

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ποιότητα στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας



Σπουδάστρια: Κατσίγιαννη Κυριακή

Εισηγητής: Πισμίσης Θεόδωρος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ένα από τα βασικά και πλέον κρίσιμα θέματα που απασχολούν τη σημερινή κοινωνία και ιδίως όσους έχουν να κάνουν με την παρουσία της στο χώρο της Υγείας. Η ιδιαίτερη βαρύτητα και σημασία της απαιτεί και την ανάλογη αντιμετώπιση.

Η εκπόνηση αυτής της εργασίας ήταν σίγουρα μια πρόκληση, γιατί το ζήτημα της ποιότητας αποτελεί θέμα πολυδιάστατο και σίγουρα ανεξάντλητο, κυρίως στο χώρο της ψυχικής υγείας όπου έχει να κάνει με άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες και χρήζουν κάποιας ιδιαίτερης μεταχείρισης. Η εμπειρία που αποκόμισα με τις πληροφορίες και τα στοιχεία που χρειάστηκε να συμπεριλάβω σ' αυτή την εργασία ήταν πολύ σημαντική, διεύρυνε τις γνώσεις μου και με βοήθησε να διαμορφώσω άποψη σε ένα τόσο σπουδαίο θέμα.

Στο σημείο αυτό νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν σ' αυτήν μου την προσπάθεια τόσο με τις γνώσεις και το χρόνο που διέθεσαν για μένα, όσο και με την ψυχολογική τους υποστήριξη.

Ιδιαίτερα, θέλω να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Οικονομικών της Υγείας και εισηγητή της παρούσας εργασίας κο Θεόδωρο Πισιμίση, γιατί είναι από τους λίγους ανθρώπους στο χώρο του, που γνωρίζει τόσο καλά το σύστημα υγείας και τη νοοτροπία του, αξιόλογος τόσο ως άνθρωπος όσο και ως επιστήμονας. Με την εξαιρετική συνεργασία, τις πολύ ιδιαίτερες γνώσεις του, την σωστή καθοδήγηση και υποστήριξή του, πιστεύω πως κατάφερα να ανταποκριθώ επαρκώς στο στόχο μου.

Έπειτα θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό της Δ/σης Ψυχικής Υγείας όπου με τη βοήθειά του, κατανόησα θέμα που σχετίζονται με την ποιότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η αρμόδια διεύθυνση μου παρείχε την χορήγηση του απαιτούμενο υλικού, σχετιζόμενου με το εν λόγω θέμα και τη δυνατότητα διευκρινήσεων και επεξηγήσεων.

Τέλος θέλω να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, που με στήριξε συναισθηματικά και ψυχολογικά, στιγμές που τις είχα πραγματικά ανάγκη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη Χώρα μας τα θέματα ψυχικής υγείας, όπως και στις περισσότερες ανεπτυγμένες Χώρες, αντιμετωπίζονται ως σημαντικά. Η πρόοδος που έχει σημειωθεί στον Τομέα αυτό είναι μια αναντίρρητη πραγματικότητα, αξιολογημένη και αναγνωρισμένη σε διεθνές επίπεδο.

Η εργασία αυτή πραγματεύεται την παρουσία της ποιότητας στο χώρο της ψυχικής υγείας όπου με κατάλληλους μηχανισμούς, μπορεί να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της ψυχικής υγείας, ώστε να ανταποκρίνεται ουσιαστικά στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών των πασχόντων για ποιοτικές υπηρεσίες, αποφυγή του στιγματισμού, ομαλή επανένταξη.

Αρχικά, γίνεται μια σύντομη αναφορά γενικά περί ψυχικής υγείας, κατανόησής της και μορφών εκδήλωσής της. Παρουσιάζονται τρόποι βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, ως εξωτερικοί μηχανισμοί βελτίωσης. Έπειτα, παρατίθεται η ποιότητα σαν έννοια και αναλύονται τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν, ώστε να επιτύχουμε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα για τη βελτίωση της ποιότητας στις πολιτικές-ως εξωτερικοί μηχανισμοί επίσης-. Στη συνέχεια αναφέρεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών σε Πρωτοβάθμιο Επίπεδο σε συνάρτηση με την ποιοτική διασφάλιση που απαιτείται και η συμβολή της συνηγορίας ως εξωτερικός μηχανισμός βελτίωσης. Τέλος παρουσιάζονται οι προτάσεις και τα συμπεράσματα που απορρέουν από την ανάλυση των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο κείμενο.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν παραπομπές στη βιβλιογραφία, στοιχεία από εφημερίδες, περιοδικά, internet και πακέτο οδηγιών της Π.Ο.Υ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	3
ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	3
1.1 Η έννοια και ο ορισμός της ψυχικής υγείας.....	3
1.2 Η κατανόηση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών.....	4
1.3 Μορφές ψυχικών διαταραχών.....	6
1.3.1 Κατάθλιψη.....	7
1.3.2 Σχιζοφρένεια.....	8
1.3.3 Διαταραχές από χρήση ουσιών.....	9
1.3.4 Επιληψία.....	11
1.3.5 Νόσος Alzheimer.....	12
1.3.6 Νοητική Καθυστέρηση.....	13
1.3.7 Διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.....	13
1.4 Συννοσηρότητα.....	14
1.5 Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	17
ΠΑΡΟΧΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
2.1. Ποιότητα και Ψυχική Υγεία.....	17
2.2. Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	18
2.2.1. Παροχή ψυχικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.....	19
2.2.2 Αποϊδρυματοποίηση και μετατόπιση της φροντίδας εκτός των μεγάλων ψυχιατρείων.....	21
2.2.3. Ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	22
2.2.4 Ψυχοτρόπα φάρμακα και εξασφάλιση της διαθεσιμότητά τους.....	25
2.2.5. Κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις.....	27
2.2.6. Εκπαίδευση και εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	33
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	33

3.1 Η έννοια και ο ορισμός της Ποιότητας	33
3.1.1 Γενικά	33
3.1.2 Η Έννοια της Ποιότητας	34
3.1.3 Προσεγγίσεις του ορισμού της ποιότητας στην υγεία.....	35
3.1.3.1. Avedis Donabedian.....	35
3.1.3.2. Άλλες προσεγγίσεις	35
3.1.4 Προσεγγίσεις της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας	38
3.2 Τα βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας και η ανάλυσή τους.....	40
3.2.1 1 ^ο βήμα : Προσαρμογή της πολιτικής στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας .	42
3.2.1.1 Πρώτη 1 ^η ενέργεια «διαβούλευση».....	43
3.2.1.2 Δεύτερη 2 ^η ενέργεια «Συνεργασίες»	44
3.2.1.3 Τρίτη 3 ^η ενέργεια «Η συμπαράταξη της νομοθεσίας και των κανονισμών με τους στόχους της βελτίωσης».....	44
3.2.1.4 Τέταρτη 4 ^η ενέργεια «διαμόρφωση των μηχανισμών χρηματοδότησης της ποιότητας	53
3.2.1.5. Πέμπτη 5 ^η ενέργεια «προσαρμογή του σχεδιασμού».....	54
3.2.2 2 ^ο βήμα: Εκπόνηση των κριτηρίων	54
3.2.2.1 Κριτήρια για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Π.Ο.Υ.)	56
3.2.2.2 Καθορισμός κριτηρίων για την οργάνωση και λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα (του άρθρου 9 του Ν. 2716/99).....	59
3.2.3 3 ^ο βήμα: Καθορισμός των διαδικασιών πιστοποίησης.....	63
3.2.4 4 ^ο βήμα: Παρακολούθηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βάσει των μηχανισμών ποιότητας	64
3.2.5 5 ^ο βήμα: Ενσωμάτωση της βελτίωσης της ποιότητας στην τρέχουσα διαχείριση και παροχή υπηρεσιών.....	65
3.2.6 6 ^ο βήμα : Μελέτη μιας συστηματικής μεταρρύθμισης με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών.....	66
3.2.7 7 ^ο βήμα: Αναθεώρηση και τροποποίηση των μηχανισμών ποιότητας.....	66
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	67
 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	67
 ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	67
4.1. Αντιμέτωπιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)	67
4.2 Παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας	68
4.3 Η ποιοτική διασφάλιση στο χώρο της Υγείας	69
4.3.1 Γενικά χαρακτηριστικά	69
4.3.2. Γιατί η ποιοτική διασφάλιση θεωρείται αναγκαία	70
4.3.3. Οι αντικειμενικοί σκοποί της ποιοτικής διασφάλισης.....	71
4.3.4 Η μετάβαση από την ποιοτική διασφάλιση στην συνεχή ποιοτική βελτίωση.....	73
4.4 Η ποιοτική διασφάλιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Κέντρο Υγείας.....	74
4.4.1 Ποιοτική Διασφάλιση.....	76

4.4.2. Επιτροπή Αυτοελέγχου – Peer Review	76
4.4.3. Συνεχής Ποιοτική Βελτίωση - Σ.Π.Β.	77
4.4.4 Ολική Ποιοτική Διαχείριση.....	77
4.4.5. Μέτρηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη	78
4.4.6. Ο ρόλος της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ποιοτική διασφάλιση	80
4.5 Ποιοτική Διασφάλιση και ελληνική πραγματικότητα	80
4.6 Συμπεράσματα	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	83
Η ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	83
5.1 Η έννοια της συνηγορίας για την ψυχική υγεία	83
5.2 Η ανάπτυξη του κινήματος της συνηγορίας.....	84
5.3 Εμπόδια στη ψυχική υγεία.....	85
5.4 Τα θετικά αποτελέσματα της συνηγορίας για τη ψυχική υγεία.....	88
5.5 Ο ρόλος των διαφόρων ομάδων στη συνηγορία	88
5.5.1 Οι Χρήστες των υπηρεσιών και οι οικογένειές τους	88
5.5.2 Μη κυβερνητικές οργανώσεις	90
5.5.3 Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας	90
5.5.4 Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής και τον σχεδιασμό των προγραμμάτων	91
5.6 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. στη συνηγορία	92
5.6.1 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Ψυχική Υγεία μία πραγματική κατάσταση.	94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	97
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Σήμερα οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για την ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτει τα υπάρχοντα κενά ανάμεσα στη θεωρία και την πράξη» (Παπανικολάου, 2003).

Οι βελτιώσεις που εφαρμόζονται στη ψυχική υγεία, ακολουθούν τις παραινέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και είναι συμβατές με τη γενικότερη φιλοσοφία των νέων μεταρρυθμιστικών μέτρων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που ευαγγελίζεται υπηρεσίες υγείας με γκρεμισμένα τα νοσοκομειακά τείχη και αλλαγή πλεύσης με ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό (Σπυράκη, 2001). Επομένως σ' αυτή τη φάση, θεωρείται ότι είναι η κατάλληλη στιγμή να εισαχθεί η ποιότητα και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας και σκοπός της δεν είναι μια ανεξάντλητη διερεύνηση γύρω από τα θέματα της ποιότητας στο χώρο της ψυχικής υγείας, αλλά μια προσέγγιση του θεωρητικού πλαισίου της ποιότητας, στηριγμένο στις παραινέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και των πολιτικών που πρέπει να εφαρμοστούν ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να μπορούν απαλλαγούν από το στιγματισμό και να απολαμβάνουν τις ποιοτικές φροντίδες που επιθυμούν αλλά και τους ανήκουν. Δηλαδή εξετάζει το τρίπτυχο: βελτιωμένη ποιότητα, αναβαθμισμένες υπηρεσίες,- απόϊδρυματοποίηση - επανένταξη.

Αρχικά πραγματοποιείται παρουσίαση του ορισμού της ψυχικής υγείας καθώς και των μορφών με τις οποίες μπορεί κανείς να εκδηλώσει ψυχική νόσο.

Στην συνέχεια, πραγματοποιείται παρουσίαση και ανάλυση τρόπων και ενεργειών που μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην εξασφάλιση βελτιωμένων ποιοτικά και αναβαθμισμένων παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ως εξωτερικοί μηχανισμοί βελτίωσης.

Ακολουθεί, αναφορά στην έννοια και τον ορισμό της ποιότητας, καθώς και σε προσεγγίσεις της και θεωρητική προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες

ψυχικής υγείας βασισμένη σε οδηγίες του Π.Ο.Υ. . Προσεγγίσεις, βήματα, ενέργειες και νομοθετικό πλαίσιο σε επίπεδο πολιτικών πα, ως εσωτερικοί μηχανισμοί βελτίωσης αναλύονται, για να αποδείξουν πόσο χρήσιμη και αναγκαία είναι η ποιότητα στην αναβάθμιση των υπηρεσιών.

Η προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη -ιδίως στα Κέντρα Υγείας- και η ποιοτική διασφάλιση των υπηρεσιών που παρέχονται γίνεται ώστε οι ασθενείς να μπορούν να λαμβάνουν ποιοτικές φροντίδες εύκολα και γρήγορα σε Πρωτοβάθμιο επίπεδο γεγονός που βελτιώνει και το γενικότερο σύστημα παροχής φροντίδας και το προσωπικό τους επίπεδο ποιότητας ζωής.

Το κίνημα της συνηγορίας, ως εξωτερικός μηχανισμός βελτίωσης, και τα ευεργετικά αποτελέσματά του στο χώρο της ψυχικής υγείας καθώς και ο ρόλος των διαφόρων ομάδων και των Μ.Μ.Ε, οδηγούν στην αποτροπή του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων και συναινούν για βελτιωμένες και ποιοτικότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά, παρατίθενται προτάσεις και ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιηθούν, για να μπορεί το άτομο που πάσχει από ψυχική ασθένεια να απολαμβάνει τις ποιοτικές φροντίδες που δικαιούται, απαλλαγμένο από το .

Η αναζήτηση σε βιβλιογραφικές αναφορές, εφημερίδες, περιοδικά, στο διαδίκτυο και σε χρήσιμες πληροφορίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μέσω της Γενικής Δ/σης Ψυχικής Υγείας, βοήθησε σημαντικά στη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η έννοια και ο ορισμός της ψυχικής υγείας

Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία και γενικά ψυχική λειτουργία, είναι σημαντική αλλά αρκετά περιπλοκή, διότι δίνει τη βάση στην οποία στηρίζεται η κατανόηση της εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (Υπ.Υ.Π., Δ/νση Ψ.Υ., 2002).

Αντλήσεις για τη ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, τη αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών, την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Άρα διαπιστώνουμε ότι κανείς, είναι σχεδόν αδύνατον να ορίσει πλήρως τη ψυχική υγεία.

Παρόλα αυτά θα λέγαμε ότι η ψυχική υγεία είναι μια διάσταση της υγείας πέραν της σωματικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας, βάσει του ορισμού της υγείας σύμφωνα πάντα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που προσδίδει εσωτερική-ψυχική ισορροπία και επάρκεια. Εντούτοις, είναι γενικώς αποδεκτό, ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.

Επίσης, στη προσπάθειά μας να κατανοήσουμε την έννοια της ψυχικής υγείας, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε εύλογα στον εξής συμπέρασμα: ότι η ψυχική υγεία, ισορροπία, ευεξία είναι η μόνη από τις διαστάσεις της υγείας που θεωρείται δεδομένη, αν και εφόσον συντρέχουν και οι υπόλοιπες διαστάσεις (σωματική, κοινωνική). Οι διαστάσεις αυτές συναινούν για ψυχική υγεία. Δηλαδή ένα άτομο με πλήρη σωματική και κοινωνική ευεξία αποτελεί ένα άτομο άρτιο και ψυχικά ισορροπημένο.

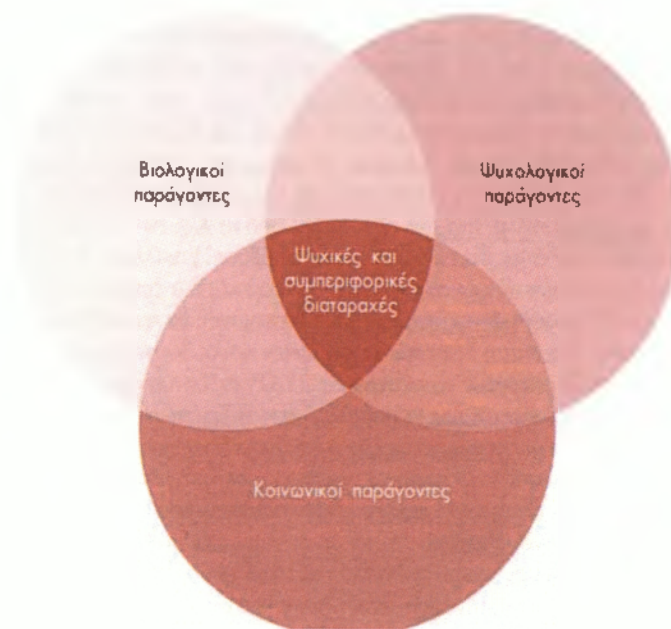
1.2 Η κατανόηση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά και συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία ή και έκπτωση της λειτουργικότητας. Χαρακτηρίζουν σαφώς, ανώμαλα ή παθολογικά φαινόμενα. Έπειτα ένα επεισόδιο παθολογικής συμπεριφοράς ή μια σύντομη περίοδος μη φυσιολογικής διάθεσης δεν σημαίνει ότι αποτελεί ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή.

Κάθε ανθρώπινη δυσφορία δεν είναι και ψυχική διαταραχή. Τα άτομα μπορεί να δυσφορούν λόγω προσωπικών ή κοινωνικών συνθηκών. Αυτές οι εκδηλώσεις για να θεωρηθούν διαταραχές, πρέπει να έχουν διάρκεια, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν κάποιο βαθμό προσωπικής δυσφορίας ή έκπτωση της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι ένα σύνολο διαταραχών -όπως περιγράφονται στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων- και σχετιζόμενων προβλημάτων υγείας. Έτσι, ενώ τα συμπτώματα ποικίλουν, οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται γενικά από κάποιους συνδυασμούς παθολογικών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορικών και διαπροσωπικών σχέσεων. (Υπ.Υ.Κ.Α.,c, 2003).

Ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζονται από μια ποικιλία παραγόντων. Περιλαμβάνονται κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες όπως η φτώχεια, συγκρούσεις, πόλεμοι, και καταστροφές, δημογραφικοί όπως το φύλο και η ηλικία, ύπαρξη σοβαρών σωματικών ασθενειών καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον. Για πολλά χρόνια οι επιστήμονες συζητούν τη σχετική σπουδαιότητα της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος, ως προς την αιτιολογία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Σύγχρονα επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι οι διαταραχές αυτές είναι αποτέλεσμα τόσο της γενετικής όσο και του περιβάλλοντος, με άλλα λόγια της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Σχήμα 1.1).



Σχήμα.1.1 Η Αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας, (2002), *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, σελ:89.

1.3 Μορφές ψυχικών διαταραχών

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν ποικίλη και ετερογενή εικόνα. Κάποιες είναι ήπιες ενώ άλλες πιο σοβαρές. Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες ενώ άλλες δια βίου. Κάποιες δεν διακρίνονται παρά μόνο από λεπτομερή εξέταση ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και από κάποιο τυχαίο παρατηρητή.

Οι κυριότερες μορφές ψυχικών διαταραχών που προκαλούν έλλειψη ψυχικής ισορροπίας και υγείας είναι: α) *η νεύρωση* και β) *η ψύχωση*. Συνηθέστερη εκδήλωση νεύρωσης αποτελεί η *κατάθλιψη* ενώ οι ψυχώσεις ταυτίζονται κυρίως με τη *σχιζοφρένεια*. Κάποιες άλλες διαταραχές εξίσου σημαντικές και επιβαρυντικές που προκαλούν σοβαρά προβλήματα είναι οι εξής:

- *οι διαταραχές από χρήση ουσιών*
- *η επιληψία*
- *η νόσος Alzheimer*
- *η νοητική καθυστέρηση*
- *οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία.*

Τα ότι συμπεριλαμβάνεται η επιληψία χρήζει κάποιας εξήγησης. Η επιληψία είναι μια νευρολογική διαταραχή και κατατάσσεται μαζί με άλλες νόσους του νευρικού συστήματος. Εντούτοις, η επιληψία θεωρείται ιστορικά ως ψυχική διαταραχή και αυτό ισχύει ακόμα σε πολλές κοινωνίες. Οι επιληπτικοί υφίσταται το στίγμα και παρουσιάζουν σοβαρή ανικανότητα εάν δεν λαμβάνουν θεραπεία, όπως ακριβώς συμβαίνει και με του ψυχικά πάσχοντες. Με την επιληψία ασχολείται συχνά το προσωπικό της ψυχικής υγείας, λόγω της συχνότητας της διαταραχής και της σχετικής σπανιότητας εξειδικευμένων νευρολογικών υπηρεσιών, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες.

1.3.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που μπορεί να προσβάλλει καθένα σε κάποια ή κάποιες περιόδους της ζωής του. Στα τυπικά καταθλιπτικά επεισόδια το άτομο υποφέρει από θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος, πτώση της διάθεσης, μείωση της ενεργητικότητας και ελάττωση της δραστηριότητας. Η ικανότητα για ενδιαφέρον και συγκέντρωση μειώνεται. Η έντονη κόπωση μετά από ελάχιστη εργασία είναι συνήθης, ο ύπνος είναι πολλές φορές διαταραγμένος και η όρεξη περιορισμένη ή κατά το αντίθετο άκρο (υπερβολή, βουλιμία). Άλλα συμπτώματα πιο βαριάς μορφής είναι οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας ενώ, οι ιδέες αναίτιας ενοχής και απαξίας παίρνουν τη θέση της αυτοεκτίμησης της αυτοπεποίθησης και του δυναμισμού.

Μπορεί επίσης να συνυπάρχει μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων. Αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι κοινά, ιδίως μετά από ατυχίες, η καταθλιπτική διαταραχή διαγιγνώσκεται μόνο όταν τα συμπτώματα ξεπερνούν ένα επίπεδο βαρύτητας και διαρκούν τουλάχιστον για δυο με τρεις εβδομάδες. Τα καταθλιπτικά επεισόδια μπορεί να είναι υποτροπιάζοντα ή χρόνια και χαρακτηρίζονται ως (Υπ.Υ.Π., Δ/νση Ψ.Υ., 2002):

α) *ήπια*, όταν παρατηρούνται δυο ή τρία συμπτώματα από τα παραπάνω αλλά το άτομο ενώ υποφέρει μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στις περισσότερες δραστηριότητές του.

β) *μέσα*, όταν συντρέχουν τέσσερα ή και περισσότερα συμπτώματα που ουσιαστικά αρχίζουν να δυσκολεύουν κατά πολύ το άτομο στο να συνεχίζει και να ολοκληρώνει τις δραστηριότητές του.

γ) *βαριά*, στην περίπτωση αυτή το άτομο παρουσιάζει έντονα όλα τα παραπάνω συμπτώματα που συνήθως οδηγούν σε αυτοκτονικές τάσεις και απόπειρες.

Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει τα άτομα σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους, παρόλο που είναι συχνότερη κατά τη μέση ηλικία. Διαγιγνώσκεται όμως όλο και συχνότερα κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Η κατάθλιψη είναι συνήθως υποτροπιάζουσα διαταραχή. Κάθε επεισόδιο διαρκεί από λίγους μήνες μέχρι λίγα

χρόνια, με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως ακολουθεί μια χρόνια πορεία χωρίς ύφεση, ειδικά όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη θεραπεία.

Έπειτα, μια από τις ιδιαίτερα τραγικές καταλήξεις μιας καταθλιπτικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία. Στην αυτοκτονία καταλήγουν συνήθως τα άτομα που πάσχουν από βαριάς μορφής κατάθλιψη χωρίς να αποκλείεται το γεγονός ακόμα και άτομα ηπιότερης καταθλιπτικής διαταραχής, να εκδηλώνουν - έστω και λιγότερο συχνά - αυτοκτονικές τάσεις.

