

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

“Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας πρέπει να βασίζονται στις πρόσφατες εξελίξεις όσον αφορά στην αντίληψη, θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στις τρέχουσες μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας και στις κυβερνητικές πολιτικές σε άλλους τομείς”

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ 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-The Mental Health Context

© 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 Πρόνοιας που έχει και την αποκλειστική ευθύνη αυτής της έκδοσης.

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

ISBN: 960-87395-1-9

Copyright για την ελληνική έκδοση

© Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004

Η παρούσα έκδοση είναι διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας: www.mohaw.gr/GR/healthgr/mh/mh.htm

Πρόλογος της ελληνικής έκδοσης από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας	v
Πρόλογος του Π.Ο.Υ.	vii
Περίληψη	2
Σκοπός και σε ποιους απευθύνεται	10
1. Εισαγωγή	13
2. Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών	15
2.1 Η παγκόσμια επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών	15
2.2 Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών	17
2.3 Ευπαθείς ομάδες	18
2.4 Πόροι και χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία	19
3. Ιστορική αναδρομή	20
4. Πρόσφατες εξελίξεις στην αντίληψη, θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές	23
4.1 Η αλληλεπίδραση σωματικών και ψυχικών διαταραχών	23
4.2 Αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τις ψυχικές διαταραχές	24
5. Παγκόσμιες μεταρρυθμιστικές τάσεις στην υγεία και οι επιδράσεις τους στην ψυχική υγεία	26
5.1 Αποκέντρωση	26
5.2 Μεταρρυθμίσεις στην χρηματοδότηση της υγείας	26
5.3 Επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στην ψυχική υγεία: ευκαιρίες και κίνδυνοι	27
6. Κυβερνητικές πολιτικές εκτός του τομέα της υγείας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία	31
7. Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: σκοπός και περίληψη των εγχειριδίων	35
7.1 Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας	35
7.2 Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας	37
7.3 Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα	37
7.4 Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία	39
7.5 Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	41
7.6 Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	43
7.7 Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	45
8. Βιβλιογραφία	47
9. Ευχαριστίες	51

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*¹ 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 κοινοτική 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 θεραπευτικού - εγκλεισμού τους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που η αναποτελεσματικότητά τους, καθώς και η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αποτέλεσε και αποτελεί στόχο δίκαιης δημόσιας κριτικής.

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

Η προαναφερόμενη μεταρρυθμιστική διαδικασία δεν είναι ούτε εύκολη, ούτε αυτονόητη, ενώ τα εμπόδια που συναντά είναι ευάριθμα και πολύπλοκα. Οι προκαταλήψεις, το στίγμα 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 χειράς εγχειρίδιο του Πακέτου Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Αποφασίσαμε την έκδοση των οκτώ εγχειριδίων του Πακέτου στα ελληνικά, θεωρώντας ότι η συσσωρευμένη παγκόσμια γνώση και πείρα την οποία περικλείουν, 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 διανείμει 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 τον σχεδιασμό να:

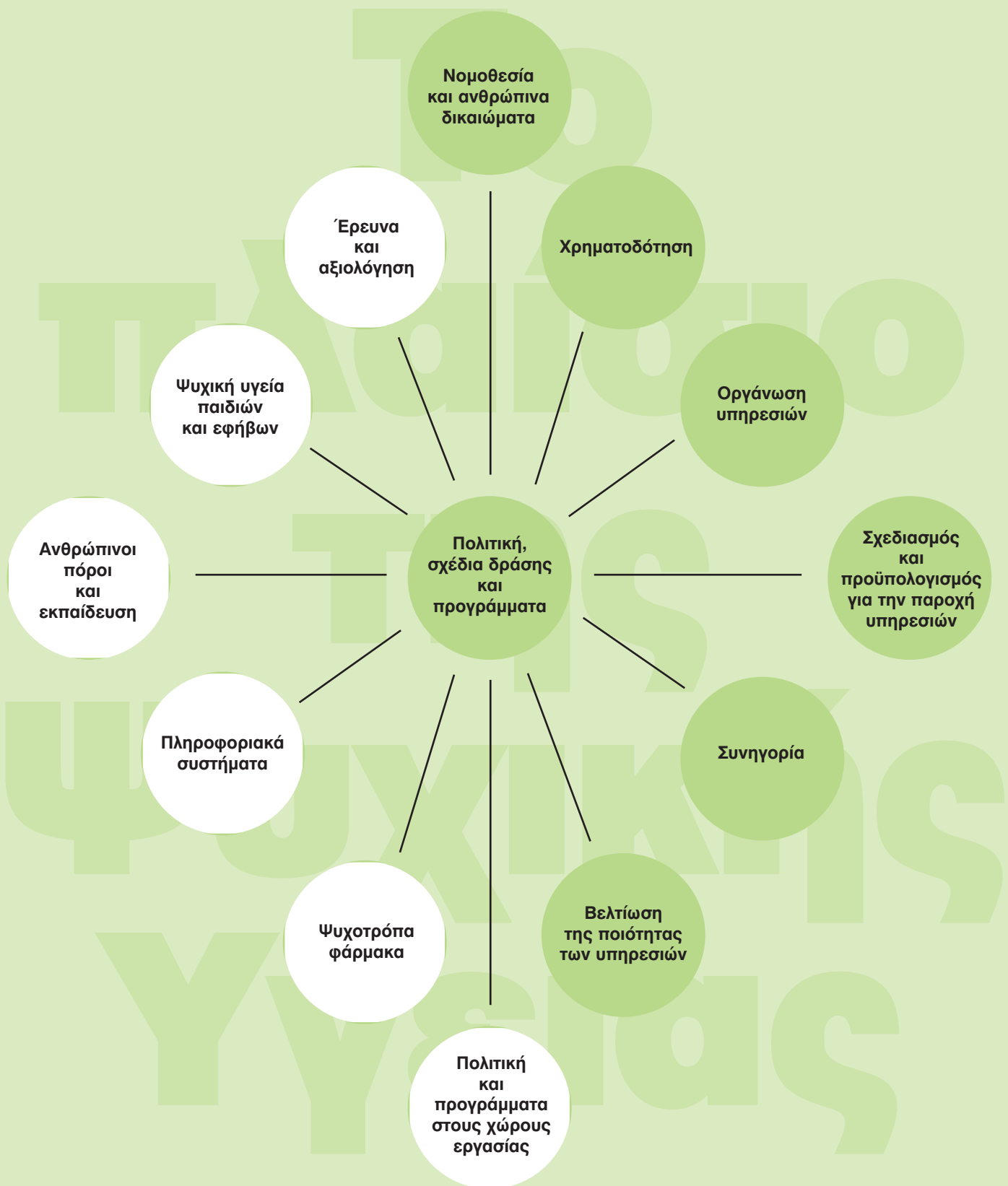
- αναπτύξουν πολιτικές και συνεκτικές στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών.
- χρησιμοποιούν τους υπάρχοντες πόρους και μέσα για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων.
- παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες σ' αυτούς που τις χρειάζονται.
- συμβάλλουν στην επανένταξη των ατόμων με 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 στον 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 καταναλωτών, 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 ειδωθούν 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 υπηρεσιών και των οικογενειών στην ανάπτυξη της πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Εισαγωγή

Σε όλες τις κοινωνίες οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική επιβάρυνση της υγείας. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις υπάρχουν, αλλά όμως η πλειονότητα των ατόμων που τις χρειάζεται δεν έχει πρόσβαση σε αυτές. Οι παρεμβάσεις είναι δυνατό να γίνουν προσβάσιμες μέσω αλλαγών στις πολιτικές και στη νομοθεσία, καθώς και μέσω επαρκούς χρηματοδότησης και της εκπαίδευσης κατάλληλου προσωπικού.

Αυτό είναι το ισχυρό μήνυμα της *Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία 2001*, η οποία προτείνει πως μπορούν να εξυπηρετηθούν παγκοσμίως οι ανάγκες των πληθυσμών στην ψυχική υγεία. Με αυτή την έκθεση, καθώς και με το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία, ο Π.Ο.Υ. αγωνίζεται να μετατοπίσει την ψυχική υγεία από την παραμελημένη θέση που έχει στις πολιτικές και τα προγράμματα για την υγεία, σε μία πιο κεντρική θέση παγκοσμίως. Οι υπεύθυνοι για την χάραξη της πολιτικής, καθώς και οι κυβερνήσεις, συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο την επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και την ανάγκη άμεσης δράσης για την αντιμετώπισή τους.

Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί μέρος του Προγράμματος Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία, που έχει σκοπό να βοηθήσει τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και το σχεδιασμό των υπηρεσιών να εφαρμόσουν στα Κράτη Μέλη τις προτάσεις της *Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία 2001*. Το παρόν εγχειρίδιο είναι το πρώτο στο πακέτο οδηγιών. Περιγράφει το πλαίσιο εντός του οποίου αντιμετωπίζεται η ψυχική υγεία, καθώς και το σκοπό και το περιεχόμενο του πακέτου.

2. Η επιβάρυνση της υγείας από τις ψυχικές διαταραχές

2.1 Η παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας από τις ψυχικές διαταραχές

Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% περίπου της παγκόσμιας επιβάρυνσης της υγείας από νόσους. Μέχρι το 2020 θα ευθύνονται για το 15% περίπου των απολεσθέντων από νόσους ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα. Η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές μεγιστοποιείται μεταξύ των νεαρών ενηλίκων, του πλέον παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού. Οι αναπτυσσόμενες χώρες πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες αυξήσεις στην επιβάρυνση της υγείας που οφείλεται στις ψυχικές διαταραχές τις επρχόμενες δεκαετίες. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται με στίγμα και διακρίσεις σε όλα τα μέρη του κόσμου.

2.2 Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών

Το συνολικό οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών είναι σημαντικό. Στις ΗΠΑ, το ετήσιο άμεσο κόστος θεραπείας υπολογίστηκε σε 148 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αναλογεί στο 2.5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Το έμμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών ξεπερνά το άμεσο δύο έως έξη φορές στις χώρες με ανεπτυγμένη οικονομία της αγοράς, και πιθανόν αυτή η αναλογία να είναι ακόμη μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το άμεσο κόστος τείνει να είναι χαμηλό. Στις περισσότερες χώρες, οι οικογένειες υφίστανται σημαντικό μέρος αυτού του οικονομικού κόστους, λόγω της απουσίας ολοκληρωμένων δημοσίων δικτύων υπηρεσιών ψυχικής

υγείας. Οι οικογένειες υφίστανται επίσης το κοινωνικό κόστος, όπως και το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί η φροντίδα των ανάπηρων μελών τους, την έκπτωση της ποιότητας ζωής όσων είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν φροντίδα, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα, και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους.

2.3 Ευάλωτες ομάδες

Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών δεν είναι ομοιόμορφη σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Οι ομάδες που βρίσκονται σε δυσμενείς συνθήκες και έχουν τους λιγότερους πόρους αντιμετωπίζουν την μέγιστη επιβάρυνση που προκαλούν αυτές οι διαταραχές, λόγω της ευάλωτης κατάστασής τους.

2.4 Πόροι και χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνήθως χρηματοδοτούνται ανεπαρκώς, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σχεδόν το 28% των χωρών δεν έχει ξεχωριστό προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία. Από τις χώρες με ξεχωριστό προϋπολογισμό, το 37% δαπανά για την ψυχική υγεία λιγότερο από το 1% του συνόλου του προϋπολογισμού για την υγεία. Το 62% των αναπτυσσόμενων και το 16% των αναπτυγμένων χωρών δαπανά για την ψυχική υγεία λιγότερο του 1% του συνολικού τους προϋπολογισμού για την υγεία. Υπάρχει, έτσι, σημαντικό χάσμα μεταξύ της επιβάρυνσης που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και των πόρων που διοχετεύονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

3. Ιστορική προσέγγιση

Για να γίνει κατανοητή η προέλευση της σημερινής επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών και οι τάσεις στη φροντίδα και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι αναγκαίο να αναφερθεί κανείς στην ιστορία του θέματος. Αυτό βοηθά ώστε να αποκαλυφθούν οι αιτίες αποτυχίας προηγούμενων προσπαθειών μεταρρύθμισης, καθώς και οι λόγοι της πολυμορφίας με την οποία οι υπηρεσίες εξελίχθηκαν στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες.

Σε πολλές κοινωνίες, οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονταν για αιώνες σύμφωνα με τις κυρίαρχουσες θρησκευτικές ή μεταφυσικές δοξασίες. Στις αρχές του 17ου αιώνα εμφανίστηκαν οι πρώτες κοσμικές θεωρήσεις της τρέλας. Μεταξύ του 1600 και 1700, όλο και περισσότεροι φτωχοί άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές εγκλείονταν σε φυλακές, χώρους εργασίας, φτωχοκομεία, γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικά άσυλα, παντού στην Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική.

Ο τρόπος που η ιατρική κατανοούσε την τρέλα εκείνη την εποχή δεν ενθάρρυνε ούτε την συμπόνια, ούτε την ανοχή, αλλά θεωρούσε ότι ο ασθενής ευθυνόταν για την κατάστασή του, λόγω των ανεξέλεγκτων παθών του και, επομένως, άξιζε να τιμωρείται. Κατά τη διάρκεια των αρχών του 18ου αιώνα υπερίσχυε η άποψη ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα ήταν υπάνθρωποι χωρίς ελπίδα ίασης, και αυτό ήταν το άλλοθι για να δικαιολογούνται οι κακές συνθήκες ζωής τους, καθώς και η χρήση σωματικής βίας εκεί όπου τους περιόριζαν. Η πίεση για μεταρρύθμιση αυτών των ιδρυμάτων συνέπεσε με την ανθρωπιστική στροφή που έγινε τον 18ο αιώνα και πολλά ιδρύματα εισήγαγαν προγράμματα “ηθικής θεραπείας” των ασθενών.

Η επιτυχία της “ηθικής θεραπείας” οδήγησε στη δημιουργία πολλών ασύλων στις Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Από τη δεκαετία του 1950 και μετά, η ανυποληψία στην οποία περιέπεσαν τα ψυχιατρικά άσυλα, στη βάση μιας ανθρωπιστικής θεώρησης, οδήγησε στην ενδυνάμωση του κινήματος της φροντίδας στο επίπεδο της κοινότητας και, εξελι-

κτικά, στη μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρεία, στη σμίκρυνση και το κλείσιμο μερικών, και στην ανάπτυξη εναλλακτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο. Αυτή η διαδικασία έγινε γνωστή ως αποϊδρυματισμός.

Ορισμένες χώρες υιοθέτησαν μία μετάβαση σημαντικής κλίμακας από συστήματα βασισμένα σε νοσοκομειακές μονάδες σε συστήματα βασισμένα στην κοινότητα. Ο αποϊδρυματισμός δεν είναι απλώς η με διοικητικά μέτρα επίδοση ενός εξηγήριου στους ασθενείς, αλλά μία σύνθετη διεργασία, όπου η απομάκρυνση από τη λογική ότι η θέση των ασθενών είναι στα νοσοκομεία, οδηγεί παράλληλα στην εφαρμογή ενός δικτύου εναλλακτικών υπηρεσιών εκτός του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύτηκε, δυστυχώς, από την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας Δυτικού τύπου άρχισαν όταν οι αποικιοκρατικές δυνάμεις, ή τα κράτη, ανήγειραν ψυχιατρεία στα τέλη του 19ου ή στις αρχές του 20ου αιώνα. Γενικά, τα ψυχιατρεία αυτά κάλυπταν τον πληθυσμό σε μικρότερο βαθμό από τα αντίστοιχα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες πέτυχαν να βελτιώσουν τις βασικές υπηρεσίες τους στα ψυχιατρεία και να εγκαταστήσουν νέες ψυχιατρικές μονάδες σε περιφερειακά γενικά νοσοκομεία, ή να εντάξουν βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα υγείας, εκπαιδεύοντας στην ψυχική υγεία τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες όμως, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες γενικά σπανίζουν, καλύπτουν μικρό μέρος του πληθυσμού και αντιμετωπίζουν μεγάλη έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού και κατάλληλης υποδομής.

Μπορούμε να ευελπιστούμε ότι στον 21ο αιώνα η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα βελτιωθεί σημαντικά. Οι πρόοδοι στις κοινωνικές επιστήμες μας επιτρέπουν να κατανοούμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες ψυχικών διαταραχών όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Η έρευνα με βάση την αναπτυξιακή θεωρία φωτίζει τα προβλήματα που οφείλονται σε δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία και τις συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων. Οι κλινικοί έχουν τώρα πρόσβαση σε πιο αποτελεσματικά ψυχοτρόπα φάρμακα για ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα έχει δείξει την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο να επιταχύνουν και να σταθεροποιούν την ανάρρωση από κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, αλλά και από χρόνιες καταστάσεις, όπως η σχιζοφρένεια.

4. Πρόσφατες εξελίξεις στην κατανόηση, θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων πενήντα ετών έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στο συνδυασμό αφενός των επιστημονικών προόδων στην αντιμετώπιση και αφετέρου στην αυξημένη συνειδητοποίηση της ανάγκης να προστατευθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσα στα κάθε μορφής ιδρύματα, αλλά και μέσα στην κοινότητα.

4.1 Διασύνδεση σωματικών και ψυχικών διαταραχών

Οι αντιλήψεις για τη σχέση σωματικών και ψυχικών διαταραχών έχουν αλλάξει. Αυτή είναι μία ουσιώδης εξέλιξη. Είναι πλέον γενικά παραδεκτό ότι η σχέση μεταξύ των σωματικών και ψυχικών διαταραχών είναι σύνθετη και αμφίδρομη, και ότι δρα μέσω πολλαπλών οδών. Ψυχικές διαταραχές που δεν τελούν υπό θεραπεία έχουν αρνητικά αποτελέσματα σε συννοσηρές σωματικές ασθένειες. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάσχουν από σωματικά νοσήματα λόγω μειωμένης λειτουργίας του ανοσοποι-

ητικού συστήματος, κακής υγιεινής συμπεριφοράς, μη συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή και εμποδίων, ως προς την πρόσβαση, στη θεραπεία των σωματικών νοσημάτων. Επιπλέον τα άτομα με χρόνιες σωματικές ασθένειες έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες από άλλα, να πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

4.2 Αποτελεσματικές θεραπείες των ψυχικών διαταραχών

Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας και των διαταραχών που σχετίζονται με το αλκοόλ και τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών. Η Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 παρουσιάζει έρευνες που δείχνουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών των ψυχικών διαταραχών.

5. Μεταρρυθμιστικές τάσεις στην παγκόσμια υγεία και οι συνέπειες τους στην ψυχική υγεία

Τα τελευταία τριάντα έτη έχουν γίνει μεγάλες μεταρρυθμίσεις στους τομείς της γενικής και ψυχικής υγείας. Οι δύο κύριες αλλαγές που επηρέασαν τα συστήματα φροντίδας της γενικής υγείας είναι η αποκέντρωση και οι μεταρρυθμίσεις στην χρηματοδότηση. Αυτά τα θέματα είναι σημαντικά για την ψυχική υγεία, διότι υπάρχει αύξουσα συνειδητοποίηση της ανάγκης επαρκούς χρηματοδότησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και δίδεται έμφαση στην ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στα συστήματα φροντίδας της γενικής υγείας.

5.1 Αποκέντρωση

Η αποκέντρωση άρχισε στις εκβιομηχανισμένες χώρες και στη συνέχεια επηρέασε τη δομή των συστημάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αποκέντρωση των συστημάτων δημόσιας υγείας υιοθετήθηκε γρήγορα από τις αναπτυσσόμενες χώρες για αρκετούς λόγους, μεταξύ των οποίων είναι οι αλλαγές στο οικονομικό και πολιτικό σύστημα των χωρών, λόγω των οικονομικών πιέσεων που ασκεί η παγκοσμιοποίηση, η αντίληψη ότι οι υπηρεσίες που σχεδιάζονται σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες μπορούν να ικανοποιήσουν καλύτερα τις ανάγκες αυτές, και σε μερικές περιπτώσεις η κατάρρευση των συστημάτων, λόγω πολιτικών αναταραχών και βίαιης μετακίνησης πληθυσμών.

