπαίδευση προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Νότια Αφρική (Freeman, 2000). Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο τομέας της ψυχικής υγείας πρέπει να εργάζεται σε στενή συνεργασία με τον τομέα της γενικής υγείας σε εθνικό επίπεδο, ώστε να εκμεταλλεύεται αυτές τις ευκαιρίες για εκπαίδευση. Τα ειδικά ενδιαφέροντα της ψυχικής και της γενικής υγείας μπορεί να συμπέσουν και στις ακόλουθες περιπτώσεις, όπου είναι δυνατή η ενσωμάτωση:

- ορισμένων παραμέτρων της ψυχικής υγείας των παιδιών στη φροντίδα της υγείας μητέρας και παιδιού
- ορισμένων παραμέτρων της ψυχικής υγείας των εφήβων σε προγράμματα για το AIDS και την κατάχρηση ουσιών
- θεμάτων που αφορούν την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων σε προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία
- ορισμένων παραμέτρων της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων σε προγράμματα για την υγεία της οικογένειας και σε επισκέψεις κατ' οίκον.

4. Τα προβλήματα που απορρέουν από τη μικρή διάρ-

φροντίδας πρέπει να γίνεται στον τόπο εργασίας τους και να αφορά τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση των περιστατικών.

Ο τομέας της ψυχικής υγείας πρέπει να συνδέει τις πρωτοβουλίες του με προτεραιότητες που αφορούν τη γενική υγεία, ώστε να αποκτήσει χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας.

κεια των εξετάσεων στην πρωτοβάθμια υγεία σε μερικές χώρες θα μπορούσαν να λυθούν εφόσον γίνεται έγκαιρη διάγνωση στο κοινοτικό επίπεδο. Αυτό θα εξοικονομούσε χρόνο για τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι θα μπορούσαν να ασχοληθούν με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, και η παρακολούθηση θα μπορούσε να γίνεται από άλλους εργαζόμενους του τομέα. Στην Ινδία, όπου οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια υγεία επισκέπτονται τις τοπικές κοινότητες και τις καλύπτουν για θέματα γενικής υγείας (Channabasavanna et al., 1995), η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η έγκαιρη διάγνωση θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στις δραστηριότητες αυτές. Αυτό θα καθιστούσε το διαγνωστικό και διαχειριστικό έργο των γενικών γιατρών δυνατό, έστω και εντός του περιορισμένου χρόνου που διαθέτουν για κάθε ασθενή.

5. Εάν το εθνικό μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας δημιουργεί συνθήκες απρόσωπης κλινικής φροντίδας εκ μέρους των γενικών γιατρών και έλλειψη συνέχειας στις προσωπικές επαφές μεταξύ ασθενών και γιατρών (Ustun & Von Korff, 1995), οι εργαζόμενοι στην κοινότητα ή οι νοσηλευτές των κλινικών θα πρέπει να κάνουν περιοδικά επισκέψεις και να παρακολουθούν τους ασθενείς στις κοινότητές τους.

Πρόβλημα 8

Πολλές χώρες διαθέτουν λιγότερους πόρους στον τομέα της ψυχικής υγείας στις αγροτικές από ότι στις αστικές περιοχές. Αυτό αφορά ιδιαίτερα όλες τις τριτοβάθμιες υπηρεσίες και ειδικές υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Επιπλέον της ανάγκης αναδιανομής των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων εις βάρος της τριτοβάθμιας βαθμίδας και υπέρ της δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας στο κοινοτικό επίπεδο (βλ. Πρόβλημα 5 προηγουμένως) υπάρχει επίσης η ανάγκη μετάθεσης των πόρων αυτών από το αστικό προς το αγροτικό περιβάλλον. Η λύση του πρώτου ζητήματος είναι δυνατόν να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός φάσματος δευτεροβάθμιων και πρωτοβάθμιων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις αστικές περιοχές μόνο, ενώ οι απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές μπορεί να παραμείνουν χωρίς ανάλογους πόρους και υπηρεσίες. Η μεταφορά πόρων στις αγροτικές περιοχές μπορεί να μην επιτύχει τη μετακίνηση σημαντικού αριθμού επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις περιοχές αυτές, πράγμα που αποτελεί μείζον πρόβλημα για

Δραστήρια προαγωγή της ψυχικής υγείας και έγκαιρη διάγνωση από τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια και κοινοτική υγεία.