Θεραπεία για την κατάθλιψη υπάρχει. Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων, η πρόληψη των υποτροπών και τελικά η πλήρη ύφεση και αποκατάσταση. Σήμερα, οι πιο αποτελεσματικοί μέθοδοι είναι, *α) η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. β) η ψυχοθεραπεία* ή όταν κρίνεται σκόπιμο ο συνδυασμός και των δυο.

Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή, που προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση και αναμένεται να έχει αυξητικές τάσεις κατά τα επόμενα 20 έτη.

1.3.2 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι η κυριότερη μορφή εκδήλωσης ψυχωτικών καταστάσεων. Είναι μια σοβαρή διαταραχή η οποία μπορεί τυπικά να αρχίζει στην ύστερη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από δομικές παραμορφώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα.

Η διαταραχή αυτή επηρεάζει τις πλέον βασικές λειτουργίες που δίνουν στον άνθρωπο την αίσθηση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του αυτό-προσδιορισμού και περιορισμού. Η συμπεριφορά μπορεί να είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της διαταραχής και να έχει δυσμενή επακόλουθα. Ακλόνητη πίστη σε ψευδείς, αβάσιμες ιδέες -*παραλήρημα*- είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό αυτού του είδους

ψύχωσης. Όλη αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει και σε αυτοκτονικές τάσεις. Ένας αρκετά σημαντικός αριθμός ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια αποπειράται να αυτοκτονήσει σε κάποια στιγμή κατά την διάρκεια της ασθένειάς του.

Ακόμα και όταν τα πλέον εμφανή συμπτώματα εξαφανισθούν, κάποια υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να παραμείνουν. Σε αυτά περιλαμβάνονται: έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία, κοινωνική ανεπάρκεια, ανικανότητα συμμετοχής σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορεί να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής.

Η πορεία της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο και μπορεί να υπάρξει πλήρης ανάρρωση στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, εάν και εφόσον η θεραπεία αρχίσει σε πολύ πρώιμο στάδιο. Μπορεί όμως να ακολουθήσει μια χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση. Τα άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια, αποτελούσαν μεγάλο ποσοστό των τροφίμων των ψυχιατρείων στο παρελθόν, όπως και σήμερα, όπου ακόμα υπάρχουν τέτοια ιδρύματα.

Όμως η σύγχρονη πρόοδος στη φαρμακευτική θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μπορεί να αντιμετωπίσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό με πληρότητα και διάρκεια, σχεδόν τους μισούς από όσους αρχίζουν να εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Λιγότερο από το ένα πέμπτο των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια, συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή (Υπ.Υ.Π., Δ/ση Ψ.Υ.,2002).

1.3.3 Διαταραχές από χρήση ουσιών

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οι οποίες είναι επακόλουθα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών συμπεριλαμβάνουν διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση οινοπνεύματος, οπιούχων, όπως το όπιο ή η ηρωίνη, παραγώγων κάνναβης, όπως η μαριχουάνα, ηρεμιστικών και υπνωτικών χαπιών, κοκαΐνης, άλλων διεγερτικών ουσιών,

ψευδαισθησιογόνων, καπνού, και πτητικών διαλυμάτων. Οι κλινικές καταστάσεις περιλαμβάνουν τοξίκωση, επιβλαβή χρήση, εξάρτηση και ψυχωτικές διαταραχές.

Η επιβλαβής χρήση διαγιγνώσκεται όταν έχει προκληθεί βλάβη στη σωματική ή ψυχική υγεία. Το σύνδρομο εξάρτησης δηλώνεται από έντονη επιθυμία για τη λήψη της ουσίας, δυσκολία στον έλεγχο της χρήσης, στερητικό σύνδρομο, παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων και επιμονή στη χρήση παρά τη βλάβη που υφίσταται ο χρήστης και το περιβάλλον του. Απόρροια επομένως όλων των παραπάνω συνιστά, η εκδήλωση ψυχωτικών διαταραχών από άτομα που παρουσιάζουν τέτοιο είδους συμπεριφορές.

Αν και η χρήση ουσιών ποικίλει από περιοχή σε περιοχή, ο καπνός κυρίως με τη μορφή τσιγάρου και το οινόπνευμα είναι οι ουσίες που χρησιμοποιούνται ευρύτερα σε όλο τον κόσμο και έχουν τα σοβαρότερα επακόλουθα. Εκτός από αυτές γίνεται κατάχρηση ενός μεγάλου αριθμού άλλων ουσιών, οι οποίες γενικά κατατάσσονται στις φαρμακευτικές ουσίες. Αυτές συμπεριλαμβάνουν και τις παράνομες, όπως, την ηρωίνη, την κοκαΐνη και την κάνναβη.

Συχνά τίθεται το ζήτημα εάν οι διαταραχές από χρήση ουσιών είναι πράγματι διαταραχές, ή εάν θα έπρεπε να θεωρηθούν αποκλίνουσες συμπεριφορές των ανθρώπων, οι οποίοι εσκεμμένα αυτοκαταστρέφονται. Αν και η απόφαση να πειραματιστεί κανείς με τη χρήση μιας ψυχοδραστικής ουσίας είναι συνήθως προσωπική απόφαση, η εξάρτηση που ακολουθεί την επαναλαμβανόμενη χρήση δεν είναι μια συνειδητή απόφαση του ατόμου, ούτε το αποτέλεσμα ηθικού ελλείμματος εκ μέρους του, αλλά το αποτέλεσμα ενός πολύπλοκου συνδυασμού γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Είναι πολύ δύσκολο να διακρίνει κανείς πότε ακριβώς το άτομο γίνεται εξαρτημένο από μια ουσία, και μπορούμε να πούμε, ότι η εξάρτηση δεν είναι μια σαφώς οροθετημένη κατάσταση, αλλά ότι «συμβαίνει» σε κάποιο σημείο εντός ενός συνεχούς, που αρχίζει από τα πρώτα προβλήματα χωρίς σημαντική εξάρτηση και φτάνει στη σοβαρή εξάρτηση με σωματικά, ψυχικά και κοινωνικοοικονομικά επακόλουθα.

Υπάρχουν επίσης, όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι γίνονται νευροχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες σχετίζονται με τα βασικά χαρακτηριστικά της εξάρτησης από ουσίες, ή μάλλον τα προκαλούν. Τα κλινικά στοιχεία έπειτα δείχνουν, ότι η εξάρτηση από ουσίες θα πρέπει να αντιμετωπίζεται τόσο ιατρικά, ως χρόνια ασθένεια όσο και ως κοινωνικά πρόβλημα.. Οι κοινές ρίζες της εξάρτησης από μια ποικιλία ουσιών και η μεγάλη συχνότητα πολλαπλής εξάρτησης, υποδεικνύουν ότι η εξάρτηση από ουσίες θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια περίπλοκη ψυχική διαταραχή, με πιθανή βάση στη λειτουργία του εγκεφάλου (Υπ.Υ.Π. Δ/νση Ψ.Υ., 2002).

1.3.4 Επιληψία

Η επιληψία είναι η κοινότερη νευρολογική διαταραχή στο γενικό πληθυσμό. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες κρίσεις, που προκαλούνται από ξαφνική υπερβολική ηλεκτρική δραστηριότητα σε μέρος ή σε όλο τον εγκέφαλο. Η πλειονότητα των ατόμων με επιληψία δεν έχουν εμφανή δομική ανωμαλία στον εγκέφαλο, εκτός από τις ηλεκτρικές εκφορτίσεις. Όμως, ένα ποσοστό ατόμων με αυτή τη διαταραχή μπορεί να έχει συνοδό εγκεφαλική βλάβη, η οποία μπορεί να προκαλέσει άλλες σωματικές δυσλειτουργίες, όπως σπαστικότητα ή νοητική καθυστέρηση.

Τα αίτια της επιληψίας συμπεριλαμβάνουν: γενετική προδιάθεση, εγκεφαλική βλάβη λόγω επιλοκών κατά τον τοκετό, λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τοξική δράση και όγκους. Η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων ποικίλει από μερικές κάθε μέρα έως μια φορά κάθε λίγους μήνες. Η εκδήλωση της επιληψίας εξαρτάται από τις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται. Συνήθως το άτομο υφίσταται ξαφνικά απώλεια συνείδησης και μπορεί να κάνει σπασμωδικές κινήσεις. Μπορεί επίσης να αυτοτραυματιστεί κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Εκτός από τη σωματική και ψυχική ανικανότητα, η επιληψία έχει επιπρόσθετα σοβαρά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, που βαρύνουν το άτομα και την οικογένεια. Το στίγμα που ακολουθεί την επιληψία εμποδίζει αυτά τα άτομα να συμμετέχουν σε ομαλές

δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, του γάμου, της εργασίας και των σπόρ.

Η επιληψία τυπικά εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και μπορεί, ενίοτε να έχει χρόνια πορεία. Το ποσοστό αυτόματης ίασης είναι σημαντικό και πολλοί από αυτούς που έχουν διαγνωστεί ως έχοντες επιληψία, είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων μετά τριετίας (Υπ.Υ.Π. Δ/νση Ψ.Υ., 2002).

1.3.5 Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Η άνοια της νόσου θεωρείται ως ψυχική και συμπεριφορική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, όπως μνήμης, σκέψης, αντίληψης, ικανότητας για υπολογισμούς, γλώσσας, ικανότητας μάθησης και κρίσης. Η άνοια διαγιγνώσκεται όταν η έκπτωση φθάνει σε σημείο, ώστε να βλάπτονται οι προσωπικές καθημερινές δραστηριότητες.

Η νόσος Alzheimer έχει σταδιακή έναρξη με βραδεία επιδείνωση. Αυτή η ασθένεια πρέπει να διαφοροποιηθεί σαφώς από τη φυσιολογική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών λόγω ηλικίας. Η φυσιολογική έκπτωση είναι πολύ μικρότερη, πολύ πιο σταδιακή και προκαλεί μικρότερη αναπηρία. Η νόσος Alzheimer συχνά αρχίζει μετά τα 65 έτη, αλλά ενίοτε και νωρίτερα. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, η επίπτωση αυξάνεται ταχέως. Αυτό έχει προφανή επακόλουθα ως προς το συνολικό αριθμό των ατόμων με αυτή τη διαταραχή, καθώς το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού μεγαλώνει.

Το ακριβές αίτιο της νόσου Alzheimer παραμένει άγνωστο, αν και έχει προταθεί ένας αριθμός παραγόντων. Αυτοί, περιλαμβάνουν διαταραχές του μεταβολισμού και ρύθμιση της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς, άλλων πρωτεϊνών που ανευρίσκονται στις

αλλοιώσεις που προκαλεί στον εγκέφαλο η άνοια, καθώς και διαταραχές του μεταβολισμού του ψευδαργύρου και αργιλίου (Υπ.Υ.Π, Δ/νση Ψ.Υ., 2002).

1.3.6 Νοητική Καθυστέρηση

Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης, ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των δεξιοτήτων και της νοημοσύνης, σε πεδία όπως των γνωστικών λειτουργιών, της γλωσσικής ικανότητας και των κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Μπορεί να υπάρχει μόνη της, ή και με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Αν και το μειωμένο επίπεδο νοητικής λειτουργίας είναι το χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής, η διάγνωση τίθεται μόνο εάν συνυπάρχει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στις καθημερινές απαιτήσεις του ομαλού κοινωνικού περιβάλλοντος. Η νοητική καθυστέρηση μπορεί να είναι ελαφριάς μορφής (Νοητικό Πηλίο 50-69), μέτριας (Νοητικό Πηλίο 35-49), σοβαρής (Νοητικό Πηλίο 20-34) και βαριάς (Νοητικό Πηλίο κάτω από 20).

Ένα σύνηθες αίτιο νοητικής καθυστέρησης είναι η ενδημική ανεπάρκεια του ιωδίου, που οδηγεί σε κρετινισμό. Η ανεπάρκεια του ιωδίου, η οποία μπορεί να προληφθεί, αποτελεί το κύριο αίτιο εγκεφαλικής βλάβης και νοητικής καθυστέρησης παγκοσμίως.

1.3.7 Διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας

Αντίθετα από ότι πιστεύει ο κόσμος, οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι κοινές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η αλήθεια είναι ότι δεν δίνεται αρκετή προσοχή σε αυτό το κομμάτι της ψυχικής υγείας.

Υπάρχουν δυο ευρείες κατηγορίες που αναφέρονται ειδικά στην παιδική και εφηβική ηλικία: α) *διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης* και β) *συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές*. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από ατέλειες ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη ειδικών λειτουργιών όπως του λόγου και της γλώσσας (δυσλεξίες) ή συνολικά της ανάπτυξης (αυτισμός). Η πορεία αυτών των διαταραχών είναι σταθερή, χωρίς ύφεση ή υποτροπές, αν και οι περισσότερες τείνουν να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Η ευρεία ομάδα των δυσλεξιών είναι διαταραχές στην ανάγνωση και τη γραφή.

Στη δεύτερη κατηγορία, τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές, συμπεριλαμβάνονται οι υπερκινητικές διαταραχές, οι διαταραχές ελλειμματικής προσοχής, αδυναμίας συγκέντρωσης και υπερδραστηριότητας, οι διαταραχές διαγωγής και οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος της παιδικής ηλικίας. Επιπρόσθετα, πολλές διαταραχές που είναι συνηθέστερες μεταξύ ενηλίκων μπορεί να αρχίζουν κατά την παιδική ηλικία. Παράδειγμα είναι η κατάθλιψη, η οποία όλο και περισσότερο διαγιγνώσκεται στα παιδιά.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας επιβαρύνουν πολύ την κοινωνία και με ανθρώπινους και με οικονομικούς όρους. Το σύνολο της επιβάρυνσης από αυτά τα νοσήματα δεν είναι εύκολο να υπολογιστεί, αφού πολλές από αυτές τις διαταραχές μπορεί να είναι πρόδρομοι άλλων, πολύ σοβαρότερων αργότερα.

1.4 Συννοσηρότητα

Είναι σύνηθες να συνυπάρχουν δυο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές σε ένα άτομο. Αυτό προσομοιάζει στις σωματικές διαταραχές, όπου επίσης η συχνότητα συνύπαρξης περισσότερων διαταραχών είναι μεγαλύτερη από την τυχαίως αναμενόμενη. Στις

προχωρημένες ηλικίες είναι ακόμα συνηθέστερο, οπότε ένας αριθμός σωματικών και ψυχικών διαταραχών συνυπάρχουν. Τα προβλήματα σωματικής υγείας δε συμβαδίζουν απλώς με ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, αλλά μπορεί να συσχετίζονται με την έναρξη και την επιμονή της κατάθλιψης

Το άγχος και οι καταθλιπτικές διαταραχές συνυπάρχουν. Αυτή η συννοσηρότητα ανευρίσκεται σε πάνω από τα μισά άτομα που έχουν αυτές τις διαταραχές. Μια άλλη κοινή κατάσταση, είναι η παρουσία ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με χρήση ουσιών και την εξάρτηση. Κλασσικό παράδειγμα, σύμφωνα με έρευνα, η περίπτωση τοξικομανών όπου ένας (1) τους τέσσερις (4) ύστερα από μακροχρόνιο διάστημα χρήσης καταλήγει στην εκδήλωση ψυχωτικών νόσων και κυρίως σχιζοφρένειας (Υπ.Υ.Κ.Α, σ, 2003).

Η ύπαρξη σημαντικής συννοσηρότητας έχει σοβαρά επακόλουθα όσον αφορά τη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των πασχόντων. Πέραν τούτου, αυξάνει σημαντικά ο βαθμός ανικανότητας των πασχόντων ατόμων και οι επιπτώσεις στην οικογένεια.

1.5 Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους. Παρόλο που η δυστυχία και ο πόνος δεν είναι εύκολα μετρήσιμα μεγέθη, μια από τις μεθόδους ώστε να εκτιμηθεί η επίπτωσή τους είναι η χρήση ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής (Quality of life Instruments) (QOLI). Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούν τις υποκειμενικές εκτιμήσεις σε μια ποικιλία τομέων, ώστε να εκτιμήσουν την επίπτωση που έχουν στη ζωή των πασχόντων τα συμπτώματα και οι διαταραχές.

Ένας αριθμός μελετών πάνω σε αυτό το ζήτημα συμπεραίνει ότι τα αρνητικά επακόλουθα δεν είναι μόνο σοβαρά αλλά και διαρκή. Έχειδειχθεί ότι η ποιότητα ζωής εξακολουθεί να είναι χαμηλή ακόμα και μετά από την αποθεραπεία, λόγω κοινωνικών παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν το στίγμα και τις διακρίσεις που ακολουθούν τον ασθενή.

Τα αποτελέσματα από τις μελέτες ποιότητας ζωής δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία παραμένουν επί μακρόν σε ψυχιατρεία, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από όσα ζουν στην κοινότητα. Έπειτα, μελέτες δείχνουν ότι όταν οι κοινωνικές και λειτουργικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται, η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές προβλέπεται να είναι χαμηλή (Υπ.Υ.Κ.Α, σ, 2003).

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε, ότι η επίπτωση στην ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές άγχους και πανικού ασκούν επίσης σημαντική επίδραση, ιδιαίτερα όσον αφορά τη ψυχολογική λειτουργικότητα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΡΟΧΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ποιότητα και Ψυχική Υγεία

Στη φροντίδα ψυχικής υγείας, η ποιότητα είναι ένα μέτρο κατά πόσο οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητές *εκβάσεις*, ακολουθώντας ταυτόχρονα τις σύγχρονες τεχνικές. Αναλύοντας τον όρο εκβάσεις, εννοούμε τις αλλαγές που επέρχονται εξ αιτίας των παρεμβάσεων των υπηρεσιών στη λειτουργικότητα, στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Υπ.Υ.Κ.Α.,α, 2003).

Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει δυο σκέλη. Στο ένα σκέλος αναφέρονται τα άτομα που πάσχουν, οι οικογένειές τους και ο πληθυσμός συνολικά και στο άλλο σκέλος οι εργαζόμενοι, οι υπηρεσίες και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής. Οι μεν πρώτοι, δίνουν περισσότερο σημασία στο ότι οι υπηρεσίες πρέπει να στοχεύουν και να επιτυγχάνουν σχεδόν πάντα σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία. Οι δε δεύτεροι, ότι πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν καλύτερη χρήση της σύγχρονης γνώσης και τεχνολογίας.

Τα αποτελέσματα που μπορεί η επιφέρει η ποιότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντικά όπως η προστασία της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η παροχή κατάλληλης και επιστημονικά δόκιμης κλινικής και μη κλινικής φροντίδας, με σκοπό να μειωθεί η επιβάρυνση που προκαλεί η διαταραχή και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των πασχόντων, η ανάπτυξη παρεμβάσεων τέτοιων, ώστε τα πάσχοντα άτομα να μπορούν να αντεπεξέλθουν μόνα τους τις ψυχικές τους αναπηρίες, η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρήση των πόρων, η βελτίωση στους τομείς πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

Αναφορικά με τα ανωτέρω η ποιότητα της φροντίδας ψυχικής υγείας είναι σημαντική στη ζωή των εμπλεκομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα για τους πάσχοντες, η ποιότητα διασφαλίζει την ιδιαίτερη φροντίδα που έχουν ανάγκη. Στις οικογένειες τους

βοηθάει για την οικογενειακή συνοχή. Στους διαχειριστές των υπηρεσιών διασφαλίζει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα τους. Στους υπεύθυνους για την χάραξη της πολιτικής, η ποιότητα είναι το κλειδί για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και την καλή σχέση μεταξύ κόστους - οφέλους και κόστους - αποτελεσματικότητας του συστήματος.

Επομένως η ποιότητα είναι σημαντική για οποιαδήποτε υπηρεσία ψυχικής υγείας, είτε βρίσκεται σε νηπιακό στάδιο με ελάχιστου πόρους, είτε είναι καλά οργανωμένη με άφθονους πόρους. Στην πρώτη περίπτωση θέτει γερά θεμέλια για την μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών, στη δεύτερη διασφαλίζει την ανάπτυξη της αποτελεσματικής και επαρκούς φροντίδας στο μέλλον, αποφεύγοντας τις απαράδεκτες καταστάσεις του παρελθόντος, όπως η καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία.

2.2. Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η αξιολόγηση της υπάρχουσας ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι το πρώτο βήμα σε οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσής της. Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει κατ' αρχήν την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου ποιότητας και στη συνέχεια την υιοθέτηση των κατάλληλων μηχανισμών για την καθημερινή διατήρηση της ποιότητας. Οι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας αποτελούν ένα δομημένο και ξεκάθαρο πλαίσιο από το οποίο μπορούν να προκύπτουν σημαντικές συνεχείς βελτιώσεις στο πλαίσιο των προσπαθειών για διαρκή βελτίωση.

Στις περισσότερες χώρες οι υπηρεσίες για την ψυχική υγεία χρήζουν ανάγκης ποιοτικής βελτίωσης ώστε να αξιολογηθούν, να επανεκτιμηθούν και να μεταρρυθμιστούν, για να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και θεραπεία. Υπάρχουν τρόποι, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να παρέχονται ποιοτικότερα, ακόμα και με περιορισμένους πόρους, ώστε όσοι τις χρειάζονται να μπορούν και κάνουν πλήρη και αποτελεσματική χρήση.

Τέτοιοι τρόποι βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ως εσωτερικοί μηχανισμοί βελτίωσης, είναι παρεμβάσεις όπως (Υπ.Υ.Κ.Α.,b, 2003):

- δυνατότητα αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- αποϊδρυματοποίηση, μετατόπιση της φροντίδας εκτός των μεγάλων ψυχιατρείων
- ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών για την ψυχική υγεία
- διασφάλιση της διαθεσιμότητας των αναγκαίων κατά περίπτωση ψυχοτρόπων φαρμάκων
- προαγωγή της ποιότητας με την ύπαρξη κατάλληλων νομοθετικών ρυθμίσεων
- επαγγελματική κατάρτιση και εκπαίδευση των επαγγελματιών και του προσωπικού ψυχικής υγείας

Ακολουθεί περαιτέρω ανάλυση των παραπάνω δράσεων ώστε οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται να διαθέτουν ένα υψηλού επιπέδου ποιοτικό υπόβαθρο άξιο των προσδοκιών και των απαιτήσεων των ενδιαφερόμενων.

2.2.1. Παροχή ψυχικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Μια σημαντική αρχή, που παίζει ρόλο στην οργάνωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία και στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών, είναι η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ολόκληρο το σύστημα υγείας γενικότερα, είναι θεμελιώδης και αποδεικνύεται καθημερινά. Αυτό το

βασικό επίπεδο περίθαλψης, δρα σαν φίλτρο ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

Η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα είναι πολύ σημαντική διότι δίνει σε πρώτη φάση τη δυνατότητα σε άτομα που έχουν πραγματικά ανάγκη σε δεδομένη χρονική στιγμή, άμεσης πρόσβασης και αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Με τον τρόπο αυτό, ελαττώνονται οι περιττές παρεμβάσεις και προσφέρονται οι κατάλληλες εξειδικευμένες εξετάσεις και θεραπείες κατά περίπτωση.

Η ενσωμάτωση της ψυχικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη έχει πολλά πλεονεκτήματα. Αυτά περιλαμβάνουν: λιγότερο στιγματισμό ασθενών και προσωπικού αφού η αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών γίνεται μαζί με τα σωματικά προβλήματα υγείας, βελτιωμένα ποσοστά διάγνωσης για ασθενείς που παραπονιούνται για ασαφή σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές, δυνατότητα καλύτερης θεραπείας των σωματικών προβλημάτων όσων πάσχουν από ψυχική νόσο και αντίστροφα.

Οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι κοινές και πολλοί ασθενείς συνήθως εξετάζονται μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Όμως οι διαταραχές τους, συχνά δεν αναγνωρίζονται. Επίσης η ψυχολογική νοσηρότητα είναι κοινό χαρακτηριστικό των σωματικών ασθενειών και οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνά βλέπουν συναισθηματικές διαταραχές, χωρίς να τις αναγνωρίζουν πάντα.