5.2 Μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας

Οι κύριοι λόγοι που ώθησαν σε μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας ήταν η ανάγκη βελτίωσης της πρόσβασης στην φροντίδα υγείας, οι ισότιμα παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, και η προαγωγή αποτελεσματικών οικονομικά τεχνολογιών, ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη των πληθυσμών ως προς την υγεία. Όμως, οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις αντιμετωπίστηκαν από τις κυβερνήσεις ως ευκαιρίες για να ελέγξουν το κόστος της φροντίδας υγείας και να το μετακυλήσουν και σε άλλους συμμετέχοντες, ιδίως στους χρήστες των υπηρεσιών. Οι μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας συμπεριλαμβάνουν αλλαγές στις πηγές των εσόδων, που προσανατολίζονται στην ιδέα της κοινοπραξίας, και μεταρρυθμίσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας.

Οι **ευκαιρίες** για την ψυχική υγεία από τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας συμπεριλαμβάνουν:

- την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας.
- την αύξηση των πόρων για την ψυχική υγεία, σε βαθμό ανάλογο με την επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών.

Οι **κίνδυνοι** για την ψυχική υγεία από τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας συμπεριλαμβάνουν:

- την περιθωριοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- των κατακερματισμό των υπηρεσιών και τον αποκλεισμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές από τις υπηρεσίες, λόγω της αποκέντρωσης.
- την αύξηση των άμεσων πληρωμών από τους χρήστες, γεγονός που βλάπτει τα συμφέροντα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αφού είναι απίθανο να έχουν τους πόρους να πληρώσουν για τις υπηρεσίες.
- τα κοινοπρακτικά συστήματα, όπως η δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση, που μπορεί να αποκλείουν τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και έτσι να ζημιώνουν τα άτομα με αυτές τις διαταραχές.

6. Κυβερνητικές πολιτικές εκτός του τομέα υγείας, οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία των πληθυσμών και κοινωνιών επηρεάζεται από πολλούς μακροοικονομικούς και μακροοικονομικούς παράγοντες, οι οποίοι βρίσκονται εκτός του παραδοσιακού τομέα υγείας. Οι κυβερνήσεις μπορούν να επηρεάσουν, και όντως επηρεάζουν, πολλούς από τους παράγοντες αυτούς με τις πολιτικές τους. Η κατεύθυνση των κυβερνητικών πολιτικών, δράσεων και προγραμμάτων μπορεί να επηρεάσει, είτε αρνητικά είτε θετικά, την ψυχική υγεία των πληθυσμών. Οι κυβερνήσεις και οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικής και προγραμμάτων συχνά δεν λαμβάνουν υπόψη τους, ή δεν γνωρίζουν, τις συνέπειες που έχουν στην ψυχική υγεία οι αλλαγές στις κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές.

Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υπερβαίνουν τα παραδοσιακά όρια των διαφόρων τομέων. Η φτώχεια είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου μελλοντικών ψυχικών διαταραχών. Και η σχετική φτώχεια και η απόλυτη, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία. Πολλές παγκόσμιες τάσεις, π.χ. η αστικοποίηση, έχουν αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία των πληθυσμών. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συνδέονται, και η αλλαγή πολιτικής σε έναν τομέα επηρεάζει τους άλλους, και τελικά την ψυχική υγεία, είτε θετικά είτε αρνητικά. Οι κυβερνήσεις πρέπει να θέσουν σε λειτουργία μηχανισμούς εκτίμησης των επιπτώσεων των οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών στην ψυχική υγεία.

7. Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας: σκοπός και περιληπτική παρουσίαση των εγχειριδίων

Η ψυχική υγεία, σε παγκόσμιο επίπεδο, χαρακτηρίζεται από τα εξής: η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, οι πόροι που κατευθύνονται προς την ψυχική υγεία και η χρηματοδότησή της είναι ανεπαρκείς, υπάρχουν όμως δυνατότητες βελτίωσης της κατάστασης, λόγω των πρόσφατων εξελίξεων στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, όπως και οι μακροοικονομικές και πολιτικές αλλαγές, επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική υγεία. Εξ αυτών προκύπτει, ότι ο ρόλος των κυβερνήσεων είναι πρωταγωνιστικός, ως προς την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας των πληθυσμών. Πρόσφατες πρόοδοι, στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και στην αντιμετώπισή τους, δείχνουν ότι ο στόχος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας των πληθυσμών είναι πραγματοποιήσιμος, εφόσον αναληφθεί άμεση δράση.

Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποσκοπεί στο να συνδράμει τις χώρες να ανταποκριθούν σε αυτά τα θέματα. Το πακέτο έχει πληροφορίες οι οποίες βοηθούν πρακτικά τις χώρες να αναπτύξουν πολιτική, να σχεδιάσουν και να χρηματοδοτήσουν υπηρεσίες, να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που

ήδη υπάρχουν, να διευκολύνουν τη συνηγορία για την ψυχική υγεία, και να διευρύνουν κατάλληλα τη σχετική νομοθεσία.

Το πακέτο συνέγραψαν ειδικοί στην ανάπτυξη πολιτικής και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε συνεργασία με ειδικούς στον τομέα ανάπτυξης πολιτικής και υπηρεσιών γενικότερα. Έχει επίσης τεθεί υπόψη και συζητήθηκε με υπουργεία υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις που εκπροσωπούν χρήστες υπηρεσιών, οικογένειες και επαγγελματίες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Αποτελείται από αλληλένδετα, εύληπτα εγχειρίδια, που θέτουν επί τάπητος το ευρύ φάσμα των αναγκών και των προτεραιοτήτων για την ανάπτυξη πολιτικής και το σχεδιασμό υπηρεσιών. Το θέμα κάθε εγχειριδίου αποτελεί μία ουσιώδη πλευρά της ψυχικής υγείας.

Ακολουθεί μία περίληψη των εγχειριδίων.

7.1 Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας

Μία διατυπωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία είναι βασικό και δυναμικό στοιχείο της διεύθυνσης ψυχικής υγείας ενός υπουργείου υγείας. Όταν είναι σωστά συγκροτημένη και εφαρμόζεται με σχέδια δράσης και προγράμματα, η πολιτική αυτή μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Το εγχειρίδιο αυτό παρουσιάζει την βήμα προς βήμα εφαρμογή των εξής:

- Ανάπτυξη πολιτικής
- Ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία
- Ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία
- Ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων

Σε όλο το εγχειρίδιο χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα παραδείγματα από διάφορες χώρες, για να φανεί με σαφήνεια η διεργασία ανάπτυξης πολιτικής, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων.

7.2 Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας

Ένας σημαντικότερος παράγοντας, ώστε να λειτουργήσει ένα βιώσιμο σύστημα ψυχικής υγείας, είναι η χρηματοδότησή του. Αυτός είναι ο μηχανισμός διάθεσης των πόρων, ώστε τα σχέδια δράσης και οι πολιτικές να γίνουν πράξη. Το εγχειρίδιο προσεγγίζει το συγκεκριμένο θέμα με τα ακόλουθα βήματα:

- 1ο βήμα: Κατανόηση του ευρύτερου πλαισίου χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας.
- 2ο βήμα: Χαρτογράφηση του συστήματος ψυχικής υγείας, ώστε να γίνει κατανοητό το επίπεδο των υπάρχοντων πόρων και το πώς χρησιμοποιούνται.
- 3ο βήμα: Ανάπτυξη της βάσης στην οποία στηρίζονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 4ο βήμα: Κατανομή των πόρων, ώστε να εξυπηρετηθούν οι προτεραιότητες του σχεδιασμού.
- 5ο βήμα: Δημιουργία προϋπολογισμών για τη διαχείριση και τον έλεγχο.
- 6ο βήμα: Αγορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να βελτιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα.
- 7ο βήμα: Ανάπτυξη της υποδομής για τη χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας.
- 8ο βήμα: Χρήση της χρηματοδότησης ως μοχλού, ώστε να επιτευχθούν αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σε όλο το εγχειρίδιο χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα παραδείγματα από διάφορες χώρες για να φανεί με σαφήνεια η διεργασία ανάπτυξης πολιτικής, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων.

7.3 Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα

Η ύπαρξη νομοθεσίας για την ψυχική υγεία είναι ουσιώδης προϋπόθεση προκειμένου να προστατεύονται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, που αποτελούν ένα ευάλωτο τμήμα της κοινωνίας. Αυτό το εγχειρίδιο παρέχει λεπτομερείς οδηγίες για την υλοποίηση αυτού του νομοθετικού έργου.

Αρχίζει με τις ενέργειες που προηγούνται της νομοθεσίας. Κατόπιν, περιγράφεται το περιεχόμενο της νομοθεσίας, συμπεριλαμβανομένων βασικών διατάξεων που αφορούν αποκλειστικά την ψυχική υγεία, αλλά και άλλων που αφορούν τομείς οι οποίοι έχουν επίπτωση στην ψυχική υγεία. Στην συνέχεια, περιγράφονται ζητήματα που αφορούν τις διεργασίες που άπτονται του νομοθετικού έργου, όπως είναι η επεξεργασία σχεδίου νόμου, οι σχετικές διαβουλεύσεις και η εφαρμογή του.

7.4 Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία

Η έννοια της συνηγορίας υπέρ της ψυχικής υγείας είναι σχετικά νέα και αναπτύχθηκε με το σκοπό να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις και να προωθήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε αυτήν εντάσσεται μια ποικιλία δραστηριοτήτων, που έχουν σκοπό να άρουν τα κύρια διαρθρωτικά και ιδεοληπτικά εμπόδια στην πορεία προς μια καλύτερη ψυχική υγεία των πληθυσμών.

Αυτό το εγχειρίδιο περιγράφει πώς η συνηγορία συμπλέκεται με τις πολιτικές, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία γενικά και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ειδικότερα. Επίσης, παρουσιάζονται συνοπτικά οι ρόλοι διαφόρων ομάδων ψυχικής υγείας σε σχέση με τη συνηγορία. Στην συνέχεια δίνονται πρακτικές συμβουλές για το πως τα Υπουργεία Υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τη συνηγορία.

7.5 Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Η ποιότητα καθορίζει το κατά πόσον οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα να έχουμε τις επιθυμητές εκβάσεις στην ψυχική υγεία και το κατά πόσον οι παρεμβάσεις των υπηρεσιών συμβαδίζουν με την σύγχρονη πρακτική της επιστήμης. Η ποιότητα είναι σημαντικό στοιχείο όλων των συστημάτων ψυχικής υγείας, διότι διασφαλίζει ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα έχουν την απαιτούμενη φροντίδα και ότι τα συμπτώματά τους και η ποιότητα της ζωής τους θα βελτιωθούν. Το εγχειρίδιο εκθέτει τα πρακτικά βήματα που πρέπει να γίνουν, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας της ψυχικής υγείας.

- 1ο βήμα: Ενσωμάτωση του στόχου της βελτίωσης της ποιότητας στον πολιτικό σχεδιασμό.
- 2ο βήμα: Καθορισμός ενός συνόλου κριτηρίων, μετά από διαβουλεύσεις με όλους τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία.
- 3ο βήμα: Καθορισμός διαδικασιών πιστοποίησης σύμφωνα με το προαναφερόμενο σύνολο κριτηρίων.
- 4ο βήμα: Έλεγχος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, βάσει των κριτηρίων και των διαδικασιών πιστοποίησης.
- 5ο βήμα: Ένταξη της βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή και διαχείριση των υπηρεσιών.
- 6ο βήμα: Μεταρρύθμιση ή βελτίωση των υπηρεσιών κατά περίπτωση.
- 7ο βήμα: Αναθεώρηση των μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας.

7.6 Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας γίνονται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο τρόπος που είναι οργανωμένες επηρεάζει σημαντικά την αποδοτικότητά τους και το εάν θα επιτευχθούν τελικά οι στόχοι της εθνικής πολιτικής για την ψυχική υγεία. Αυτό το εγχειρίδιο αρχίζει με μια περιγραφή και ανάλυση των διαφόρων μορφών οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο. Επισκοπείται η σημερινή κατάσταση της οργάνωσης των υπηρεσιών και γίνονται προτάσεις με σκοπό να δημιουργηθεί το πλέον πρόσφορο μείγμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι κύριες προτάσεις έχουν ως εξής:

- ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας.
- ανάπτυξη επίσημων και άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- προώθηση και εφαρμογή του αποϊδρυματισμού.

7.7 Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Αυτό το εγχειρίδιο δημιουργήθηκε με σκοπό να παρουσιαστεί ένα σαφές και εύλογο μοντέλο, με βάση το οποίο να εκτιμώνται οι ανάγκες τοπικών πληθυσμών ως προς την φροντίδα της ψυχικής υγείας, και στη συνέχεια να σχεδιάζονται οι υπηρεσίες. Τα βήματα σχεδιασμού και προϋπολογισμού παρουσιάζονται σε κυκλική μορφή:

- 1ο Βήμα: Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης.
- 2ο Βήμα: Εκτίμηση των αναγκών.
- 3ο Βήμα: Καθορισμός στόχων.
- 4ο Βήμα: Εφαρμογή.

Το εγχειρίδιο στοχεύει, χρησιμοποιώντας πρακτικά παραδείγματα, στο να παράσχει μια σειρά εργαλείων για το σχεδιασμό και τον προϋπολογισμό που είναι χρήσιμα για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο.

Σκοπός και σε ποιους απευθύνεται

Το εγχειρίδιο αυτό είναι το πρώτο της σειράς που αποτελεί το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Είναι μέρος του Προγράμματος Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ. Περιγράφει το πλαίσιο μέσα στο οποίο αντιμετωπίζεται η ψυχική υγεία παγκοσμίως, καθώς και τον σκοπό του πακέτου. Τα εγχειρίδια του πακέτου παρουσιάζονται περιληπτικά, ώστε να μπορεί ο αναγνώστης να διαλέξει εκείνα που τον ενδιαφέρουν, ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Το εγχειρίδιο απευθύνεται σε όλους όσους εμπλέκονται στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπως είναι οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικής, αυτοί που σχεδιάζουν και παρέχουν τις υπηρεσίες, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειές τους, και όσοι αντιπροσωπεύουν όλους αυτούς μέσω οργανώσεων. Αποσκοπεί στο να παράσχει στους αναγνώστες μια θεώρηση του καθολικού πλαισίου της ψυχικής υγείας και να τους διευκολύνει στην επιλογή των υπόλοιπων εγχειριδίων που είναι χρήσιμα κατά περίπτωση.

1. Εισαγωγή

Σε όλες τις κοινωνίες, οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική επιβάρυνση της υγείας. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις υπάρχουν, αλλά όμως η πλειονότητα των ατόμων που τις χρειάζεται δεν έχει πρόσβαση σε αυτές. Οι παρεμβάσεις είναι δυνατόν να γίνουν προσβάσιμες μέσω αλλαγών στις πολιτικές και στη νομοθεσία, καθώς και μέσω επαρκούς χρηματοδότησης και της εκπαίδευσης κατάλληλου προσωπικού.

Αυτό είναι το ισχυρό μήνυμα της Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία 2001, η οποία προτείνει πώς μπορούν να εξυπηρετηθούν παγκοσμίως οι ανάγκες των πληθυσμών στην ψυχική υγεία (World Health Organization, 2001b). Η έκθεση αυτή έχει σκοπό να συνειδητοποιήσουν καλύτερα οι επαγγελματίες του χώρου, και το κοινό γενικά, την επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές καθώς και το ανθρώπινο, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Καταλήγει σε ένα σύνολο δέκα συστάσεων, οι οποίες μπορούν να υιοθετηθούν από όλες τις χώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και τους πόρους τους (Πλαίσιο 1).

Μέσω της Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία 2001, αλλά και άλλων πρωτοβουλιών, ο Π.Ο.Υ. αγωνίζεται να μετατοπίσει την ψυχική υγεία από την παραμελημένη θέση που έχει στις πολιτικές και στα προγράμματα για την υγεία, σε μια πιο κεντρική θέση της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. Οι υπεύθυνοι για την χάραξη της πολιτικής, καθώς και οι κυβερνήσεις, συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο την επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και την ανάγκη άμεσης δράσης για την αντιμετώπισή τους.

Η Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 αποτελεί ένα κείμενο για τις ανάγκες ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο, που δεν μπορεί να αγνοηθεί

Ο Π.Ο.Υ. αγωνίζεται να μετατοπίσει την ψυχική υγεία σε μια πιο κεντρική θέση της Παγκόσμιας Δημόσιας Υγείας

Πλαίσιο 1. Συστάσεις στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001

- Δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας)
- Διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων
- Παροχή φροντίδας στην κοινότητα
- Εκπαίδευση του κοινού
- Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών
- Ύπαρξη εθνικών πολιτικών, προγραμμάτων και νομοθεσίας
- Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων
- Δεσμοί με άλλους τομείς
- Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
- Υποστήριξη περισσότερης έρευνας

Κατά την διάρκεια της 54ης Συνέλευσης για την Παγκόσμια Υγεία, οι υπουργοί υγείας συμμετείχαν σε συζητήσεις στρογγυλής τραπέζης, οι οποίες αφορούσαν τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν ως προς τις ανάγκες των χωρών τους στην ψυχική υγεία. Παραδέχθηκαν ότι η κατάσταση στις χώρες τους εξαρτιόταν ουσιαδώς από τις κοινωνικό-οικονομικές και πολιτικές συνθήκες. Οι υπουργοί ήθελαν να εξετάσουν την ψυχική υγεία από την “ευρύτερη άποψη της προαγωγής και της πρόληψης”, αλλά και από μια “πιο εστιασμένη προσέγγιση των ψυχικών διαταραχών”. Επίσης δέχθηκαν ότι είναι ανάγκη να ενσωματωθεί η φροντίδα για την ψυχική υγεία στην Π.Φ.Υ., να μειωθεί η περιθωριοποίηση της ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας και να μειωθεί το στίγμα και ο αποκλεισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Με βάση αυτό το σκεπτικό, η 54η Συνέλευση για την Παγκόσμια Υγεία κάλεσε τα Κράτη Μέλη:

- να υποστηρίξουν την απόφαση ΕΒ 109.Ρ8, η οποία καλεί τα κράτη
- να ενδυναμώσουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού τους.
- να αυξήσουν τις επενδύσεις στην ψυχική υγεία στα κράτη τους, αλλά και με διμερείς ή πολυμερείς συνεργασίες, ως αναπόσπαστο στοιχείο της εν γένει ευημερίας των πληθυσμών.
- να υποστηρίξουν το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ.

Το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ. σχηματοποιεί αφ' ενός τα δεδομένα της *Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία 2001* και αφετέρου τα συμπεράσματα των συζητήσεων των υπουργών, καθορίζοντας μια σαφή και συνεκτική στρατηγική, ώστε να κλείσει το χάσμα μεταξύ του τι επείγει και του τι είναι σήμερα εφικτό να γίνει, και επομένως να μειωθεί η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών. Αυτή η πενταετής πρωτοβουλία εστιάζει στο να σφυρηλατηθούν στρατηγικές συμμαχίες, ώστε να διευρυνθούν οι δυνατότητες των χωρών να αντιμετωπίσουν συστηματικά το στίγμα και την επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών.

Ο Π.Ο.Υ. δημιούργησε το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ως βοήθημα στο Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία. Ο σκοπός του πακέτου είναι να βοηθήσει τους υπεύθυνους για την πολιτική και τον σχεδιασμό των υπηρεσιών, να εφαρμόσουν στα Κράτη Μέλη τις προτάσεις της *Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία 2001*.