Πρόβλημα 8

Μεροληπτική αντιμετώπιση των αστικών περιοχών: υπάρχουν λιγότεροι ανθρώπινοι πόροι και υποδομές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των αγροτικών περιοχών.

τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες στηρίζονται κυρίως στους ανθρώπινους πόρους. Είναι απίθανο να γίνει σημαντική μετακίνηση υποδομών στο τομέα της ψυχικής υγείας από αστικές σε αγροτικές περιοχές στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω των περιορισμένων εθνικών προϋπολογισμών για την υγεία.

Λύσεις

1. Η εκπαίδευση εργαζομένων στις κοινότητες, οι οποίοι μπορούν να αναλάβουν μέρος της ευθύνης της έγκαιρης διάγνωσης ευπαθών μελών της κοινότητας και να παρακολουθούν την πορεία των ασθενών μετά την εξέτασή τους από τους γενικούς γιατρούς ή νοσηλεύτριες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αποτελεί μια λύση. Δεξιότητες που πρέπει να αποκτηθούν περιλαμβάνουν τις εξελικτικά διαφορετικές ανάγκες των παιδιών, των εφήβων και των ηλικιωμένων.
2. Εκπαίδευση των δασκάλων αγροτικών περιοχών στην ψυχική υγεία, ώστε να προάγουν την υγεία και την έγκαιρη διάγνωση για παιδιά και εφήβους.
3. Εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων στην ψυχική υγεία των τοπικών και των θρησκευτικών ηγετών, που περιλαμβάνουν παράγοντες που αφορούν τα παιδιά, τους εφήβους και τους ηλικιωμένους.
4. Η εκπαίδευση των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια υγεία και η συνεχής εποπτεία και συμβουλευτική υποστήριξή τους από ειδικούς ψυχικής υγείας συζητήθηκε προηγουμένως (βλ. Πρόβλημα 7).

Πρόβλημα 9

Παρά τη σχετική έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, έχουν γίνει λίγες σοβαρές προσπάθειες ένταξης μέρους της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Επιπλέον, οι στεγαστικές υπηρεσίες και τα εξωτερικά ιατρεία είναι ανεπαρκή στις αγροτικές περιοχές των αναπτυσσόμενων, αλλά και των αναπτυγμένων χωρών. Ένα μεγάλο εμπόδιο στο σχεδιασμό της πρωτοβάθμιας και κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας είναι η μη ανάληψη πρωτοβουλιών σε εθνικό επίπεδο για να επιτευχθεί συνεργασία μεταξύ της ψυχικής υγείας, της πρωτοβάθμιας υγείας και άλλων τομέων που εμπλέκονται στην ψυχική υγεία, όπως είναι η εκπαίδευση, οι κοινωνικές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες σωφρονισμού, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι χορηγοί.

Λύσεις

Εκπαίδευση κοινοτικού προσωπικού στην έγκαιρη διάγνωση και έμφαση στις εξελικτικές ανάγκες παιδιών, εφήβων και ηλικιωμένων.

Εκπαίδευση δασκάλων αγροτικών περιοχών στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην έγκαιρη διάγνωση παιδιών και εφήβων.

Εκπαίδευση τοπικών και θρησκευτικών ηγετών σε χωριά, στην προαγωγή της υγείας και στη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Πρόβλημα 9

Αδιαφορία σε εθνικό επίπεδο για την ανάγκη διατομεακών προσεγγίσεων.

– Εάν δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ αυτών των τομέων σε εθνικό επίπεδο, είναι σχετικά δύσκολο αυτή να επιτευχθεί στο τριτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και πρωτοβάθμιο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών.

– Η αποτελεσματικότητα και η προσβασιμότητα των υπαρχουσών υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να κινδυνεύσει από έλλειψη διατομεακής συνεργασίας στα σημεία που παρέχονται οι υπηρεσίες.