Η εκπαίδευση του προσωπικού όλων των βαθμίδων της περίθαλψης, ώστε να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν κοινές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό βήμα σε γενικό επίπεδο. Η προσπάθεια αυτή εάν προωθηθεί και στο τοπικό προσωπικό ψυχικής υγείας, το οποίο ενδιαφέρεται να βοηθήσει, τότε τα αποτελέσματα θα στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών των ενδιαφερόμενων μέσω παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Καλά εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη μπορούν να προσφέρουν επαρκή θεραπεία και υποστήριξη στους ψυχικά πάσχοντες και αναγνωρίζοντας νωρίς τις ψυχικές διαταραχές μπορούν εύστοχα να τις αντιμετωπίσουν με τελικό στόχο τη μείωση της ιδρυματοποίησης και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πασχόντων.

Έπειτα, η ποιότητα και η ποσότητα των ειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, εξαρτάται από τις υπάρχουσες στο επίπεδο αυτό. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες πρέπει να διατίθενται ισόρροπα ποσοτικά αλλά και ποιοτικά τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και σε νοσοκομειακό επίπεδο, γεγονός το οποίο δυστυχώς δεν συμβαίνει και δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Έτσι, ασθενείς που εξέρχονται από ψυχιατρικά τμήματα μπορούν να παρακολουθούνται αποτελεσματικά από γιατρούς της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Υπ.Υ.Κ.Α., α, 2003).

Εάν επομένως, η ψυχική υγεία συμπεριληφθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τότε οι προσφερόμενες υπηρεσίες θα βελτιώνονται συνεχώς τόσο ως προς την ποιότητα όσο και ως προς την ποσότητα καθώς και ως προς την ικανοποίηση των πασχόντων αλλά και των οικογενειών τους.

2.2.2 Αποϊδρυματοποίηση και μετατόπιση της φροντίδας εκτός των μεγάλων ψυχιατρείων

Η αποτυχία των ασύλων αποδεικνύεται από επανειλημμένες περιπτώσεις κακομεταχείρισης ασθενών, από γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων, από την κακή παρακολούθηση των ασθενών, τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας, την κακή διαχείριση και διοίκηση, την κατασπατάληση πόρων. Οι μόνες υπηρεσίες που προσφέρονται είναι συχνά περισσότερο προσανατολισμένες στην καταστολή παρά στη θεραπεία (Υπ.Υ.Π., Δ/ση Ψ. Υ., 2002).

Αντίθετα η κοινοτική φροντίδα στοχεύει στην σωστή πρόγνωση και στην ορθή διάγνωση, θεραπεία και περίθαλψη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Στην πράξη, η κοινοτική φροντίδα απαιτεί την ανάπτυξη ποικίλων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η διαδικασία έχει στόχο, αφενός να σιγουρέψει ότι κάποιες από τις πιο σημαντικές προστατευτικές λειτουργίες του ασύλου υπάρχουν στην κοινότητα και αφετέρου να ξεριζώσει και να αποβάλει την αρνητική εικόνα που έχουν τα ιδρύματα προς τα έξω.

Μια σωστή αποϊδρυματοποίηση έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών δομών
- Έξοδος χρόνιων ιδρυματοποιημένων ασθενών, ύστερα από επαρκή προετοιμασία και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από τις κοινοτικές υπηρεσίες
- Ίδρυση και συντήρηση υποστηρικτικών κοινοτικών συστημάτων για τους μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς (εξωτερικούς ασθενείς)

Έτσι τα συσσωρευμένα στοιχεία της ανεπάρκειας των ψυχιατρείων και της ιδρυματοποίησης που συνεπαγόταν, οδήγησε στο κίνημα της αποϊδρυματοποίησης και της αντιμετώπισης σε κοινοτικό επίπεδο για ποιοτικότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Γι' αυτό πρέπει να αναπτύσσονται κοινοτικές υπηρεσίες, όπου όλες οι θετικές λειτουργίες των ιδρυμάτων θα πρέπει να αναπαράγονται στην κοινότητα ενώ οι αρνητικές καταστάσεις που δυστυχώς παρατηρούνται σ' αυτά θα πρέπει να δώσουν την θέση τους στην ποιοτική φροντίδα για την ταχύτερη και αστιγμάτιστη αποκατάσταση των πασχόντων.

2.2.3. Ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι κοινωνικές πεποιθήσεις, στάσεις και αντιδράσεις, προσδιορίζουν πολλές πλευρές της φροντίδας για τη ψυχική υγεία. Οι άνθρωποι με ψυχικές παθήσεις είναι μέλη της κοινωνίας και αναπόφευκτα το κοινωνικό περιβάλλον αλληλεπιδρά με αυτά τα άτομα-μέλη του. Εάν είναι ευνοϊκό, συμβάλλει στην ανάρρωση, αποκατάσταση και επανένταξη των πασχόντων. Εάν όχι, μπορεί να ενδυναμώσει το στίγμα και τις διακρίσεις.

Οι προσπάθειες της τοπικής κοινότητας στην ανάπτυξη υπηρεσιών που αφορούν θέματα ψυχικής υγείας, περιλαμβάνουν κατ' αρχάς τη σωστή ενημέρωση σε ό,τι αφορά τις ψυχικές διαταραχές. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της περιθαλψής από τα ιδρύματα στην ίδια την κοινότητα, συμβάλλει στην αλλαγή της στάσης και των αντιδράσεων της κοινότητας και βοηθά τους πάσχοντες να ζήσουν καλύτερα.

Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα ως προσέγγιση σημαίνει (Υπ.Υ.Π., Δ/νση Ψ. Υ., 2002):

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις και δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα
- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά, ανικανότητα
- Εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση που αντικατοπτρίζει τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα
- Ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που μπορούν να προσφέρουν κατ' οίκον θεραπεία
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- Συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενή καθώς και ικανοποίηση των αναγκών του για ενημέρωση και καθοδήγηση στους τρόπους αντιμετώπισης των ασθενών όταν χρήζουν ανάγκης άμεσης υποστήριξης
- Υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών

Η περίθαλψη στην κοινότητα έχει σίγουρα καλύτερα αποτελέσματα από αυτήν που παρέχεται στα ιδρύματα, τόσο στην έκβασή της όσο και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η μετατόπιση της φροντίδας των ασθενών από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα είναι κατ' αρχάς οικονομικά συμφέρουσα και σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα. Συνεπώς, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να παρέχονται μέσα στην κοινότητα με χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων. Οι υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο, δίνουν τη δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης και άμεση καταστολής καθώς και περιορισμού του στιγματισμού των πασχόντων.

Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα πρέπει να αντικατασταθούν από κατάλληλες δομές στην κοινότητα, που να στηρίζονται από ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία και από υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Οι νέες αυτές δομές πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες όλων των πρώην ασθενών και εν δυνάμει νέων χρηστών των ποιοτικότερων τελικά υπηρεσιών που μπορεί να προσφερθούν σε επίπεδο κοινοτικών δομών. Οι αλλαγές αυτές βέβαια προϋποθέτουν και την ανάλογη μετακίνηση των εργαζόμενων στον τομέα της ψυχικής υγείας από τα ψυχιατρικά ιδρύματα στην κοινότητα.

Πρέπει λοιπόν να αναπτυχθούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με στόχο την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και θεραπείας σε τοπικό επίπεδο που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις ψυχικής υγείας του πληθυσμού, καθώς και την εύκολη πρόσβαση των άμεσα -ασθενείς- και έμμεσα –οικογένειες πασχόντων- ενδιαφερομένων. Οι υπηρεσίες αυτές θα ήταν σκόπιμο να περιλαμβάνουν και :διατροφή, δυνατότητα διακομιδής οξών περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία, φροντίδα εξωτερικών ασθενών, κοινοτικά κέντρα, εξωτερικές υπηρεσίες, μόνιμη στέγαση ασθενών, επαγγελματική και εκπαιδευτική στήριξη-επανάταξη και κάλυψη βασικών αναγκών όπως στέγαση και ρουχισμός.

Η ύπαρξη όμως των δομών αυτών για να επιφέρει σωστή ανάπτυξη και εύρυθμη λειτουργία, προϋποθέτει και την ανάλογη χρηματοδότηση. Τρεις είναι οι επιλογές που αφορούν την χρηματοδότηση και πρέπει να ληφθούν υπόψη. (Υπ.Υ.Κ.Α.,b, 2003):

- Να απελευθερωθούν πόροι από το μερικό κλείσιμο των ψυχιατρείων και να διοχετευθούν στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών.
- Να χρησιμοποιηθεί μεταβατική χρηματοδότηση για την αρχική επένδυση των νέων υπηρεσιών, ώστε να διευκολυνθεί η κίνηση από τα νοσοκομεία προς την κοινότητα.
- Να διατηρηθεί η παράλληλη χρηματοδότηση, ώστε να υπάρχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ιδρυματικής φροντίδας, που βέβαια είναι θεμιτό αλλά και αναγκαίο, ακόμα και όταν θα έχουν σταθεροποιηθεί οι κοινοτικές υπηρεσίες.

Η αλήθεια όμως είναι ότι γενικότερα αντιμετωπίζεται πρόβλημα στις προσπάθειες να δημιουργηθεί ολοκληρωμένη κοινοτική φροντίδα για την ψυχική υγεία λόγω έλλειψης

κεφαλαίων. Είναι δύσκολο να μετακυλιστούν δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης προς την πρωτοβάθμια ή την κοινοτική φροντίδα. Ακόμη και αν οι δαπάνες αφαιρεθούν από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, δεν υπάρχει εξασφάλιση ότι θα χρησιμοποιηθούν για κοινοτικά προγράμματα ψυχικής υγείας. Λόγω περιορισμένων προϋπολογισμών, είναι σαφές ότι η ολοκληρωμένη κοινοτική φροντίδα είναι απίθανο να επιβιώσει χωρίς την υποστήριξη των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών.

Ο τελικός στόχος λοιπόν, είναι η παροχή περίθαλψης και φροντίδας ψυχικών υπηρεσιών, να γίνεται σε επίπεδο κοινότητας. Αυτό οδηγεί εύλογα, στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων αν και μια άμεση απόφαση αυτού του τύπου μπορεί αν μην είναι και η πλέον ρεαλιστική. Βραχυπρόθεσμα, και μέχρι να καταστεί δυνατόν όλοι οι ασθενείς να τύχουν περίθαλψης και επαρκούς φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας, τα ψυχιατρεία πρέπει να περιορισθούν, οι συνθήκες ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών να βελτιωθούν, το προσωπικό να εκπαιδευτεί κατάλληλα, να υιοθετηθούν πρακτικές που θα προφυλάσσουν τους ασθενείς από μη αναγκαίες υποχρεωτικές εισαγωγές και θεραπείες και να δημιουργηθούν ανεξάρτητοι μηχανισμοί παρακολούθησης και ελέγχου των συνθηκών στα νοσοκομεία.

2.2.4 Ψυχοτρόπα φάρμακα και εξασφάλιση της διαθεσιμότητά τους

Η ανακάλυψη καθώς και η βελτίωση φαρμάκων χρήσιμων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα θεωρείται μια από τις επαναστάσεις στην ιστορία της ψυχιατρικής επιστήμης. Η ψυχοφαρμακολογία έκανε σημαντικές προόδους, με την ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων, ιδίως με τα νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως και με την ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Βασικά υπάρχουν τρεις κατηγορίες ψυχοτρόπων φαρμάκων, για ειδικά συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών (Υπ.Υ.Π., Δ/νση Ψ. Υ., 2002):

- τα αντιψυχωτικά, για τις ψυχώσεις (σχιζοφρένεια)
- τα αντνευρωτικά, για τις νευρώσεις (κατάθλιψη)
- τα αντιεπιληπτικά, για την επιληψία
- τα αγχολυτικά ή ηρεμιστικά, για το άγχος

Αυτό που έχει σημασία είναι να κατανοήσουμε ότι τα φάρμακα αυτά καταπολεμούν τα συμπτώματα των νόσων και όχι τις ίδιες τις νόσους ή τις αιτίες τους. Άρα τα ψυχοτρόπα φάρμακα στοχεύουν στον περιορισμό, την μείωση των συμπτωμάτων και την πρόληψη των υποτροπών και όχι στην εξάλειψη της νόσου.

Ο Π.Ο.Υ έχει καταρτίσει ένα βασικό κατάλογο φαρμάκων για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Συχνά όμως, τα συνήθη συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα δεν είναι διαθέσιμα όταν κρίνονται αναγκαία.

Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να διατίθεται σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης, στο εύρος και την ποσότητα η οποία καθορίζεται από το πώς είναι οργανωμένο το σύστημα σε κάθε επίπεδο και τι αρμοδιότητες είναι το καθένα από αυτά ορισμένο να επιτελεί.

Τα φάρμακα αυτά -πρώτης ανάγκης προτεραιότητας και κατανάλωσης- θεωρούνται ως βασικά και πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη βασική λίστα φαρμάκων κάθε χώρας και να διατίθεται τα κατάλληλα για κάθε περίπτωση. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτό μπορεί να απαιτεί αλλαγές στη νομοθεσία, τροποποιήσεις, προσθέσεις αλλά και ακυρώσεις. Τα φάρμακα αυτά αμβλύνουν τα συμπτώματα, μειώνουν την ανικανότητα, επιταχύνουν την αποθεραπεία και προλαμβάνουν τις υποτροπές. Δίνουν τη δυνατότητα αρχικής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα σε καταστάσεις μη δυνατής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και μη ύπαρξης εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού.

Οι κυβερνήσεις είναι αυτές που πρέπει να φροντίσουν ώστε να διατεθούν τα απαιτούμενα για την αγορά των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων και να διανεμηθούν στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης, σύμφωνα με την ανειλημμένη ισχύουσα πολιτική. Όπου υπάρχει πολιτική κοινοτικής φροντίδας, τότε τα βασικά φάρμακα πρέπει όχι απλώς να υπάρχουν, αλλά και το προσωπικό να έχει δικαίωμα χορήγησής τους.

Τα φάρμακα είναι δυνατόν να αγοράζονται με τη φαρμακολογική τους ονομασία από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς όπως η ECHO (Equipment for Charitable Hospitals Overseas) και η UNISEF-Τμήμα προμηθειών στην Κοπενχάγη-, που διαθέτουν φάρμακα καλής ποιότητας σε χαμηλές τιμές. Επίσης, ο Π.Ο.Υ και το Management Sciences for Health (2001), εκδίδουν ένα ετήσιο δελτίο ενδεικτικών τιμών βασικών φαρμάκων, το οποίο συμπεριλαμβάνει τιμές και διευθύνσεις γνωστών προμηθευτών διαφόρων ψυχοτρόπων φαρμάκων σε τιμές χονδρικής και χωρίς κέρδος για αυτούς.

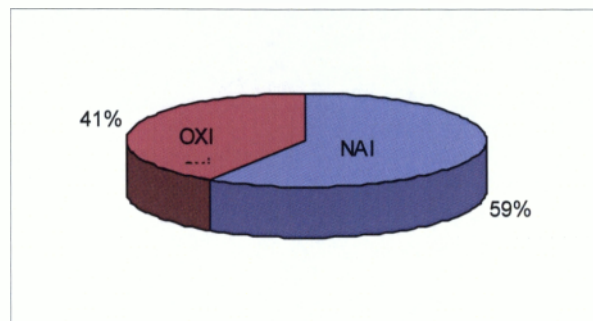
Έτσι λοιπόν θα παρέχονται ποιοτικότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που από ιατροφαρμακευτικής πλευράς θα παρέχουν την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή που είναι αναγκαία κατά περίπτωση, ώστε ο πάσχων να λαμβάνει πλέον ποιοτικά ολοκληρωμένη φροντίδα δίχως πειραματισμούς, σίγουρος γι' αυτό που του χορηγείται

2.2.5. Κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις

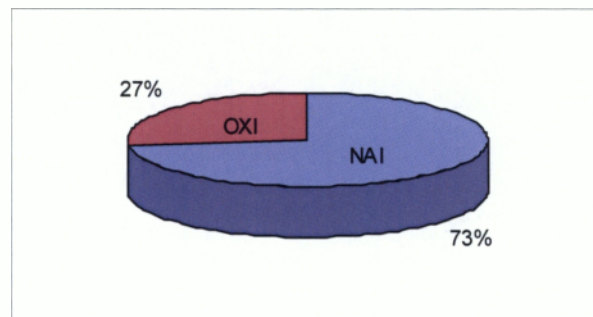
Η νομοθεσία για τη ψυχική υγεία πρέπει να κωδικοποιεί και να παγιώνει τις βασικές αρχές, αξίες και σκοπούς της πολιτικής για τη ψυχική υγεία. Η νομοθεσία είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, να τηρηθεί η αξιοπρέπεια των ασθενών και να προστατευθούν τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά τους.

Από τις 160 χώρες που έδωσαν πληροφορίες για τη νομοθεσία, σχεδόν το ¼ δεν έχει νομοθεσία για τη ψυχική υγεία (Σχήμα 2.1.). Περίπου το μισό της υπάρχουσας νομοθεσίας

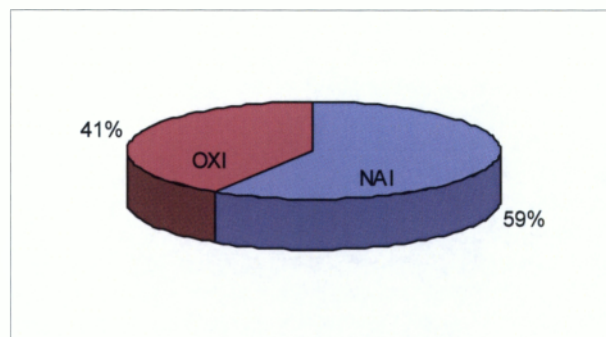
θεσμοθετήθηκε την περασμένη δεκαετία, αλλά σχεδόν κατά το 1/5 δημιουργήθηκε πριν 40 χρόνια, σε εποχές που δεν υπήρχαν οι σημερινές διαθέσιμες θεραπευτικές πρακτικές.



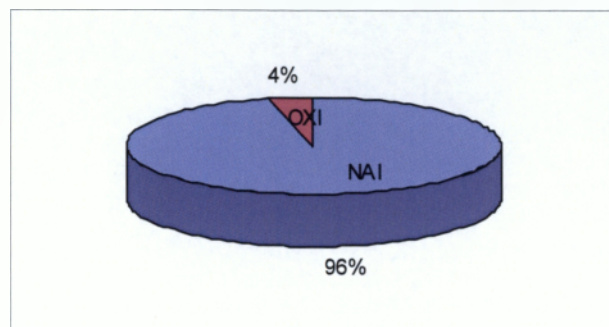
Αφρική



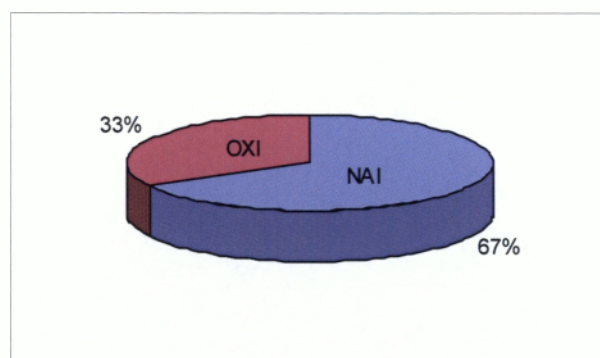
Β. και Ν. Αμερική



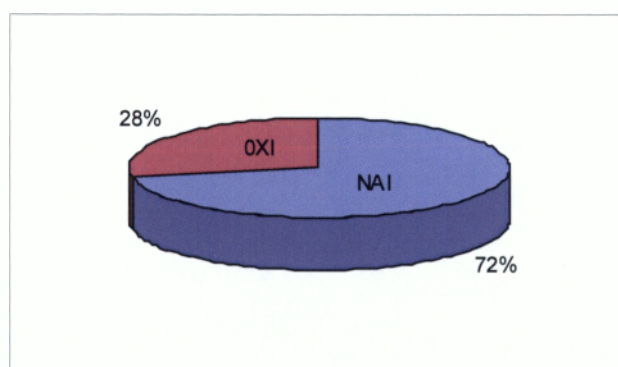
Ανατολική Μεσόγειος



Ευρώπη



Νοτιοανατολική



Δυτικός Ειρηνικός

Σχήμα 2.1: Ύπαρξη νομοθεσίας για τη ψυχική υγεία, Βασισμένη σε πληροφορίες από 160 Κράτη μέλη.

Πηγή: Mental health recourses in the world. Intial results of Project Atlas, 2001, Geneva, WHO.

Η νομοθεσία πρέπει να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα, ισότητα και εξάλειψη των διακρίσεων, απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, αυτονομία, σωματική ακεραιότητα, δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής, κ.α. Πέραν του νομικά δεσμευτικού *Διεθνούς Συμφώνου για τα Πολιτικά Δικαιώματα* και του *Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα*, που αφορούν και όσους πάσχουν από ψυχικές διαταραχές η πλέον σημαντική προσπάθεια να προστατευθούν τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων είναι η απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την *Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για τη Ψυχική Υγεία* που υιοθετήθηκε το 1991.

Οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν σύγχρονη εθνική νομοθεσία η οποία θα είναι συνεπής με τις διεθνείς υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η νομοθεσία είναι αναγκαία γιατί οδηγεί σε σημαντική και σε βάθος χρόνου δράση όπου οι υπηρεσίες αναβαθμίζονται ποιοτικά και τα ανθρώπινα δικαιώματα διασφαλίζονται ουσιαστικά. Εάν ρυθμίσεις της νομοθεσίας για τη ψυχική υγεία αναπτυχθούν και αναθεωρηθούν όπου κρίνεται σκόπιμο, τότε οι ανάγκες για προγράμματα ψυχικής υγείας θα βρουν πρόσφορο έδαφος και θα μπορέσουν να καρποφορήσουν.

2.2.6. Εκπαίδευση και εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα αποτελεί η κατάρτιση και η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, «αλλά και των Επιστημονικά Υπευθύνων, οι οποίοι καλούνται, να διευθύνουν τις νέες δομές, χωρίς να έχουν σε πολλές περιπτώσεις την απαραίτητη εμπειρία και εκπαίδευση σε αυτό το αντικείμενο. Η κατοχή ενός πτυχίου δε διασφαλίζει απαραίτητα τη δυνατότητα κάποιου επιστήμονα στην καθοδήγηση των νέων αυτών προγραμμάτων.

Αφότου ξεκίνησε να εφαρμόζεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα, παρατηρήθηκε μια σημαντική εξάπλωση δομών (ξενώνων, οικοτροφείων, διαμερισμάτων). Εντούτοις,

υπήρξε καθυστέρηση στην κατάρτιση του προσωπικού για την υποστήριξή τους, με αποτέλεσμα να υπάρχει έλλειψη καταρτισμένου και κατάλληλου προσωπικού. Σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι οι πρωτοβουλίες κατάρτισης πρέπει να προηγούνται των πρωτοβουλιών παροχής υπηρεσιών, για να μπορούν να εγγυηθούν γι' αυτές, ώστε η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που θα παρέχονται εκ των υστέρων να είναι εμφανής (Υπ.Υ.Π, Δ/νση Ψ.Υ., 2002).

Πρέπει να αναζητηθεί η κατάλληλη εκπαίδευση από τους επαγγελματίες στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και να αποκτήσουν δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να φροντίζουν τους ανθρώπους που παρουσιάζουν κάποιο ψυχικό νόσημα. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να είναι συνεχής, να παρέχεται σε όλα τα επίπεδα και να αναγνωρίζεται η συμβολή της ως σημαντική στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το εργατικό δυναμικό της υγείας που εμπλέκεται στην ψυχική υγεία αποτελείται από γενικούς γιατρούς, νευρολόγους, ψυχιάτρους, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς. Η έλλειψη ειδικών ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού με γνώση και ικανότητες, ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην παροχή θεραπείας και φροντίδας. Εάν πρόκειται τα συστήματα υγείας να βελτιωθούν, να αναδιαρθρωθούν, να αποκεντρωθούν όπως στις περιπτώσεις παροχής Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και ανάπτυξης κοινοτικών υπηρεσιών, επειδή αυτό απαιτεί επαναπροσδιορισμό των ρόλων πολλών εργαζομένων στην υγεία, πρέπει τα άτομα που τα στελεχώνουν σύμφωνα με τις αρμοδιότητες τους, να καταλάβουν ανάλογη εκπαίδευση και εξειδίκευση.