Το παρόν εγχειρίδιο είναι το πρώτο της σειράς, που συναποτελούν το πακέτο. Περιγράφει το πλαίσιο μέσα στο οποίο αντιμετωπίζεται η Ψυχική Υγεία, καθώς και το σκοπό και τα περιεχόμενα του πακέτου. Τα εγχειρίδια που γράφτηκαν έως τώρα αναφέρονται στο Πλαίσιο 2 και περιγράφονται στο Κεφάλαιο 7. Τα εγχειρίδια που ετοιμάζονται αναφέρονται στο Πλαίσιο 3.

Πλαίσιο 2. Διαθέσιμα εγχειρίδια στο Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

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

Πλαίσιο 3. Εγχειρίδια που συγγράφονται τώρα για συμπλήρωση του Πακέτου Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

- Βελτίωση της Προσβασιμότητας και της Χρήσης Ψυχοτρόπων Φαρμάκων
- Πληροφοριακά Συστήματα, Παρακολούθηση και Έλεγχος Ψυχικής Υγείας
- Ανθρώπινοι Πόροι και Εκπαίδευση στην Ψυχική Υγεία
- Έρευνα και Αξιολόγηση Πολιτικών και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων
- Πολιτικές και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας στους Χώρους Εργασίας

2. Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών

Για να γίνει κατανοητό το πλαίσιο εντός του οποίου δημιουργείται το πακέτο οδηγιών είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς την επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως σήμερα. Αυτό το κεφάλαιο εξετάζει τα διαθέσιμα στοιχεία για την επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών, το οικονομικό και κοινωνικό κόστος, καθώς και τους διαθέσιμους πόρους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2.1 Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως

Ο πόνος και η δυστυχία που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί με αριθμούς. Σε όλο τον κόσμο, 121 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη, 70 εκατομμύρια από προβλήματα που έχουν σχέση με το αλκοόλ, 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια και 37 εκατομμύρια από άνοια. Εντούτοις, μέχρι την περασμένη δεκαετία, λόγω άλλων προτεραιοτήτων στην υγεία, αλλά και λόγω έλλειψης ακριβέστερων μεθόδων εκτίμησης της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών, αυτή η δυστυχία τόσων εκατομμυρίων, καθώς και των οικογενειών τους, παρέμενε απαρατήρητη.

Αρκετές εξελίξεις, όμως, έχουν κάνει την κοινή γνώμη να συνειδητοποιήσει αυτή την σημαντική υποτίμηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών. Σε αυτό βοήθησε η έκδοση της Έκθεσης για την Παγκόσμια Ανάπτυξη: *Επενδύοντας στην Υγεία* (Παγκόσμια Τράπεζα, 1993) και η χρήση του DALYs - έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα - για τον υπολογισμό της επιβάρυνσης των νοσημάτων παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων των ετών που χάνονται λόγω ανικανότητας (Murray & Lopez, 1996, 2000). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2000, οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονται για το 12,3% των ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα, για το 31% των ετών ζωής με ανικανότητα (YLDs) και για τις 6 από τις 20 κύριες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Εκτιμάται ότι η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών θα αυξηθεί κατά τις επόμενες δεκαετίες. Μέχρι το 2020, οι ψυχικές διαταραχές υπολογίζεται ότι θα ευθύνονται για το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα. Η κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία ανικανότητας στον κόσμο (Murray & Lopez, 1996).

Οι αναπτυσσόμενες χώρες με ανεπαρκώς αναπτυγμένα συστήματα φροντίδας για την ψυχική υγεία, πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες αυξήσεις στην επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών. Η εντυπωσιακή μείωση των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας και μολυσματικών νόσων, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, θα έχουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερος αριθμός ατόμων να φθάνει σε ηλικίες που είναι ευπαθείς στις ψυχικές διαταραχές. Το προσδόκιμο ζωής ατόμων με ψυχικές διαταραχές αναμένεται να αυξηθεί, και η βαθμιαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής του γενικού πληθυσμού αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερους αριθμούς ηλικιωμένων με κατάθλιψη και άνοια.

Άλλοι λόγοι, που είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών, είναι η ταχεία αστικοποίηση, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές και οι μακροοικονομικές αλλαγές. Η αστικοποίηση ακολουθείται από αυξημένη έλλειψη στέγης, φτώχεια, έλλειψη ζωτικού χώρου, υψηλότερα επίπεδα μόλυνσης, διάλυση των οικογενειών και απώλεια κοινωνικής στήριξης. Όλα αυτά αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές (Desjarlais et al., 1995). Όλο και περισσότεροι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο εκτίθενται σε ένοπλες συγκρούσεις, κοινωνικές αναταραχές και καταστροφές, που

Οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% των ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα, που απωλέσθησαν λόγω νόσων ή τραυματισμών το 2000

Εκτιμάται ότι το 2020 η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών θα ανέλθει στο 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα

Μερικές από τις αιτίες για την αύξηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών είναι η ταχεία αστικοποίηση, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές και οι μακροοικονομικές αλλαγές

καταλήγουν σε εκτοπίσεις, έλλειψη στέγης και φτώχεια. Τα άτομα τα οποία εκτίθενται σε βία είναι πιθανότερο από ότι άλλοι να υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία και η κατάθλιψη, που δυνατόν να οδηγήσουν σε κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και σε αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Η προσπάθεια για ταχεία οικονομική ανάπτυξη είχε, και έχει, πολλαπλές συνέπειες σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Η οικονομική αναδόμηση οδήγησε σε αλλαγές των πολιτικών στην απασχόληση και σε μαζική και ξαφνική αύξηση της ανεργίας, η οποία είναι σημαντικός παράγον κινδύνου και για ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, αλλά και για τις αυτοκτονίες (Platt, 1984· Gunnell et al., 1999· Preti and Miotto, 1999· Krosowa, 2001). Το γεγονός αυτό καθιστά εξόφθαλμο τον τρόπο με τον οποίο οι αλλαγές πολιτικής σε έναν τομέα (οικονομική πολιτική) δημιουργούν προβλήματα απρόβλεπτα και ακούσια, σε έναν άλλο – στην προκειμένη περίπτωση στον τομέα υγείας. Μερικοί ερευνητές προβλέπουν χειροτέρευση της ψυχικής υγείας, η οποία σχετίζεται με την αστικοποίηση, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες (Harpham & Blue, 1995).

Εκτός από την προφανή δυστυχία που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές, υπάρχει και η καλυμμένη επιβάρυνση του στίγματος και των διακρίσεων. Και στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, αλλά και σε εκείνες με υψηλό, ο στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές δεν έχει πάψει καθ' όλη την ιστορική περίοδο. Εκδηλώνεται ως προκατάληψη, στερεοτυπική αντιμετώπιση, φόβος, ντροπή, θυμός, απόρριψη ή αποφυγή. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές υφίστανται παραβιάσεις των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών τους, όπως και αρνήσεις να ασκήσουν τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δικαιώματά τους, και στα ιδρύματα και στην κοινότητα. Η σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακομεταχείριση είναι καθημερινές εμπειρίες για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Αντιμετωπίζουν την απόρριψη, την άδικη άρνηση να εργαστούν και διακρίσεις ως προς την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες, στην ασφάλιση και στη στέγαση. Μεγάλο μέρος όλων αυτών δεν δηλώνεται πουθενά και επομένως η επιβάρυνση δεν ποσοτικοποιείται.

Κύρια σημεία: Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως

- Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για σχεδόν το 12 % της επιβάρυνσης των νόσων παγκοσμίως. Μέχρι το 2020, οι ψυχικές διαταραχές θα ευθύνονται για σχεδόν το 15% των χαμένων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα.
- Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών μεγιστοποιείται μεταξύ των ενηλίκων νεαρής ηλικίας, οι οποίοι αποτελούν το πλέον παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού.
- Οι αναπτυσσόμενες χώρες πιθανόν να έχουν δυσανάλογα μεγάλη αύξηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στις επόμενες δεκαετίες.
- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν το στίγμα και διακρίσεις σε όλο τον κόσμο.

2.2 Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών

Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών επιβαρύνει τις κοινωνίες, τις κυβερνήσεις, τα άτομα που υποφέρουν, καθώς και όσους τα φροντίζουν και τις οικογένειές τους. Η πιο φανερή οικονομική επιβάρυνση είναι το άμεσο κόστος της θεραπευτικής αγωγής. Πολλές ψυχικές διαταραχές είναι χρόνιες και τείνουν να υποτροπιάζουν. Αυτό σημαίνει μακροχρόνιες ή επανειλημμένες θεραπείες και φροντίδα, πράγμα που επιβαρύνει σημαντικά το κόστος.

Στις αναπτυγμένες χώρες, το συνολικό οικονομικό κόστος της άμεσης θεραπείας των ψυχικών διαταραχών έχει καταγραφεί λεπτομερώς. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, το ετήσιο άμεσο κόστος θεραπείας υπολογίστηκε σε 148 δισεκατομμύρια δολάρια. Αυτό αναλογεί στο 2,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (Rice et al., 1990). Στις ΗΠΑ και πάλι, το άμεσο κόστος θεραπείας που αφορά την κατάθλιψη, είναι γύρω στα 12 δισεκατομμύρια δολάρια (Greenberg et al., 1993). Συγκριτικοί υπολογισμοί του άμεσου κόστους θεραπείας από τις αναπτυσσόμενες χώρες δεν είναι εύκολα διαθέσιμοι, αλλά αυτό το κόστος είναι πιθανόν σημαντικό. Με βάση τα δεδομένα του τοπικού επιπολασμού και του κόστους θεραπείας, έχει υπολογιστεί ότι το άμεσο κόστος θεραπείας των κοινών ψυχικών διαταραχών στο Σαντιάγο της Χιλής (πληθυσμός 3,2 εκατομμύρια) είναι σχεδόν 74 εκατομμύρια δολάρια, ποσό που είναι το μισό ολόκληρου του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία ολόκληρης της χώρας (Araya et al., 2001).

Το άμεσο κόστος θεραπείας που αφορά τη σχιζοφρένεια είναι 16 δισεκατομμύρια στις ΗΠΑ (Rice & Miller, 1996), 1,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας στο Ηνωμένο Βασίλειο (Knapp, 1997) και 1,1 δισεκατομμύρια δολάρια Καναδά στον Καναδά (Goeree et al., 1999).

Το έμμεσο οικονομικό κόστος πηγάζει κυρίως από την απώλεια εργασίας και την μειωμένη παραγωγικότητα των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές και όσων τους φροντίζουν, καθώς και των οικογενειών τους. Σε αντίθεση με την κατάσταση που αφορά άλλα προβλήματα υγείας, το έμμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών φαίνεται ότι είναι υψηλότερο από το άμεσο. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ, το έμμεσο κόστος των απουσιών από την εργασία και της απωλεσθείσας παραγωγικότητας, που αποδίδεται στην κατάθλιψη, υπολογίστηκε σε 31 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή σχεδόν τριπλάσιο του άμεσου κόστους θεραπείας (Greenberg et al., 1993). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το έμμεσο κόστος υπολογίστηκε σε 2,97 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (Kind and Sorensen, 1993), σχεδόν έξι φορές το άμεσο κόστος θεραπείας. Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια, στις ΗΠΑ, το έμμεσο κόστος θεραπείας υπολογίστηκε σε 17,1 δισεκατομμύρια, το οποίο ήταν ελαφρώς μεγαλύτερο από το άμεσο (Rice & Miller, 1996). Στο Ηνωμένο Βασίλειο το αντίστοιχο ποσό ήταν 1,2 δισεκατομμύρια λίρες (Kapp et al., 1997), το οποίο ήταν παρόμοιο με το άμεσο κόστος θεραπείας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, το άμεσο κόστος θεραπείας τείνει να είναι μικρότερο από ότι στις αναπτυγμένες, κυρίως λόγω έλλειψης θεραπείας. Το έμμεσο κόστος θεραπείας όμως, λόγω της χρονικής επιμήκυνσης των μη αντιμετωπιζόμενων νόσων και της συνακόλουθης ανικανότητας, είναι πιθανόν να έχει μεγαλύτερη αναλογία στη συνολική οικονομική επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών (Chrisholm et al., 2000).

Αυτό το οικονομικό κόστος πρέπει συνήθως να το υποστούν οι οικογένειες και όσοι φροντίζουν τους ασθενείς, εκτός αν ζουν στις λίγες εκείνες χώρες με καλά λειτουργούσα οικονομία της αγοράς, αλλά και με κοινωνική πρόνοια, με καλά χρηματοδοτούμενα συστήματα δημόσιας φροντίδας για την ψυχική υγεία, που καλύπτουν τους ασθενείς. Εντούτοις, εκεί που οι οικογένειες φέρουν το βάρος, οι κυβερνήσεις και οι κοινωνίες πληρώνουν τελικά και αυτές, λόγω του μειωμένου εθνικού εισοδήματος και των

Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών επιβαρύνει πολλά μέρη

Η πλέον φανερή οικονομική επιβάρυνση αφορά το άμεσο κόστος της θεραπείας

Το έμμεσο κόστος της θεραπείας είναι σημαντικό και ξεπερνά το άμεσο

Την επιβάρυνση συνήθως υφίστανται οι οικογένειες και αυτοί που φροντίζουν τους ασθενείς

Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών είναι δαπανηρή, αλλά είναι πιο δαπανηρό να αφεθούν αθεράπευτες. Υπό αυτή την έννοια, η μη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών αντιβαίνει τα συμφέροντα των χωρών

Το κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών είναι επίσης σημαντικό

αυξημένων δαπανών για προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας. Όπως δείξαμε πιο πάνω, το έμμεσο κόστος, δηλαδή το σχετιζόμενο με την απωλεσθείσα παραγωγικότητα, ξεπερνά το άμεσο. Επομένως, από οικονομική άποψη, το πράγμα είναι ξεκάθαρο για τις χώρες και τις κοινωνίες: η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών είναι δαπανηρή, αλλά είναι πιο δαπανηρό να αφεθούν αθεράπευτες. Η μη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών λοιπόν, αντιβαίνει τα συμφέροντα των χωρών.

Το κοινωνικό κόστος συμπεριλαμβάνει: έκπτωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των οικογενειών τους και όσων τους φροντίζουν, αλλοτρίωση και εγκληματικότητα μεταξύ των νέων, των οποίων τα προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την παιδική ηλικία δεν αντιμετωπίζονται, και κακή γνωστική ανάπτυξη των παιδιών με γονείς με ψυχικές διαταραχές.

Κύρια σημεία: Οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών

- Το συνολικό οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών είναι σημαντικό. Στις ΗΠΑ, το άμεσο κόστος θεραπείας υπολογίζεται σε 148 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αναλογεί στο 2,5% του ΑΕΠ (Rice et al., 1990).
- Το έμμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών ξεπερνά το άμεσο 2 έως 6 φορές στις αναπτυσσόμενες οικονομίες της αγοράς.
- Το έμμεσο κόστος πιθανόν να αποτελεί ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού κόστους στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το άμεσο κόστος θεραπείας τείνει να είναι χαμηλό.
- Στις περισσότερες χώρες, οι οικογένειες αναλαμβάνουν σημαντικό ποσοστό του οικονομικού κόστους, λόγω απουσίας δημόσιου δικτύου για την ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Το κόστος της μη παροχής θεραπείας για τις ψυχικές διαταραχές υπερβαίνει το κόστος παροχής θεραπείας.
- Οι οικογένειες υφίστανται επίσης το κοινωνικό κόστος, όπως και το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί η φροντίδα των ανήμπορων μελών τους, την έκπτωση της ποιότητας ζωής όσων είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν φροντίδα, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα, και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους.

2.3 Ευπαθείς ομάδες

Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών δεν είναι ομοιόμορφη σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Οι ομάδες που βρίσκονται σε δυσμενείς συνθήκες και έχουν τους λιγότερους πόρους, έχουν και τη μεγαλύτερη ευπάθεια σε αυτές τις διαταραχές. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν: τις γυναίκες, και ιδιαίτερα όσες κακοποιούνται, τα άτομα που ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας, π.χ. όσα ζουν σε φτωχογειτονίες, τα άτομα με ψυχοτραυματικές εμπειρίες λόγω συγκρούσεων και πολέμων, τους μετανάστες και ιδιαίτερα τους πρόσφυγες και τους εκτοπισμένους, τα παιδιά και τους εφήβους χωρίς φροντίδα και τους αυτόχθονες πληθυσμούς σε πολλά μέρη του κόσμου. Όσοι ανήκουν σε αυτές τις ομάδες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, δεν είναι ασυνήθιστο πολλά άτομα να είναι πολλαπλά ευπαθή, επειδή εμπίπτουν σε περισσότερες από μια κατηγορία, από αυτές που προαναφέρθηκαν.

Οι διάφορες ευπαθείς ομάδες μπορεί να έχουν τα ίδια προβλήματα. Τα μέλη αυτών των ομάδων είναι πιθανότερο από ότι άλλα άτομα να είναι άνεργοι, να στιγματίζονται και να καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματά τους. Αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά εμπόδια στο να έχουν πρόσβαση σε θεραπείες ικανοποιητικής ποιότητας για τις ψυχικές διαταραχές τους. Τα αρνητικά στερεότυπα και οι προκαταλήψεις, που έχουν ακόμα και όσοι παρέχουν τις υπηρεσίες, μειώνουν ακόμα περισσότερο την πιθανότητα να τύχουν της απαραίτητης προσοχής, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους για ψυχική υγεία (Cole et al., 1995, Shi, 1999).

2.4 Οι Πόροι και η Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνήθως χρηματοδοτούνται ανεπαρκώς, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σχεδόν το 28% των χωρών δεν έχει ξεχωριστό προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία. Από τις χώρες με ξεχωριστό προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία, το 37% ξοδεύει λιγότερο από 1% του συνόλου του προϋπολογισμού για την υγεία υπέρ της ψυχικής υγείας. Στο 62% των αναπτυσσομένων και στο 16% των αναπτυγμένων χωρών αποδίδεται στην ψυχική υγεία λιγότερο και από 1% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία (World Health Organization, 2001a).

Υπάρχει, έτσι, σημαντικό χάσμα μεταξύ της επιβάρυνσης που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και των πόρων που διατίθενται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σήμερα, αφενός διαθέτουμε αποτελεσματικές παρεμβάσεις για πολλές ψυχικές διαταραχές, και αφετέρου υπάρχει η δυνατότητα επιτυχούς διαχείρισής τους (δες το εγχειρίδιο με τίτλο *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001*). Παρά ταύτα, μόνο μια μικρή μειονότητα των ατόμων που χρήζουν φροντίδας και θεραπείας τη λαμβάνουν από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Επομένως, είναι ανάγκη οι ψυχικές διαταραχές να λαμβάνονται υπόψη όταν καταστρώνονται οι πολιτικές και τα σχέδια δράσης για την υγεία. Συγκεκριμένα, πρέπει να υπάρχει ισοτιμία με τις σωματικές νόσους όταν επιμερίζονται οι πόροι, με βάση την προκαλούμενη επιβάρυνση.

Υπάρχει, επίσης, ανάγκη ισότητας και δικαιοσύνης, όταν γίνεται η διανομή των πόρων μέσα στον ίδιο τον τομέα της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, στο 25% των κρατών η πρόσβαση στα βασικά ψυχιατρικά φάρμακα δεν είναι δυνατή στην Π.Φ.Υ. και στο 37% δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα (World Health Organization, 2001a). Ακόμη και μέσα στις χώρες, υπάρχει ανισοκατανομή υπηρεσιών και επαγγελματιών μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών (δες *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Σχεδόν για το 70% των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο αναλογεί ένας ψυχίατρος σε κάθε 100.000 άτομα. Σε πολλές χώρες παραμελούνται οι ανάγκες των ευπαθών ομάδων, π.χ. γυναικών, αυτοχθόνων εθνικών μειονοτήτων, θυμάτων κακοποίησης και ατόμων με ψυχοτραυματικές εμπειρίες.