– Τα διάφορα υπουργεία μπορεί να έχουν σε εξέλιξη παρόμοια ψυχοκοινωνικά προγράμματα χωρίς να συντονίζονται ή να βελτιστοποιούν τους πόρους τους.

– Μπορεί να υπάρχει έλλειψη συντονισμού μεταξύ των παροχών υπηρεσιών και των κοινωνικών υπηρεσιών που δουλεύουν με πληθυσμούς στόχους, όπως είναι η αστυνομία, οι σωφρονιστικές υπηρεσίες, η κοινωνική πρόνοια, η εκπαίδευση και η εκκλησία.

– Μπορεί να υπάρχει έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σημαντικών ομάδων του άτυπου τομέα των υπηρεσιών, όπως είναι οι οικογένειες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και οι παραδοσιακοί θεραπευτές. Αυτό το έλλειμμα μειώνει την προσβασιμότητα και την εμβέλεια στους υποψήφιους χρήστες των υπηρεσιών.

Λύσεις

1. Τα παραδείγματα της Ινδίας (Πλαίσιο 6) και του Ισραήλ (Πλαίσιο 9) δείχνουν ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να εισάγουν διατομεακές προσεγγίσεις στο πρόβλημα της κάλυψης των κενών που υπάρχουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας.

2. Οι διατομεακές λύσεις πρέπει να αρχίζουν με τη συνεργασία σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο μεταξύ των κρατικών διευθύνσεων και των παροχών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων, των μη κυβερνητικών και των ιδιωτών παροχών.

3. Η διατομεακή προσέγγιση μπορεί να αναπαράγεται στα διάφορα επίπεδα φροντίδας, δίνοντας έμφαση στο δίκτυο διαβούλευσης.

4. Στο τριτοβάθμιο επίπεδο, το δίκτυο αυτό πρέπει να περιλαμβάνει ειδικούς του τομέα ψυχικής υγείας, οι οποίοι δημιουργούν δεσμούς με ειδικούς

Λύσεις

Οι κυβερνήσεις πρέπει να πρωτοστατούν στη διατομεακή συνεργασία, ώστε έτσι να καλυφθούν κενά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Συνεργασία μεταξύ κρατικών διευθύνσεων και όλων των παροχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

άλλων παρεμφερών ειδικοτήτων στους δικούς τους φορείς. Επίσης δημιουργούν γέφυρες με τους περιφερειακούς αντιπροσώπους των αστυνομικών αρχών, της εκπαίδευσης, των διαφόρων τομέων της κοινωνικής πρόνοιας, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των ασφαλιστικών φορέων, με σκοπό το συντονισμό, το σχεδιασμό και την υλοποίηση ειδικών υπηρεσιών για παιδιά, εφήβους, ηλικιωμένους κ.λπ.

5. Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο στο δίκτυο εντάσσονται εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία που διαβουλεύονται με άλλους τομείς, περιλαμβανομένων των τοπικών αστυνομικών αρχών, των εκπαιδευτικών, των ιερέων, άλλων κοινωνικών υπηρεσιών και μη κυβερνητικών οργανώσεων. Οι διαβουλεύσεις πρέπει να αφορούν το συντονισμό, σχεδιασμό και υλοποίηση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών αποκατάστασης. Επιπλέον είναι σκόπιμο να διαβουλεύονται τακτικά με τις οικογένειες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και με παραδοσιακούς θεραπευτές.

6. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο το δίκτυο περιλαμβάνει διαβουλεύσεις με τους εργαζόμενους στην υγεία σε κοινοτικό επίπεδο και ατομικές επαφές με την τοπική αστυνομία, τους δασκάλους, τους κληρικούς, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, τις οικογένειες και τους παραδοσιακούς θεραπευτές. Οι διαβουλεύσεις αυτές πρέπει να αφορούν το συντονισμό, το σχεδιασμό και την εκτέλεση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προώθηση προγραμμάτων στο κοινοτικό περιβάλλον.