Χρειάζεται επανεκπαίδευση και διδασκαλία των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητη για την διεκπεραίωση των ρόλων και των ευθυνών. Οι εμπλεκόμενοι στον τομέα της παροχής της ψυχικής φροντίδας πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να αντιλαμβάνονται τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και το φάσμα των διαθέσιμων θεραπειών και να εστιάζουν σε όσα περισσότερα σχετίζονται με την εργασία τους στο πεδίο αυτό. Θα πρέπει να διδάσκονται εφαρμόσιμες ψυχοκοινωνικές στρατηγικές, δεξιότητες στο χειρισμό και τη διοίκηση, ανάπτυξη πολιτικών και ερευνητικές μεθόδους.

Δυστυχώς όμως δεν υπάρχει επαρκής αριθμός ειδικευμένων επαγγελματιών για να στελεχώσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες χρειάζεται να αυξηθεί και να βελτιωθεί η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ώστε να παρέχουν εξειδικευμένη περίθαλψη ποιοτικά αναβαθμισμένη και να μπορούν έτσι να υποστηρίξουν την δημιουργία νέων προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Όταν το προσωπικό εκπαιδευτεί ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στα νέα δεδομένα πρέπει να αναλάβει θέσεις ανάλογα με τα προσόντα του.

Αυτή η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων είναι ιδιαίτερα αναγκαία ώστε οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να παρέχουν ποιοτικές αλλά και ποσοτικές κατά περίπτωση φροντίδες. Στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη χρειάζονται ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό εφόσον αυτό θα έρθει σε πρώτη επαφή με το πρόβλημα και θα έχει την υποχρέωση να προσφέρει την πρώτη αλλά και καθοριστική αντιμετώπιση είτε άμεσης πρωτοβάθμιας θεραπείας είτε παραπομπής σε άλλο επίπεδο ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού (Υπ.Υ.Κ.Α, α, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η έννοια και ο ορισμός της Ποιότητας

3.1.1 Γενικά

Τα τελευταία χρόνια, είναι γεγονός ότι γίνονται προσπάθειες για την δημιουργία αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας, με βασικούς στόχους τον περιορισμό του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ενδεικτική της τεράστιας σημασίας που αποδίδεται στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης είναι η παρατήρηση ότι μετά την καθιέρωση των συστημάτων ασφάλισης της υγείας και των χρηματοδοτούμενων ταμείων, που χαρακτηρίζονται ως η πρώτη και δεύτερη επανάσταση στα συστήματα υγείας, η αναφορά στην ποιότητα, η αναβάθμισής της μέσα από μηχανισμούς βελτιστοποίησης και η επεξεργασία μέτρων αξιολόγησής της συνιστούν την τρίτη επανάσταση. (Μπακοπούλου, 2004).

Τα βασικά δόγματα για την ποιότητα στην περίθαλψη είναι:

- Η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης μπορεί και πρέπει να βελτιωθεί
- Καλή ποιότητα σημαίνει μικρότερο κόστος
- Ο ορισμός της ποιότητας στην υγεία μπορεί και πρέπει να είναι περισσότερο ακριβής και συγκεκριμένος .

3.1.2 Η Έννοια της Ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας θα έλεγε κανείς πως δεν μπορεί να επιδέχεται κάποιο σαφή προσδιορισμό, δεδομένου ότι έχει να κάνει με κάτι αστάθμητο, το οποίο δεν επιδέχεται μέτρηση. Στην ουσία, η έννοια της ποιότητας προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό όσο και τη μέτρησή της.

Το πολύπλευρο περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αφορά το αίτημα κάθε πολίτη συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο είναι η αθέατη αλλά ουσιαστική παράμετρος της, δεδομένου ότι επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες της εποχής. Τέλος, η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών.

Μελετώντας τις διαφορετικές θεωρίες και προσεγγίσεις της ποιότητας θα διαπιστώσουμε ότι ορίζεται πάντα σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Ο Juran (1988) ορίζει την ποιότητα ως: *«το βαθμό στον οποίο δεδομένο αγαθό ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη»*. Ο Crosby (1989) αναφέρει ότι: *«η ποιότητα ορίζεται ως η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πολίτη»*. Ο Διεθνής Οργανισμός Προτυποποίησης ορίζει την ποιότητα ως: *«το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες»*.

Η ποιότητα επομένως εμπεριέχει ένα υποκειμενικό στοιχείο δεδομένου ότι ο πελάτης – χρήστης επιλέγει το είδος των αγαθών ή υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του.

3.1.3 Προσεγγίσεις του ορισμού της ποιότητας στην υγεία

3.1.3.1. Avedis Donabedian

Πρωτοπόρος σε θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο *Avedis Donabedian*. Ο Donabedian προχωρά σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας ποιότητα και καταγράφει μια σειρά παραμέτρων που επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της ποιότητας.

Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας, *α) το τεχνικό μέρος, β) το διαπροσωπικό μέρος και γ) τη ξενοδοχειακή υποδομή*. Με δεδομένες αυτές τις διαστάσεις προχωρά στον πρώτο κλασσικό πλέον ορισμό της ποιότητας ως: *«Αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»*.

Βάσει του ορισμού αυτού ο Donabedian προχωρά στον καθορισμό των συντελεστών σε κάθε μια από τις παραπάνω παραμέτρους. Τελικά, καταλήγει σε έναν ενοποιημένο ορισμό της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, σύμφωνα με τον οποίο *ποιότητα είναι εκείνη η παρεχόμενη φροντίδα που αναμένεται να μεγιστοποιήσει ένα συνολικό μέτρο ευημερίας του ασθενή, το οποίο λαμβάνει υπόψη τη στάθμιση των αναμενόμενων ωφελειών και κόστους όλων των συστατικών στοιχείων της διαδικασίας παροχής φροντίδας*.

3.1.3.2. Άλλες προσεγγίσεις

α) Ο Maxwel (1993) προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

1. Προσπελασιμότητα: Το να ξεπερνιούνται πάσης φύσεως εμπόδια (γεωγραφικά, οικονομικά, γλωσσικά), προκειμένου να διασφαλισθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

2. *Ισότητα*: Η παροχή υπηρεσιών που εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.

3. *Κοινωνική αποδοχή*: Η άποψη του ασθενή σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται.

4. *Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες*: Συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας που αναπτύσσεται και γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία που παρέχεται.

5. *Αποδοτικότητα*: Το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

6. *Τεχνική αποτελεσματικότητα*: Η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή.

β) Ο Καναδικός Νοσοκομειακός Σύνδεσμος (*Canadian Hospital Association*) (1989), ορίζει ως υψηλής ποιότητας περίθαλψη «...τη νοσηλεία ή τις υπηρεσίες που ικανοποιούν τις συγκεκριμένες απαιτήσεις λαμβανομένου υπόψη του επιπέδου τεχνογνωσίας και των διαθέσιμων πόρων και ανταποκρίνεται (ικανοποιεί) στις προσδοκίες για μεγιστοποίηση του οφέλους και ελαχιστοποίηση του κινδύνου για την υγεία και το καλώς έχειν των ασθενών».

γ) Ο Palmer (1991), λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε κοινωνία, δίνει τον εξής ορισμό: «*Η ποιότητα της φροντίδας μετράται με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο*».

δ) Τέλος, σύμφωνα με τον **Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας**, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (Υπ.Υ.Κ.Α.,α, 2003):

- Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

Η συνοπτική παράθεση των επιμέρους προσεγγίσεων, ερευνητών που προέρχονται από χώρες με διαφορετικά υγειονομικά συστήματα, και αναλύχθηκαν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, μας αποδεικνύει ότι:

- Υπάρχει μία σειρά παραμέτρων, οι οποίες προσδιορίζουν τον καθένα από αυτούς τους ορισμούς.
- Ο κάθε ορισμός τοποθετείται - και μ' αυτή την έννοια είναι «ορθός» - στα πλαίσια συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος.
- Ο κάθε ορισμός, με βάση τις παραμέτρους που τον προσδιορίζουν, αντανακλά τις αξίες και τους προβληματισμούς του υγειονομικού συστήματος στα πλαίσια του οποίου διαμορφώνεται.
- Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και το οποίο σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη.

- Το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και η αποτελεσματική χρήση των διατιθεμένων πόρων υπεισέρχονται στους περισσότερους από τους ορισμούς της ποιότητας.

3.1.4 Προσεγγίσεις της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στην φροντίδα της ψυχικής υγείας. Αξίζει να αναφερθούν οι τρεις κυριότερες και θα ακολουθήσει μια συνοπτική παρουσίαση τους, όπως παρουσιάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

1) Παρακολούθηση της ποιότητας - διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance - QA)

Σε αυτή την προσέγγιση η ποιότητα αξιολογείται ως προς **τη δομή** (structure), **τη διαδικασία** (process), και **την έκβαση** (outcome), (Donabedian, 1980).

Όταν αναφέρουμε ότι η ποιότητα αξιολογείται *ως προς τη δομή*, τότε αναφερόμαστε στη δομική ποιότητα και εννοούμε κατ' αρχάς την αποστολή, τη φιλοσοφία, τους στόχους, τις πολιτικές και τις αρχές μιας υπηρεσίας όπου αν αγνοηθούν ή τροποποιηθούν τότε η υπηρεσία αυτή τίθεται σε κίνδυνο (Κυριόπουλος, κ.ο.α., 2003). Στη συνέχεια αξιολογείται πόσο προσωπικό εργάζεται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, την περιγραφή των θέσεων εργασίας τους, πόσοι οικονομικοί πόροι είναι διαθέσιμοι, καθώς και τι υποδομή υπάρχει, ως προς τα κτίρια και τον εξοπλισμό.

Η ποιότητα *ως προς τη διαδικασία*, αξιολογεί τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των υπηρεσιών και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τα είδη και την ποσότητα των χορηγούμενων φαρμάκων και πόσες αριθμητικά εισαγωγές πασχόντων έγιναν στα νοσοκομεία.

Τέλος η ποιότητα ως προς τις τελικές εκβάσεις, αξιολογεί τις αλλαγές που γίνονται στους ασθενείς γύρω από την ελάττωση των συμπτωμάτων, την ικανοποίησή τους, καθώς και την καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

Το ανωτέρω σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης, θα πρέπει να καλύπτει και τους τρεις αυτούς τομείς και απαιτείται εξωτερικός μηχανισμός ελέγχου και να συστήνει διορθωτικές αλλαγές για την καλή του πορεία.

2) Συνολική Ποιοτική Διαχείριση / Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

Οι έννοιες της συνολικής ποιοτικής διαχείρισης και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας εισήχθησαν τελευταία και στα συστήματα ψυχικής υγείας.

Στις τεχνικές αυτές υπάρχει η τάση για διαρκή βελτίωση, η οποία δεν σταματά ποθενά είναι μια διαρκής εξέλιξη. Υπάρχει εσωτερικός έλεγχος, ο οποίος είναι ενσωματωμένος στη διοίκηση και ο ρόλος του είναι να ανιχνεύει τα τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται, ώστε να επιλύονται έγκαιρα και να προλαμβάνονται με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση.

3) Σταθμισμένη Προσέγγιση

Τρίτη και τελευταία προσέγγιση είναι η σταθμισμένη, η οποία περιλαμβάνει στοιχεία και από τις άλλες δυο προσεγγίσεις με ένα επιπλέον στοιχείο, το κόστος, για να μην υπερβαίνουν οι υπηρεσίες τον προϋπολογισμό (Hermann, Regner, Erickson Yang, 2000). Το κόστος έχει τεκμηριωθεί από την επιστήμη της Διοίκησης ως ένας βασικός παράγοντας της κάθε διαδικασίας προγραμματισμού και ελέγχου. Το κόστος στην ποιότητα διακρίνεται σε δυο μορφές:

- ➔ Το κόστος που δημιουργεί η έλλειψη ποιότητας

- ➔ Το κόστος που δημιουργεί η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας (Επιθεώρηση Υγείας, 2004).

Το μοντέλο της σταθμισμένης προσέγγισης διευκολύνει τους διαχειριστές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και τους υπεύθυνους για τη χάραξη της πολιτικής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και από τις τρεις ανωτέρω προσεγγίσεις όπως (Υπ.Υ.Κ.Α.,a, 2003)::

- Το σύνολο των σαφώς ορισμένων κριτηρίων, από την πρώτη προσέγγιση.
- Την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας, με ενσωματωμένο σύστημα εσωτερικού ελέγχου, από τη δεύτερη.
- Και το κόστος, από την Τρίτη

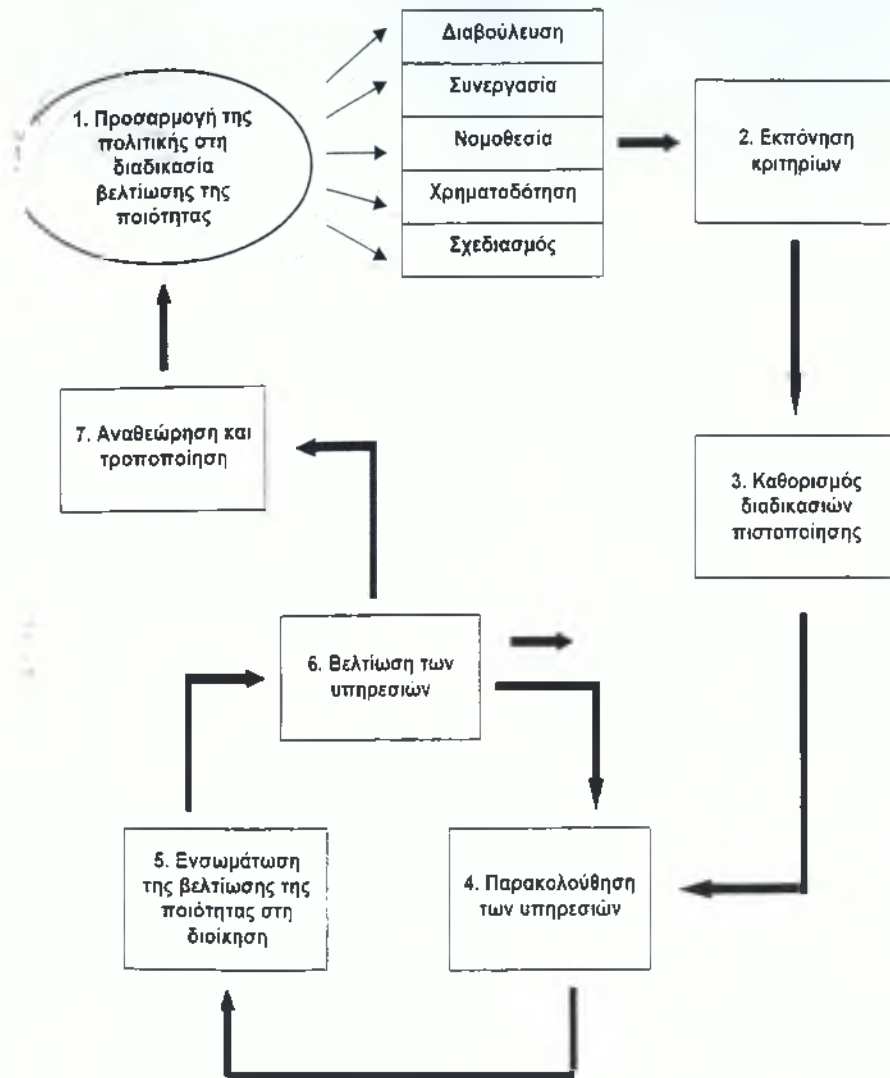
προτείνει μία άλλη προσέγγιση, ως την πιο ενδεδειγμένη για την εξασφάλιση της ποιότητας, η οποία περικλείει τα ανωτέρω πλεονεκτήματα, για τα οποία θα πρέπει να υπάρχει ομοφωνία και καθολική αποδοχή.

3.2 Τα βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας και η ανάλυσή τους

Υστερα από την ανάλυση των ενεργειών για τη βελτίωση της ποιότητας σε επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών στο προηγούμενο κεφάλαιο, κρίνεται σκόπιμη και η αναφορά στα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας στις πολιτικές, ως εσωτερικοί μηχανισμοί βελτίωσης .

Σύμφωνα με το πακέτο οδηγιών της Π.Ο.Υ τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας σε επίπεδο πολιτικών εφαρμογών είναι αυτά που αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα. Τα βήματα αυτά δεν είναι απαραίτητα να

ακολουθούνται απαρέγκλιτα, αλλά για να επιτευχθεί ο στόχος της βελτίωσης της ποιότητας, θεωρούνται όλα αναγκαία (Υπ.Υ.Κ.Α., 2003).



Σχήμα 3.1: Τα βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Πηγή: Υπ.Υ.Κ.Α., Βελτίωση της ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας / Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Π.Ο.Υ.

3.2.1 1^ο βήμα : Προσαρμογή της πολιτικής στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Την πολιτική ευθύνη για τη χάραξη αυτή αναλαμβάνει κάθε Κυβέρνηση γιατί:

- Η ψυχική υγεία έχει στενή σχέση με την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και την Ποιότητα Ζωής
- Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι μεγάλος
- Η εφαρμογή προγραμμάτων για τη ψυχική υγεία απαιτεί τη συμμετοχή Κρατικών Φορέων

Για να επιτευχθεί όμως ο προσδοκώμενος στόχος, που είναι η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας, θα πρέπει ο καθορισμός της πολιτικής της ψυχικής υγείας να περιλαμβάνει εσωτερικούς αλλά και εξωτερικούς μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας.

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής πέρα από τις ακόλουθες ενέργειες που αποτελούν τους μηχανισμούς εσωτερικής βελτίωσης, θα πρέπει να έχουν υπόψη τους και **την έννοια της συνηγορίας** που περιγράφει μηχανισμούς εξωτερικής βελτίωσης ποιότητας όπου μπορεί να λειτουργήσει παράλληλα και συμπληρωματικά για να επιτευχθεί το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Οι πολιτικές για τη ψυχική υγεία πρέπει να προάγουν και όχι να εμποδίζουν τη βελτίωση της ποιότητας. Αφορούν τη διαβούλευση, τις συνεργασίες, τη νομοθεσία, τη χρηματοδότηση και το σχεδιασμό μέσα στο σύστημα και την συνηγορία έξω από αυτό. Οι πολιτικές θα πρέπει να κάνουν συνεχή αναφορές για τη βελτίωση της ποιότητας. Οι αναφορές αυτές θα πρέπει να έχουν ενσωματώσει αξίες, αρχές και στρατηγικές της πολιτικής. (Υπ.Υ.Κ.Α, β, 2003).

3.2.1.1 Πρώτη 1^η ενέσνεια «διαβούλευση»

Οι διαβουλεύσεις είναι απαραίτητες γιατί η ποιότητα της φροντίδας είναι αποτέλεσμα συνεργασιών όλων των εμπλεκόμενων για να μπορέσει να αναπτυχθεί ένα κοινό όραμα (Υπ.Υ.Κ.Α., α, 2003).

Ως εμπλεκόμενους που είναι δυνατόν να συμμετέχουν στις διαβουλεύσεις μπορούμε να θεωρούμε:

- Τους εργαζόμενους στη Ψυχική Υγεία
- Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές
- Τις οικογένειές τους και όσους φροντίζουν άτομα με διαταραχές ψυχικής αιτιολογίας
- Τους Διευθυντές των Υπηρεσιών
- Τους Πανεπιστημιακούς η Εξωτερικούς Συμβούλους
- Τις Επιστημονικές –Επαγγελματικές Οργανώσεις
- Τις μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Εθελοντικές Οργανώσεις
- Τους Κοινοτικούς Ηγέτες
- Τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας
- Τις Υπηρεσίες Στέγασης

Οι διαβουλεύσεις πρέπει να γίνονται καθ' όλη τη διάρκεια των βημάτων τα οποία θα μας οδηγήσουν στην εφαρμογή της ποιότητας π.χ όταν αναπτύσσονται οι συνεργασίες, όταν γίνονται οι διαπραγματεύσεις για τη χρηματοδότηση, όταν δημιουργούνται κριτήρια για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων, όταν αναπτύσσονται διαδικασίες πιστοποίησης.. Η ποιότητα επομένως θα πρέπει να αναπτυχθεί μέσω διαπραγματεύσεων και διαβουλευτικών διαδικασιών.

Είναι δυνατόν βέβαια από τις διαβουλεύσεις να διαφανεί ότι το προσωπικό που εργάζεται στις υπηρεσίες υγείας, εκλαμβάνει την όλη διαδικασία της ανάπτυξης της ποιότητας ως απειλή. Η αξιολόγηση για αυτούς είναι μια διαδικασία η οποία αντιβαίνει κάποιες φορές στα συμφέροντά τους. Παρατηρείται τότε έλλειψη συνεργασίας και μειωμένο ενδιαφέρον,

γι' αυτό χρειάζεται να γίνουν προσεκτικές κινήσεις, ώστε όλοι οι εργαζόμενοι να στηρίξουν την προσπάθεια και να συνεργαστούν.

Τέλος θα πρέπει και η άλλη πλευρά που είναι οι ψυχικά πάσχοντες, οι κύριοι αποδέκτες των υπηρεσιών αυτών, να πειστούν για να μπορέσουν να συνεισφέρουν ουσιαστικά.

3.2.1.2 Δεύτερη 2^η ενέργεια «Συνεργασίες»

Είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν συνεργασίες με επαγγελματικές ομάδες, Ακαδημαϊκά Ιδρύματα, ομάδες συνηγορίας, κοινωνικές υπηρεσίες και από άλλους τομείς υγείας. Μέσα από τις συνεργασίες αυτές αναπτύσσονται εταιρικές σχέσεις, οι οποίες αποτελούν και τη ραχοκοκαλιά της όλης διαδικασίας για τη βελτίωση της ποιότητας.

Άλλες από τις συνεργασίες αυτές θεωρούνται ως απαραίτητες, όπως οι συνεργασίες με τις οργανώσεις των εμπλεκόμενων, άλλες διασφαλίζουν την επιστημονική και κλινική επάρκεια, όπως οι επιστημονικοί-επαγγελματικοί σύλλογοι και άλλες έχουν υιοθετήσει το σύνθημα «τίποτα για μας, χωρίς εμάς» και αυτές είναι οι οργανώσεις συνηγορίας, οι οργανώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους.

3.2.1.3 Τρίτη 3^η ενέργεια «Η συμπαράταξη της νομοθεσίας και των κανονισμών με τους στόχους της βελτίωσης»

Η νομοθεσία αποτελεί ένα βασικό εργαλείο για το σχεδιασμό του συστήματος της ψυχικής υγείας και βάσει αυτής καθορίζονται οι πόροι (ανθρώπινοι, οικονομικοί και υλικοί) που του αναλογούν. Μέσα από τη νομοθεσία προάγεται η ποιότητα και μπορεί να οριστεί ένα ελάχιστο επίπεδο προσδοκιών. Επίσης πρέπει να παγιώνει τις βασικές αρχές, αξίες και

σκοπούς της πολιτικής για τη ψυχική υγεία, καθώς και να διασφαλίζει την αξιοπρέπεια των ασθενών, προστατεύοντας τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά τους.

Επιβάλλεται επομένως οι Κυβερνήσεις των Χωρών να αναπτύξουν σύγχρονη Εθνική νομοθεσία, η οποία θα είναι συνεπής με τις διεθνείς υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα και η οποία θα εφαρμόζει τις δέκα βασικές αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Υπ.Υ.Π. Δ/νση Ψ,Υ., 2002).