Οι ευπαθείς ομάδες υπόκεινται σε δυσανάλογα μεγάλη επιβάρυνση, εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών

Στις περισσότερες χώρες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρηματοδοτούνται ανεπαρκώς

Παρά τα αποδεικτικά στοιχεία για τις υπάρχουσες αποτελεσματικές παρεμβάσεις των ψυχικών διαταραχών, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής

Οι ψυχικές διαταραχές πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα με τις σωματικές ασθένειες στον επιμερισμό των πόρων και της χρηματοδότησης

3. Ιστορική Προσέγγιση

Επί αιώνες επικρατούσαν θρησκευτικές αντιλήψεις σχετικά με την κατανόηση της συμπεριφοράς και των εμπειριών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Τον 17ο αιώνα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές φυλακίζονταν

Τα προγράμματα “ηθικής θεραπείας” οδήγησαν στη δημιουργία των ψυχιατρικών ασύλων

Ο αποϊδρυματισμός ήταν συνέπεια της ανόδου των κινημάτων για τα ανθρώπινα δικαιώματα

Για να γίνει κατανοητή η σημερινή επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών και οι τάσεις στη φροντίδα και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι αναγκαίο να αναφερθεί κανείς στην ιστορία του θέματος. Με αυτό τον τρόπο θα αποκαλυφθούν αφενός οι αιτίες αποτυχίας προηγούμενων προσπαθειών μεταρρύθμισης και αφετέρου οι λόγοι της πολυμορφίας με την οποία οι υπηρεσίες εξελίχθηκαν στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες.

Επί αιώνες και σε πολλές κοινωνίες, οι θρησκευτικές ή οι περί την ψυχή δοξασίες καθόριζαν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Κατά τον Μεσαίωνα, οι άνθρωποι στις Ευρωπαϊκές χώρες θεωρούσαν ότι τα ψυχικά προβλήματα είχαν υπερφυσικά αίτια, σχετιζόμενα με δαιμονικές ή θεϊκές δυνάμεις, που καταλάμβαναν την ψυχή. Στις αρχές του 17ου αιώνα, οι μη θεολογικές θεωρήσεις της τρέλας άρχισαν να κερδίζουν έδαφος. Μεταξύ του 1600 και του 1700, οι περισσότεροι φτωχοί άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές περιορίζονταν σε φυλακές, φτωχοκομεία, γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικά άσυλα, παντού στην Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική (Busfield, 1996· Jones, 1996· Goodwin, 1997).

Ο τρόπος που η ιατρική κατανοούσε την τρέλα εκείνη την εποχή δεν ενθάρρυνε ούτε τη συμπόνια, ούτε την ανοχή, αλλά θεωρούσε ότι ο ασθενής ευθυνόταν για την κατάσταση του λόγω των ανεξέλεγκτων παθών του και, επομένως, άξιζε να τιμωρείται. Κατά τη διάρκεια των αρχών του 18ου αιώνα υπερίσχυε η άποψη ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα ήταν υπάνθρωποι χωρίς ελπίδα ίασης, και αυτό ήταν το άλλοθι για να δικαιολογούνται οι κακές συνθήκες ζωής τους, καθώς και η χρήση σωματικής βίας εκεί όπου τους περιόριζαν (Jones, 1996). Η πίεση για μεταρρύθμιση αυτών των ιδρυμάτων συνέπεσε με την ανθρωπιστική στροφή που έγινε τον 18ο αιώνα, και πολλά ιδρύματα εισήγαγαν προγράμματα “ηθικής θεραπείας” των ασθενών (Breakey, 1996a).

Η επιτυχία της “ηθικής θεραπείας” οδήγησε στη δημιουργία πολλών ασύλων στις Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Εντούτοις, τα περισσότερα από αυτά τα μεγάλα δημόσια ιδρύματα δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των αφοσιωμένων στο έργο τους πρωτοπόρων της “ηθικής θεραπείας”. Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, ο μεγάλος αριθμός των ασθενών και η έλλειψη εναλλακτικών λύσεων, που να μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα των διαθέσιμων πόρων, ώθησαν γρήγορα αυτά τα κρατικά ψυχιατρεία να πάρουν το χαρακτήρα ιδρυμάτων εγκλεισμού.

Ο 20ος αιώνας μετέθεσε την έμφαση, από τον εγκλεισμό και την προστασία, στη φροντίδα και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την ανάπτυξη μιας πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κίνημα των ανθρώπινων δικαιωμάτων διευρύνθηκε και εστίασε την προσοχή στις σοβαρές καταπατήσεις των βασικών ανθρώπινων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η έρευνα έδειξε ότι τα ψυχιατρικά άσυλα είχαν πενιχρά αποτελέσματα από θεραπευτική άποψη και ότι μερικές φορές επιδεινώναν την ψυχική αναπηρία. Προοδευτικά, γινόταν συνείδηση διεθνώς, ότι σε πολλά άσυλα υπήρχαν κακές συνθήκες διαβίωσης, καθώς και ανεπαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα, και ότι οι κυβερνήσεις όφειλαν να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ανυποληψία στην οποία περιέπεσαν τα ψυχιατρικά άσυλα, λόγω των προαναφερόμενων αιτιών, οδήγησε εξελικτικά στη μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα κρα-

τικά ψυχιατρεία, στη σμίκρυνση και το κλείσιμο μερικών, και στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο. Αυτή η εναλλακτική αντιμετώπιση έγινε γνωστή ως αποϊδρυματισμός.

Ορισμένες χώρες υιοθέτησαν μια μετάβαση σημαντικής κλίμακας, από συστήματα βασισμένα σε νοσοκομειακές μονάδες σε συστήματα βασισμένα στην κοινότητα, πράγμα που οδήγησε σε σοβαρή μείωση του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρεία, και, σε μερικές περιπτώσεις, στο κλείσιμό τους. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση του 1978 στην Ιταλία είναι γλαφυρό παράδειγμα αυτής της τάσης. Έτσι, στην Τεργέστη, έκλεισαν τα ψυχιατρεία και αντικαταστάθηκαν από μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας, οι οποίες προσέφεραν ψυχιατρική φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αντιμετώπιζαν θεραπευτικά τα οξέα επεισόδια. Άρχισαν προγράμματα προστατευόμενης στέγασης και εργασίας, ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν περισσότερες ευκαιρίες ένταξης στην κοινότητα. Οι ακόλουθες πόλεις, μεταξύ άλλων σε όλο τον κόσμο, έχουν οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας: η Μελβούρνη στην Αυστραλία, το Santos και το Rio Grande do Sol στη Βραζιλία, η Λίλλη στη Γαλλία, η Siauliai στη Λιθουανία, η Αστούριας και η Μαδρίτη στην Ισπανία, και το Λονδίνο και το Μπίρνμινχαμ στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Ο αποϊδρυματισμός δεν είναι βέβαια απλώς η με διοικητικά μέτρα επίδοση ενός εξιτηρίου στους ασθενείς. Είναι μια σύνθετη διεργασία, όπου η απομάκρυνση από τη λογική ότι η θέση των ασθενών είναι στα νοσοκομεία οδηγεί παράλληλα στην εφαρμογή ενός δικτύου εναλλακτικών υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες, ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύτηκε, δυστυχώς, από την ανάπτυξη κατάλληλων κοινοτικών υπηρεσιών (Thornicroft & Tansella, 1999). Υπήρχε συχνά η λανθασμένη εντύπωση, ότι οι εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης στο κοινοτικό επίπεδο θα ήταν περισσότερο αποδοτικές οικονομικά, από ότι η όλο και δαπανηρότερη φροντίδα των χρόνιων ασθενών σε ιδρύματα, ή ότι οι κυβερνήσεις θα είχαν την δυνατότητα να διαμοιράσουν το κόστος θεραπείας σε άλλους εμπλεκόμενους (Breakey, 1996b,c; Sharfstein, 1996; Goodwin, 1997).

Έχει ήδη γίνει σαφές, ότι εάν ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύεται από επαρκή χρηματοδότηση και έμπυχο υλικό, ώστε να δημιουργηθούν οι εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες, τότε οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές ίσως έχουν πρόσβαση σε λιγότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες ίσως δεν έχουν τα μέσα να ανταποκριθούν στο έργο τους. Πρόσφατες αναφορές από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ δείχνουν, ότι οι υπηρεσίες είναι αποδιοργανωμένες λόγω περιορισμένου προϋπολογισμού και σύγχυσης των κυρίως εμπλεκόμενων, ως προς το ποιος ευθύνεται για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο (Sharfstein, 1996, Freeman, 1996, Redmond, 1998).

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας Δυτικού τύπου άρχισαν όταν οι αποικιοκρατικές δυνάμεις, ή τα κράτη, ανήγειραν ψυχιατρεία στα τέλη του 19ου ή στις αρχές του 20ου αιώνα. Γενικά, τα ψυχιατρεία αυτά κάλυπταν τον πληθυσμό σε μικρότερο βαθμό από ότι τα αντίστοιχα στις αναπτυγμένες χώρες. Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες πέτυχαν να βελτιώσουν τις βασικές υπηρεσίες τους στα ψυχιατρεία και να εγκαταστήσουν νέες ψυχιατρικές μονάδες σε περιφερειακά γενικά νοσοκομεία (Kilonzo & Simmons, 1998; Alem et al., 1999; Somasundaram et al., 1999; Sidandi et al., 1999), ή να εντάξουν βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα υγείας, εκπαιδεύοντας στην ψυχική υγεία τους εργαζόμενους στην Π.Φ.Υ. (Kilonzo & Simmons, 1998; Alem et al., 1999; Somasundaram et al., 1999). Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, όμως, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες σπανίζουν,

Μια αξιοσημείωτη αλλαγή έχει πραγματοποιηθεί σε πολλές χώρες, αναφορικά με τη μετατόπιση της φροντίδας από τα ιδρύματα στην κοινότητα

Ο αποϊδρυματισμός, σε πολλές χώρες, δεν συνοδεύτηκε από επαρκείς κοινοτικές υπηρεσίες

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, αν και δημιουργήθηκαν ψυχιατρικά άσυλα τον καιρό της αποικιοκρατίας, η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής, σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες χώρες

*Οι πρόσφατες
εξελίξεις παρέχουν
ευκαιρίες για
σημαντική βελτίωση
της φροντίδας
των ατόμων
με ψυχικές
διαταραχές*

καλύπτουν μικρό μέρος του πληθυσμού και αντιμετωπίζουν μεγάλη έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού και κατάλληλης υποδομής.

Μπορούμε να ευελπιστούμε ότι στον 21ο αιώνα η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα βελτιωθεί σημαντικά. Οι πρόοδοι στις κοινωνικές επιστήμες μας επιτρέπουν να κατανοούμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Η αναπτυξιακή προσέγγιση φωτίζει τα προβλήματα που οφείλονται σε δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία και τις συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων (Brown & Harris, 1993' Kessler et al., 1997' Maughan & McCarthy, 1997). Οι κλινικοί έχουν τώρα πρόσβαση σε πιο αποτελεσματικά ψυχοτρόπα φάρμακα για ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα έχει δείξει την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο να επιταχύνουν και να σταθεροποιούν την ανάρρωση από κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, όπως και από χρόνιες καταστάσεις, όπως η σχιζοφρένεια.

Κύρια σημεία: Ιστορική Προσέγγιση

- Ο αποϊδρυματισμός δεν ακολουθήθηκε αναγκαστικά από επαρκή παροχή πόρων στο επίπεδο της κοινότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Στις αναπτυσσόμενες χώρες, κατά κανόνα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σπανίζουν, καλύπτουν μικρό μέρος του πληθυσμού και αντιμετωπίζουν μεγάλη έλλειψη χρηματοδότησης και προσωπικού.
- Μια δράση βασικής σημασίας, για τις αναπτυσσόμενες χώρες, είναι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να φθάσουν να καλύπτουν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού τους, με την ενσωμάτωσή τους στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.
- Διαθέτουμε τώρα εξαιρετικά αποτελεσματικά ψυχοτρόπα φάρμακα και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών.
- Η έρευνα έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητα ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε πολλές ψυχικές διαταραχές.

4. Πρόσφατες εξελίξεις στην αντίληψη, θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων πενήντα ετών έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές στην αντίληψη των ψυχικών διαταραχών. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στον συνδυασμό, αφενός των επιστημονικών προόδων στην αντιμετώπιση και, αφετέρου, στην αυξημένη συνειδητοποίηση της ανάγκης να προστατευθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τόσο στα κάθε μορφής ιδρύματα όσο και στην κοινότητα.

4.1 Διασύνδεση σωματικών και ψυχικών διαταραχών

Είναι πλέον γενικά παραδεκτό ότι η σχέση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των σωματικών διαταραχών είναι σύνθετη και αμφίδρομη, και ότι δρα μέσω πολλαπλών οδών. Αυτή είναι μια ουσιώδης εξέλιξη.

Οι ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε κακή σωματική υγεία, όπως δείχνει το σημαντικά μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δίνουν λιγότερη προσοχή σε συμπτώματα σωματικής ασθένειας. Κατά συνέπεια, καθυστερούν να απευθυνθούν για θεραπεία για νοσήματα που συνυπάρχουν με την ψυχική διαταραχή, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση. Αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στη λήψη θεραπείας για σωματικές διαταραχές, λόγω του στίγματος και των διακρίσεων. Οι ψυχικές διαταραχές αυξάνουν επίσης την πιθανότητα μη συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή των σωματικών νοσημάτων, πράγμα που έχει ως επακόλουθο κακή τελική έκβαση. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι βιολογικά πιο ευάλωτα στα σωματικά νοσήματα. Η κατάθλιψη, για παράδειγμα, σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, και επομένως με αυξημένες πιθανότητες ύπαρξης άλλων σωματικών νοσημάτων (*World Health Report, 2001*).

Η αντίστροφη σχέση ισχύει επίσης: τα άτομα που πάσχουν από χρόνια σωματικά νοσήματα έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη. Η ποσοστιαία αναλογία των αυτοκτονιών είναι υψηλότερη μεταξύ ατόμων με σωματικά νοσήματα από ότι στο γενικό πληθυσμό, και ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιωμένων. Η αυξημένη ευπάθεια συχνά αποδίδεται στα κοινωνικά επακόλουθα της σωματικής ανικανότητας. Η τελευταία, μειώνει τις ευκαιρίες απασχόλησης, όπως και την ποιότητα και ποσότητα της κοινωνικής δικτύωσης και της οικογενειακής ζωής. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία πολλών σωματικών νοσημάτων έχουν άμεσα βλαβερές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, λόγω αυξημένων σωματικών παρενεργειών. Οι επιπτώσεις συμπεριλαμβάνουν την κατάθλιψη, το άγχος, και άλλες ψυχικές διαταραχές σε άτομα που είναι ήδη ευπαθή.

Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται, επίσης, για ένα φάσμα επιπτώσεων στην πορεία και την έκβαση καταστάσεων όπου υπάρχει συννοσηρότητα, όπως του καρκίνου (Spiegel et al., 1989), των καρδιακών παθήσεων (Ziegelstein et al., 2000), του διαβήτη (Ciechanowski et al., 2000), και του HIV/AIDS (Reed et al., 1994). Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με μη αντιμετωπιζόμενες ψυχικές διαταραχές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, κακή υγιεινή συμπεριφορά, μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, και κακή έκβαση των νοσημάτων. Έχει αποδειχθεί, για παράδειγμα, ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι τρεις

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων πενήντα ετών έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών

Οι ψυχικές διαταραχές συνδυάζονται με κακή σωματική υγεία

Οι ψυχικές διαταραχές έχουν αρνητική επίδραση σε συνυπάρχοντα σωματικά νοσήματα

Τα σωματικά νοσήματα αυξάνουν την ευπάθεια για ψυχικές διαταραχές

φορές πιθανότερο να μη συμμορφώνονται με την φαρμακευτική αγωγή, από ότι μη καταθλιπτικοί ασθενείς (DiMatteo et al., 2000) και ότι η κατάθλιψη προοιωνίζει την εμφάνιση καρδιοπάθειας (Ferketich et al., 2000). (Δες την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 για περισσότερες λεπτομέρειες επ' αυτού).

Κύρια σημεία: Σχέση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διαταραχών

- Υπάρχει μια σύνθετη αμφίδρομη σχέση των σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Οι μη αντιμετωπιζόμενες ψυχικές διαταραχές έχουν ως αποτέλεσμα την κακή έκβαση σωματικών νοσημάτων, που τυχόν συνυπάρχουν.
- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν σωματικά νοσήματα λόγω μειωμένης λειτουργίας του ανοσοποιητικού τους συστήματος, κακής υγιεινής συμπεριφοράς, μη συμμόρφωσης με την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή και των εμποδίων που αντιμετωπίζουν ως προς την πρόσβασή τους στα συστήματα υγείας.
- Τα άτομα με χρόνιες σωματικές ασθένειες έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες, από ότι άλλα, να πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

4.2 Αποτελεσματικές θεραπείες των ψυχικών διαταραχών

Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλές ψυχικές διαταραχές. Η Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 παρουσιάζει τα δεδομένα που δικαιώνουν αυτήν την θέση. Μερικές από τις θεραπείες αυτές παρουσιάζονται περιληπτικά πιο κάτω.

Η κατάθλιψη, από ήπια έως σοβαρή, μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η ψυχοθεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο και τα αντικαταθλιπτικά στην αντιμετώπιση των ήπιων έως μέσων καταθλιπτικών επεισοδίων. Η κατάθλιψη είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με τη χρήση ενός συνδυασμού φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας ή συμβουλευτικής θεραπείας (Sriram et al., 1990ˆ Mynors-Wallis, 1996ˆ Schulberg et al., 1996ˆ Ward et al., 2000ˆ Bower et al., 2000).

Στη σχιζοφρένεια τα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη υποτροπών. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η οικογενειακή θεραπεία, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, μειώνουν τις υποτροπές από 50% σε 10% (Leff & Gamble, 1995ˆ Dixon et al., 2000).

Αναφορικά με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, έχουμε το δεδομένο ότι βραχείες παρεμβάσεις με αποδέκτες άτομα που πίνουν σε βαθμό επικίνδυνο, μειώνουν αφενός την κατανάλωση αλκοόλ κατά 30%, και αφετέρου την μέθη για περίοδο 6 έως 12 μηνών ή και περισσότερο. Έχει αποδειχθεί ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι αποδοτικές οικονομικά (Gomel et al., 1995ˆ Wutzke et al., 2001). Όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρότερη εξάρτηση, υπάρχουν αποτελεσματικές επιλογές αντιμετώπισης και για εξωτερικούς και για εσωτερικούς ασθενείς, αν και σημαντικά φθηνότερες για τους πρώτους. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές ψυχολογικές θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές, όπως η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία, οι κινητοποιητικές συνεντεύξεις και οι προσεγγίσεις του τύπου «δώδεκα βήματα», σε συνδυασμό με θεραπεία από επαγγελματία (World Health Report 2001).

Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλές ψυχικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από το αλκοόλ και ουσίες

Η θεραπεία για την ουσιοεξάρτηση είναι οικονομικά αποτελεσματική μειώνοντας την χρήση ουσιών από 40% έως 60%, όπως μειώνει επίσης και τις συνέπειες που σχετίζονται με θέματα υγείας, καθώς και τις κοινωνικές συνέπειες π.χ. εγκληματικές πράξεις και ο κίνδυνος προσβολής από HIV(World Health Report 2001).