Συνεργασία μεταξύ τριτοβάθμιων παροχών, περιφερειακών κρατικών διευθύνσεων, μη κυβερνητικών οργανώσεων και ασφαλιστικών οργανισμών, για το σχεδιασμό εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Συνεργασία μεταξύ δευτεροβάθμιων παροχών, τοπικών κρατικών διευθύνσεων, μη κυβερνητικών οργανώσεων και κοινοτικών και θρησκευτικών ηγετών για το σχεδιασμό κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας, τοπικών ιδρυμάτων, μη κυβερνητικών οργανώσεων και ατόμων από την κοινότητα για την εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών.



Κλειστά ιδρύματα / Ιδρύματα η λειτουργία των οποίων δεν ελέγχεται, ούτε εξετάζεται από άλλες υπηρεσίες, και τα οποία αποθαρρύνουν κάθε ελεγκτική εξωτερική παρέμβαση. Ο όρος δεν αναφέρεται σε ιδρύματα που έχουν κλείσει και δε λειτουργούν πλέον.

Διπλή χρηματοδότηση / Η παροχή οικονομικών πόρων για τη λειτουργία μιας υπάρχουσας υπηρεσίας, καθώς και μιας νέας υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια μιας μεταβατικής περιόδου, οπότε μπορεί να υπάρχει επικάλυψη των προσφερόμενων υπηρεσιών για εξυπηρέτηση ομάδων του πληθυσμού από δύο υπηρεσίες ταυτόχρονα. Ο τελικός στόχος είναι η κατάργηση της προϋπάρχουσας υπηρεσίας όταν η νέα υπηρεσία καταστεί πλήρως λειτουργική και ικανή να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του πληθυσμού στόχου.

Έμμεσα κόστη / Κόστη, εκτός των άμεσων, στα οποία υποβάλλονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειές τους. Για παράδειγμα, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί να πρέπει να πληρώνουν μεταφορικά για να καλύψουν μεγάλες αποστάσεις ώστε να φθάσουν στις υπηρεσίες, ή μπορεί να χάνουν εισόδημα λόγω του χρόνου που δαπανούν στις κλινικές στις οποίες προσέρχονται. Επίσης, οι οικογένειες μπορεί να χάνουν εισόδημα εάν μέλη τους πρέπει να μένουν σπίτι για να φροντίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας / Ένας κύκλος που οδηγεί από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και τη λήψη εξιτηρίου στην επανεισαγωγή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή ή στην έλλειψη παρακολούθησης του ασθενούς από τις κοινοτικές υπηρεσίες ή σε άλλο λόγο, με συνέπεια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να υποτροπιάζουν.

Ανεξάρτητες υπηρεσίες / Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που γενικά λειτουργούν απομωμμένες και δε διατηρούν ισχυρούς δεσμούς με το υπόλοιπο σύστημα της φροντίδας υγείας. Εξαρτώνται και στηρίζονται ελάχιστα σε άλλους τομείς του συστήματος υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των ασθενών τους.



1. Abas M et al. (1995) Health service and community-based responses to mental ill-health in urban areas. In: Harpham T, Blue I, eds. *Urbanization and mental health in developing countries*, Avebury, Aldershot.
2. Ahmed AM et al. (1996) Capabilities of public, voluntary and private dispensaries in basic health service provision. *World Health Forum*, 17:257-60.
3. Alem A et al. (1999) How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:40-7.
4. Alves DN, Valentini W (2002) Mental health policy in Brazil. In: Morrall PA, Hazelton M, eds. *Mental health policy: international perspectives*. London: Whurr.
5. Awas M, Kedebe D, Alem A (1999) Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:56-64.
6. Barrientos G (2001) La Reorientación de la Atención Psiquiátrica en Cuba. In: *Enfoques para un debate en salud mental colectivo de autores*. Havana: Ediciones Conexiones. p. 87-137. (In Spanish.)
7. Ben-Tovim DJ (1987) *Development psychiatry: mental health and primary health care in Botswana*. London: Tavistock Publications.
8. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. In: Levav I, ed. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: OPS. (PALTEX Series No. 19.) (In Spanish.)
9. Bower P et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92.
10. Braun P et al. (1981) Overview of psychiatric patients: a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 136:736.
11. Breakey WR (1996a) Inpatient services. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc. p. 264-75.
12. Breakey WR (1996b) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc. p. 139-45.
13. Breakey WR (1996c) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc. p. 29-42.
14. Channabasavanna SM, Sriram TG, Kumar K (1995) Results from the Bangalore center. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester JohnWiley and Sons. p. 79-97.
15. Collins PY et al. (1999a) Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28:3-16.
16. Collins PY et al. (1999b) Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28:17-24.