Οι δέκα βασικές αρχές που πρέπει να διατρέχουν τις διατάξεις ενός νόμου για τη ψυχική υγεία σύμφωνα με τη **W.H.O** (Υπ.Υ.Κ.Α., α, 2003) είναι:

- *Προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών:* Σύμφωνα με την αρχή αυτή θα πρέπει, κάθε Χώρα να θεσπίσει νόμους οι οποίοι θα προάγουν τη ψυχική υγεία και θα προλαμβάνουν τις ψυχικές διαταραχές.
- *Πρόσβαση στη βασική φροντίδα ψυχικής υγείας:* Επίσης οι νόμοι αυτοί να δίνουν τη δυνατότητα, ώστε να εξασφαλίζεται η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης για όλα τα άτομα που τις έχουν ανάγκη.
- *Εκτιμήσεις της ψυχικής υγείας σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές αρχές:* Οι διαγνωστικές εκτιμήσεις πρέπει να γίνονται με βάση τις διεθνώς αποδεκτές επιστημονικές αρχές.
- *Παροχή του ελάχιστου δυνατού περιοριστικού είδους φροντίδας ψυχικής υγείας:* Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να έχουν φροντίδα όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστική.
- *Αυτοδιάθεση:* Απαιτείται η συγκατάθεση πριν γίνει οποιοδήποτε είδους παρέμβαση σε ένα άτομο.
- *Δικαίωμα πρόσβασης σε βοήθεια κατά την άσκηση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης:* Εάν ένας ασθενής δυσκολεύεται να εκτιμήσει τι συνεπάγεται η λήψη μιας απόφασης, αλλά δεν είναι ανίκανος να αποφασίσει, δικαιούται αν ζητήσει τη βοήθεια ενός Τρίτου προσώπου της δικής του επιλογής.

- *Υπαρξη διαδικασίας επανεξέτασης:* Πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα επανεξέτασης οποιαδήποτε απόφασης λαμβάνεται από ένα θεσμοθετημένο όργανο (δικαστή), ή από κηδεμόνα ή από άλλον εκπρόσωπο, ή από άτομο που παρέχει φροντίδα.
- *Μηχανισμός αυτόματης περιοδικής επανεξέτασης:* Στην περίπτωση που μια απόφαση επηρεάζει την ακεραιότητα (θεραπεία) και την ελευθερία (εισαγωγή σε νοσοκομείο), με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο άτομο, πρέπει να υπάρχει ένας μηχανισμός αυτόματης περιοδικής επανεξέτασης.
- *Οι λαμβάνοντες τις αποφάσεις πρέπει να είναι ικανοί προς τούτο:* Αυτοί που λαμβάνουν τις αποφάσεις με θεσμοθετημένο ρόλο (δικαστής, συγγενής, φίλος, κηδεμόνας), πρέπει να έχουν τα απαραίτητα προσόντα.
- *Σεβασμό στο νόμο:* Οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και την υπάρχουσα δικαιοδοσία και όχι σε άλλη βάση και αυθαίρετα.

Οι νόμοι της Χώρας μας που ρυθμίζουν τα σχετικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας θέματα έχουν ενσωματώσει σε μεγάλο βαθμό τις ανωτέρω αρχές και αναγράφονται λεπτομερειακά στο θεσμικό πλαίσιο που διέπει τον Ελλαδικό χώρο. Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο στην Ελλάδα παρουσιάζει χαρακτηριστικά όπως τα παρακάτω (Υπ.Υ.Κ.Α., 2004).

Οι πολίτες που υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας, έχουν δικαίωμα προτίμησης για την προστασία τους με την έννοια ότι η μέριμνα για τα δικαιώματά τους και η ενίσχυση της ισότητας και ισονομίας αποτελεί καθήκον τόσο του Κράτους όσο και των εξειδικευμένων φορέων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 2 του Ν (2716-1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, (Ν. 2519/1997) σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παράγραφος 2

άρθρο 2 του Ν. 2719-1999). Η Ειδική Επιτροπή είναι επταμελής και αποτελείται από ένα ψυχίατρο και έναν παιδίατρο, δυο κοινωνικούς λειτουργούς, έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και δυο νομικούς.

Αντικείμενο της Ειδικής Επιτροπής είναι η εποπτεία και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ενδεικτικά αναφέρονται:

Το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο Δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του και το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης σε όλες τις διαστάσεις της (οικονομική, επαγγελματική, μορφωτική κλπ).

Οι πηγές από όπου διασφαλίζονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών είναι το Σύνταγμα και μια σειρά από νόμους που αναλύονται παρακάτω:

A. Σύνταγμα 1975/1986/2001

Με τη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 2 του Συντάγματος καθιερώνεται ρητά μια γενική αρχή, που ορίζει ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας».

Στη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 5 του Συντάγματος ορίζεται ότι κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας. Η προσωπικότητα του ανθρώπου αποτελείται από την σωματική, ψυχική, πνευματική, ηθική, κοινωνική υπόσταση και το Κράτος υποχρεούται να μην παρεμποδίζει την ανάπτυξή της.

Στη διάταξη της παραγράφου 5 του άρθρου 5 του Συντάγματος, ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας και εισάγει την έννοια της προστασίας από βιοϊατρικές παρεμβάσεις.

Με τη νέα αυτή παράγραφο που προστέθηκε με την αναθεώρηση του Συντάγματος 2001 εισάγεται το δικαίωμα στην προστασία της υγείας αλλά και της γενετικής ταυτότητας του κάθε προσώπου. Ειδικά ως προς το δικαίωμα στην προστασία της υγείας αυτό είναι άμεσα συνυφασμένο με την υποχρέωση του Κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών παρέχοντας τις αναγκαίες υπηρεσίες.

Στις διατάξεις του άρθρου 12 του Συντάγματος οριοθετείται η ελευθερία του συνεταιρίζεσθαι και του συνέρχεσθαι, δικαίωμα που έχουν όλοι οι Έλληνες. Από τις διατάξεις του άρθρου αυτού επιτρέπεται και αποτελεί δικαίωμα των ψυχικά ασθενών να συμμετέχουν σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς, που ως στόχο έχουν την κοινωνικοοικονομική τους ενσωμάτωση και την επαγγελματική τους ένταξη.

Με τις διατάξεις του άρθρου 25 καθιερώνονται μια σειρά από αρχές, όπως είναι η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου (ότι δηλαδή οι κρατικές επιλογές πρέπει να στηρίζονται στις αποδεκτές από την κοινωνία αξίες και το δίκαιο), η αρχή της τριτενέργειας (ότι δηλαδή τα δικαιώματα που απορρέουν από το Σύνταγμα έχουν αλληλεπίδραση και ενέργεια και στις μεταξύ ιδιωτών σχέσεις), η αρχή της αναλογικότητας (ότι δηλαδή οποιαδήποτε δράση του Κράτους πρέπει να είναι ανάλογη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος) καθώς και ο βασικός κανόνας ότι όλα τα κρατικά όργανα έχουν την υποχρέωση να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκηση των συνταγματικών δικαιωμάτων (Υπ.Υ.Κ.Α. α. 2003).

B. Κοινό Δίκαιο (N.2071/1992, 2447/1996, 2519/1997, 2716/1999)

1. Στις διατάξεις του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992 αναφέρονται και διατυπώνονται για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς τα οποία είναι (Παπανικολάου, 2003):

- Το δικαίωμα του ασθενή να προσεγγίζει τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του υπηρεσίες του νοσοκομείου.

- Το δικαίωμα του ασθενή να του παρέχεται φροντίδα με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του.
- Το δικαίωμα του ασθενή να συγκατατίθεται ή να αρνείται για κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.
- Το δικαίωμα του ασθενή να πληροφορείται και να ενημερώνεται με ακρίβεια και κατά τρόπο πλήρες για την κατάσταση της υγείας του και στη συνέχεια να μπορεί να οδηγηθεί ο ίδιος στη λήψη αποφάσεων ή να μετέχει στη λήψη αυτών.
- Το δικαίωμα του ασθενή για την προστασία της ιδιωτικής του ζωής στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί.
- Το δικαίωμα του ασθενή να είναι σεβαστές και να του αναγνωρίζονται οι θρησκευτικές και ιδεολογικές του πεποιθήσεις.
- Το δικαίωμα του ασθενή της παρουσίασης ή και της κατάθεσης διαμαρτυριών και ενστάσεων και της λήψης πλήρους γνώσης των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Η παραπάνω καταγραφή δικαιωμάτων χωρίς να είναι πλήρης, αποτυπώνει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται απλά ως υποκείμενο δικαίου αλλά και ως φορέας ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων.

2. Τα βασικά ζητήματα που άπτονται των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι η ακούσια νοσηλεία και η δικαστική συμπαράσταση.

Τα θέματα της ακούσιας νοσηλείας και της δικαστικής συμπαράστασης οριοθετούνται σε θεσμικό πλαίσιο από τις διατάξεις του Ν. 2071/1992 και Ν. 24447/1996. Ειδικότερα στις διατάξεις των άρθρων 95,96,97,98,9,100 του Ν. 2071/1992 ορίζεται:

▪ Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή αλλά με κάποιες προϋποθέσεις εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

α) Αίτηση για τη διαδικασία εισαγωγής για ακούσια νοσηλεία του φερόμενου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν οι συγγενείς ή όποιος έχει την επιμέλειά του. Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή είναι:

- Το άτομο να πάσχει από ψυχική διαταραχή
- Να είναι ανίκανο να κρίνει τι είναι συμφέρον για την υγεία του.
- Να είναι απαραίτητη η νοσηλεία του για να αποτραπούν οι πράξεις βίας.
- Η νοσηλεία να θεωρείται απαραίτητη για τη βελτίωση της υγείας του.

β) Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Πρέπει να συνοδεύεται από αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δυο ψυχιάτρων του ειδικού καταλόγου, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι Ιατρικοί Σύλλογοι της Χώρας.

γ) Ο εισαγγελέας αφού διαπιστώσει ότι υπάρχουν οι προϋποθέσεις και εφόσον και οι δυο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσει τη μεταφορά του ασθενούς σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον Τομέα ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλουν τη νοσηλεία του αλλού.

δ) Η μεταφορά του ασθενούς πρέπει να γίνεται σε συνθήκες σεβασμού της προσωπικότητάς του.

ε) Το δικαστήριο που δικάζει με τη διαδικασία της ακούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δυο ψυχιάτρων διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει

αντίθετη γνώμη προς τις γνωματεύσεις διατάζει τότε την εξέταση του ασθενή και από άλλο τρίτο ψυχίατρο, ο οποίος θα είναι εγγεγραμμένος στους καταλόγους των ιατρικών συλλόγων της Χώρας.

3. Τα ένδικα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη συγκεκριμένη περίπτωση είναι το δικαίωμα της έφεσης και της ανακοπής κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δυο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε 15 μέρες από την κατάθεσή της.

4. α) Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας

β) Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζεται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

γ) Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

5. Η διακοπή της ακούσιας νοσηλείας γίνεται όταν πάντων να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού.

6. Η διάρκειά της δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες.

7. Τη λήξη της ακούσιας νοσηλείας δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα να υποβάλουν ή ο ασθενής ή οι συγγενείς του ή ο επίτροπος. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

8. Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευθεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

9. Με τις διατάξεις του Ν. 2447/1996 καταργήθηκαν οι θεσμοί της δικαστικής απαγόρευσης, η νόμιμη απαγόρευση και η δικαστική αντίληψη και αντικαταστάθηκαν με το θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης (Υπ.Υ.Κ.Α. α, 2003).

Γ. Συμπεράσματα

Από τη θεώρηση του παραπάνω θεσμικού πλαισίου διαπιστώνουμε τα εξής:

1. Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχει ένα επαρκές θεσμικό πλαίσιο που σε ικανοποιητικό βαθμό εγγυάται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι πλέον δεν βρίσκονται στο περιθώριο του δικαίου και της δικαιοσύνης.
2. Η καταγραφή των δικαιωμάτων και η συμπαράταξη της νομοθεσίας σύμφωνα με τις δέκα βασικές αρχές της Π.Ο.Υ, αποτελούν εγγύηση για περαιτέρω ενέργειες οι οποίες θα έχουν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εναπόκειται όμως και στην ίδια την κοινωνία και τους θεσμούς που αυτή δημιουργεί να οργανώσει κατάλληλο περιβάλλον ουσιαστικής άσκησης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
3. Το Σύνταγμα με τα άρθρα του καθώς και οι διατάξεις των νόμων επιβάλλεται να αποτελέσουν ένα μηχανισμό υποστήριξης των ψυχικά ασθενών στην άσκηση των δικαιωμάτων τους.
4. Η διεπιστημονική θεώρηση των πραγμάτων και η συνεχής συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων αποτελεί ουσιαστικό μέσο, ώστε να μετριαστούν οι αυθαιρεσίες και οι μονομέρειες που παρουσιάζονται στις διάφορες επιστημονικές κοινότητες.

3.2.1.4 Τέταρτη 4^η ενέργεια «διαμόρφωση των μηχανισμών χρηματοδότησης της ποιότητας

«Η κακή ποιότητα είναι ταυτόχρονα και δαπανηρή. Οι χρηματοδότες και στην προκειμένη περίπτωση το Κράτος, το οποίο είναι και ο βασικός χρηματοδότης, πρέπει να ισορροπήσει μεταξύ του κόστους και της ποιότητας και συγχρόνως να εξασφαλίσει την ποιότητα με τον πιο αποδοτικό τρόπο και με κοινωνική δικαιοσύνη. «Κύριο χαρακτηριστικό του Ελληνικού Συντάγματος Υγείας είναι ο μεγάλος βαθμός συγκεντρωτισμού και κρατικής ρυθμιστικής παρέμβασης. Κάθε πλευρά χρηματοδότησης καθώς και παροχής υπηρεσιών είναι αντικείμενο ελέγχου του Υπουργού Υγείας» (Κυριόπουλος, κ.ο.α., 2003).

«Λαμβάνοντας υπόψη το νόμο της σπανιότητας των πόρων, η δικαιοσύνη στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας πρέπει να συνδέεται άμεσα με την έννοια της ισοτιμίας στη χρηματοδότηση όλου του υγειονομικού συστήματος» (ΕΣΔΥ, 2003).

«Η ποιότητα στη φροντίδα υγείας έχει πλέον αναδειχθεί σε Κεντρικό άξονα της υγειονομικής πολιτικής και επιδρά στην οικονομία των συστημάτων υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο συνιστάται μια διαδικασία ανακατανομής των πόρων. Προς την κατεύθυνση αυτή η οικονομική ανάλυση μπορεί να προσφέρει τη θεωρητική βάση και τα εμπειρικά παραδείγματα για την εκτίμηση της άριστης σχέσης συνδυασμού ποιότητας και ποσότητας» (Κυριόπουλος, κ.ο.α 2003). Αυτό αναφέρει και ο Cochrane στην παράγραφο που ακολουθεί.

«Έχω λίγες υποδείξεις να κάνω, θα έκοβα τα χρήματα που διατίθενται για θεραπεία, παρόλο που θα μείωνα την οικονομική ανισότητα μεταξύ της φροντίδας και της θεραπείας και θα αύξανα τα χρήματα για καλά σχεδιασμένες έρευνες αξιολόγησης» (Al Cochrane, 1998).

3.2.1.5. Πέμπτη 5^η ενέσχυση «προσαρμογή του σχεδιασμού»

Η διαδικασία του σχεδιασμού κατευθύνει τους πόρους, ώστε να εξυπηρετηθούν οι διαπιστωμένες ανάγκες κατά τον πιο αποδοτικό τρόπο.

Βασικά ερωτήματα που ανακύπτουν είναι :

- Ποιότητα για ποιόν;
- Ποιότητα σε ποιο επίπεδο του συστήματος;
- Ποιότητα για ποιες υπηρεσίες;
- Ποιότητα σήμερα ή αύριο;

Όλα τα παραπάνω ερωτήματα πρέπει να έχουν απαντηθεί και πρέπει να έχουν βρει τη λύση τους κατά τη διαδικασία του σχεδιασμού.

3.2.2 2^ο βήμα: Εκπόνηση των κριτηρίων

Για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας απαιτείται η ανάπτυξη ενός συνόλου κριτηρίων, με τα οποία οι υπηρεσίες θα αξιολογούνται. Αυτό προϋποθέτει την οργάνωση μιας ομάδας εργασίας, την σύνταξη ενός καταλόγου κριτηρίων, τον σαφή καθορισμό των κριτηρίων, ώστε να απευθύνονται σε κάθε επιθυμητό επίπεδο το οποίο αποτελεί στόχο και τέλος πως αυτά θα παρέχουν ένα τρόπο βαθμολόγησης των υπηρεσιών.

Ένα βασικό βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ο καθορισμός μιας τυπικής μέτρησης που θα περιγράφει τον τρόπο που θα παρέχεται η

φροντίδα. Αυτό επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη ενός συνόλου κριτηρίων με το οποίο θα συμφωνούν όλοι οι εμπλεκόμενοι του χώρου της ψυχικής υγείας.

Τα κριτήρια λοιπόν είναι ένας τρόπος του πώς πρέπει να προσφέρεται η φροντίδα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε καταλόγους ελέγχου της ποιότητας, οι οποίοι λειτουργούν όπως και τα κριτήρια και παρέχουν έναν τρόπο διαβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ποσοτικούς όρους.

Τα κριτήρια και οι κατάλογοι ελέγχου ποιότητας είναι ένας τρόπος για να διασφαλιστεί η εφαρμογή των στόχων που έχει θέσει η πολιτική, σε ότι αφορά την παροχή υπηρεσιών. Και επίσης είναι ένας τρόπος να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι στόχοι του σχεδιασμού και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών εφαρμόζονται στην παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Υ.Υ.Κ.Α.,a, 2003).

Οι ενέργειες που απαιτούνται για την ανάπτυξη του συνόλου των κριτηρίων είναι:

- Η *πρώτη ενέργεια* είναι η σύσταση μιας επιτροπής ή ομάδας εργασίας που αναλαμβάνει την ευθύνη σύνταξης των κριτηρίων. Η ομάδα αυτή μπορεί να απαρτίζεται από υπεύθυνους για τη χάραξη της πολιτικής, εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας, άτομα ψυχικά ασθενεί, ακόμα και μέλη οικογενειών ασθενών.
- Η *Δεύτερη ενέργεια* είναι η διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι διαβουλεύσεις πρέπει να γίνονται, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την σύνταξη των κριτηρίων. Τελικά τα μέλη θα πρέπει να επικυρώσουν το συμφωνηθέν κείμενο.
- Η *Τρίτη ενέργεια* είναι ο σχεδιασμός του συνόλου των κριτηρίων. Κατ' αρχήν πρέπει να αποφασιστεί ποιους τομείς θα καλύπτουν τα κριτήρια.

Οι τομείς που προτείνει ο Π.Ο.Υ., είναι οι παρακάτω και πρέπει να προσαρμόζονται κάθε φορά στις τοπικές ανάγκες(Υ.Υ.Κ.Α., b, 2003):

- ☐ Προγράμματα για τη Ψυχική Υγεία
- ☐ Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
- ☐ Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για εξωτερικούς ασθενείς
- ☐ Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για εσωτερικούς ασθενείς
- ☐ Στεγαστικές Υπηρεσίες για ηλικιωμένους που είναι ψυχικά ασθενείς
- ☐ Δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές
- ☐ Κοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης
- ☐ Νοσοκομεία ημέρας
- ☐ Νοσοκομεία ημέρας για ηλικιωμένους
- ☐ Κέντρα ημέρας (ψυχοκοινωνικά κέντρα αποκατάστασης)
- ☐ Δικαστικές ψυχιατρικές υπηρεσίες

3.2.2.1 Κριτήρια για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Π.Ο.Υ.)

Υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. Οι μονάδες αυτές έχουν ως σκοπό τη ψυχιατρική παρακολούθηση σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακροχρόνια ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, σε περιπτώσεις όπου είναι άστεγοι ή το οικογενειακό περιβάλλον κρίνεται ακατάλληλο, ύστερα από αίτησή τους, με σύμφωνη πάντα γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής μονάδας.(Ν.2716/99 άρθρο 9).

Οι τομείς στους οποίους πρέπει να θέσουμε κριτήρια, για τη διασφάλιση της ποιότητας στις Υπηρεσίες αυτές, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αφορούν Υ.Υ.Κ.Α., b, 2003):

α) Το Φυσικό περιβάλλον ως προς:

1. Την τήρηση των κατάλληλων προϋποθέσεων υγιεινής και ασφάλειας για τους ασθενείς και το προσωπικό, μετά βέβαια από επιθεώρηση.
2. Τον κατάλληλο αρχιτεκτονικό σχεδιασμό καθώς και τη επάρκεια του χώρου.
3. Την κατάλληλη επίπλωση των χώρων διαβίωσης αλλά και τον κατάλληλο εξοπλισμό των εργαστηρίων.
4. Τον επαρκή φωτισμό, την κατάλληλη θερμοκρασία και εξαερισμό του κτιρίου, κατάλληλους χώρους υγιεινής, εξασφάλισης καθημερινής καθαριότητας των εσωτερικών αλλά και των εξωτερικών χώρων των κτιρίων.

β) Το προσωπικό ως προς:

1. Την διακλαδικότητα, την επάρκεια ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών, την πλήρη ή μερική απασχόλησή τους. Τον ετήσιο ιατρικό έλεγχο και επίσης τη δυνατότητα για διαλείμματα του προσωπικού σε ειδικούς χώρους, ώστε να αποφορτίζεται και να ξεκουράζεται κατά τη διάρκεια της εργασίας του.
2. Την τήρηση γραπτών ατομικών φακέλων για κάθε ασθενή καθώς και τη διασφάλιση του απορρήτου.
3. Τη γραπτή διαδικασία για την υποβολή και το χειρισμό των παραπόνων τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους ασθενείς.
4. Την εκπαίδευση του προσωπικού στο χειρισμό και τη θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στις πρώτες βοήθειες, στη συμμετοχή σε προγράμματα εσωτερικής εκπαίδευσης.
5. Τη δημιουργία θετικού και φιλικού κλίματος για τους ασθενείς.

6. Τη ύπαρξη γραπτών οδηγιών για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και βίαιων επεισοδίων.
7. Τη δυνατότητα στο προσωπικό να συζητά με τους προϊσταμένους του για τις δυσκολίες και προβλήματα που παρουσιάζονται στο χώρο εργασίας του.
8. Τα γραπτά πρωτόκολλα για το ρόλο και τους στόχους της εργοθεραπείας και των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων.
9. Το γραπτό αποκαταστασιακό πρόγραμμα με τη συμμετοχή πάντα του ασθενούς, που θα τηρείται από το προσωπικό. Τον ορισμό του υπεύθυνου μέλους του προσωπικού για την υλοποίηση του προγράμματος.
10. Το συντονισμό για εβδομαδιαίες συναντήσεις όλου του προσωπικού για συζήτηση των ατομικών προγραμμάτων για κάθε ασθενή.
11. Την εμπλοκή της οικογένειας του ασθενή στο αποκαταστασιακό πρόγραμμα.
12. Τη διατήρηση της τακτικής επαφής όταν αυτό κρίνεται σκόπιμο με άλλες υπηρεσίες υγείας και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

γ) Τις διοικητικές ρυθμίσεις ως προς:

1. Τα κατάλληλα μέτρα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.
2. Τη γραπτή πολιτική για τη φιλοσοφία και το μοντέλο φροντίδας.
3. Την ακριβή περιγραφή των ρόλων του προσωπικού.
4. Την τακτική εσωτερική αξιολόγηση από το προσωπικό καθώς και από τους ασθενείς

δ) Τη λήξη της συνεργασίας και παρακολούθησης ως προς:

1. Τη συζήτηση του πλάνου αποχώρησης με το προσωπικό και τον ενδιαφερόμενο
2. Τη σταθερή παρότρυνση προς τον ασθενή για την αναγκαιότητα παρακολούθησης και σύνδεσης με τις τοπικές υπηρεσίες.
3. Και τέλος, την αποστολή του γραπτού πληροφοριακού εντύπου στην αρμόδια για παρακολούθηση υπηρεσία.