Για μια πιο λεπτομερή εξέταση των ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα διάφορων θεραπευτικών παρεμβάσεων των ψυχικών διαταραχών, οι αναγνώστες ας διαβάσουν την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001.

Κύρια σημεία: Αποτελεσματικές θεραπείες των ψυχικών διαταραχών

- Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλές ψυχικές διαταραχές.
- Η κατάθλιψη είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με αντικαταθλιπτική αγωγή και ψυχολογικές παρεμβάσεις.
- Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η οικογενειακή θεραπεία, σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή, μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές στην σχιζοφρένεια από 50% σε 10%.
- Βραχείες παρεμβάσεις με αποδέκτες άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ σε βαθμό επικίνδυνο, μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά 30%.
- Οι θεραπείες που αντιμετωπίζουν την εξάρτηση από ουσίες είναι οικονομικά αποδοτικές, αφού μειώνουν την εξάρτηση κατά 40-60%.

5. Οι παγκόσμιες μεταρρυθμιστικές τάσεις

στην υγεία και οι συνέπειες για την ψυχική υγεία

Τα τελευταία τριάντα έτη έχουν γίνει μεγάλες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της γενικής υγείας, αλλά και της ψυχικής υγείας. Οι δύο κύριες αλλαγές που επηρέασαν τα συστήματα φροντίδας της γενικής υγείας είναι η αποκέντρωση και οι μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση. Αυτά τα θέματα είναι σημαντικά και για την ψυχική υγεία, διότι υπάρχει αύξουσα συνειδητοποίηση της ανάγκης επαρκούς χρηματοδότησης των υπηρεσιών της, και δίδεται έμφαση στην ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στα συστήματα φροντίδας της γενικής υγείας.

5.1 Αποκέντρωση

Η αποκέντρωση συνίσταται στη μεταφορά της ευθύνης παροχής υπηρεσιών υγείας από τις κεντρικές σε τοπικές δομές (Cassels, 1995). Προ της εφαρμογής αυτής της αλλαγής, τα συστήματα υγείας ήταν κατά κύριο λόγο δημόσιες δομές, οι οποίες διοικούσαν άμεσα από τη κεντρική κυβέρνηση. Επομένως, οι κεντρικές κυβερνήσεις ήταν υπεύθυνες για τη χρηματοδότηση, την εφαρμογή πολιτικών, τη ρύθμιση και τη λειτουργία των υπηρεσιών στο τριτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και πρωτοβάθμιο επίπεδο των συστημάτων υγείας.

Η αποκέντρωση άρχισε στις εκβιομηχανισμένες χώρες και, στη συνέχεια, επηρέασε τη δομή των συστημάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αποκέντρωση των συστημάτων δημόσιας υγείας υιοθετήθηκε γρήγορα από τις αναπτυσσόμενες χώρες για αρκετούς λόγους. Μεταξύ αυτών είναι: οι αλλαγές στο οικονομικό και πολιτικό σύστημα των χωρών λόγω των πιέσεων που ασκεί η παγκοσμιοποίηση, η αντίληψη ότι οι υπηρεσίες που σχεδιάζονται σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες μπορούν να ικανοποιήσουν καλύτερα τις ανάγκες αυτές και η κατάρρευση συστημάτων λόγω πολιτικών αναταραχών και βίαιης μετακίνησης πληθυσμών.

5.2 Μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας

Οι κύριοι λόγοι που ώθησαν σε μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας ήταν η ανάγκη βελτίωσης της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, οι ισότιμα παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η προαγωγή αποτελεσματικών οικονομικά τεχνολογιών, ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη των πληθυσμών, ως προς την υγεία. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις, όμως, αντιμετώπιστηκαν από τις κυβερνήσεις ως ευκαιρίες για να ελέγξουν το κόστος της φροντίδας υγείας και να το μετακυλήσουν και σε άλλους, ιδίως δε στους χρήστες των υπηρεσιών.

Οι μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση συμπεριλαμβάνουν αλλαγές στις πηγές των εσόδων με την εμπλοκή της ιδέας της κοινοπραξίας, καθώς και μεταρρυθμίσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας (Δες *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας και Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*).

5.2.1 Έσοδα

Τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από μια ποικιλία πηγών, συμπεριλαμβανομένης της φορολογίας, των υποχρεωτικών ή προαιρετικών ασφαλιστικών εισφορών, των άμεσων πληρωμών από τους χρήστες και τις δωρεές. Οι περισσότερες χώρες με υψηλό

Η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι μέρος της γενικότερης παγκόσμιας τάσης για αποκέντρωση, που προήλθε λόγω των οικονομικών μεταρρυθμίσεων

Οι μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση της υγείας απορρέουν από τη βούληση για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και για τον έλεγχο του κόστους

εισόδημα στηρίζονται, είτε στη γενική φορολογία, είτε στις υποχρεωτικές εισφορές για την υγεία στην κοινωνική ασφάλιση, ενώ στις χώρες με χαμηλό εισόδημα είναι συνθησπερη η χρηματοδότηση από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών (*Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2000*). Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα συστήματα προπληρωμών όλων των ειδών, συμπεριλαμβανομένης της γενικής φορολογίας και των υποχρεωτικών ή μη ασφαλιστικών σχημάτων, είναι δικαιότερα από τις άμεσες πληρωμές.

Τα συστήματα υγείας επομένως ενθαρρύνονται να υιοθετήσουν τις προπληρωμές και να μειώσουν την αναλογία των άμεσων πληρωμών. Σε μερικές χαμηλού εισοδήματος χώρες ή περιβάλλοντα, όπου οι δυνατότητες προπληρωμών είναι ανεπαρκείς, είναι δυνατόν να υπάρχει η ιδιωτική συνεισφορά, όταν γίνεται χρήση των υπηρεσιών, με τη μορφή της μερικής πληρωμής του κόστους ορισμένων παρεμβάσεων, ώστε να μειωθεί η ζήτηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιλεκτικότερη χρήση ορισμένων παρεμβάσεων, αλλά δεν μειώνει αναγκαστικά τη ζήτηση.

5.2.2 Κοινοπραξία

Η κοινοπραξία είναι ένας τρόπος μετάθεσης του κινδύνου σε όλους τους χρήστες του συστήματος υγείας εξίσου. Τα συστήματα προπληρωμών όλων των ειδών δίνουν ευκαιρίες κοινοπραξίας, αλλά το πώς ακριβώς θα διευθετηθεί το σύστημα καθορίζει τη δυνατότητα πρόσβασης αυτών που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η κοινοπραξία βασίζεται στην αρχή ότι οι υγιείς επιχορηγούν τους ασθενείς και οι πλούσιοι τους φτωχούς.

Η κοινοπραξία, η οποία βασίζεται αποκλειστικά στον κίνδυνο για την υγεία, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ανάδρομες επιχορηγήσεις από φτωχούς μικρού κινδύνου σε πλούσιους μεγάλου κινδύνου. Για το λόγο αυτό τα περισσότερα συστήματα υγείας συνδυάζουν τις επιχορηγήσεις βάσει, αφενός, του κινδύνου και, αφετέρου, του εισοδήματος, ώστε να ανακατανέμουν τον κίνδυνο και να κατοχυρώνουν την ισότητα (*Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2000*).

5.2.3 Αγορά

Υπάρχει μια παγκόσμια τάση προς το διαχωρισμό της αγοράς υπηρεσιών υγείας και της παροχής τους. Στο παρελθόν αυτές οι λειτουργίες ενσωματώνονταν σε ένα και μοναδικό οργανισμό, κεντρικά ελεγχόμενο. Οι διαχωρισμοί αγοραστή-παροχέα συνόδευσαν τη διεργασία της αποκέντρωσης. Επιπλέον, υπάρχει μια μετακίνηση από την παθητική αγορά, δηλαδή τη συμμόρφωση σε ένα προκαθορισμένο προϋπολογισμό ή απλώς την πληρωμή των λογαριασμών άμα τη εμφανίσει, προς πιο ευέλικτες στρατηγικές αγοράς. Αυτό συμβαίνει σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων είναι η Χιλή, η Ουγκανδία, η Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Ο σκοπός αυτών των στρατηγικών είναι η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας υπέρ των ατόμων και του πληθυσμού, με την ενεργητική επιλογή αγοράς συγκεκριμένων αποτελεσματικών παρεμβάσεων από τους πιο οικονομικούς παροχείς.

5.3 Συνέπειες των μεταρρυθμίσεων στην ψυχική υγεία: ευκαιρίες και κίνδυνοι

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας παρέχουν έναν αριθμό ευκαιριών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά επίσης ενέχουν και σημαντικούς κινδύνους. Σε ένα εκλογικευμένο πλαίσιο λήψης αποφάσεων, η προφανής επιβάρυνση της ψυχικής

Τα συστήματα προπληρωμών είναι δικαιότερα από τους λοιπούς τρόπους πληρωμών

Η κοινοπραξία βασίζεται στην αρχή της επιχορήγησης των φτωχών και ασθενών από τους πλούσιους και υγιείς

Υπάρχει μια παγκόσμια τάση προς το διαχωρισμό μεταξύ της αγοράς υπηρεσιών υγείας και της παροχής τους

Οι μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας ενέχουν ευκαιρίες αλλά και κινδύνους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας παρέχουν τη δυνατότητα ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα υγείας

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας ενέχουν και σημαντικούς κινδύνους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία μπορεί εύκολα να περιθωριοποιηθεί στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας που πραγματοποιείται σε αποκεντρωμένο επίπεδο

υγείας στον πληθυσμό αφενός, και η διαθεσιμότητα αποτελεσματικών παρεμβάσεων αφετέρου, θα πρέπει να οδηγεί σε αυξημένη παροχή οικονομικών και ανθρώπινων πόρων στην ψυχική υγεία για την προαγωγή της και την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Ένα μεταρρυθμιζόμενο σύστημα υγείας παρέχει τη δυνατότητα της προώθησης των διαθέσιμων πόρων προς την ψυχική υγεία, ακόμα και υπό συνθήκες όπου οι συνολικοί πόροι για την υγεία παραμένουν σταθεροί.

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας παρέχουν επίσης την ευκαιρία να ενσωματωθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα υγείας, και ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η ενσωμάτωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα αυξάνει τις δυνατότητες καθολικής κάλυψης χωρίς ουσιαστική οικονομική και διαχειριστική επιβάρυνση. Η ολοκληρωμένη φροντίδα σε αυτό το επίπεδο βοηθά στη μείωση του στίγματος, πράγμα που δεν επιτυγχάνεται με την επίσκεψη σε υπηρεσίες οι οποίες ασχολούνται αποκλειστικά με την ψυχική υγεία.

Στις χώρες χαμηλού εισοδήματος με τεράστιες ελλείψεις επαγγελματιών στην ψυχική υγεία, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της γενικής φροντίδας υγείας είναι η πλέον προσαρμοσμένη στις συνθήκες στρατηγική, ώστε να αυξηθεί η πρόσβαση των πασχόντων στη φροντίδα ψυχικής υγείας. Όπως σημειώθηκε πιο πάνω, οι ψυχικές διαταραχές και τα προβλήματα σωματικής υγείας σχετίζονται στενά. Άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, συχνά προσέρχονται στις γενικές υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. με σωματοποιημένα συμπτώματα. Μια ολοκληρωμένη υπηρεσία ενθαρρύνει την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των διαταραχών, και κατά συνέπεια μειώνει την ανικανότητα. Μεταξύ των άλλων πιθανών πλεονεκτημάτων, συμπεριλαμβάνεται η παροχή φροντίδας μέσα στην κοινότητα και η ευκαιρία της κοινότητας να εμπλακεί στη φροντίδα. (Δες *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Το προαπαιτούμενο αυτής της στρατηγικής είναι το προσωπικό στη γενική υγεία να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες στο πεδίο της ψυχικής υγείας.

Εντούτοις, η μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας ενέχει και κινδύνους. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να περιθωριοποιηθούν, εφόσον τα αναμορφωμένα συστήματα υγείας απομακρυνθούν από την παροχή αυτών των υπηρεσιών.

Πώς είναι δυνατό να συμβεί κάτι τέτοιο; Η αποκέντρωση οδηγεί στη μεταφορά των διευθυντικών και διοικητικών ευθυνών στο τοπικό επίπεδο, και η ψυχική υγεία μπορεί να μη συμπεριληφθεί στις προτεραιότητες όσων σχεδιάζουν σε αυτό το επίπεδο. Σε αναπτυσσόμενες χώρες με μεγάλες ελλείψεις εκπαιδευμένου προσωπικού στην ψυχική υγεία, το τοπικό διευθυντικό και διοικητικό προσωπικό είναι πιθανό να μη κατανοεί τη βαρύτητα του προβλήματος της ψυχικής υγείας που αφορά τον τοπικό πληθυσμό. Υπ' αυτές τις συνθήκες, οι τοπικές αποκεντρωμένες υπηρεσίες κινδυνεύουν να αγνοήσουν ή να αντιμετωπίσουν ανεπαρκώς τα ζητήματα της ψυχικής υγείας. Η αποκέντρωση, λοιπόν, είναι πιθανό να μη βοηθήσει, ώστε να ευοδωθεί ο στόχος της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, διότι δεν αποδίδεται στην ψυχική υγεία η βαρύτητα που της αξίζει. Απαιτείται, επομένως, μια προσχεδιασμένη προσπάθεια, ώστε να συμπεριληφθεί η ψυχική υγεία στη μεταρρύθμιση του όλου συστήματος.

Η αποκέντρωση ενέχει επίσης τον κίνδυνο του κατακερματισμού και της περιττής επικάλυψης των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα τη σπατάλη πόρων λόγω έλλειψης οικονομικών κλίμακας.

Ένας ακόμη κίνδυνος είναι ότι η μετάβαση της ευθύνης σε τοπικό επίπεδο, ίσως οδηγήσει σε σημαντικές διαφορές στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ των αποκεντρωμένων περιφερειών. Οι δημοκρατικές κοινωνίες, λόγω της φύσης του πολιτεύματος και του τρόπου λήψης των αποφάσεων, τείνουν να έχουν πλειοψηφικό χαρακτήρα, πράγμα που μπορεί να αποβεί εις βάρος των δικαιωμάτων των μειοψηφιών και ομάδων με μικρές δυνατότητες κοινωνικής παρέμβασης. Αυτό, στις αποκεντρωμένες περιφέρειες, είναι πιθανό να έχει ως επακόλουθο τη λήψη αποφάσεων που δεν εξυπηρετούν την υγεία, δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών, και δεν κάνουν δίκαιη κατανομή των βαρών (*Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2000*). Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μειονεκτούν κοινωνικά κατά πολλούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης και της στέρησης των πολιτικών τους δικαιωμάτων, σε πολλές κοινωνίες. Η αποκέντρωση, επομένως, μπορεί να οδηγήσει στον αποκλεισμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές από τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στην παραμέληση των αναγκών τους σε υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας.

Η πληρωμή στο σημείο που παρέχονται οι υπηρεσίες (άμεση πληρωμή από το χρήστη, ή συμμετοχή στο κόστος) οδηγεί σε περιορισμό της προσβασιμότητας των υπηρεσιών και είναι πιθανό να αποκλείει τα φτωχότερα μέλη της κοινωνίας, τα οποία, ακριβώς, είναι και πιθανότερο να χρειάζονται τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (*Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2000*). Επιπροσθέτως, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, και ιδίως εκείνα με χρόνιες σοβαρές διαταραχές, όπως είναι η σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να έχουν προσωπικούς οικονομικούς πόρους, ώστε να πληρώνουν τις υπηρεσίες. Αυτά τα άτομα εξαρτώνται οικονομικά από όσους τα φροντίζουν και τις οικογένειές τους. Οι οικογένειες σε αναπτυσσόμενες χώρες καλούνται να κάνουν δύσκολες επιλογές, ως προς τη διάθεση των περιορισμένων πόρων τους, για τη θεραπεία των μελών τους, τα οποία πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Οι στρατηγικές αγοράς ενέχουν επίσης σημαντικούς κινδύνους για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η χρήση των στρατηγικών αγοράς προαπαιτεί την ύπαρξη διαθέσιμων πληροφοριών, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα εναλλακτικών παρεμβάσεων, για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας. Σε πολλές χώρες όμως, και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες, αυτά τα δεδομένα σπάνια είναι διαθέσιμα. Επιπλέον, οι στρατηγικές αγοράς προϋποθέτουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ διαφόρων παροχών. Αυτό δεν ισχύει σε όσες αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει απόλυτη έλλειψη επαγγελματιών στην ψυχική υγεία. Λόγω αυτών των προβλημάτων, είναι δυνατό να ληφθεί η απόφαση να μην αγοραστούν καθόλου υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να διατίθενται πόροι για τη συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών και τη διεξαγωγή ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, ως προς την σχέση κόστους - οφέλους. Υπάρχει επίσης ανάγκη σημαντικών επενδύσεων, ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των επαγγελματιών στην ψυχική υγεία, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Επομένως, οι κίνδυνοι που ενέχονται στη διαδικασία της αποκέντρωσης πρέπει να ληφθούν υπόψη. Οι χώρες πρέπει να εξετάσουν προσεκτικά εάν είναι εφικτό να εφαρμόσουν μια αποκεντρική στρατηγική χωρίς δυσάρεστες παρενέργειες. Για να επιτύχει η αποκέντρωση στην ψυχική υγεία, πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμοι, στις περιοχές που θα εφαρμοστεί, τόσο υλικοί, όσο και ανθρώπινοι πόροι.

Ένας τρόπος να διασφαλιστεί αυτό σε εθνικό επίπεδο είναι, αφενός να καθοριστεί το ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα παρέχεται στις αποκεντρωμένες περιφέρειες, και αφετέρου να οριστεί η αναλογία του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία, που θα διατεθεί για την ψυχική υγεία. Θα πρέπει επίσης να γίνουν επενδύσεις στην εκπαίδευση προσωπικού, ώστε να μπορεί να σχεδιάζει και να διαχειρίζεται διοικητικά και οικονομικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η πληρωμή στο σημείο που παρέχονται οι υπηρεσίες (άμεση πληρωμή από το χρήστη, ή συμμετοχή στο κόστος) οδηγεί σε περιορισμό της προσβασιμότητας των υπηρεσιών και είναι πιθανό να αποκλείει τα φτωχότερα μέλη της κοινωνίας

Ως συνέπεια των οικονομικών μεταρρυθμίσεων μπορεί να προκύψουν κίνδυνοι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Κύρια σημεία: Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας

- Ευκαιρίες για την ψυχική υγεία

- Ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας.
- Αύξηση του μεριδίου των πόρων για την ψυχική υγεία στο σύνολο των πόρων για την υγεία, σε ποσοστό ισόρροπο προς την επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές.

Κύρια σημεία: Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας

- Κίνδυνοι για την ψυχική υγεία

- Περιθωριοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η αποκέντρωση μπορεί να οδηγήσει στον κατακερματισμό και τον αποκλεισμό των υπηρεσιών για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Η κίνηση προς τις άμεσες πληρωμές από τους χρήστες βλάπτει τα συμφέροντα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αφού συνήθως δεν έχουν τους πόρους να πληρώσουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Κοινοπρακτικά συστήματα, όπως η δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση, μπορεί να αποκλείουν τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και έτσι να ζημιώνουν τα άτομα με αυτές τις διαταραχές.