17. Conway M et al. (1994) *A companion to purchasing mental health services*. Cambridge: Anglia and Oxford Regional Health Authority.
18. Cooper PJ, Murray L (1998) Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316:1884-6.
19. De Jong JTVM (1996) A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine*, 26:97-108.
20. Dixon LB, Lehman AF (1995) Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4):631-43.
21. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:508-10.
22. Gallegos A, Montero F (1999) Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28:25-30.
23. Goldberg DP, Lecrubier Y (1995) Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons 323B334.
24. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.
25. Gureje O et al. (1995) Results from the Ibadan center. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 157-73.
26. Holmes T, Koznar J (1998) The impact of independence on the development of community mental health services in the Czech Republic. *International Journal of Mental Health*, 27:18-45.
27. Jacob KS (2001) Community care for people with mental disorders in developing countries. Problems and possible solutions. *British Journal of Psychiatry*, 178:296-8.
28. Ji J (1995) Advances in mental health services in Shanghai, China. *International Journal of Mental Health*, 23:90-7.
29. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-28.
30. Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88.
31. Levkoff SE, Macarthur IW, Bucknall J (1995) Elderly mental health in the developing world. *Social Science and Medicine*, 41:983-1003.
32. Mohit A et al. (1999) Mental health manpower development in Afghanistan: Report of a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(2):215-9.
33. Mubbashar MH (1999) Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care - Essays in honour of Professor Sir David Goldberg*. London: Routledge.

34. Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.
35. Murthy SR (2000) Community resources for mental health care in India. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(2):89-92.
36. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.
37. Nikapota AD (1991) Child psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry*, 158:743-51.
38. Ozturk MO (2000) Removing the barriers to effective mental health care: a view from Turkey. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:506-7.
39. Patel V (2000) Health systems research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low-income countries. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 363-77.
40. Pearson V (1992) Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38:163-78.
41. Rezaki MS et al. (1995) Results from the Ankara center. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 39-55.
42. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.
43. Sidandi P et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.
44. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46.
45. Sriram TG et al. (1990) Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81: 414-7.
46. Talbott JA (1978) *The death of the asylum: a critical study of state hospital management, services, and care*. New York: Grune and Stratton.
47. Tausig M, Subedi S (1997) The modern mental health system in Nepal: organizational persistence in the absence of legitimating myths. *Social Science and Medicine*, 45:441-7.
48. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
49. Tomov T (1999) Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 216-27.

50. Trisnantoro L (2002) *Decentralization policy on public mental hospitals in Indonesia: a financial perspective*. Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Countries (15 May 2002). Harvard University.
51. Tyano S, Mozes T (1998) Mental health reform: the Israeli experience. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment*. Philadelphia: Brunner/Mazel. p. 295-304.
52. Üstün TB, Sartorius N (1995) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons.
53. Üstün TB, Von Korff M (1995) Primary mental health services: access and provision of care. In Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 347-60.
54. Ward E et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1381-8.
55. World Health Organization (1982) *Training in mental health for primary health care workers*. Report of a workshop for trainers in mental health for nurses, medical assistants and village health workers. Maseru, 30 March to 10 April 1981 (unpublished document AFR/MH/12. This document is available from the WHO Regional Office for Africa).
56. World Health Organization (2000) *Making a difference in Mongolian mental health: the Nations for Mental Health Project of the WHO to reorient mental health in Mongolia, 1997-2000*. Geneva: World Health Organization.
57. World Health Organization (2001a) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
58. World Health Organization (2001b) *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
59. World Health Organization (2001) *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva: World Health Organization (unpublished document WHO/NMH/CCH/01. This report is available from the Department "Management of Noncommunicable Diseases" at WHO CH-1211, Geneva 27, Switzerland. It can also be accessed through the internet at "The Observatory on Health Care for Chronic Conditions" at the following link: http://www.who.int/chronic_conditions/en/)
60. Yan HQ, Xiao SF, Lu YF (1995) Results from the Shanghai center. In Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 285-300.
61. Yousaf F (1997) Psychiatry in Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 43:298-302.



Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε υπό την διεύθυνση του Dr Michelle Funk, Συντονιστή του Τμήματος για την Πολιτική και την Ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, και την εποπτεία του Dr Benedetto Saraceno, Διευθυντή της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και Ουσιοεξάρτησης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ευχαριστεί θερμά τον Dr Soumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, India που προετοίμασε το παρόν εγχειρίδιο. Οι Professor Alan Flisher, University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa, Dr Silvia Kaaya, Department of Psychiatry, Muhimbili Medical Centre, Dar es Salaam, Tanzania, Dr Gad Kilonzo, Department of Psychiatry, Muhimbili Medical Centre, Dar es Salaam, Tanzania, Dr Ian Lockhart, University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa and Dr Jesse K. Mbwambo, Department of Psychiatry, Muhimbili Medical Centre, Dar es Salaam, Tanzania, συνέγραψαν κείμενα που αξιοποιήθηκαν στην προετοιμασία του εγχειριδίου.

Ομάδα εκδοτικού και τεχνικού συντονισμού

Dr Michelle Funk, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Κεντρικά Γραφεία (Π.Ο.Υ./ΚΓ), κ. Natalie Drew, (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr JoAnne Epping-Jordan, (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Καθηγητής Alan J. Flisher, Πανεπιστήμιο του Cape Town, Παρατηρητήριο, Δημοκρατία της Νότιας Αφρικής, Καθηγητής Melvin Freeman, Υπουργείο Υγείας, Pretoria, Νότια Αφρική, Dr Howard Goldman, Ερευνητικό Ινστιτούτο της Εθνικής Ένωσης Διευθυντών Κρατικών Προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας και Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Maryland, ΗΠΑ, Dr Itzhak Levav, Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Jerusalem, Ισραήλ και Dr Benedetto Saraceno, (Π.Ο.Υ./ΚΓ).

Ο Dr Crick Lund, Πανεπιστήμιο του Cape Town, Παρατηρητήριο, Δημοκρατία της Νότιας Αφρικής, είχε την ευθύνη της τελικής τεχνικής επιμέλειας του εγχειριδίου.

Τεχνική βοήθεια

Dr Jose Bertolote, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Κεντρικά Γραφεία (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr Thomas Bornemann (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr Jose Miguel Caldas de Almeida, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Αμερικής (AMRO), Dr Vijay Chandra, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Νοτιο-Ανατολικής Ασίας (SEARO), Dr Custodia Mandlhate, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Αφρικής (AFRO), Dr Claudio Miranda (AMRO), Dr Ahmed Mohit, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Ανατολικής Μεσογείου, Dr Wolfgang Rutz, Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, (EURO), Dr Erica Wheeler (Π.Ο.Υ./ΚΓ), Dr Derec Yach (Π.Ο.Υ./ΚΓ) και προσωπικό από την Ομάδα Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για την Πολιτική του Π.Ο.Υ. (Π.Ο.Υ./ΚΓ).

Διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη

κ. Adeline Loo (Π.Ο.Υ./ΚΓ), κ. Anne Yamada (Π.Ο.Υ./ΚΓ) και κ. Razia Yaseen (Π.Ο.Υ./ΚΓ).