3.2.2.2 Καθορισμός κριτηρίων για την οργάνωση και λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα (του άρθρου 9 του Ν. 2716/99)

Με την απόφαση Α3α/οικ.876/2000 καθορίζονται οι βασικές αρχές που λειτουργούν ως κριτήρια για την έναρξη και τη συνέχιση της λειτουργίας των Υπηρεσιών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στη χώρα μας. Οι αρχές που διέπουν την απόφαση αυτή είναι (Υ.Α. 876/2000):

- Η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και
- Η εφαρμογή των αρχών και των στόχων της Συναινετικής Διακήρυξης για την κοινωνική αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρίας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στο άρθρο 7 της ίδια απόφασης ορίζεται ως ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μια διαδικασία, με τη οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, να επιτύχουν ένα καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα

Και οι στόχοι οι οποίοι θέτονται είναι:

- να βελτιώνονται οι κοινωνικές ικανότητες των ασθενών

- να έχουν διαρκή βελτίωση στη λειτουργικότητάς τους
- να διασφαλίζεται η ποιότητα της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσής τους στην κοινότητα
- να υπάρξει μείωση του στίγματος και των διακρίσεων
- και να διασφαλιστεί η ποιότητα της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές

Για να επιτευχθούν οι προαναφερόμενοι στόχοι έχουν οριστεί κάποιες προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων ψυχικής υγείας, οι οποίες περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια στα άρθρα της Απόφασης και αναφέρονται στους εξής τομείς:

1. Φυσικό Περιβάλλον

Στο άρθρο 20 περιγράφεται με κάθε λεπτομέρεια ο χώρος της κάθε μονάδας και εξασφαλίζεται ο κατάλληλος αρχιτεκτονικός σχεδιασμός καθώς και η επάρκεια του χώρου όπως:

- α) Να υπάρχει μπάνιο με w.c. και νιπτήρα, να εξυπηρετεί περίπου 5 άτομα και να ο χώρος να είναι τουλάχιστον 4 τ.μ.
- β) Να υπάρχει κουζίνα η οποία να είναι από 10 έως 12 τ.μ. και να εξυπηρετεί περίπου 10 άτομα.
- γ) Στο υπνοδωμάτιο να βρίσκονται 2 άτομα.
- δ) Να υπάρχουν κοινόχρηστοι χώροι, όπως καθιστικό, τραπεζαρία, αίθουσα πολλαπλών χρήσεων.
- ε) Και τέλος να υπάρχει γραφείο για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.

Στο άρθρο 21 ορίζεται η υλικοτεχνική υποδομή σε ότι έχει σχέση με τον κατάλληλο εξοπλισμό, την απαραίτητη επίπλωση, τον επαρκή φωτισμό, όπως:

- α) Να υπάρχει θέρμανση σε όλα τα δωμάτια και ψύξη τουλάχιστον στα υπνοδωμάτια.
- β) Να υπάρχει κρεβάτι με στρώμα και δυο μαξιλάρια για κάθε άτομο και ατομικά κομοδίνα και ντουλάπες.
- γ) Τα σεντόνια να είναι σε επαρκή αριθμό και τα κλινοσκεπάσματα να είναι τουλάχιστον 4 για κάθε άτομο (δυο χειμερινά και δυο καλοκαιρινά).
- δ) Να έχει εξασφαλισθεί ό,τι απαιτείται για τη λειτουργία ενός μέσου νοικοκυριού (κουρτίνες, καναπέδες, πολυθρόνες, μοκέτες).
- ε) Να υπάρχουν τα απαραίτητα είδη διακόσμησης
- στ) Να υπάρχουν είδη κουζίνας και μαγειρικής
- ζ) Να υπάρχουν οι απαραίτητες ηλεκτρικές συσκευές (ψυγείο, κουζίνα, πλυντήριο ρούχων)
- η) Να υπάρχει ηλεκτρονικός υποστηρικτικός και εκπαιδευτικός εξοπλισμός (τηλεόραση, τηλέφωνο)
- θ) Να υπάρχουν τα απαραίτητα είδη και εξαρτήματα στο μπάνιο και όπου αλλού χρειάζεται να εξοπλίζεται με ειδικά εξαρτήματα κυρίως για τα άτομα με κινητικές αναπηρίες και για γηριατρικά περιστατικά.

2. Προσωπικό

Στο άρθρο 9 γίνεται αναφορά για τη σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα και περιλαμβάνει ειδικότητες όπως:(ψυχίατρο ή παιδό-ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, επισκέπτη/τρια υγείας,

εργοθεραπευτή/τρια, διοικητικό υπάλληλο και κατά περίπτωση μπορεί να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες.

Στο άρθρο 11 παράγραφος 4 γίνεται λόγος για την επάρκεια «Κανένας εργαζόμενος δε μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο προσώπου αναφοράς για περισσότερους από 6 ένοικους των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του προγράμματος προστατευμένου διαμερίσματος». Βέβαια ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων.

3. Παρεχόμενες Υπηρεσίες – Διοικητικές Ρυθμίσεις

Σύμφωνα με το άρθρο 19 «Λειτουργία» θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε Μονάδα γραπτό αποκαταστασιακό πρόγραμμα το οποίο θα στοχεύει :

- Στη συνεχή και σταθερή εφαρμογή των προγραμμάτων
- Στην ανάπτυξη προγραμμάτων τέτοιων που να δίνεται η δυνατότητα στα άτομα αυτά για εκπαίδευση και για απόκτηση δυνατοτήτων κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που τους παρέχονται.
- Στην δημιουργία προγραμμάτων δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους και ενθάρρυνσης της συμμετοχής στα κοινά, καθώς και ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου και τέλος της ενημέρωσης για τις εξωϊδρυματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και της αναγνώρισης των δικαιωμάτων τους.

Στο άρθρο 8 γίνεται λόγος για διοικητικές ρυθμίσεις όπως:

- Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές

- Δημιουργία ατομικού φακέλου για κάθε δραστηριότητα μέσα ή έξω από το χώρο διαμονής
- Συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και δημιουργία ανάλογων ερευνητικών δραστηριοτήτων
- Συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
- Ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας

3.2.3 3^ο βήμα: Καθορισμός των διαδικασιών πιστοποίησης

Η πιστοποίηση δίνει τη δυνατότητα εκτίμησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και επίσης δίνει στις υπηρεσίες την κατάλληλη νομική κατοχύρωση. Με την πιστοποίηση δίνεται άδεια σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας να ασκεί νόμιμα την επαγγελματική της δραστηριότητα με την προϋπόθεση ότι ορισμένα κριτήρια ισχύουν αποδεδειγμένα.

Αυτό προστατεύει όλους τους εμπλεκόμενους στο χώρο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι η φροντίδα παροχής υπηρεσιών θα βρίσκεται σε παραδεκτό επίπεδο. Για παράδειγμα, η πιστοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των θεμάτων που έχουν σχέση με το προσωπικό, καθώς και σε βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε μια υπηρεσία.

Τα πλεονεκτήματα που μπορεί να προσφέρει η πιστοποίηση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας είναι (Υπ.Υ.Κ.Α.,b, 2003):

- Η αναγνώριση και η απόκτηση εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για το έργο που προσφέρουν στους χρήστες τους.

- Η εκπαίδευση και η συμβουλευτική παρέμβαση από τους ειδικούς που ασκούν τους μηχανισμούς πιστοποίησης, έτσι ώστε να βελτιώνονται συνεχώς οι υπηρεσίες.
- Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση, όπου αναγνωρίζονται μέσω των διαδικασιών αυτών ελλείψεις με σκοπό τη συμπλήρωσή τους και τυχόν διορθωτικών κινήσεων όπου απαιτούνται.
- Πρόσληψη προσωπικού, η πιστοποίηση σαν διαδικασία οδηγεί στην ανάγκη πρόσληψης εξειδικευμένου προσωπικού και τις περισσότερες φορές προσελκύονται ταλαντούχοι άνθρωποι.

3.2.4 4^ο βήμα: Παρακολούθηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βάσει των μηχανισμών ποιότητας

Πρέπει να υπάρχει σύστημα παρακολούθησης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ώστε να εκτιμάται η ποιότητα. Η εκτίμηση μπορεί να γίνει με αρκετούς τρόπους ταυτόχρονα όπως (Υπ.Υ.Κ.Α.,b, 2003):

- Με ετήσιο απολογισμό των υπηρεσιών βάσει ορισμένων κριτηρίων.
- Με τις διαδικασίες πιστοποίησης, ώστε να μπορεί να γίνει έλεγχος στις υπάρχουσες υπηρεσίες και να εκτιμάται η ανάγκη για πιστοποίηση νέων υπηρεσιών.
- Με τα συστήματα πληροφορικής τα οποία συγκεντρώνουν πληροφορίες που έχουν σχέση με τις δραστηριότητες των υπηρεσιών, βάσει δεικτών αποτελεσματικότητας.
- Και τέλος με διαβουλεύσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα από ανεξάρτητες οργανώσεις.

Οι πολλαπλές διαδικασίες παρακολούθησης είναι απαραίτητες για να εξισορροπούνται οι ανάγκες των διαφόρων εμπλεκομένων. Ακόμη πρέπει να ενσωματώνουν θετικά κίνητρα για τη βελτίωση της ποιότητας, πράγμα που είναι προτιμότερο από τη χρήση των ποινών ή της απλής διαπίστωσης των προβλημάτων.

3.2.5 5^ο βήμα: Ενσωμάτωση της βελτίωσης της ποιότητας στην τρέχουσα διαχείριση και παροχή υπηρεσιών

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να συνεχίζουν και να βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας, έστω και αν έχουν ελεγχθεί με τις διαδικασίες πιστοποίησης. Η συνεχής βελτίωση είναι μια διαρκής προσπάθεια για αναζήτηση της βέλτιστης ποιότητας. Η ενσωμάτωση της ποιότητας έχει αποδοθεί και με τον όρο ποιοτική διαχείριση, δηλαδή ένα πλαίσιο για την εκτίμηση και βελτίωση της κλινικής, λειτουργικής και οικονομικής επίδοσης μιας υπηρεσίας.

Το Ινστιτούτο Βελτίωση της Φροντίδας Υγείας (Institute for Healthcare Improvement) έχει αναπτύξει ένα πρότυπο για τη βελτίωση της ποιότητας. Το πρότυπο αυτό περιλαμβάνει βήματα όπως: στην αρχή σχεδιάζεται μια αλλαγή, εφαρμόζεται η αλλαγή αυτή δοκιμαστικά, συγκεντρώνονται και γίνεται εκτίμηση των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή αυτής και τέλος από την αποκτηθείσα πείρα αναλαμβάνεται κάποια δράση (Υπ.Υ.Κ.Α.,b, 2003).

3.2.6 6^ο βήμα : Μελέτη μιας συστηματικής μεταρρύθμισης με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών.

Βάσει των προηγούμενων βημάτων, η συστηματική μεταρρύθμιση σε ορισμένες υπηρεσίες θεωρείται ότι μπορεί να είναι και αναγκαία. Το βήμα αυτό απαιτεί σχεδιασμό και συντονισμό των διαφόρων τομέων των υπηρεσιών. Για μεταρρυθμίσεις μεγάλης κλίμακας, όπως είναι η μετάβαση από την ιδρυματική στην κοινοτική φροντίδα, έχει αποδειχθεί, ότι η πιο ενδεδειγμένη προσέγγιση είναι η συστηματική προσέγγιση.

3.2.7 7^ο βήμα: Αναθεώρηση και τροποποίηση των μηχανισμών ποιότητας.

Οι μηχανισμοί ποιότητας που βρίσκονται σε λειτουργία πρέπει να αναθεωρούνται, ώστε να εκσυγχρονίζονται με τα στοιχεία για τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας. Αυτό απαιτεί από τους υπεύθυνους να είναι καλά ενημερωμένοι για τις εξελίξεις αναφορικά με τη διασφάλιση της ποιότητας, τη βελτίωση της ποιότητας και την ποιοτική διαχείριση.

Τα ανωτέρω βήματα στόχο έχουν την ποιότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και σχηματικά διαγράφουν έναν κύκλο. Επομένως, αφού καθοριστούν οι πολιτικές, τα κριτήρια και οι διαδικασίες πιστοποίησης, απαιτείται παρακολούθηση καθώς και ενσωμάτωση της βελτίωσης της ποιότητας στις διοικητικές δομές. Τέλος, όπου κρίνεται σκόπιμο γίνεται αναθεώρηση των μηχανισμών πιστοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ

4.1. Αντιμετώπιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Από τους βασικότερους φορείς παροχής φροντίδας υγείας είναι το κέντρο υγείας (Κ.Υ.). Το Κ.Υ. σχεδιάστηκε για να καλύπτει όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ). Οι υπηρεσίες που παρέχονται από ένα Κέντρο Υγείας, ως ο βασικός εκφραστής και εκπρόσωπος της Π.Φ. είναι πρόληψη και διάγνωση-θεραπεία σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, μετα-νοσοκομιακή φροντίδα, κοινωνική φροντίδα, ενημέρωση και επιμόρφωση.

Στα Κ. Υ. τα κριτήρια ποιότητας φροντίδας είναι εσωτερικά και εξωτερικά. Τα εξωτερικά αναφέρονται σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, ενώ τα εσωτερικά στην επαγγελματική πιστοποίηση και διαπίστευση. Είναι λοιπόν, απαραίτητο και ουσιαστικό η ψυχική φροντίδα να ενταχθεί στα Κέντρα Υγείας ώστε η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας να συμβάλλει αποφασιστικά στην επίτευξη των αποτελεσμάτων που προσδοκούνται από την Π. Φ. Υ. και για προγράμματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Δυστυχώς όμως στις μέρες μας, το κομμάτι της ψυχικής φροντίδας δεν είναι υπαρκτά οργανωμένο στην Π.Φ., τόσο σε επίπεδο πρόληψης και ενημέρωσης, όσο και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας αποθεραπείας, αποκατάστασης και επανένταξης.

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών με βάση την αναγκαιότητα παροχής ψυχικής φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι ένα βασικό βήμα το οποίο δίνει την ευκαιρία στο μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες – πρέπει να αναγνωριστεί ότι πολλοί ήδη ζητούν βοήθεια σε αυτό το επίπεδο. Αυτό όχι μόνο προσφέρει καλύτερη φροντίδα αλλά περιορίζει τόσο την σπατάλη από περιττές εξετάσεις όσο και από τις ακατάλληλες και μη εξειδικευμένες θεραπείες (Υπ.Υ.Π., Δ/ση Ψ.Υ., 2002) .

Για να συμβεί αυτό όμως, οι επαγγελματίες της Π.Φ.Υ πρέπει να εκπαιδευτούν στις βασικές δεξιότητες της φροντίδας της ψυχικής υγείας στο επίπεδο αυτό. Αυτή η εκπαίδευση διασφαλίζει την άριστη χρήση της διαθέσιμης γνώσης για το μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων έτσι ώστε να είναι δυνατή η άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων.

Επομένως η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της Π.Φ.Υ και να υπάρχει επιμόρφωση ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης..

4.2 Παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στον υγειονομικό χώρο η ποιότητα αναγνωρίζεται ως ουσιαδής παράμετρος και βασική προϋπόθεση στη διαδικασία παροχής κάθε είδους υγειονομικής καθώς και ψυχικής φροντίδας. Η σπουδαιότητα αλλά και αναγκαιότητα βελτίωσης και ήδη συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο.

Η έννοια της ποιοτικής φροντίδας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια από την ποιοτική εκτίμηση, στην ποιοτική διασφάλιση και ακόμα πιο πολύ στην ποιοτική διαχείριση. Η ποιότητα μπορεί, να βελτιωθεί μέσω της μεθοδολογίας της ποιοτικής διασφάλισης (Π.Δ.) (Quality Assurance). Η Π.Δ. είναι ένα σύστημα διαχείρισης, σχεδιασμένο έτσι ώστε να διαβεβαιώνει ότι ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών επιτυγχάνεται με τις λιγότερες δυνατές δαπάνες.

Η διασφάλιση της ποιότητας, αποτελεί πλέον πάγια και θεσμοθετημένη πρακτική στο τομέα της παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών. Όπως στον τομέα της Υγείας έτσι και στην Ψυχική Υγεία, η διασφάλιση της ποιότητας θα αποτελούσε ένα σημαντικό μηχανισμό που να αποσκοπεί στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης περίθαλψης και φροντίδας με διαδικασίες που να σέβονται την ανθρώπινη οντότητα και που να κατοχυρώνουν την ορθολογική κατανομή των πόρων (Γκιωνάκης, 2003).

Όπως λοιπόν και στον τομέα της υγείας ισχύει, έτσι και στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας εφαρμόζοντας κατάλληλους μηχανισμούς βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας είναι απολύτως βέβαιο πως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρραχόνται σε όρους υψηλών ποιοτικών προδιαγραφών, ανάλογους των προσδοκιών και των απαιτήσεων των ενδιαφερομένων, ανοίγοντας έτσι τους ορίζοντες για ένα νέο ξεκίνημα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, στο κομμάτι που λέγεται προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών στην όλο και περισσότερο απαιτητική ζήτηση.

Αυτό ουσιαστικά υλοποιείται με τη εφαρμογή και χρήση κατάλληλων μηχανισμών βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τέτοιου είδους μηχανισμοί όπως Ποιοτικής Διασφάλισης, Συνεχούς Ποιοτικής Βελτίωσης, Ολικής Ποιοτικής Διαχείρισης, αναλύονται τα χαρακτηριστικά τους, και η σπουδαιότητας της εφαρμογής τους στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, ώστε να διαπιστωθεί πόσο χρήσιμη και ουσιαστική θα ήταν η εφαρμογή τους στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4.3 Η ποιοτική διασφάλιση στο χώρο της Υγείας

4.3.1 Γενικά χαρακτηριστικά

Ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος αλλά και υποκειμενικός. Για τις υπηρεσίες υγείας η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως: *το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την εναισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενή, το κόστος και την αποτελεσματικότητα.*

Από τους πρωτοπόρους σε θέματα ποιότητας και πατέρας του "Quality Assurance" (διασφάλιση ποιότητας) στο χώρο της υγείας, ο Αμερικανός A. Donabedian διαμόρφωσε μεταξύ των άλλων τον κλασικό ορισμό της ποιότητας ως *μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψη* (Κυριόπουλος κ.ο.α., 2003).

Παρά τις εννοιολογικές διαφορές που παρατηρούνται στον ορισμό της ποιότητας, κοινό σημείο αναφοράς όλων των ορισμών είναι η επίτευξη του "τέλειου" ή του "άριστου". Η ποιότητα είναι ανώτερο στοιχείο από την αποτελεσματικότητα και τον περιορισμό του κόστους. Αναφέρεται στην καταλληλότητα των υπηρεσιών με συνεχή αναζήτηση βελτίωσης και συγχρόνως περιορισμούς σπατάλης. Επομένως, η ποιότητα αποσκοπεί στην όσο το δυνατόν υψηλότερη ποιοτικά προσφερόμενη υπηρεσία στους ασθενείς .

Το επόμενο βήμα σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας ήταν η εξασφάλιση της. Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) όρισε την εξασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων που βεβαιώνουν τον ασθενή ότι λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Η ποιοτική διασφάλιση είναι ένα σύστημα διαχείρισης σχεδιασμένο έτσι ώστε να δίνει τη μεγαλύτερη πεποίθηση ότι ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών πετυχαίνεται με τις λιγότερες δυνατές δαπάνες.

Ο κύριος τρόπος με τον οποίο ένας οργανισμός εξασφαλίζει την ποιότητα, είναι μέσω ενός συστήματος ποιότητας. Ένα σύστημα ποιότητας καθιερώνει την ποιοτική διόρθωση και την ποιοτική διαχείριση και βεβαιώνει ότι αυτές οι ενέργειες εκτελούνται και βελτιώνονται συνεχώς. Τα πιο γνωστά συστήματα είναι, στην Αγγλία το British Standard 5750 και στις Η.Π.Α το Malcolm Baldrige Quality Award System. Και τα δυο βασίζονται στις ίδιες αρχές και την φιλοσοφία μιας ολοκληρωμένης, συστηματικής και περιληπτικής ποιοτικής προσέγγισης μέσα σ' έναν οργανισμό.

4.3.2. Γιατί η ποιοτική διασφάλιση θεωρείται αναγκαία

Οι απαντήσεις ποικίλουν ανάλογα με το ποιος είναι που θέτει την ερώτηση. Φαίνεται ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικές ομάδες κινήτρων που απαιτούν προσοχή και που μεμονωμένα και συλλογικά απαντούν στην ερώτηση "ΓΙΑΤΙ" η ποιοτική διασφάλιση είναι αναγκαία. Οι ομάδες αυτές είναι: τα επαγγελματικά κίνητρα, τα κοινωνικά κίνητρα και τα πρακτικά κίνητρα (WHO, 2000) .

Επαγγελματικά κίνητρα

Η Π.Δ. μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό μέσον για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και ως εκ τούτου τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ομοίως η συμμετοχή στις δραστηριότητες Π.Δ. μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον επαγγελματικής πρόκλησης με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας. Η ενεργός συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για την ανάλυση και επεξήγηση των διαφορών στα πρότυπα της άσκησης και στα αποτελέσματα της φροντίδας.

Κοινωνικά κίνητρα

Είναι η ανάγκη η Π.Δ. να χρησιμοποιείται με ευθύνη απέναντι στην κοινωνία για τα κεφάλαια που ξοδεύονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Μια εξίσου σημαντική κοινωνική κίνηση για την Π.Δ. είναι να εξασφαλίσει την ασφάλεια του κοινού και να αποτρέψει από φροντίδα που είναι απρεπής ή βλαβερή.

Πρακτικά κίνητρα

Μια σειρά πρακτικών κινήτρων που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό των πληροφοριών και με την πιθανότητα οι ασθενείς, είτε να μην παίρνουν διαθέσιμες υπηρεσίες, είτε να βλάπτονται από υπερβολικές ή ακατάλληλες υπηρεσίες, κάνουν ουσιώδες το ότι τα προγράμματα Π.Δ. πρέπει να αναπτυχθούν για να ελαττώσουν την τάλαιπωρία. Αυτός ο αντικειμενικός σκοπός των προγραμμάτων Π.Δ. μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ενεργό ανάμειξη των επαγγελματιών υγείας και τη διαρκή υποστήριξη των συστημάτων παροχής φροντίδας.

4.3.3. Οι αντικειμενικοί σκοποί της ποιοτικής διασφάλισης

Τέσσερις παράμετροι είναι απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών ή του αντικειμένου των δραστηριοτήτων της Ποιοτικής Διασφάλισης (WHO, 1983):

- επαγγελματική απόδοση (τεχνική ποιότητα)

- χρησιμοποίηση πόρων (αποδοτικότητα)
- διαχείριση κινδύνων (κίνδυνος τραυματισμού ή ασθένειας που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες)
- ικανοποίηση των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ενσωματώνοντας αυτές τις τέσσερις παραμέτρους, μπορεί κάποιος να επιχειρήσει να ορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός προγράμματος Π.Δ. ως:

α) η βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τέτοιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας ώστε να παράγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

β) η επίτευξη αυτού του αποτελέσματος με την ελάχιστη δαπάνη πόρων, με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για πρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως συνέπεια της θεραπείας και με τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή για την πορεία της φροντίδας, την αλληλεπίδρασή του με το σύστημα φροντίδας υγείας και τα απαιτούμενα αποτελέσματα.

Ενώ μια μεμονωμένη δραστηριότητα Π.Δ. δε χρειάζεται απαραίτητως να πληροί και τα τέσσερα συστατικά αυτού του ορισμού, είναι σημαντικό ότι τα συνολικά προγράμματα Π.Δ. που οργανώνονται πρέπει να δίνουν ίση σημασία στην σπουδαιότητα του καθενός από αυτά. *Οι αντικειμενικοί σκοποί της Π.Δ. είναι:*

α) Δημόσια ευθύνη: Ένα σημαντικό μέρος όλων των Υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας χρηματοδοτείται σήμερα από δημόσιους πόρους. Είναι κρίσιμο οι ενέργειες της Π.Δ. να παρέχουν αντικειμενικές αποδείξεις ότι οι πόροι ξοδεύονται και αποτελεσματικά και αποδοτικά.