6. Κυβερνητικές πολιτικές εκτός του τομέα

της υγείας οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία των πληθυσμών και των κοινωνιών επηρεάζεται από πολλούς μακροκοινωνικούς και μακροοικονομικούς παράγοντες, οι οποίοι βρίσκονται εκτός του παραδοσιακού τομέα υγείας. Οι κυβερνήσεις μπορούν να επηρεάσουν πολλούς από τους παράγοντες αυτούς με τις πολιτικές τους. Η κατεύθυνση των κυβερνητικών πολιτικών, δράσεων και προγραμμάτων μπορούν να επηρεάσουν είτε αρνητικά είτε θετικά την ψυχική υγεία των πληθυσμών. Οι κυβερνήσεις και οι σχεδιαστές πολιτικών και προγραμμάτων συχνά δεν λαμβάνουν υπόψη τους, ή δεν συνειδητοποιούν, τί συνέπειες έχουν στην ψυχική υγεία οι αλλαγές στις κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές.

Η **φτώχεια** είναι ένας από τους σπουδαιότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Και στις χώρες με οικονομίες της αγοράς και στις αναπτυσσόμενες, η φτώχεια είναι αιτία αλλά και αποτέλεσμα των ψυχικών διαταραχών. Οι φτωχοί βιώνουν τη δυστυχία, πράγμα που τους καθιστά πιο ευάλωτους στις ψυχικές διαταραχές (Patel, 2001). Αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά εμπόδια στο να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, επειδή δεν μπορούν να πληρώσουν, ή επειδή δεν υπάρχουν υπηρεσίες, ή επειδή οι υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες τους. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ιδίως όσα έχουν χρόνια νοσήματα, κινδυνεύουν να μείνουν άστεγα, άνεργα και να αποκλειστούν κοινωνικά – καταστάσεις που κάνουν τη φτώχεια πιθανότερη. Οι κυβερνητικές πολιτικές με στόχο να μειώσουν τα απόλυτα ή τα σχετικά επίπεδα φτώχειας προσδοκάται να έχουν σημαντική θετική επίπτωση στις ψυχικές διαταραχές.

Η **αστικοποίηση** σχετίζεται με αύξηση των ψυχικών διαταραχών. Η αστικοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο να μείνει κανείς άστεγος, να χάσει τα μέσα επιβίωσης και να εκτεθεί σε παθογόνο περιβάλλον, π.χ. τη μόλυνση των πόλεων. Διαλύει επίσης τις οικογενειακές δομές, πράγμα που οδηγεί σε μειωμένη κοινωνική στήριξη (Desjarlais et al., 1995). Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η αστικοποίηση συνόδευσε την οικονομική ανάπτυξη, την ανάδυση συγκροτημένων οικονομιών της αγοράς, και την ταχεία εκβιομηχάνιση. Οι κυβερνήσεις δεν προωθούν αναγκαστικά την αστικοποίηση, αλλά μπορούν να εξομαλύνουν καταστάσεις μέσω της νομοθεσίας και της πολιτικής που ακολουθούν, ώστε να βελτιώσουν τη στέγαση και τις συνθήκες ζωής των αστικών πληθυσμών.

Η **έλλειψη στέγης** μπορεί να είναι η αιτία ψυχικών διαταραχών ή συνέπειά τους. Τα άτομα που ζουν σε κακές στεγαστικές συνθήκες είναι πιθανότερο να παραπονούνται για ψυχολογικά προβλήματα και να έχουν υψηλότερο επιπολασμό ψυχικών διαταραχών από ότι άλλοι. (Sullivan et al., 2000· Kamieniecki, 2001). Η σχετική με την στέγαση νομοθεσία και εθνικές στεγαστικές πολιτικές, που ελαττώνουν τον αριθμό των αστέγων και βελτιώνουν την ποιότητα και διαθεσιμότητα της στέγης σε μια χώρα, μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα ως προς τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών.

Οι εθνικές στεγαστικές πολιτικές και η νομοθεσία μπορούν επίσης να διασφαλίσουν ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν υφίστανται διακρίσεις ως προς τη διάθεση των κατοικιών και ότι έχουν την ίδια πρόσβαση, όπως όλοι, σε κατοικίες, τις οποίες παραχωρεί ή επιχορηγεί το κράτος. Οι χώρες μπορούν επίσης να προάγουν την

Οι κυβερνητικές πολιτικές μπορεί να έχουν θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Η φτώχεια είναι καθοριστικός παράγοντας των ψυχικών διαταραχών

Η αστικοποίηση, ιδιαίτερα η απρογραμμάτιστη, συνδέεται με αυξημένα ποσοστά ψυχικών διαταραχών

Η έλλειψη στέγης μπορεί να είναι η αιτία ψυχικών διαταραχών ή συνέπειά τους

Η ανεργία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

ψυχική υγεία δίνοντας προτεραιότητα στη στέγαση ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, και ιδιαίτερα όσον αφορά τη στέγαση που εξυπηρετεί τις ειδικές ανάγκες τους, δηλαδή σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και υποστηριζόμενα σπίτια μακράς διαμονής. Τα παραπάνω είναι συχνά ουσιώδη για την επιτυχία του αποϊδρυματισμού και της μόνιμης φροντίδας στο κοινοτικό επίπεδο. Τέτοιες πολιτικές, όμως, θα αμφισβητηθούν εάν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού δεν έχει στέγη.

Η ανεργία έχει μια βαθιά αμφίδρομη σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Οι άνεργοι κινδυνεύουν περισσότερο να πάθουν κατάθλιψη και να αυτοκτονήσουν, καθώς και να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Platt, 1984· Preti and Miotto, 1999· Gunnell et al, 1999· Krosowa, 2001). Η ανεργία μπορεί να είναι ιδιαίτερα καταστροφική για την ψυχική υγεία των μεγαλύτερων ενηλίκων, που έχουν μικρή προοπτική να επανεισέλθουν στην αγορά εργασίας. Την τελευταία δεκαετία πολλές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν αναλάβει οικονομικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τη δόμηση οικονομίων της αγοράς. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις συνήθως περιλαμβάνουν αλλαγές στη νομοθεσία, με σκοπό να αυξηθεί η ευελιξία της αγοράς εργασίας. Αυτό μπορεί να είναι σωστό με οικονομικά κριτήρια αλλά, όμως, αυξάνει τις πιθανότητες ξαφνικής ανόδου της ανεργίας. Η άνοδος των δεικτών απασχόλησης σε μια χώρα είναι δυνατό να βελτιώσει δραματικά το επίπεδο ψυχικής υγείας της χώρας αυτής.

Οι **καλές συνθήκες εργασίας** είναι ουσιώδεις για την προαγωγή και διατήρηση της ψυχικής υγείας του εργατικού δυναμικού μιας χώρας. Αν και μπορεί να λεχθεί ότι η απασχόληση έχει θετική σχέση με την ψυχική υγεία, αφ' εαυτής δεν διασφαλίζει την καλή ψυχική υγεία. Οι συνθήκες που σχετίζονται με την εργασία, όπως η φύση και το περιβάλλον της εργασίας, είναι βασικοί παράγοντες. Η εργατική νομοθεσία μπορεί να προάγει την ανάπτυξη ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας. Η σχετική με την απασχόληση και την ασφάλεια εργασίας νομοθεσία πρέπει να αντιμετωπίζει θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και την κατάχρηση ουσιών.

Ενισχυτικά προγράμματα απασχόλησης διαφόρων μορφών μπορούν να δώσουν βοήθεια σε άτομα και ταυτόχρονα να βελτιώσουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων και των επιχειρήσεων, με λογικό κόστος. Ανάλογα με τις συνθήκες σε κάθε χώρα, αυτό παρουσιάζει εξαιρετικές ευκαιρίες για συνεργασίες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Σε μερικές περιπτώσεις ίσως είναι δυνατό να παρέχονται επιτόπιες παρεμβάσεις, ενώ, σε άλλες οι εργαζόμενοι θα πρέπει να παραπέμπονται αλλού για βοήθεια.

Πολλές χώρες έχουν συντάγματα ή νομοθεσίες που απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας ή ανικανότητας. Ακόμη και τότε, τα άτομα με αναπηρίες, και ιδιαίτερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, έχουν δυσκολίες να βρουν εργασία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο στίγμα, αλλά επίσης στις δυσκολίες απασχόλησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, π.χ. στο ότι ίσως χρειαστούν πρόσθετη στήριξη, και στον κίνδυνο υποτροπών. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι διακρίσεις, μερικές χώρες έχουν θέσει στόχους στους εργοδότες, όπου, κατά το νόμο, χώροι εργασίας με έναν ορισμένο αριθμό εργαζομένων υποχρεούνται να έχουν ένα ορισμένο ποσοστό ανάπηρων εργαζομένων. Ο πρώτες ενδείξεις είναι ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν ωφελήθηκαν αναλογικά από αυτές τις στρατηγικές.

Οι αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν συνήθως ολοκληρωμένα **συστήματα κοινωνικής ασφάλισης**, τα οποία θα μετρίαζαν τα δυσάρεστα επακόλουθα των οικονομικών αλλαγών. Οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική ανικανότητα, και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν παρέχονται τα επιδόματα ανικανότητας. Οι οικογένει-

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να εξασφαλίζουν επαρκή κάλυψη για τις αναπηρίες που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές

νεις, και όσοι φροντίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, παίζουν σημαντικό ρόλο στο να τα καταστήσουν ικανά να ζουν στην κοινότητα, και έτσι να μειωθεί η επιβάρυνση των υπηρεσιών. Αυτό δικαιώνει την παροχή επιδομάτων από την κοινωνική ασφάλιση στις οικογένειες και σε όσους φροντίζουν άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Η **εκπαίδευση** καθορίζει σημαντικά τη μελλοντική ψυχική υγεία. Στα σχολεία υπάρχει ευκαιρία να γίνει έγκαιρη παρατήρηση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων των παιδιών, πριν να εμφανιστούν μείζονες ψυχικές διαταραχές. Είναι επίσης δυνατό να αναληφθούν δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης σχετικά με την ψυχική υγεία. Η έλλειψη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι σημαντικός παράγων, ο οποίος προδικάζει μελλοντικά ψυχικά προβλήματα. Στρατηγικές για την αποθάρρυνση της εγκατάλειψης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Άλλες προληπτικές δράσεις περιλαμβάνουν προγράμματα εκπαίδευσης που προάγουν τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, τις δεξιότητες αντιμετώπισης, χειραφέτησης και τις διαπροσωπικές δεξιότητες, καθώς και προγράμματα πρόληψης της χρήσης αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών από τους εφήβους (World Health Organization, 2001b).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανότερο να εμπλακούν με την **ποινική δικαιοσύνη** από ότι οι άλλοι άνθρωποι, και οι φυλακισμένοι είναι πιθανότερο να έχουν ψυχικές διαταραχές από ότι ο γενικός πληθυσμός. Χρειάζονται πολιτικές ώστε να προλαμβάνεται η άστοχη φυλάκιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να διευκολύνεται η μεταγωγή τους σε εγκαταστάσεις όπου θα προσφέρεται θεραπεία. Το πρόβλημα των παιδιών και των εφήβων στις φυλακές πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη νομοθεσία, με προγράμματα αναμόρφωσης και αποκατάστασης, και προγράμματα που εμπλέκουν τις οικογένειες.

Η θεραπεία και η φροντίδα των ψυχικών διαταραχών θα πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμη στις φυλακές, όπως ορίστηκε στους Ελάχιστους Υποχρεωτικούς Κανόνες για την Μεταχείριση των Φυλακισμένων (απόφαση η οποία υιοθετήθηκε από το Πρώτο Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών για την πρόληψη του εγκλήματος και τη μεταχείριση των φυλακισμένων το 1955, και εγκρίθηκε από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο με τις Αποφάσεις 663C (XXIV) της 31ης Ιουλίου 1954 και 2076 (LXII) της 13ης Μαΐου 1977).

Πολλοί από τους παραπάνω κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι. Έτσι, υπάρχει μια σαφής διασύνδεση της φτώχειας, της αστικοποίησης και της έλλειψης στέγης. Αλλαγές στρατηγικής σε ένα τομέα επηρεάζουν διαδοχικά τους άλλους, που με τη σειρά τους επιδρούν στον αρχικό τομέα. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της δυναμικής διεργασίας στην ψυχική υγεία μπορεί να είναι είτε θετικό είτε αρνητικό. Οι κυβερνήσεις πρέπει να αποδεχθούν το γεγονός ότι σημαντικές μακροοικονομικές και μακροκοινωνικές αλλαγές πολιτικής επηρεάζουν την ψυχική υγεία των πληθυσμών. Πρέπει να λειτουργήσουν μηχανισμοί για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και / ή να καταγράφεται και να ελέγχεται η κατάσταση στην ψυχική υγεία στην οποία προκαλούνται μεταβολές από αυτές τις αλλαγές.

Η εκπαίδευση παρέχει ευκαιρίες για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν συχνά εμπλοκή με την ποινική δικαιοσύνη

Κύρια σημεία: Κυβερνητικές πολιτικές εκτός του τομέα της υγείας

- Μακροκοινωνικές και μακροοικονομικές πολιτικές επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική υγεία των πληθυσμών άμεσα ή έμμεσα.
- Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υπερβαίνουν τα παραδοσιακά όρια διαφορετικών τομέων.
- Η φτώχεια είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου μελλοντικών ψυχικών διαταραχών. Η σχετική φτώχεια, όπως και η απόλυτη, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία.
- Πολλές παγκόσμιες τάσεις, π.χ. η αστικοποίηση, έχουν αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία των πληθυσμών.
- Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διασυνδέονται και οι αλλαγές πολιτικής σε ένα τομέα επηρεάζουν τους άλλους, και τελικά την ψυχική υγεία, είτε αρνητικά είτε θετικά.
- Οι κυβερνήσεις πρέπει να θέσουν σε λειτουργία μηχανισμούς εκτίμησης των επιπτώσεων των οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών στην ψυχική υγεία.

7. Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική

και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας:

σκοπός και περιληπτική παρουσίαση των εγχειριδίων

Το ανά χείρας πόνημα έχει μέχρι στιγμής αναδείξει την επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως σήμερα, τους ανεπαρκείς πόρους και χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας, και τις ευκαιρίες να βελτιωθεί η κατάσταση, οι οποίες παρουσιάζονται λόγω των προσφάτων εξελίξεων στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, έχουν παρουσιαστεί εν συντομία οι συνέπειες των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, καθώς και οι συνέπειες των μακροοικονομικών και πολιτικών αλλαγών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Ο ρόλος των κυβερνήσεων είναι πρωταγωνιστικός, ως προς την κατοχύρωση της ψυχικής υγείας των πληθυσμών. Πρόσφατες πρόοδοι στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και στην αντιμετώπισή τους δείχνουν ότι ο στόχος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας των πληθυσμών είναι πραγματοποιήσιμος. Το βήμα που αναγκαστικά έπεται είναι η ανάληψη δράσης.

Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποσκοπεί στο να βοηθήσει τις χώρες να ανταποκριθούν σε αυτά τα θέματα. Το πακέτο παρέχει πληροφορίες οι οποίες βοηθούν πρακτικά τις χώρες να αναπτύξουν πολιτικές, να σχεδιάσουν και να χρηματοδοτήσουν υπηρεσίες, να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που ήδη υπάρχουν, να διευκολύνουν την συνηγορία υπέρ της ψυχικής υγείας και να διευρύνουν κατάλληλα τη σχετική νομοθεσία.

Το πακέτο δημιουργήθηκε από ειδικούς στην πολιτική και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σε συνεργασία με ειδικούς στο σχεδιασμό πολιτικής και υπηρεσιών από όλο τον κόσμο. Έχει επίσης εξεταστεί από υπουργούς υγείας, από μη κυβερνητικούς οργανισμούς, και από οργανώσεις που αντιπροσωπεύουν σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο χρήστες υπηρεσιών, οικογένειες, επαγγελματίες και κυβερνήσεις.

Στην αρχή αυτού του εγχειριδίου έχει αναφερθεί ο σκοπός και των υπολοίπων, σε ποιους απευθύνονται, η δομή και η χρησιμότητά τους. Παρακάτω δίδεται περιληπτικά το περιεχόμενο των εγχειριδίων του πακέτου.

7.1 Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας

Εισαγωγή

Μια διατυπωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία είναι βασικό και δυναμικό στοιχείο της διεύθυνσης ψυχικής υγείας ενός υπουργείου υγείας. Όταν είναι σωστά συγκροτημένη και εφαρμόζεται με σχέδια δράσης και προγράμματα, η πολιτική αυτή μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού.

Ανάπτυξη της πολιτικής

Μια πολιτική για την ψυχική υγεία είναι ένα οργανωμένο σύνολο αξιών, αρχών και στόχων για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και τη μείωση της επιβάρυνσης που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές στον πληθυσμό. Ορίζει ένα όραμα για το μέλλον και βοηθάει

Η παρούσα κατάσταση επιβάλλει άμεση δράση

Το πακέτο οδηγιών παρέχει πρακτικές πληροφορίες για να υποβοηθήσει τις χώρες να αναπτύξουν τη σχετική πολιτική και το σχεδιασμό των υπηρεσιών, τη χρηματοδότησή τους, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που ήδη υπάρχουν, τη συνηγορία και την απαραίτητη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

ώστε να καθορισθεί ένα πρότυπο με βάση το οποίο θα αναληφθεί δράση.
Τα βασικά βήματα για την ανάπτυξη μιας πολιτικής συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- 1ο βήμα: Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού στην ψυχική υγεία.
- 2ο βήμα: Συλλογή στοιχείων για μια αποτελεσματική πολιτική.
- 3ο βήμα: Διαβούλευση και διαπραγμάτευση.
- 4ο βήμα: Ανταλλαγή πληροφόρησης με άλλες χώρες.
- 5ο βήμα: Ορισμός του οράματος, αξιών, αρχών και στόχων της πολιτικής.
- 6ο βήμα: Καθορισμός πεδίων ανάληψης δράσης.
- 7ο βήμα: Προσδιορισμός των βασικών ρόλων και ευθυνών των διαφόρων εμπλεκόμενων τομέων.
- 8ο βήμα: Εκτέλεση πιλοτικών προγραμμάτων.

Ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία

Οι στρατηγικές ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία πρέπει να αντιστοιχούν στους επιμέρους τομείς δραστηριοποίησης, οι οποίοι έχουν οριοθετηθεί από την πολιτική. Στις στρατηγικές αυτές εντάσσονται δραστηριότητες που πρέπει να περατωθούν, ώστε η εφαρμογή του σχεδίου δράσης να είναι κατοχυρωμένη. Η ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία προαπαιτεί να γίνουν τα ακόλουθα:

- 1ο βήμα: Ορισμός προτεραιοτήτων ως προς τις κύριες στρατηγικές.
- 2ο βήμα: Καθορισμός χρονοδιαγράμματος και πόρων.

Ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία

Ένα πρόγραμμα ορίζει τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία, οι οποίες έχουν ως αποδέκτη τον πληθυσμό. Αυτό σημαίνει ότι οργανώνεται ένας αριθμός αλληλένδετων τεχνικών δράσεων, που τις χαρακτηρίζει η αποτελεσματικότητα, ώστε να αντιμετωπιστούν τα θέματα της ψυχικής υγείας με την καλύτερη διαθέσιμη επιστημονική συγκρότηση. Η διατύπωση ενός προγράμματος πρέπει να ακολουθήσει τα εξής βήματα:

- 1ο βήμα: Προσδιορισμός του θέματος ή προβλήματος που θα αντιμετωπιστεί.
- 2ο βήμα: Ορισμός των στόχων του προγράμματος.
- 3ο βήμα: Επιλογή των κατάλληλων προγραμματικών παρεμβάσεων.
- 4ο βήμα: Περιγραφή των δράσεων του προγράμματος.
- 5ο βήμα: Προσδιορισμός των υπευθύνων για την υλοποίηση του προγράμματος.
- 6ο βήμα: Καθορισμός χρονοδιαγράμματος.
- 7ο βήμα: Σχεδιασμός του προϋπολογισμού.
- 8ο βήμα: Αξιολόγηση του προγράμματος.

Ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων

Μια πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να εφαρμοστεί με προτεραιότητα ως προς τις στρατηγικές, που καθορίζονται από το σχέδιο δράσης, και με προτεραιότητα ως προς τις παρεμβάσεις, που καθορίζονται από το πρόγραμμα. Για την εφαρμογή αυτών των στρατηγικών και παρεμβάσεων είναι αναγκαίες αρκετές δράσεις.

- 1ο βήμα: Διάχυση της πολιτικής.
- 2ο βήμα: Δημιουργία πολιτικής στήριξης και στήριξης για τη χρηματοδότηση.
- 3ο βήμα: Ανάπτυξη υποστηρικτικής οργάνωσης.
- 4ο βήμα: Οργάνωση περιβάλλοντος για τη δοκιμασία και επίδειξη των παρεμβάσεων.
- 5ο βήμα: Ενδυνάμωση όσων παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 6ο βήμα: Ενδυνάμωση του διατομεακού συντονισμού.
- 7ο βήμα: Προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των συμβαλλομένων.

Σε όλο το εγχειρίδιο χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα παραδείγματα από διάφορες χώρες για να φανεί με σαφήνεια η διεργασία ανάπτυξης πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων.

7.2 Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας

Ένας σημαντικότερος παράγων, ώστε να λειτουργήσει ένα βιώσιμο σύστημα ψυχικής υγείας, είναι η χρηματοδότησή του. Αυτός είναι ο μηχανισμός διάθεσης των πόρων, ώστε τα σχέδια δράσης και οι πολιτικές να γίνουν πράξη.

Οι υπεύθυνοι για την πολιτική και τον σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να απαντήσουν στις εξής ερωτήσεις:

- Πώς μπορούν να βρεθούν επαρκείς οικονομικοί πόροι, ώστε να χρηματοδοτηθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η απαιτούμενη υποδομή;
- Πώς μπορούν αυτοί οι πόροι να καταμεληθούν και πώς μπορεί να οργανωθεί η παροχή φροντίδας για την ψυχική υγεία, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και προτεραιότητες που έχουν προκαθοριστεί;
- Πώς είναι δυνατόν να ελεγχθεί το κόστος της φροντίδας;

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι η χρηματοδότηση της φροντίδας για την ψυχική υγεία δεν είναι απομονωμένη δραστηριότητα, αλλά αναφέρεται σε πολύ διαφορετικά πολιτικά και οικονομικά πεδία, τα οποία δεν φαίνονται συναφή εκ πρώτης όψεως. Εξάλλου σε πολλές χώρες είναι μέρος της χρηματοδότησης της υγείας γενικά και συχνά δεν διαφοροποιείται και υποτάσσεται σε προτεραιότητες που τίθενται στο επίπεδο της γενικής υγείας.

Τα βήματα στη διαδικασία της χρηματοδότησης της ψυχικής υγείας έχουν ως εξής:

- 1ο βήμα: Κατανόηση του ευρύτερου πλαισίου χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας.
- 2ο βήμα: Χαρτογράφηση του συστήματος ψυχικής υγείας, ώστε να γίνει κατανοητό το επίπεδο των υπαρχόντων πόρων και το πώς χρησιμοποιούνται.
- 3ο βήμα: Ανάπτυξη της βάσης πληροφοριών για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 4ο βήμα: Κατανομή των πόρων, ώστε να εξυπηρετηθούν οι προτεραιότητες του σχεδιασμού.
- 5ο βήμα: Δημιουργία προϋπολογισμών για τη διαχείριση και τον έλεγχο.
- 6ο βήμα: Αγορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να βελτιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.
- 7ο βήμα: Ανάπτυξη της υποδομής για την χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας.
- 8ο βήμα: Χρήση της χρηματοδότησης ως μοχλού, ώστε να επιτευχθούν αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

7.3 Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα

Το πλαίσιο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία είναι αναγκαία, ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι αποτελούν ένα ευάλωτο τμήμα της κοινωνίας. Στις περισσότερες κοινωνίες αντιμετωπίζουν το στίγμα, τις διακρίσεις και την περιθωριοποίηση. Υπ' αυτές τις συνθήκες η καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων αυτών γίνεται πιθανότερη. Η νομοθεσία πρέπει να κρατήσει μια λεπτή ισορροπία μεταξύ του δικαιώματος οποιουδήποτε ατόμου να είναι ελεύθερο και αξιοπρεπές και του δικαιώματος της κοινωνίας να αυτοπροστατεύεται.

Δεν υπάρχει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία στο 25% των χωρών όλου του κόσμου, στις οποίες κατοικεί το 31% του παγκόσμιου πληθυσμού, αν και ορισμένες πολιτείες ομοσπονδιακών κρατών έχουν τέτοια εσωτερική νομοθεσία. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ύπαρξη νομοθεσίας δεν διασφαλίζει τα δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε μερικές χώρες μάλιστα, η νομοθεσία για την ψυχική υγεία περιέχει διατάξεις που οδηγούν στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Δραστηριότητες που προηγούνται της νομοθεσίας

Μια χώρα η οποία έχει αποφασίσει να σχεδιάσει και να θεσπίσει νέους νόμους για την ψυχική υγεία, οφείλει να οργανώσει ορισμένες προκαταρκτικές δραστηριότητες που θα διαφωτίσουν τα εμπλεκόμενα μέρη, μεταξύ των οποίων και τις ακόλουθες:

- Να καθορίσει τα κύρια προβλήματα της ψυχικής υγείας και τα εμπόδια που εμφανίζονται στην εφαρμογή των πολιτικών και των σχεδίων δράσης για την ψυχική υγεία.
- Να επανεξετάσει κριτικά την υπάρχουσα νομοθεσία, ώστε να ανιχνεύσει τα κενά και τις δυσκολίες.
- Να λάβει υπόψη της τα διεθνώς κρατούντα ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Να εξετάσει κριτικά την υπάρχουσα σχετική νομοθεσία σε άλλες χώρες, και ιδιαίτερα σε όσες έχουν παρόμοιο κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο.
- Να εμπλέξει όλους τους ενδιαφερόμενους σε συμβουλευτικές αλλά και διεκδικητικές τοποθετήσεις σχετικά με το τί θα εμπεριέχει η νομοθεσία για την ψυχική υγεία.

Το περιεχόμενο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία

Μερικά από τα πιο σημαντικά ζητήματα που πρέπει να περιέχει η νομοθεσία υποδεικνύονται πιο κάτω:

(I) Βασικές διατάξεις στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

Σε αυτές περιλαμβάνονται:

- η αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων.
- το ιατρικό απόρρητο.
- συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.
- εκούσια και ακούσια νοσηλεία.
- εκούσια και ακούσια θεραπεία.
- ανεξάρτητο ελεγκτικό σώμα.
- αυτοδιάθεση και κηδεμονία.

(II) Βασικές διατάξεις στην υπόλοιπη νομοθεσία με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Αυτές περιλαμβάνουν διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές στους ακόλουθους τομείς:

- στέγαση.
- απασχόληση.
- κοινωνική ασφάλιση.

Η νομοθεσία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να προαχθεί η ψυχική υγεία και να προληφθούν οι ψυχικές διαταραχές. Θα πρέπει να περιέχει συγκεκριμένες διατάξεις για την προστασία των δικαιωμάτων ευάλωτων ομάδων, όπως γυναικών, παιδιών, ηλικιωμένων και αυτοχθόνων εθνικών μειονοτήτων. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν

επίσης να ληφθούν μέτρα για την άδεια μητρότητας, ώστε να βοηθηθεί η δημιουργία δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού, να υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης διαπίστωσης ή και πρόληψης περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών, να απαγορευτεί ή να περιοριστεί η πρόσβαση στο αλκοόλ και τις ουσίες, και να οργανωθούν σχολικά προγράμματα για την ψυχική υγεία.

Ζητήματα που αφορούν τις διεργασίες οι οποίες προηγούνται της νομοθέτησης

Η σύνταξη του σχεδίου νόμου θα πρέπει να ανατεθεί σε μια προς τούτο συγκροτημένη επιτροπή. Το σχέδιο της προτεινόμενης νομοθεσίας θα πρέπει να παρουσιαστεί σε όλους τους εμπλεκόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας, ώστε να συζητήσουν επ' αυτού. Η διαβούλευση έχει καταλυτική σημασία, ώστε να προσδιοριστούν οι αδυναμίες στον προτεινόμενο νόμο, οι πιθανές ασυμβατότητες με την ισχύουσα νομοθεσία, τα θέματα ζωτικής σημασίας που τυχόν παραλήφθηκαν, και οι πιθανές πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή του.

Οι δυσκολίες εφαρμογής μπορούν να προβλεφθούν από αυτό το στάδιο και να διορθωθούν. Οι δυσκολίες μπορεί να οφείλονται σε οικονομικούς λόγους, στην έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, στην έλλειψη πληροφόρησης των επαγγελματιών, των οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς και του κοινού γενικά, σχετικά με τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία, στην έλλειψη συντονισμένης δράσης και ενίοτε σε διαδικαστικά προβλήματα.

Πρέπει, επίσης, να προϋπολογιστεί η σχετική δαπάνη, ώστε να υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση για τις δράσεις που συνδέονται με την εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

Η ύπαρξη μιας υπηρεσίας συντονισμού μπορεί να βοηθήσει στην εφαρμογή των επιμέρους διατάξεων της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, εντός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος. Η εφαρμογή μπορεί επίσης να βοηθηθεί εάν η ευθύνη για αυτό διασπαρθεί ευρέως μεταξύ των επαγγελματιών, των χρηστών και των οικογενειών τους, καθώς και οργανώσεων συνηγορίας. Για να επιτευχθεί η εφαρμογή της νομοθεσίας, σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξει, επίσης, ένα πρόγραμμα σωστής οργάνωσης και διάρκειας για την ενημέρωση και συνειδητοποίηση της κοινής γνώμης.

7.4 Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία

Η έννοια της συνηγορίας για την ψυχική υγεία

Η έννοια της συνηγορίας για την ψυχική υγεία είναι σχετικά πρόσφατη. Αναπτύχθηκε με σκοπό να ελαττώσει το στίγμα και τις διακρίσεις και να κατοχυρώσει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε αυτήν εντάσσεται μια ποικιλία δραστηριοτήτων που έχουν σκοπό να άρουν τα κύρια διαρθρωτικά και ιδεολογικά εμπόδια στην πορεία προς μια καλύτερη ψυχική υγεία των πληθυσμών.

Η σημασία της συνηγορίας για την ψυχική υγεία

Η ανάδυση των κινήματων συνηγορίας για την ψυχική υγεία σε αρκετές χώρες έχει βοηθήσει στην αλλαγή του τρόπου που ο κόσμος αντιμετωπίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Οι χρήστες υπηρεσιών έχουν αρχίσει να διατυπώνουν το δικό τους όραμα για το τί υπηρεσίες χρειάζονται, και όλο και περισσότερο παίρνουν μελετημένες αποφάσεις για τη θεραπεία και άλλα ζητήματα της καθημερινότητάς τους. Αυτή καθεαυτή η συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών και των οικογενειών σε οργανώσεις συνηγορίας μπορεί να έχει αρκετές θετικές επιπτώσεις.

Οι ρόλοι διαφόρων ομάδων στη συνηγορία

(I) Ο ρόλος των χρηστών υπηρεσιών και των οικογενειών

Οι ρόλοι των χρηστών υπηρεσιών στη συνηγορία ποικίλλουν, από το να επηρεάζουν πολιτικές και νομοθεσία, έως το να προσφέρουν συγκεκριμένη βοήθεια σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Αυτές οι ομάδες βοήθησαν ώστε να ευαισθητοποιηθεί το κοινό ως προς τους στόχους τους, αλλά και να επιμορφώσουν και να στηρίξουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έχουν καταγγείλει ορισμένες μορφές θεραπείας που πιστεύεται ότι είναι αρνητικές, όπως και τις υπηρεσίες κακής ποιότητας, την έλλειψη φροντίδας, καθώς και την ακούσια θεραπεία.

Ο ρόλος των οικογενειών στη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι σαφώς σημαντικός, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε πολλά μέρη παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα, και οι οργανώσεις τους αποτελούν τα βασικά δίκτυα υποστήριξης. Εκτός του ότι παρέχουν αλληλοϋποστήριξη και υπηρεσίες, πολλές ομάδες οικογενειών στρέφονται και προς τη συνηγορία. Με τον τρόπο αυτό ενημερώνουν την κοινότητα, πιέζουν τους πολιτικούς για μεγαλύτερη υποστήριξη, καταγγέλλουν το στίγμα και τις διακρίσεις και παλεύουν για τη βελτίωση των υπηρεσιών.

(II) Ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων

Οι οργανώσεις αυτές μπορεί να έχουν μέλη αποκλειστικά επαγγελματίες του τομέα της ψυχικής υγείας, ή και από άλλους τομείς. Είναι δυνατόν να επιτελέσουν μεγάλο μέρος του έργου των οργανώσεων των χρηστών υπηρεσιών και των οικογενειών, που έχει ήδη περιγραφεί. Η κύρια συνεισφορά τους στο κίνημα της συνηγορίας συνίσταται στο να στηρίξουν και να ενδυναμώσουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους.

(III) Ο ρόλος των εργαζόμενων στη γενική και την ψυχική υγεία

Οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο, ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών και να συνειδητοποιείται η ανάγκη καλύτερων υπηρεσιών. Όμως, είναι δυνατόν να υπάρξουν αντικρουόμενα συμφέροντα μεταξύ των εργαζομένων στην υγεία και των χρηστών υπηρεσιών.

(IV) Ο ρόλος των υπευθύνων για την πολιτική και τον σχεδιασμό

Τα υπουργεία υγείας, και ιδιαίτερα οι διευθύνσεις ψυχικής υγείας, μπορούν και πρέπει να έχουν μεγάλη συμμετοχή στη συνηγορία. Μπορούν να αναλαμβάνουν τα ίδια άμεση δράση, ώστε, αφενός να επηρεάσουν θετικά το επίπεδο ψυχικής υγείας των πληθυσμών και αφετέρου να στηρίξουν το δικαίωμα των χρηστών υπηρεσιών στην υγεία και στην ισότητα. Τα υπουργεία υγείας μπορούν να επιτύχουν αυτά, ή παρεμφερή αποτελέσματα, με έμμεσο τρόπο, στηρίζοντας δηλαδή οργανώσεις συνηγορίας (χρήστες υπηρεσιών, οικογένειες, μη κυβερνητικές οργανώσεις, εργαζόμενους στην ψυχική υγεία). Κάθε υπουργείο υγείας είναι ανάγκη να πείσει τους υπόλοιπους που χαράσσουν πολιτική, συμπεριλαμβανομένων και της εκτελεστικής εξουσίας, του υπουργείου οικονομικών, άλλων υπουργείων, των δικαστικών, των νομοθετικών σωμάτων και των πολιτικών κομμάτων, να εστιάσουν στην ψυχική υγεία και να επενδύσουν σε αυτή. Επιπλέον, τα υπουργεία μπορούν να αναπτύξουν πολλές δραστηριότητες συνηγορίας με τη συνεργασία των ΜΜΕ.

Βεβαίως, είναι δυνατόν να υπάρξουν αντιφάσεις σε μια πολιτική συνηγορίας εκ μέρους των υπουργείων υγείας. Μερικά από τα θέματα που προσφέρονται για συνηγορία τα δια-

χειρίζονται, τουλάχιστον εν μέρει, τα ίδια τα υπουργεία υγείας. Για παράδειγμα, τα ίδια παρέχουν υπηρεσίες, αλλά εάν ταυτόχρονα συνηγορούν για τη βελτίωση της επάρκειας και της ποιότητάς τους, μπορούν να υποστούν κριτική από πολιτικούς αντιπάλους.

Πώς μπορούν τα υπουργεία υγείας να στηρίξουν τη συνηγορία

Τα υπουργεία υγείας μπορούν να στηρίξουν τη συνηγορία με τη συνεργασία:

- ομάδων χρηστών υπηρεσιών, ομάδων οικογενειών και μη κυβερνητικών οργανώσεων.
- εργαζόμενων στη γενική και ψυχική υγεία.
- υπευθύνων για την πολιτική και το σχεδιασμό.
- του γενικού πληθυσμού.

7.5 Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Πρέπει να υπάρχει πρόσβαση στη βασική φροντίδα για την ψυχική υγεία από οποιονδήποτε τη χρειάζεται. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα για την ψυχική υγεία πρέπει να είναι οικονομικά και γεωγραφικά προσιτή, δίκαιη, διαθέσιμη σε όποιον εκούσια τη ζητήσει και ποιοτικά επαρκής. Σε πολλές χώρες, οι υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι στοιχειώδεις και δεν εμφορούνται από αυτές τις αρχές. Σε ένα πλαίσιο όπου οι πόροι είναι ανεπαρκείς και όπου η ψυχική υγεία προβάλλει ως μια νέα προτεραιότητα, η ενασχόληση με την ποιότητα ίσως να φαίνεται πρόωρη. Η ποιότητα είναι ίσως θέμα, που πρέπει μάλλον να απασχολεί τα συστήματα με οργάνωση και πόρους, παρά όσα δημιουργούνται τώρα.

Γιατί η ποιότητα είναι σημαντική στον τομέα της φροντίδας για την ψυχική υγεία;

Η έννοια της ποιότητας είναι σημαντική σε όλα τα συστήματα ψυχικής υγείας για διάφορους λόγους. Από την άποψη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, καλή ποιότητα σημαίνει ότι έχουν τη φροντίδα που χρειάζονται και ότι τα συμπτώματά τους και η ποιότητα της ζωής τους βελτιώνονται. Από την άποψη των οικογενειών, σημαίνει ότι παρέχεται υποστήριξη και ότι δίδεται βοήθεια, ώστε να διατηρηθεί η συνοχή της οικογένειας. Από την άποψη των επαγγελματιών, σημαίνει ότι διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του τομέα. Από την άποψη όσων χαράσσουν πολιτικές στον τομέα, είναι το βασικό εργαλείο για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πληθυσμών και αντικειμενικότερης εκτίμησης της σχέσης κόστους – αποτελέσματος.

Τί είναι η ποιότητα;

Στη φροντίδα για την ψυχική υγεία, η ποιότητα είναι το μέτρο του κατά πόσον οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα να έχουμε τις επιθυμητές εκβάσεις στην ψυχική υγεία, και του κατά πόσον συμβαδίζουν με τη σύγχρονη πρακτική της επιστήμης. Όσον αφορά τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τις οικογένειές τους και το ευρύ κοινό, αυτός ο ορισμός δίνει έμφαση στο ότι οι υπηρεσίες πρέπει να έχουν θετικές εκβάσεις. Όσον αφορά τους επαγγελματίες και όσους σχεδιάζουν πολιτικές και υπηρεσίες, δίνει έμφαση στην καλύτερη δυνατή χρήση της σύγχρονης γνώσης και τεχνολογίας.

Βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας

Τα βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας διαγράφουν ένα κύκλο. Αφού καθοριστούν οι διαδικασίες εφαρμογής των πολιτικών, των κριτηρίων ποιότητας και του επιθυμητού επιπέδου των υπηρεσιών, πρέπει να επιζητηθεί η συνεχής βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται ο συνεχής έλεγχος των υπηρεσιών και η ενσωμάτωση στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας στο σύστημα διαχείρισης.

1ο βήμα: Ενσωμάτωση του στόχου της βελτίωσης της ποιότητας στον πολιτικό σχεδιασμό

Όσοι χαράσσουν πολιτική έχουν βαρύνουσες ευθύνες ως προς την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Είναι σε θέση να θέσουν τις βασικές παραμέτρους της ποιότητας μέσω διαβουλεύσεων, συνεργασιών, νομοθετικών πρωτοβουλιών, χρηματοδοτήσεων και σχεδιασμού.