Διάταξη και γραφικά: 2S) graphicdesign
Επιμέλεια: Walter Ryder

**Ο Π.Ο.Υ. ευχαριστεί επίσης θερμά για την έκφραση γνώμης
στο παρόν εγχειρίδιο, σε επιστημονικό και τεχνικό επίπεδο, τους:**

Dr Adel Hamid Afana	Director, Training and Education Department, Gaza Community Mental Health Programme
Dr Bassam Al Ashhab	Ministry of Health, Palestinian Authority, West Bank
Mrs Ella Amir	Ami Québec, Canada
Dr Julio Arboleda-Florez	Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
Ms Jeannine Auger	Ministry of Health and Social Services, Québec, Canada
Dr Florence Baingana	World Bank, Washington DC, USA
Mrs Louise Blanchette	University of Montreal Certificate Programme in Mental Health, Montreal, Canada
Dr Susan Blyth	University of Cape Town, Cape Town, South Africa
Ms Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, France
Dr Anh Thu Bui	Ministry of Health, Koror, Republic of Palau
Dr Sylvia Caras	People Who Organization, Santa Cruz, California, USA
Dr Claudina Cayetano	Ministry of Health, Belmopan, Belize
Dr Chueh Chang	Taipei, Taiwan, China
Professor Yan Fang Chen	Shandong Mental Health Centre, Jinan, China
Dr Chantharavdy Choulamany	Mahosot General Hospital, Vientiane, Lao People's Democratic Republic
Dr Ellen Corin	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
Dr Jim Crowe	President, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, New Zealand
Dr Araba Sefa Dedeh	University of Ghana Medical School, Accra, Ghana
Dr Nimesh Desai	Professor of Psychiatry and Medical Superintendent, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, India
Dr M. Parameshvara Deva	Department of Psychiatry, Perak College of Medicine, Ipoh, Perak, Malaysia
Professor Saida Douki	President, Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisia
Professor Ahmed Abou El-Azayem	Past President, World Federation for Mental Health, Cairo, Egypt
Dr Abra Fransch	WONCA, Harare, Zimbabwe
Dr Gregory Fricchione	Carter Center, Atlanta, USA
Dr Michael Friedman	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
Mrs Diane Froggatt	Executive Director, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Toronto, Ontario, Canada
Mr Gary Furlong	Metro Local Community Health Centre, Montreal, Canada
Dr Vijay Ganju	National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Alexandria, VA, USA
Mrs Reine Gobeil	Douglas Hospital, Quebec, Canada
Dr Nacanieli Goneyali	Ministry of Health, Suva, Fiji
Dr Gaston Harnois	Douglas Hospital Research Centre, WHO Collaborating Centre, Quebec, Canada
Mr Gary Haugland	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
Dr Yanling He	Consultant, Ministry of Health, Beijing, China
Professor Helen Herman	Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia
Mrs Karen Hetherington	WHO/PAHO Collaborating Centre, Canada
Professor Frederick Hickling	Section of Psychiatry, University of West Indies, Kingston, Jamaica