β) Βελτίωση της διαχείρισης: Η εκτίμηση της φύσης των προβλημάτων που επηρεάζουν κάποια από τις τέσσερις παραμέτρους και η προσπάθεια αναγνώρισης των αιτιών, ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική διαχείριση, να μειωθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα που αναγνωρίζονται.

γ) Διευκόλυνση της υιοθέτησης των νεοτερισμών: Μέσω της διαδικασίας αξιολόγησης της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας και της θέσπισης καταλλήλων κριτηρίων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, οι νεοτερισμοί (όπως τα τεχνολογικά επιτεύγματα) μπορούν να διαδοθούν ταχύτατα.

4.3.4 Η μετάβαση από την ποιοτική διασφάλιση στην συνεχή ποιοτική βελτίωση

Ήταν η κριτική για τη στατική φύση της Π.Δ., που είχε ως αποτέλεσμα τη μετάβαση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση (Σ.Π.Β.). Αυτό απαιτεί συνεχώς επιπλέον βελτιώσεις σε μια διαδικασία που θα οδηγήσει σ' ένα τέλειο προϊόν. Η βελτίωση πρέπει να είναι συνεχής.

Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή πληρούν τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει *διασφάλιση ποιότητας*. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται *βελτίωση ποιότητας*.

Επειδή η εκτίμηση της ποιότητας είναι μια συνεχής διεργασία και η βελτίωση της κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι προέκυψε ο όρος *Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας*.

Η Σ.Π.Β. απαιτεί μια συνεχή δέσμευση από διοικητικούς και κλινικούς. Η Σ.Π.Β. δεν διαφέρει από την τελειότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση του ασθενή, την οικονομική επιτυχία ή οποιοδήποτε άλλο επιθυμητό οργανωτικό χαρακτηριστικό το οποίο απαιτεί τη συνεχή προσοχή της διαχείρισης. Η Σ.Π.Β. έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Γεωργακάκου, 2003):

- Δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμα μόνιμα κριτήρια και τα κριτήρια που τίθενται από τους καταναλωτές και τους χορηγούς συνεχώς βελτιώνονται.

- ➔ Η Σ.Π.Β. εστιάζεται στη βελτίωση όλων των διαδικασιών, οι οποίες σε αντάλλαγμα θα βελτιώσουν την απόδοση όλων των χορηγών φροντίδας υγείας.
- ➔ Πρώτα σχεδιάστηκαν οι διαδικασίες και πάρθηκαν τα κατάλληλα μέτρα για τη αποφυγή ελαττωμάτων, και έπειτα είναι αναγκαία η επιτήρηση για την παρακολούθηση των διαδικασιών.
- ➔ Επικρατεί ένας προσανατολισμός στη διαδικασία και το αποτέλεσμα.
- ➔ Οι μέθοδοι περιλαμβάνουν παρακολούθηση δεικτών και χρήση των δεδομένων μ' έναν αποδοτικό τρόπο.
- ➔ Η διαχρονική παρακολούθηση γίνεται όταν υπάρχουν ειδικές ή κοινές παρεκκλίσεις σκοπού.
- ➔ Ο καθένας είναι υπεύθυνος για καλή ποιότητα.
- ➔ Το κριτήριο είναι το σημείο έναρξης. Ο σκοπός είναι τα μηδενικά ελαττώματα. Καμιά παρέκκλιση δεν είναι ανεκτή. Τα κριτήρια αναπτύσσονται εσωτερικά, δεν προωθείται η εξωτερική σύγκριση.

Είναι επομένως, κατανοητό πως εάν τέτοια συστήματα βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας εφαρμοστούν στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, τότε οι υπηρεσίες που τελικά θα παρέχονται θα ανταποκρίνονται στις απαιτούμενες ποιοτικές προδιαγραφές.

4.4 Η ποιοτική διασφάλιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Κέντρο Υγείας

Αναφορικά με τα παραπάνω έχει γίνει κατανοητή η αναγκαιότητα της παροχής ψυχικών φροντίδων σε Πρωτοβάθμιο επίπεδο. Εφόσον ισχύσει κάτι τέτοιο, οι υπηρεσίες που θα

παρέχονται κυρίως στο βασικό εκπρόσωπο της Π.Φ.Υ., το Κ.Υ., θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να διασφαλίζονται ως προς τη ποιότητα που θα παρέχουν. Πώς δηλαδή, θα διασφαλιστούν ποιοτικά, οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι υπηρεσίες που εξασφαλίζονται μέσω των Κ. Υ. στους πληθυσμούς είναι α) πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη (διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση), β) προληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί - παιδική και σχολική υγεία - οικογενειακός προγραμματισμός - υγιεινή της εργασίας) και γ) κοινωνική φροντίδα (περίθαλψη στο σπίτι χρόνιων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα).

Στην Ελλάδα ο θεσμός του Κ. Υ. δεν υπήρχε συστηματικά μέχρι την έναρξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983 με τον Νόμο 1397. Με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. τα Κ. Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής Π.Φ.Υ. Τα Κ. Υ. απασχολούν ειδικούς για την κοινοτική φροντίδα (οικογενειακούς γιατρούς, επισκέπτες υγείας και κοινοτικούς νοσηλεύτες/τριες), οι οποίοι παρέχουν προσιτές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Οι πελάτες τους είναι τα άτομα ξεχωριστά, η οικογένεια και η κοινότητα. Έχουν δε μια σχέση συνεργασίας με την κοινότητα.

Όσον αφορά την ποιότητα φροντίδας στα Κ. Υ., ο στόχος πρέπει να είναι η άνοδος της αποτελεσματικότητας της παροχής ψυχικής υγείας στην κοινότητα και στα μέλη της σε συνεργασία μ' αυτήν. Ένας σίγουρος τρόπος να μειωθεί η συνεχής παράκαμψη των Κ. Υ. είναι η εξασφάλιση ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι υψηλής ποιότητας. Η ποιότητα δεν συνδέεται μόνο με την υπερσύγχρονη τεχνολογία και διαδικασία. Έχει περισσότερο να κάνει με την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και την παροχή τους, με τρόπους που προωθούν την προσπελασιμότητα και το συνεχές της φροντίδας υγείας (Θεοδώρου, 1996).

4.4.1 Ποιοτική Διασφάλιση

Η Π.Δ. είναι μια παραδοσιακή κυκλική περιοδική και αναδρομική διαδικασία. Η Π.Δ. επικεντρώνεται στη μέτρηση των κριτηρίων δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος από μια ομάδα Π.Δ. Στα Κ.Υ η Π.Δ. περιλαμβάνει(Γεωργακάκου, 2003):

- Κάλυψη των απαιτήσεων των τακτικών υπηρεσιών σε ετήσια βάση
- Επιθεώρηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών σε τριμηνιαία βάση
- Τον αυτοέλεγχο προσωπικού σε συνεχή βάση
- Επιτήρηση προσωπικού σε συνεχή βάση
- Μάθηση μέσω της συνεχούς εσωτερικής και εξωτερικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης /επαγγελματικής ανάπτυξης

4.4.2. Επιτροπή Αυτοελέγχου – Peer Review

Η επιτροπή αυτοελέγχου (Ε.Α.) είναι μια άποψη της Π.Δ. και είναι η "διαδικασία με την οποία οι επαγγελματίες υγείας ενεργά ασχολούνται στην πρακτική άσκηση με την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας σε μια δοσμένη περίπτωση σύμφωνα με τα καθιερωμένα πρότυπα άσκησης". Η επιτροπή αυτή θεωρείται ως μέσο ενθάρρυνσης για ανάληψη επαγγελματικής ευθύνης, συμβάλλει στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού, καθώς επίσης και στη συνεχή βελτίωση των κριτηρίων.

4.4.3. Συνεχής Ποιοτική Βελτίωση - Σ.Π.Β.

Η Σ.Π.Β. αναγνωρίζει τη σημασία κριτηρίων, δομής και αποτελέσματος αλλά εστιάζει στη διαδικασία. Έτσι, η Σ.Π.Β. γίνεται ουσιαστικά μέρος της οργανωτικής πολιτικής για τις υπηρεσίες. Η Σ.Π.Β. βασίζεται κυρίως στην ανάμειξη του διοικητικού και κλινικού προσωπικού στη λειτουργία. Η προσέγγιση του Jennison για την ποιοτική βελτίωση περιλαμβάνει τις παρακάτω 6 αρχές:

- Έμφαση στο σύστημα ανάλυσης και στη διαδικασία βελτίωσης.
- Επίγνωση του ποίοι είναι οι πελάτες, των αναγκών και των προσδοκιών τους.
- Επίγνωση του πού θα κατευθυνθεί ο περιορισμένος χρόνος και οι πόροι της Π.Δ.
- Επίγνωση των ατόμων της απόδοσης τους και σεβασμός των προθέσεων τους.
- Επιβράβευση των ατόμων για τις προσπάθειες τους να βελτιωθούν.
- Συμμετοχή των εργαζομένων σε μια ειδική διαδικασία, στο σχεδιασμό και τη βελτίωση της ποιότητας.

4.4.4 Ολική Ποιοτική Διαχείριση

Η Ο.Π.Δ. είναι μια προσθενηργός διαδικασία. Οι Sahney και Warden περιέγραψαν 12 έννοιες κλειδιά της διαδικασίας της ολικής ποιοτικής διαχείρισης (Γεωργακάκου, 2003):

- Ηγεσία υψηλής διαχείρισης
- Δημιουργία συλλογικού πλαισίου εργασίας για την ποιότητα

- Μεταμόρφωση της συλλογικής κουλτούρας
- Εστίαση στον καταναλωτή
- Εστίαση στη διαδικασία
- Συνεργατική προσέγγιση της διαδικασίας βελτίωσης
- Εκπαίδευση των υπαλλήλων
- Εξάσκηση και διδασκαλία
- Benchmarking μια διαδικασία σχεδιασμένη να εκτιμά το συναγωνισμό σε σύγκριση με την απόδοση του καθενός οργανισμού
- Μέτρηση ποιότητας και στατιστικές αναφορές σε κάθε επίπεδο
- Αναγνώριση και επιβεβαίωση
- Ολοκληρωμένη διαχείριση

Αυτές οι έννοιες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση του σχεδιασμού ενός πλαισίου εργασίας για Ο.Π.Δ στα ΚΥ για εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4.4.5. Μέτρηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Η ποιότητα της φροντίδας μετράται με την αξιολόγηση της δομής, της διαδικασίας και του αποτελέσματος. Οι Flynn και Ray δήλωσαν ότι "καμιά από αυτές τις διαστάσεις δεν υπάρχει μόνη της. Η δομή, η διαδικασία και το αποτέλεσμα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, του οποίου είναι μέρος". Η μέτρηση των κριτηρίων ενσωματώνει

στοιχεία από τα μέλη του προσωπικού των Κ. Υ. (επαγγελματίες και μη), απ' τους πελάτες/ασθενείς, από άλλα μέλη της κοινότητας και τους πληρώσαντες τη φροντίδα υγείας (Θεοδώρου, 1996).

Δομή

Η δομή αναφέρεται συγκεκριμένα στην οργάνωση των υπηρεσιών. Η δομή αφορά τους πόρους και το σχεδιασμό του συστήματος του οργανισμού φροντίδας υγείας. Στα Κ. Υ. πρέπει να γίνει μια οργανωτική ανάλυση για να δηλώσει ξανά α) την αποστολή του οργανισμού και τους αντικειμενικούς στόχους, β) το υπάρχον οργανωτικό πλαίσιο, γ) την περιγραφή της δουλειάς του προσωπικού, δ) τη μορφή διαχείρισης του οργανισμού, ε) τις επιτροπές του οργανισμού και τις ικανότητες λήψης αποφάσεων και στ) τις προηγούμενες και τωρινές ομάδες εργασίας της κοινότητας.

Διαδικασία

Ο Palmer είπε ότι η διαδικασία δεδομένων είναι "οι αποφάσεις και οι δράσεις του χορηγού που λαμβάνει για λογαριασμό του ασθενούς όπως και η εναλλαγή πληροφοριών μεταξύ ασθενούς και χορηγού". Η διαδικασία είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικού και πελάτη (άτομα, οικογένεια και κοινότητα) στο Κ. Υ. Οι διαδικασίες πραγματοποιούνται και στο διοικητικό και κλινικό πεδίο στο Κ. Υ. Επιπλέον διαδικασίες που επιδρούν στα αποτελέσματα της φροντίδας, συμβαίνουν καθημερινά εσωτερικά και εξωτερικά στο Κ. Υ. Οι διαδικασίες είναι ο πυρήνας των λειτουργιών του Κ. Υ.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα είναι προϊόντα των διαδικασιών σ' έναν οργανισμό υγείας, και προσανατολισμένα στην έρευνα. Ο ANA όρισε τα κριτήρια αποτελέσματος ως μια *μετρήσιμη αλλαγή της κατάστασης της υγείας, της κοινότητας, της οικογένειας ή των ατόμων*. Το τελικό προϊόν μιας επαγγελματικής διαδικασίας. Μια αλλαγή στο περιβάλλον ή στη στάση του πελάτη απέναντι στη φροντίδα υγείας. Σε μια μεγάλη κλίμακα οι στρατηγικά σχεδιασμένοι αντικειμενικοί σκοποί είναι τα προσδοκώμενα αποτελέσματα των διαδικασιών στα Κ. Υ. όπως τα κριτήρια δομής και διαδικασίας μεταμορφώνονται στο περιβάλλον των τωρινών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, έτσι η έρευνα θα εστιαστεί στα μετρήσιμα αποτελέσματα για τα Κ.Υ.

4.4.6. Ο ρόλος της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ποιοτική διασφάλιση

Η ποιοτική διασφάλιση αποσκοπεί στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την ικανοποίηση του χρήστη και την ορθολογική κατανομή των πόρων.

Η αποστολή της ομάδας Π.Φ.Υ., η οποία αποτελείται από γενικούς και άλλων ειδικοτήτων γιατρούς, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κ.λπ., έχει να κάνει με το σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση παροχής όλων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης. Στην Π.Δ. ο ρόλος της ομάδας Π.Φ.Υ., είναι να υιοθετήσει και να ακολουθήσει ένα πλαίσιο εργασίας που θα εξασφαλίζει ποιότητα σε κάθε ένα από τα παραπάνω βήματα της αποστολής του.

Η διασφάλιση της ποιότητας πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος της φροντίδας υγείας. Η ομάδα Π.Φ.Υ. πρέπει να αποδεχτεί την ευθύνη, του να είναι φύλακας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία ενός συλλογικού πλαισίου εργασίας για την ποιότητα.

4.5 Ποιοτική Διασφάλιση και ελληνική πραγματικότητα

Βρισκόμαστε σε μια εποχή όπου οι προσδοκίες της ελληνικής κοινωνίας στον τομέα της φροντίδας υγείας συνεχώς αυξάνουν, όχι μόνο για την πληρότητα της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και για την ποιότητά τους. Αποτελεί ευθύνη των Υπηρεσιών Υγείας να προβούν σε στρατηγικό σχεδιασμό επαναπροσδιορισμού των πηγών και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Παρόλα αυτά είναι γνωστό ότι, προς το παρόν στη χώρα μας, ούτε οι πολίτες έχουν ασκήσει το δικαίωμά τους, ούτε η πολιτεία έχει ανταποκριθεί στην πρόσφατη υποχρέωση της να διασφαλίσει την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας και κατ' επέκταση των

υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που παρέχονται στους πολίτες της χώρας. Έτσι, η μόνη πλευρά που κινείται τελευταίως προς την κατεύθυνση αυτή είναι ο χώρος του νοσοκομείου.

Στο χώρο της Π.Φ.Υ. όπου στη χώρας μας βρίσκεται σε μια στάσιμη κατάσταση και των Κ.Υ. ειδικότερα, δεν έχει παρατηρηθεί μέχρι σήμερα, καμία προσπάθεια υιοθέτησης είτε τη ποιοτικής διαχείρισης είτε της ποιοτικής διασφάλισης. Ιδιαίτερα σήμερα, αναγνωρίζεται από όλους η σπουδαιότητα Π.Φ.Υ. από τη μία και από την άλλη η χαμηλή ποιότητα και το υψηλό κόστος των υπηρεσιών. Η Π.Δ. λοιπόν μπορεί να συνεισφέρει προς την κατεύθυνση της επίλυσης τέτοιων προβλημάτων. Οι δυσκολίες μπορούν να ξεπεραστούν και Π.Δ. να γίνει μηχανισμός βελτίωσης της υγείας του πολίτη και της αξιοπιστίας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μη υιοθέτηση της Π.Δ. από την Ελλάδα οφείλεται κυρίως στην έλλειψη ανθρωπίνων και υλικών πόρων καθώς και σε οργανωτικές αδυναμίες (Γεωργακάκου, 2003).

4.6 Συμπεράσματα

Σοβαρές ανησυχίες για βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας εκδηλώνονται σχεδόν απ' όλες τις χώρες. Στην Ελλάδα, χώρα Ευρωπαϊκή, παρά την αναμφισβήτητη βελτίωση που παρουσιάζει σε ευαίσθητους δείκτες υγείας όπως βρεφική και μητρική θνησιμότητα, αλλά και τη γενικότερη βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της ζωής, δε φαίνεται προς το παρόν να γίνονται σοβαρές προσπάθειες προς την κατεύθυνση της εκτίμησης και διασφάλισης της ποιότητας.

Προβλήματα σχετικά με την υπολειτουργία ή και την ανεπάρκεια οργανωτικών και λειτουργικών δομών του συστήματος και των υποσυστημάτων υγείας προκαλούν ανυπέρβλητα εμπόδια στην εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου ποιότητας.

Η αξιοποίηση της εμπειρίας των άλλων ευρωπαϊκών χωρών θα μας φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στο κίνημα της βελτίωσης της ποιότητας, η οποία ποιότητα, για να

χρησιμοποιήσουμε τα λόγια του Αριστοτέλη, δεν είναι απλά μια πράξη, αλλά μια καθημερινή συνήθεια.

Η Ο.Π.Δ. "είναι ένας όρος που καλύπτει τρεις τύπους δραστηριοτήτων: το σχεδιασμό της ποιότητας, τη μέτρηση τη ποιότητας και τη βελτίωση της ποιότητας". Στην πάλη της εκπλήρωσης του στόχου για μια αποτελεσματική φροντίδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα θα ωφεληθεί απ' το αποδοτικό πλαίσιο της Ο.Π.Δ.

Η φροντίδα υγείας και ψυχικής υγείας πρέπει να εστιάζεται όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην αλληλεπίδραση του προσιτού κόστους και των θεμάτων ποιότητας σε μια προσπάθεια να μειωθεί η διάσπαση και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα. Ίσως η έρευνα για τα κριτήρια δομής διαδικασίας και αποτελέσματος της Ο.Π.Δ. στο Κ. Υ. μπορεί να είναι ένα πολύτιμο εργαλείο σ' άλλους οργανισμούς υγείας των οποίων στόχος είναι η άνοδος της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

5.1 Η έννοια της συνηγορίας για την ψυχική υγεία

Υστερα από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τους εσωτερικούς μηχανισμούς βελτίωσης κρίνεται σκόπιμο να παρουσιαστεί η έννοια της συνηγορίας ως εξωτερικός μηχανισμός βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό, Συνηγορία (Advocacy) είναι ένας συνδυασμός ατομικών και κοινωνικών ενεργειών με σκοπό τη λήψη πολιτικών αποφάσεων της στήριξης μιας πολιτικής, την κοινωνική αποδοχή και την συστηματική υποστήριξη για κάποιο συγκεκριμένο σκοπό ή πρόγραμμα.

Η έννοια της συνηγορίας είναι σχετικά νέα για την ψυχική υγεία αναπτύχθηκε για να κατοχυρώσει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Σε αυτήν εντάσσεται μια ποικιλία δραστηριοτήτων, οι οποίες έχουν σκοπό να άρουν τα εμπόδια στην πορεία για μια καλύτερη ψυχική υγεία των πληθυσμών.

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, οι ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έρχονται όλο και περισσότερο στο προσκήνιο. Οι χρήστες των υπηρεσιών καθώς και οι οικογένειές τους, δημιούργησαν οργανώσεις και μέσα από αυτές προώθησαν τις απόψεις τους. Στον πυρήνα αυτό προστέθηκαν και άλλες οργανώσεις από εργαζόμενους στο χώρο, από επιστήμονες και επαγγελματίες, καθώς και από άτομα που εμπλέκονται στο χώρο της πολιτικής (Υπ.Υ.Κ.Α., 2004)

Η συνηγορία θεωρείται μια από τις έντεκα δράσεις που απαρτίζουν μια ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία, λόγω του οφέλους που αποφέρει στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους. Το κίνημα της συνηγορίας έχει επηρεάσει σημαντικά την πολιτική και τη νομοθεσία στον τομέα της ψυχικής υγείας σε μερικές χώρες και θεωρείται επίσης ότι συνέβαλε ουσιαστικά στη βελτίωση των υπηρεσιών σε άλλες.

Επιπλέον στη συνηγορία αποδίδεται η αυξημένη συνειδητοποίηση του ρόλου που έχει η ψυχική υγεία στην ποιότητα ζωής των πληθυσμών σε αρκετές χώρες. Τέλος σε πολλές κοινωνίες οι οργανώσεις συνηγορίας δημιούργησαν κατάλληλες συνθήκες για να δημιουργηθούν δυναμικά δίκτυα υποστήριξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι δράσεις που χαρακτηρίζουν τη συνηγορία είναι:

- α) Αύξηση της συνειδητοποίησης,
- β) Πληροφόρηση,
- γ) Εκπαίδευση,
- δ) Επιμόρφωση,
- ε) Αλληλοβοήθεια
- στ) Συμβουλευτικές παρεμβάσεις,
- ζ) Διαμεσολάβηση.
- η) Υπεράσπιση
- θ) Καταγγελία.

5.2 Η ανάπτυξη του κινήματος της συνηγορίας

Το κίνημα της συνηγορίας ξεκίνησε με διάφορες οργανώσεις, οι οποίες είχαν σαν στόχο τους την υποστήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Στην αρχή προσπαθούσαν να κινητοποιήσουν τις κοινότητες ώστε να υποστηρίξουν τα συμφέροντα των ομάδων αυτών. Αυτό όμως προϋπόθετε ότι θα σέβονταν τις επιθυμίες τους, θα προστάτευαν τα συμφέροντά τους. Το κίνημα αναπτύσσεται δυναμικά στην Αυστραλία, τον Καναδά, την Ευρώπη, τη Νέα Ζηλανδία, τις Η.Π.Α. Σε αυτό εντάσσονται διάφοροι άνθρωποι και

οργανώσεις, που αναλαμβάνουν ποικίλες πρωτοβουλίες. Αν και πολλές ομάδες συνασπίζονται ή συνεργάζονται για να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους, δεν έχουν τον χαρακτήρα ενωμένου μετώπου.

Μεταξύ των ομάδων που εμπλέκονται στη συνηγορία είναι οργανώσεις χρηστών των υπηρεσιών και μια ποικιλία μη κυβερνητικών οργανώσεων. Σε αρκετές χώρες οι πρωτοβουλίες της συνηγορίας για την ψυχική υγεία υποστηρίζονται και σε μερικές περιπτώσεις, υλοποιούνται από τις κυβερνήσεις, τα Υπουργεία Υγείας, και τοπικές αρχές.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι ομάδες συνηγορίας για την ψυχική υγεία είτε δεν υπάρχουν, είτε είναι σε νηπιακό στάδιο. Υπάρχει δυνατότητα για ταχεία ανάπτυξη, ιδιαίτερα επειδή το κόστος είναι σχετικά χαμηλό, και επειδή η κοινωνική υποστήριξη και η αλληλεγγύη συχνά εκτιμώνται πολύ σε αυτές τις χώρες. Αυτή η ανάπτυξη εξαρτάται μέχρι ενός σημείου από την τεχνική βοήθεια και την οικονομική υποστήριξη τόσο από δημόσιες όσο και από ιδιωτικές πηγές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μέσω των περιφερειακών γραφείων του και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και Ουσιοεξάρτησης, έχει στηρίξει σε σημαντικό βαθμό τα Υπουργεία Υγείας ώστε να συνηγορήσουν για την ψυχική υγεία (Υπ.Υ.Κ.Α, Δ/ση Ψ.Υ., 2004).