Η **διαβούλευση** με όλους όσους εμπλέκονται στην ψυχική υγεία είναι αναγκαία, και κατά την ανάπτυξη της πολιτικής, αλλά και στη συνέχεια, καθώς γίνονται βήματα βελτίωσης της ποιότητας. Όσοι χαράζουν πολιτική πρέπει να επιζητούν ενεργά τη **δημιουργία συνεργασιών** με επαγγελματικές ομάδες, ακαδημαϊκά ιδρύματα, ομάδες συνηγορίας και άλλους τομείς στην υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι συνεργασίες αυτές δημιουργούν τη βάση, πάνω στην οποία μπορούν να στηριχθούν διεργασίες για τη βελτίωση της ποιότητας, με σταθερή μακρόπνοη προοπτική. Οικοδομούν την ομοφωνία και τη συνέπεια, ως προς τα μηνύματα που εκπέμπονται και αφορούν την ποιότητα του συστήματος. Οι συνεργασίες είναι επίσης δυνατόν να δημιουργήσουν ομάδες πίεσης, οι οποίες θα εξασφαλίσουν πόρους και άλλη στήριξη για την επίτευξη του στόχου. Όσοι χαράσσουν πολιτική πρέπει να προωθούν **νομοθετικές ρυθμίσεις**, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την προτεραιότητα και την έμφαση που πρέπει να δίνεται στην ποιότητα. Η **οικονομική οργάνωση** της φροντίδας για την ψυχική υγεία πρέπει να είναι έτσι δομημένη, ώστε να μεγιστοποιείται η ποιότητα και να μην εμποδίζεται η βελτίωσή της. Η βελτίωση της αποδοτικότητας είναι βασικός στόχος, για την επίτευξη του οποίου προϋποθέσεις είναι τόσο η βελτίωση της ποιότητας, όσο και ο περιορισμός του κόστους.

2ο βήμα: Καθορισμός ενός συνόλου κριτηρίων από όλους τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία

Ένα βασικό βήμα για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η δημιουργία ενός συνόλου κριτηρίων, με βάση τις οποίες θα κρίνεται η απόδοση των υπηρεσιών. Για να επιτευχθεί αυτό, πρέπει όσοι σχεδιάζουν και διαχειρίζονται τον τομέα να οργανώσουν μια ομάδα εργασίας, να έχουν τις γνώμες όλων των εμπλεκόμενων και να καταγράφουν τα κριτήρια, ώστε να καλύπτονται όλες οι πλευρές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως αυτές κατανέμονται σε επί μέρους τομείς.

3ο βήμα: Καθορισμός διαδικασιών πιστοποίησης σύμφωνα με το σύνολο των κριτηρίων

Η πιστοποίηση δίνει την ευκαιρία να γίνει εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να τις εφοδιάσει με την κατάλληλη νόμιμη άδεια. Είναι βασικό στοιχείο του συστήματος, γιατί κάνει την ποιότητα ακρογωνιαίό λίθο της επίσημης αδειοδότησης των υπηρεσιών και εγκαταστάσεων ψυχικής υγείας.

4ο βήμα: Έλεγχος και καταγραφή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βάσει του συνόλου των κριτηρίων και των διαδικασιών πιστοποίησης

Είναι αναγκαίο να ελέγχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ώστε να αξιολογείται η ποιότητα της φροντίδας. Ο έλεγχος μπορεί να λάβει αρκετές μορφές όπως η χρήση των κριτηρίων για ετήσιες αξιολογήσεις, η χρήση των διαδικασιών πιστοποίησης αφενός για την αξιολόγηση και αδειοδότηση νέων εξελίξεων στον τομέα των υπηρεσιών και αφετέρου για τον έλεγχο της λειτουργίας των υπηρεσιών, η συνήθης συλλογή πληροφοριών μέσω των υπαρχόντων συστημάτων πληροφόρησης, και τέλος η διαβούλευση με ανεξάρτητες οργανώσεις ατόμων με ψυχικές διαταραχές, με οικογένειες και με ομάδες συνηγορίας.

5ο βήμα: Ένταξη της βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή και διαχείριση των υπηρεσιών

Εκτός από τη χρήση των κριτηρίων και των διαδικασιών πιστοποίησης για τον έλεγχο των υπηρεσιών, είναι ουσιώδες οι υπηρεσίες να βελτιώνουν συνεχώς την ποιότητα της φροντίδας. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είναι αέναη διαδικασία με στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Αυτό είναι δυνατόν να επιτευχθεί με:

- τη διεξαγωγή ετήσιων επισκοπήσεων της ποιότητας των υπηρεσιών.
- την ένταξη ελέγχου ποιότητας, ως ενός από τους στόχους του σχεδιασμού υπηρεσιών.
- την ενσωμάτωση της βελτίωσης της ποιότητας στην κλινική πρακτική μέσω της εκτίμησης των εκβάσεων, των κατευθυντηρίων γραμμών της κλινικής πρακτικής, της ομαδικής εργασίας, και της συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης.
- τη βελτίωση της ποιότητάς τους όταν ζητείται από ορισμένες υπηρεσίες να αρχίσουν να προσφέρουν έργο.
- τον οικονομικό έλεγχο.

6ο βήμα: Μεταρρύθμιση ή βελτίωση των υπηρεσιών κατά περίπτωση

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι δυνατό να φέρει στο προσκήνιο απαιτήσεις για την συστηματική τους μεταρρύθμιση ή βελτίωση. Αυτό το βήμα μπορεί να απαιτεί συντονισμένο σχεδιασμό και συμμετοχή διαφόρων τομέων.

7ο βήμα: Έλεγχος των μηχανισμών ποιότητας

Εφόσον οι μηχανισμοί ποιότητας λειτουργούν, θα πρέπει να ελέγχονται και αυτοί ταυτόχρονα με τον έλεγχο επίτευξης των στόχων, οι οποίοι έχουν τεθεί για τις υπηρεσίες. Ο έλεγχος αυτός γίνεται σε τοπικό επίπεδο κάθε 5 έως 8 χρόνια περίπου. Αυτό είναι αναγκαίο, ώστε να εκσυγχρονίζονται οι μηχανισμοί με βάση τα νέα δεδομένα για τις πλέον πρόσφορες μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας.

7.6 Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας γίνονται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Ο τρόπος που αυτές είναι οργανωμένες επηρεάζει σημαντικά την αποδοτικότητά τους, καθώς και το εάν θα επιτευχθούν τελικά οι στόχοι των εθνικών πολιτικών για την ψυχική υγεία.

Περιγραφή και ανάλυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Είναι δυνατόν να θεωρήσουμε ότι το σύνολο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να χωριστεί σε κατηγορίες. Η ταξινόμηση που ακολουθεί δεν αποτελεί πρόταση για το πως πρέπει να οργανωθούν οι υπηρεσίες, αλλά μια προσπάθεια να αποτυπωθεί χονδρικά η ποικιλία των υπηρεσιών, όπως τις συναντάμε σε όλο τον κόσμο.

Μπορούμε γενικά να θεωρήσουμε ότι:

- (I) Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που είναι ενσωματωμένες στα γενικά συστήματα υγείας, βρίσκονται είτε στην πρωτοβάθμια φροντίδα είτε σε γενικά νοσοκομεία.
- (II) Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να χωριστούν στις επίσημες και στις άτυπες.

(III) Οι ιδρυματικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και τα ειδικά ψυχιατρεία.

Η σημερινή κατάσταση της οργάνωσης υπηρεσιών

Πολύ λίγες χώρες, αναλογικά, έχουν τα είδη των υπηρεσιών που χρειάζονται περισσότερο. Εξ αυτού, μπορούν να εξαχθούν δύο κύρια συμπεράσματα σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί σε όλο τον κόσμο. Πρώτον, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πρόβλημα και για τις αναπτυσσόμενες και για τις αναπτυσσόμενες χώρες, αν και άλλης φύσεως για τις μεν και τις δε. Δεύτερον, η απάντηση στο πρόβλημα δεν βρίσκεται στην ανάπτυξη πιο δαπανηρών εξειδικευμένων υπηρεσιών. Ακόμη και με τους περιορισμένους πόρους των υπηρεσιών για την υγεία σε σχεδόν όλες τις χώρες, είναι δυνατόν να γίνουν σημαντικές βελτιώσεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με την προώθηση των πόρων προς λιγότερο δαπανηρές υπηρεσίες, οπότε θα υπάρχουν αρκετά καλές εκβάσεις των νοσημάτων και ευρύτερη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.

Προτάσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών

Το κύριο θέμα που απασχολεί όσους σχεδιάζουν τις υπηρεσίες, είναι να καθορίσουν το ακριβές μείγμα των διαφόρων ειδών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ευρύτητα της πρόνοιας, την οποία θα παρέχουν οι συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Οι απόλυτες απαιτήσεις, σχετικά με το τι κάθε υπηρεσία πρέπει να παρέχει, διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα. Αλλά οι σχετικές ανάγκες για ένα μείγμα διαφόρων υπηρεσιών είναι πιθανόν οι ίδιες σε όλες τις χώρες.

Είναι σαφές ότι οι πλέον πολυπληθείς υπηρεσίες θα πρέπει να είναι οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες παρέχονται από το προσωπικό της Π.Φ.Υ. Ακολουθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στα γενικά νοσοκομεία, οι επίσημες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και, τέλος, οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι κύριες προτάσεις έχουν ως εξής:

- (I) Ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας.
- (II) Ανάπτυξη επίσημων και άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- (III) Προώθηση και εφαρμογή του αποϊδρυματισμού.

Σημαντικά ζητήματα σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Εκτός από τις παραπάνω αρχές, οι οποίες αφορούν την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα δεδομένα ως προς την αποτελεσματικότητα των εν γένει ψυχιατρικών παρεμβάσεων, οι εξατομικευμένες ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι τρόποι που οι κοινότητες και οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες, καθώς και άλλα σοβαρά διαρθρωτικά ζητήματα, όπως για παράδειγμα η ανάγκη διατομεακής συνεργασίας.

Τα συστήματα υγείας πρέπει επίσης να εξυπηρετούν τις ανάγκες πολλών ατόμων με σοβαρές και μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά δεν εξυπηρετούνται σωστά από ένα διεκπεραιωτικό μοντέλο φροντίδας, το οποίο δίνει έμφαση σε δυναμικές θεραπείες οξέων επεισοδίων, με την προοπτική ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα αποθεραπευτούν σχετικώς πλήρως και δε θα χρειάζονται άλλη φροντίδα, έως το επόμενο επεισόδιο, εάν αυτό συμβεί. Μια προσέγγιση συνεχούς φροντίδας θεωρείται

καταλληλότερη. Αυτή φροντίζει να αντιμετωπίζει το σύνολο των αναγκών των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχολογικών αναγκών τους.

Η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και το επίπεδο των υπηρεσιών αυτών, διαφέρει από χώρα σε χώρα, ανάλογα με την ανάπτυξή τους. Η πρόσβαση αυτή μπορεί ενίοτε να είναι δυσχερής, οπότε υπάρχει καθυστέρηση στην παροχή βοήθειας και αυξημένη πιθανότητα κακών εκβάσεων μακροπρόθεσμα.

Όσοι σχεδιάζουν τις υπηρεσίες πρέπει επίσης να προσέχουν, ώστε να απαλείφουν τις ανισότητες, μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, στη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες.

Η προσέγγιση που έχει ως άξονα τις υπηρεσίες, σε αντίθεση με εκείνη που έχει ως άξονα τις ανάγκες, χαρακτηρίζει πολλές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και θέτει μεγάλα εμπόδια στην πρόσβαση, ιδιαίτερα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, των οποίων οι ανάγκες υπερβαίνουν τις καθαρά ιατρικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Υπάρχει μια κίνηση προς τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών με άξονα τις ανάγκες των ασθενών, που, για παράδειγμα, περιλαμβάνουν: ατομική αντιμετώπιση των περιστατικών, εντατικοποιημένα θεραπευτικά προγράμματα για δύσκολα περιστατικά και δημιουργία χωριών αποκατάστασης σε αγροτικές περιοχές. Αυτά τα μοντέλα αναγνωρίζουν ότι οι ανάγκες των ασθενών έχουν προτεραιότητα και ότι η οργάνωση των υπηρεσιών πρέπει να προσαρμόζεται, ώστε να εξυπηρετούνται αυτές οι ανάγκες.

Οι σύνθετες ανάγκες πολλών ατόμων με ψυχικές διαταραχές δεν είναι δυνατόν να εξυπηρετηθούν αποκλειστικά από τον τομέα της υγείας. Επομένως, η διατομεακή συνεργασία είναι απαραίτητη. Η συνεργασία είναι αναγκαία και εντός του τομέα της υγείας (ενδοτομεακή) και μεταξύ του τομέα της υγείας και άλλων τομέων (διατομεακή).

7.7 Σχεδιασμός και Προϋπολογισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Το εγχειρίδιο αυτό δημιουργήθηκε με σκοπό να παρουσιάσει ένα μοντέλο, με βάση το οποίο πρώτα εκτιμώνται οι ανάγκες τοπικών πληθυσμών ως προς τη φροντίδα της ψυχικής υγείας, και στη συνέχεια σχεδιάζονται οι υπηρεσίες, έτσι ώστε οι ανάγκες αυτές να εξυπηρετούνται. Ο στόχος είναι να διαθέτουν οι χώρες ένα σύνολο εργαλείων, τα οποία θα τις διευκολύνουν να σχεδιάσουν τις υπηρεσίες και τον προϋπολογισμό τους, έτσι ώστε οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να λειτουργούν αποδοτικά σε τοπικό επίπεδο.

Τα βήματα σχεδιασμού και προϋπολογισμού, τα οποία παρουσιάζονται σε κυκλική μορφή, συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1ο βήμα: Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

Αυτή συμπεριλαμβάνει: τον καθορισμό του πληθυσμού που θα εξυπηρετηθεί, την εκτίμηση του τοπικού πλαισίου φροντίδας της ψυχικής υγείας, τη διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους, τον προσδιορισμό των υπευθύνων για το σχεδιασμό και την κατάρτιση του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία, και τελικά, την καταγραφή αφενός των υπάρχοντων πόρων για την ψυχική υγεία και αφετέρου της χρήσης των υπηρεσιών.

2ο βήμα: Εκτίμηση των αναγκών

Καθορίζονται οι ανάγκες του τοπικού πληθυσμού ως προς τη φροντίδα ψυχικής υγείας. Συμπεριλαμβάνεται ο καθορισμός του επιπολασμού, της επίπτωσης και σοβαρότητας των καταστάσεων που χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα, ο υπολογισμός των δυνατοτήτων των υπηρεσιών να αντιμετωπίζουν τις καθορισμένες ανάγκες, και η κοστολόγηση των πόρων για τις σχεδιαζόμενες υπηρεσίες.

3ο βήμα: Καθορισμός στόχων

Οι παραπάνω πληροφορίες ταξινομούνται και τίθενται οι στόχοι του μελλοντικού σχεδιασμού. Ο καθορισμός των στόχων συμπεριλαμβάνει τον καθορισμό προτεραιοτήτων για τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, την επιλογή υπηρεσιών που θεωρούνται οι πλέον επείγουσες, ώστε να τεθούν σε λειτουργία, και τον καθορισμό μεσοπρόθεσμων στόχων για τη δημιουργία υπηρεσιών.

4ο βήμα: Εφαρμογή

Τα συστήματα προϋπολογισμού και οικονομικής διαχείρισης πρέπει τώρα να λειτουργούν. Οι υπηρεσίες πρέπει να ελέγχονται και να αξιολογούνται ως προς την αποδοτικότητά τους, ώστε να είναι δυνατόν να εκτιμηθεί εάν θα επιτυγχάνονται οι στόχοι. Αυτό οδηγεί στο κλείσιμο του κύκλου του σχεδιασμού και προϋπολογισμού, αφού νεότερη πληροφόρηση ως προς τις υπηρεσίες, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μια νέα ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης.

1. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. In: Levav L, ed. *Temas de salud mental en la comunidad (serie PALTEX No. 19)*. Washington DC: OPS.
2. Bertolote JM (1998) WHO guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care*. New York: John Wiley and Sons.
3. Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.

Βιβλιογραφία

1. 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.
2. Araya R et al. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178:228-33.
3. Bower P et al. (2000) Randomized 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.
4. Breakey WR (1996a) The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
5. Breakey WR (1996b) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
6. Breakey WR (1996c) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
7. Brown GW, Harris TO (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1):143-54.
8. Busfield J (1996) Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan; Open University.
9. Cassels A (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 7:329-47.
10. Chisholm D et al. (2000) Integration of mental health care into primary care: demonstration of cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, 176:581-8.
11. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160:3278-85.
12. Cole E et al. (1995) Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 167:770-6.
13. Desjarlais R et al. (1995) World mental health: *problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press Inc.
14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-7.

15. Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000) Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26:5-20.
16. Ferketich AK et al. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9):1261-8.
17. Freeman HL (1996) The evolution of community psychiatry in Britain. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
18. Goeree R et al. (1999) The economic burden of schizophrenia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44:464-72.
19. Gomel MK et al (1995) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47:203-11.
20. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.
21. Gunnell D et al. (1999) Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry*, 175:263-70.
22. Harpham T, Blue I, (1995) *Urbanisation and mental health in developing countries: an introduction*. In: Harpham T, Blue I eds. *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. Aldershot: Avebury. p. 7-8.
23. Jones L (1996) George III and changing views of madness. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan: Open University.
24. Kamieniecki GW (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3):352-8.
25. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5):1101-19.
26. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-28.
27. Kind P & Sorensen J (1993) The costs of depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7 (3-4):191-5.
28. Knapp MRJ (1997) Cost of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 171:509-18.
29. Kposowa AJ (2001) Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31(1):127-38.
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. Maughan B, McCarthy G (1997) Childhood adversities and psychosocial disorders. *British Medical Bulletin*, 53(1):156-69.
32. Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).
33. Murray CJL, Lopez AD (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.
34. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.

35. Patel V (2001) Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press Inc. p. 247-61.
36. Reed GM et al. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4):299-307.
37. Rice D et al. (1990) *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
38. Rice DP, Miller LS (1996) The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, eds. *Schizophrenia*. London: Wiley.
39. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.
40. Sharfstein SS (1996) The political and social context of modern community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
41. Shi L (1999) Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Medical Care*, 37:1068-77.
42. Sidandi P et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.
43. 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.
44. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46.
45. Spiegel D et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668):888-91.
46. Sullivan G, Burnam A, Koegel P (2000) Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(10):444-50.
47. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
48. 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.
49. World Bank (1993) *World development report: investing in health*. New York: Oxford University Press Inc.
50. World Health Organization (2000) *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
51. World Health Organization (2001a) Atlas: *Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
52. World Health Organization (2001b) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/en> (previous reports).
53. Wutzke SE et al. (2001) Cost-effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science and Medicine*, 52:863-70.
54. Ziegelstein RC et al. (2000) Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160:1818-23.

Ευχαριστίες

Το Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε υπό τη 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, Ινδία που προετοίμασε αυτό το εγχειρίδιο, και τον Καθηγητή Alan Flisher, Πανεπιστήμιο του Κέιπ Τάουν, Παρατηρητήριο, Δημοκρατία της Νότιας Αφρικής που συνέγραψε το αρχικό σχέδιο, στο οποίο βασίστηκε η 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
Professor Yan Fang Chen	Shandong Mental Health Centre, Jinan People's Republic of 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, People's Republic of China
Professor Helen Herrman	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 Lopez	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, People's Republic of 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 Ndyabangi	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 Ayesh 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 Thalgodapitiya	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, People's Republic of 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, People's Republic of China
Dr Xin Yu	Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China
Professor Shen Yucun	Institute of Mental Health, Beijing Medical University, 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 γενναιόδωρη οικονομική τους υποστήριξη.