Dr Kim Hopper	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
Dr Tae-Yeon Hwang	Director, Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Psychiatry, Yongin City, Republic of Korea
Dr A. Janca	University of Western Australia, Perth, Australia
Dr Dale L. Johnson	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Taos, NM, USA
Dr Kristine Jones	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
Dr David Musau Kiima	Director, Department of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya
Mr Todd Kriebel	Ministry of Health, Wellington, New Zealand
Mr John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Switzerland
Professor Lourdes Ladrado-Ignacio	Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippine General Hospital, Manila, Philippines
Dr Pirkko Lahti	Secretary-General/Chief Executive Officer, World Federation for Mental Health, and Executive Director, Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland
Mr Eero Lahtinen	Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland
Dr Eugene M. Laska	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
Dr Eric Latimer	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
Dr Ian Lockhart	University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa
Dr Marcelino L.;pez	Research and Evaluation, Andalusian Foundation for Social Integration of the Mentally Ill, Seville, Spain
Ms Annabel Lyman	Behavioural Health Division, Ministry of Health, Koror, Republic of Palau
Dr Ma Hong	Consultant, Ministry of Health, Beijing, China
Dr George Mahy	University of the West Indies, St Michael, Barbados
Dr Joseph Mbatia	Ministry of Health, Dar es Salaam, Tanzania
Dr Céline Mercier	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
Dr Leen Meulenbergs	Belgian Inter-University Centre for Research and Action, Health and Psychobiological and Psychosocial Factors, Brussels, Belgium
Dr Harry I. Minas	Centre for International Mental Health and Transcultural Psychiatry, St. Vincent's Hospital, Fitzroy, Victoria, Australia
Dr Alberto Minoletti	Ministry of Health, Santiago de Chile, Chile
Dr P. Mogne	Ministry of Health, Mozambique
Dr Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Victoria, Australia
Dr Driss Moussaoui	Université psychiatrique, Casablanca, Morocco
Dr Matt Muijen	The Sainsbury Centre for Mental Health, London, United Kingdom
Dr Carmine Munizza	Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy
Dr Shisram Narayan	St Giles Hospital, Suva, Fiji
Dr Sheila Ndyanabangi	Ministry of Health, Kampala, Uganda
Dr Grayson Norquist	National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA
Dr Frank Njenga	Chairman of Kenya Psychiatrists' Association, Nairobi, Kenya
Dr Angela Ofori-Atta	Clinical Psychology Unit, University of Ghana Medical School, Korle-Bu, Ghana
Professor Mehdi Paes	Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco
Dr Rampersad Parasram	Ministry of Health, Port of Spain, Trinidad and Tobago
Dr Vikram Patel	Sangath Centre, Goa, India
Dr Dixianne Penney	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Dr Yogan Pillay	Equity Project, Pretoria, Republic of South Africa
Dr M. Pohanka	Ministry of Health, Czech Republic
Dr Laura L. Post	Mariana Psychiatric Services, Saipan, USA
Dr Prema Ramachandran	Planning Commission, New Delhi, India
Dr Helmut Remschmidt	Department of Child and Adolescent Psychiatry, Marburg, Germany
Professor Brian Robertson	Department of Psychiatry, University of Cape Town, Republic of South Africa
Dr Julieta Rodriguez Rojas	Integrar a la Adolescencia, Costa Rica
Dr Agnes E. Rupp	Chief, Mental Health Economics Research Program, NIMH/NIH, USA
Dr Ayesha M. Sammour	Ministry of Health, Palestinian Authority, Gaza
Dr Aive Sarjas	Department of Social Welfare, Tallinn, Estonia
Dr Radha Shankar	AASHA (Hope), Chennai, India
Dr Carole Siegel	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
Professor Michele Tansella	Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy
Ms Mrinali Thalagodapitiya	Executive Director, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
Dr Graham Thornicroft	Director, PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, London, United Kingdom
Dr Giuseppe Tibaldi	Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy
Ms Clare Townsend	Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowoing Qld, Australia
Dr Gombodorjiin Tsetsegdary	Ministry of Health and Social Welfare, Mongolia
Dr Bogdana Tudorache	President, Romanian League for Mental Health, Bucharest, Romania
Ms Judy Turner-Crowson	Former Chair, World Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR Advocacy Committee, Hamburg, Germany
Mrs Pascale Van den Heede	Mental Health Europe, Brussels, Belgium
Ms Marianna Varfalvi-Bognarne	Ministry of Health, Hungary
Dr Uldis Veits	Riga Municipal Health Commission, Riga, Latvia
Mr Luc Vigneault	Association des Groupes de Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Canada
Dr Liwei Wang	Consultant, Ministry of Health, Beijing, China
Dr Xiangdong Wang	Acting Regional Adviser for Mental Health, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines
Professor Harvey Whiteford	Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowoing Qld, Australia
Dr Ray G. Xerri	Department of Health, Floriana, Malta
Dr Xie Bin	Consultant, Ministry of Health, Beijing, China
Dr Xin Yu	Consultant, Ministry of Health, Beijing, China
Professor Shen Yucun	Peking University Institute of Mental Health, People's Republic of China
Dr Taintor Zebulon	President, WAPR, Department of Psychiatry, New York University Medical Center, New York, USA

Ο Π.Ο.Υ. ευχαριστεί επίσης τις κυβερνήσεις της Αυστραλίας, Φιλανδίας, Ιταλίας, Ολλανδίας, Νέας Ζηλανδίας και Νορβηγίας, καθώς και τις εταιρείες Eli Lilly and Company Foundation και Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europe, για τη γενναϊόδωρη οικονομική τους υποστήριξη.