5.3 Εμπόδια στη ψυχική υγεία

Στα περισσότερα μέρη του κόσμου, η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται ως δευτερεύον θέμα σε σχέση με τη σωματική υγεία, και μάλλον αγνοούνται ή παραμελούνται (World Health Organization, 2001a). Μικρό ποσοστό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές λαμβάνει έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία. Πολλά από τα άτομα αυτά υφίστανται διακρίσεις και στιγματίζονται. Μεταξύ των εμποδίων που θίγει η συνηγορία για την ψυχική υγεία είναι και τα εξής (Υ.Υ.Κ.Α, Δ/ση Ψ.Υ., 2004):

1. Η έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μόνο το 51% του πληθυσμού σε όλη την υφήλιο έχει πρόσβαση για θεραπεία των σοβαρών ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Επιπλέον η διαθέσιμη θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, ούτε καλύπτει το σύνολο των αναγκών των ατόμων αυτών.
2. Το δυσβάστακτο κόστος για τη φροντίδα ψυχικής υγείας, όπως είναι οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς, ακόμη και σε αναπτυγμένες χώρες. Οι άμεσες πληρωμές είναι η κύρια χρηματοδοτική μέθοδος στο 39,6% των χωρών με χαμηλό εισόδημα .
3. Η έλλειψη ισότητας μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας, αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι οι επενδύσεις που πραγματοποιούν οι κυβερνήσεις καθώς και οι ασφαλιστικές εταιρείες του κλάδου της υγείας στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι δυσανάλογα χαμηλές.
4. Η Κακή ποιότητα φροντίδας στα ψυχιατρεία και άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες, μόνο μια μικρή μειοψηφία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές λαμβάνει έστω τη βασική θεραπεία. Η φροντίδα στο χώρο της ψυχικής υγείας, είναι μια έννοια με αρκετά διαφορετικό περιεχόμενο από ότι στο χώρο της σωματικής υγείας. Τα προβλήματα που θέτει η ψυχική ασθένεια και ιδιαίτερα οι ψυχώσεις, είναι πιο πολύπλοκα από τα προβλήματα που θέτουν οι σωματικές ασθένειες, η διαφορά γίνεται ακόμη μεγαλύτερη και η πραγματικότητα ακόμη πιο πολύπλοκη αν περάσουμε από τη θεώρηση της ασθένειας στη θεώρηση του πάσχοντος υποκειμένου, στην προβληματική της ψυχικής οδύνης, του πλέγματος των κοινωνικών σχέσεων και της ποιότητας της ζωής.
5. Η αναγκαιότητα εναλλακτικών υπηρεσιών που να τις διαχειρίζονται οι καταναλωτές.
6. Οι πατερναλιστικές υπηρεσίες, όπου η έμφαση δίνεται στις απόψεις εκείνων που παρέχουν τις υπηρεσίες, ενώ δε λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών.

7. Το δικαίωμα στον αυτοκαθορισμό και η ανάγκη πληροφόρησης για τις θεραπείες.
8. Η αναγκαιότητα για υπηρεσίες που να διευκολύνουν την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας.
9. Η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
10. Η έλλειψη στέγης και απασχόλησης για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
11. Το στίγμα λόγω των ψυχικών διαταραχών, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό των ατόμων αυτών. Αναμφίβολα η πλέον στιγματισμένη μεταξύ όλων των νόσων είναι ακόμα και σήμερα η ψυχική νόσος. Και τούτο, παρά το γεγονός ότι μετά τις απόλυτα αρνητικές στάσεις του παρελθόντος, ακόμα και στην αρχή της δεκαετίας του '80, η ψυχική νόσος ετίθετο στην ίδια σειρά με τη τοξικομανία, τη πορνεία, και την εγκληματικότητα. Εδώ όμως και μερικό χρόνια ο περιορισμός του στίγματος της ψυχικής νόσου, άρχισε να απασχολεί σοβαρά τις οργανώσεις υγείας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Τώρα πλέον γνωρίζουμε ότι η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων θα στοχεύουν, όχι μόνο στην ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων αλλά και στην αντιμετώπιση του στίγματος, θα είναι αποτελεσματικότερες και διαρκέστερες, σε συνδυασμό βέβαια με τη σημαντικότερη βοήθεια που μπορεί να προσφέρουν οι οργανωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες των ασθενών (Καραβάτος κ.ο.α., 2004).
12. Η απουσία προγραμμάτων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών σε σχολεία χώρους εργασίας και γειτονιές,
13. Η έλλειψη ή ανεπαρκής εφαρμογή πολιτικών, σχεδίων δράσης, προγραμμάτων και νομοθεσίας για τη ψυχική υγεία. Περισσότερες από το 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για τη ψυχική υγεία πάνω από το 30% δεν έχουν σχετικά προγράμματα και πάνω από το 90% δεν έχουν πολιτική για την ψυχική υγεία η οποία να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους.

5.4 Τα θετικά αποτελέσματα της συνηγορίας για τη ψυχική υγεία

Πολλές πρωτοβουλίες οι οποίες στηρίχθηκαν στη συνηγορία απέδωσαν θετικά αποτελέσματα παρά τα εμπόδια που προαναφέρθηκαν. Δεν υπάρχουν ακόμη επιστημονικά στοιχεία που να βεβαιώνουν ότι η συνηγορία βελτιώνει άμεσα την ψυχική υγεία των πληθυσμών και ανεβάζει το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών .

Εντούτοις, έχουν αναφερθεί ενθαρρυντικές εμπειρίες από διάφορες χώρες, οι οποίες συνοψίζονται στις ακόλουθες προτάσεις (Υ.Υ.Κ.Α., Δ/νση Ψ.Υ., 2004):

- το γεγονός ότι η ψυχική υγεία έχει τεθεί στις κυβερνητικές προτεραιότητες
- τη βελτίωση των πολιτικών των κυβερνήσεων στη λειτουργία των ιδρυμάτων
- τις αλλαγές σε νόμους και κανονισμούς
- την καλύτερη προαγωγή της ψυχικής υγείας και της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών
- την προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων και των συμφερόντων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους
- τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της φροντίδας

5.5 Ο ρόλος των διαφόρων ομάδων στη συνηγορία

5.5.1 Οι Χρήστες των υπηρεσιών και οι οικογένειές τους

Οι ομάδες των χρηστών των υπηρεσιών καθώς και των οικογενειών τους παίζουν σημαντικό ρόλο στη συνηγορία. Τα άτομα που απαρτίζουν την ομάδα των χρηστών είναι

συνήθως άτομα με ψυχικές διαταραχές και εστιάζουν τη προσοχή τους είτε στη σχέση τους με τις υπηρεσίες, είτε στην προσφορά αλληλοβοήθειας για τις συγκεκριμένες διαταραχές από τις οποίες πάσχουν. Τα άτομα αυτά επιτυγχάνουν πολλά βοηθώντας τον εαυτό τους.

Οι οργανώσεις των χρηστών σε όλο τον κόσμο έχουν διάφορα κίνητρα, σκοπούς και σχέσεις με τη ψυχική υγεία και οι οργανώσεις τους δε συμπεριφέρονται πάντα τις ίδιες απόψεις, ως προς το πώς θα επιτύχουν τους στόχους τους καλύτερα. Μερικές ομάδες υποστηρίζουν τη συνεργασία με τις υπηρεσίες γενικής και ψυχικής υγείας, ενώ άλλες δε θέλουν καμία άμεση σχέση μαζί τους. Μερικές φορές αυτοί που προτιμούν τον απόλυτο διαχωρισμό επικρίνουν πολύ έντονα τις υπηρεσίες, ορισμένες θεραπευτικές μεθόδους και το ιατρικό μοντέλο.

Οι οργανώσεις αυτές έχουν ποικίλη δράση στη συνηγορία, η οποία εκτείνεται από την άσκηση επιρροής στην πολιτική και στην νομοθεσία, έως στην παροχή βοήθειας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έχουν ευαισθητοποιήσει το κοινό στα ζητήματα που τις απασχολούν και έχουν στηρίξει και εκπαιδεύσει άλλα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Υ.Υ. Κ.Α., 2004).

Ο ρόλος της ομάδας των οικογενειών επικαλύπτεται στους περισσότερους Τομείς από τους χρήστες των υπηρεσιών, που προαναφέρθηκαν. Εντούτοις οι οικογένειες έχουν το δικό τους ξεχωριστό ρόλο όσον αφορά τη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε πολλά μέρη οι οικογένειες παρέχουν τη φροντίδα και οι οργανώσεις τους αποτελούν δίκτυα υποστήριξης θεμελιώδους σημασίας. Εκτός του ότι παρέχουν αλληλοϋποστήριξη και υπηρεσίες, πολλές οργανώσεις οικογενειών συνηγορούν για τα θέματα ψυχικής υγείας και εκπαιδεύουν την κοινότητα, παρεμβαίνουν στη διαδικασία καθορισμού της πολιτικής υγείας, καταγγέλλουν το στίγμα και τις διακρίσεις και αγωνίζονται για τη βελτίωση των υπηρεσιών.

5.5.2 Μη κυβερνητικές οργανώσεις

Σε πολλά μέρη του κόσμου οι οργανώσεις αυτές είναι επιστημονικές - επαγγελματικές, με μέλη μόνο επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή και με συμμετέχοντες από άλλους κλάδους. Σε μερικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να συνεργάζονται με άτομα με ψυχικές διαταραχές, τις οικογένειές τους ή και άλλους ενδιαφερόμενους.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις διεκπεραιώνουν πολλούς από τους ρόλους της συνηγορίας που περιγράφονται αναφορικά με τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειες. Η ξεχωριστή τους συνεισφορά στο κίνημα συνηγορίας είναι ότι υποστηρίζουν και ενδυναμώνουν τους καταναλωτές και τις οικογένειες και πλεονεκτούν κατά το ότι διαθέτουν ριζοσπαστική δυναμικότητα, έχουν τη δυνατότητα να πλησιάζουν τους ανθρώπους και μπορούν να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες.

5.5.3 Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Με τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπου η φροντίδα έχει μετατοπιστεί από τα ψυχιατρεία στις κοινοτικές υπηρεσίες, οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία δραστηριοποιούνται περισσότερο στην προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών και στην αύξηση της συνειδητοποίησης σχετικά με την ανάγκη ύπαρξης βελτιωμένων υπηρεσιών. Οι εργαζόμενοι σε παραδοσιακές υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας μπορούν να προσεγγίσουν συναισθηματικά και να κατανοήσουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και επομένως να συνηγορήσουν υπέρ αυτών σε ορισμένα ζητήματα. Συγκεκριμένες παρεμβάσεις συνηγορίας που μπορούν να αναλάβουν οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία είναι οι εξής (Y.Y. K.A., 2004).

:

- Η κλινική δουλειά να λαμβάνει υπόψη και την άποψη των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών

- Η συμμετοχή σε δραστηριότητες των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών
- Η υποστήριξη της ανάπτυξης οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους και από κοινού σχεδιασμός και αξιολόγηση

5.5.4 Οι υπεύθυνοι, για τη χάραξη της πολιτικής και τον σχεδιασμό των προγραμμάτων

Ένα υπουργείο υγείας, και ειδικότερα η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, μπορεί να συνεισφέρει πολλά στη συνηγορία. Μπορεί να υλοποιήσει παρεμβάσεις συνηγορίας, ώστε να βελτιωθεί η ψυχική υγεία του πληθυσμού και να γίνουν σεβαστό τα δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών.

Επιπλέον, είναι αναγκαίο το Υπουργείο Υγείας να πείσει τους υπεύθυνους για την χάραξη πολιτικής σε άλλους τομείς, π.χ. στην εκτελεστική εξουσία, στο Υπουργείο Οικονομικών και άλλα Υπουργεία, στη δικαστική και νομοθετική εξουσία και στα πολιτικά κόμματα, να εστιάσουν και να επενδύσουν στην ψυχική υγεία. Ένα Υπουργείο Υγείας μπορεί επίσης να κάνει πολλές παρεμβάσεις συνηγορίας με τη συνεργασία των Μ.Μ.Ε.

Οι δραστηριότητες συνηγορίας ενός Υπουργείου Υγείας έχουν ορισμένα αντιφατικά χαρακτηριστικά, τα οποία συχνά είναι η αιτία που δημιουργεί την ανάγκη παρέμβασης της συνηγορίας. Για παράδειγμα, εάν ένα Υπουργείο, που έχει την ευθύνη παροχής των υπηρεσιών, συνηγορεί ταυτόχρονα υπέρ της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν πολιτεύεται με ειλικρίνεια. Η αντιπολίτευση ίσως αμφισβητήσει το κατά πόσο το Υπουργείο πράγματι επιθυμεί να βελτιώσει την κατάσταση. Η διευκόλυνση ανεξάρτητων σωμάτων επιθεωρητών και ομάδων συνηγορίας πιθανόν να είναι μία καταλληλότερη λύση. (Υ.Υ.Κ.Α., Δ/ση Ψ.Υ., 2004).

5.6 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. στη συνηγορία

Από πολλά χρόνια προβάλλονται με επιτυχία στα Μ.Μ.Ε. προγράμματα, που προάγουν και προασπίζουν τη δημόσια υγεία. Προγράμματα όμως ψυχικής υγείας δεν προβάλλονται ακόμη αλλά είναι υπό διαμόρφωση. Οι κοινωνικές στάσεις και οι συμπεριφορές για τη ψυχική υγεία είναι περίπλοκες, και μελέτες που έγιναν σχετικά με την αλλαγή της στάσης αυτής μέσω των ΜΜΕ στη δεκαετία του ογδόντα, έδειξαν ότι τα αποτελέσματα ήταν περιορισμένα. Από τότε τα αποτελέσματα βελτιώθηκαν με επιμορφωτικές εκστρατείες. Για παράδειγμα εκπομπές που έγιναν ενάντια στο στίγμα και υπέρ της αποδοχής ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποδείχθηκαν αποτελεσματικές.

Η αλλαγή στη στάση του κοινού για τις ψυχικές διαταραχές θα βοηθούσε, ώστε να εφαρμοστούν πολιτικές τέτοιες που να βελτιώνουν την ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν σταθερές προσεγγίσεις στα ΜΜΕ. Σε μερικές περιπτώσεις τα ΜΜΕ μπορεί να παίζουν αρνητικό ρόλο στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών από την πλευρά του κοινού. Αυτό συνέβη στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι ρόλοι που μπορούν να παίξουν τα ΜΜΕ είναι: ενημερωτικός ή και εκπαιδευτικός, κινητοποιητικός με τη χρήση της πειθούς και συνηγορητικός (Υ.Υ. Κ.Α., b, 2004)

- Στον ενημερωτικό ρόλο επιχειρείται να βελτιωθεί το επίπεδο συνειδητοποίησης, γνώσης και κατανόησης των θεμάτων που έχουν σχέση με τη ψυχική υγεία στην κοινότητα.
- Στον κινητοποιητικό ρόλο επιχειρείται να μεταβάλλονται οι αντιλήψεις των ατόμων και να ενθαρρύνονται δράσεις μέσω των τεχνικών διέγερσης του συναισθήματος. Η μείωση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές είναι σημαντικό επίτευγμα, όπως και η ενθάρρυνση των ατόμων να υιοθετήσουν συμπεριφορές που να στηρίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και άλλων ειδών αναπηρίες.

- Στον συνηγορητικό ρόλο γίνεται προσπάθεια για αλλαγές στο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον, ώστε να βελτιωθεί η ψυχική υγεία. Αυτό μπορεί να γίνει με δημόσιο διάλογο για να μπορέσει να αυξηθεί η στήριξη των πολιτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Από τις συνηθέστερες μεθόδους χρήσης των Μ.Μ.Ε. για την αντιμετώπιση των ζητημάτων ψυχικής υγείας είναι η διαφήμιση, η δημοσιότητα και η εκπαίδευση μέσω των ψυχαγωγικών εκπομπών. Η συμβολή της διαφήμισης είναι πολύτιμη στην αύξηση της συνειδητοποίησης της αξίας που έχει η ψυχική υγεία και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, γιατί μπορεί να προσεγγιστεί μεγάλος αριθμός ανθρώπων σε μικρό χρονικό διάστημα. παρότι είναι δαπανηρή.

Η δημοσιότητα αφορά τη δημιουργία ειδήσεων, όπου μέσω αυτών το κοινό πληροφορείται για κάποιες πλευρές της ψυχικής υγείας. Με τη μέθοδο αυτή δεν υπάρχει επαρκής έλεγχος των μηνυμάτων.

Η εκπαίδευση αφορά εκπαιδευτικά μηνύματα σχετικά με τη ψυχική υγεία ή και άλλα κοινωνικά θέματα, τα οποία ενσωματώνονται σε ψυχαγωγικές παραγωγές. Η μέθοδος αυτή έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε αναπτυσσόμενες χώρες και μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη συνηγορία για τις ψυχικές διαταραχές. Οι επικοινωνιακές στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τους σκοπούς της συνηγορίας της ψυχικής υγείας από τα υπουργεία υγείας είναι οι ακόλουθες:

Να υπάρχει συνεχής και αδιάλειπτη συνεργασία με τα ΜΜΕ. Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να αναπτυχθούν φιλικές σχέσεις με τους επαγγελματίες στα ΜΜΕ. Πολλές φορές οι δημοσιογράφοι χρειάζεται να μιλούν με ειδικούς στην ψυχική υγεία, για να αποκτούν κάποιες βασικές γνώσεις, οι οποίες θα τους επιτρέψουν να κατανοήσουν καλύτερα τη σημασία ορισμένων ειδήσεων.

Να γίνει εισαγωγή θεμάτων ψυχικής υγείας στα ΜΜΕ, γι' αυτό είναι σκόπιμο να εντοπιστούν και να υποστηριχθούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν επικοινωνιακές δεξιότητες. Χρειάζονται διαφορετικές ικανότητες για να εμφανιστεί

κάποιος σε ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα, ή για να μιλήσει στο ραδιόφωνο ή και να γράψει σε εφημερίδα και περιοδικό.

Να γίνει αναθεώρηση του τρόπου παραγωγής των ειδήσεων, γιατί οι περισσότερες ειδήσεις που αφορούν τη δημόσια υγεία και ιδιαίτερα τη ψυχική υγεία δεν είναι ελκυστικές, ούτε θεωρούνται εξαιρετικά ενδιαφέρουσες για τα Μ.Μ.Ε., με αποτέλεσμα να αφήνουν αδιάφορα τα στελέχη των ΜΜΕ και να μην κοινοποιούνται στο κοινό. «Μία καλή είδηση για τα Μ.Μ.Ε. δεν είναι ποτέ είδηση. Μία καλή είδηση με πρωταγωνιστή ένα ψυχικά άρρωστο άτομο, δεν θα θέλξει στον ίδιο βαθμό όσο θα θέλξει η βία και η καταστροφή που ίσως προξενήσει. Τα σπάνια εγκλήματα του όμως αποκτούν μια τεράστια ορατότητα και θεαματικότητα που τα καθιστούν θελκτικά προϊόντα για τα media (Τσαλίκου, 2004).

5.6.1 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Ψυχική Υγεία μία πραγματική κατάσταση.

Στις 27 μέχρι και 29 Μαρτίου του 2003 πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στο πλαίσιο της Ελληνικής Προεδρίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης μία μεγάλη Συνδιάσκεψη με Θέμα «Ψυχική Ασθένεια και Στίγμα στην Ευρώπη») και με υπότιτλο «Αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Και της Ισότητας».

Σύνεδροι ήταν Υπουργοί, Υφυπουργοί, Εθνικοί Αντιπρόσωποι στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 52 χωρών της Ευρώπης, εκπρόσωποι της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, του Συμβουλίου της Ευρώπης, του Π.Ο.Υ., της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας και άλλοι ειδικοί εμπειρογνώμονες.

Ένα από τα θέματα που παρουσιάστηκαν τόσο σε συνεδρία ολομέλειας, που προσέγγισε το θέμα της αλλαγής των στάσεων μέσω των παρεμβάσεων, όσο και σε ομάδα εργασίας, ήταν ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Το γενικό συμπέρασμα που βγήκε, ήταν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης επηρεάζουν τη νοοτροπία του κοινού. Ειδικότερα σημειώθηκε:

- Η ανάγκη για ενημέρωση των δημοσιογράφων που θα περιλαμβάνει παραδείγματα αρνητικής χρήσης που προκαλούν πόνο.
- Η ανάγκη για επιβράβευση της σωστής άσκησης της δημοσιογραφίας.
- Η ανάγκη να δημιουργηθούν συμμαχίες που να περιλαμβάνουν όχι μόνο δημοσιογράφους αλλά και όσους συντάσσουν τους κύριους τίτλους σε περιοδικά και εφημερίδες καθώς και αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις.

Στα συμπεράσματα του Συμβουλίου της Ε.Ε. που δημοσιεύτηκαν στις 2 Ιουνίου του 2003 με αφορμή τη ανωτέρω συνδιάσκεψη «για την καταπολέμηση του στιγματισμού και των διακρίσεων που συνδέονται με τις ψυχικές ασθένειες». τονίστηκαν μεταξύ άλλων και τα εξής:

- α) Η Ε.Ε. χαιρετίζει τη διεξαγωγή της συνδιάσκεψης και υπογραμμίζει τη σημασία της καταπολέμησης του στιγματισμού για τη βελτίωση της ποιότητας της ψυχικής υγείας.
- β) Αναγνωρίζει ότι ο στιγματισμός του ατόμου λόγω της ψυχικής ασθένειας, συμβάλλει αρνητικά στην ισότητα και την κοινωνική του ένταξη και έχει επιπτώσεις στη προστασία της υγείας.
- γ) Υπογραμμίζει τις βλαβερές επιπτώσεις από τον στιγματισμό στην έκβαση της ψυχικής νόσου καθώς και στο επίπεδο της ποιότητας της ζωής των προσώπων που πάσχουν και των οικογενειών τους.
- δ) Καλεί τα Κράτη μέλη να συγκεντρώσουν καλά ποιοτικά δεδομένα σχετικά με την υγεία, τις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες του στιγματισμού λόγω των ψυχικών ασθενειών.
- ε) Και καλεί την επιτροπή να αναλάβει δραστηριότητες τέτοιες ώστε να διασφαλιστεί η προστασία της υγείας των ατόμων με ψυχικά προβλήματα μέσω αξιοπρεπών, ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Λίγες ημέρες αργότερα στις 5-4-2003 με πρωτοβουλία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου διοργανώθηκε επιστημονική ημερίδα στη Κατερίνη, η οποία εντάσσεται στη γενικότερη επικοινωνιακή πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπου τα Νοσοκομεία έπρεπε να αναπτύξουν τέτοια πολιτική ανά Περιφερειακό Σύστημα Υγείας με πρωτοστάτες και χρηματοδότες τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Το θέμα της ημερίδας ήταν «Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Ψυχική Υγεία».

Τα συμπεράσματα πάνω στο θέμα του στιγματισμού προς την κατεύθυνση του αποστιγματισμού του ανθρώπου που πάσχει ψυχικά, έχουν εφαρμογή σε κάθε ζήτημα για το οποίο θα πρέπει να παρέμβουμε για να αλλάξει η στάση του κοινού, να μειωθούν οι προκαταλήψεις, να ανατραπούν τα στερεότυπα, να εξαλειφθούν οι μύθοι. Στην παρούσα κατάσταση στο χώρο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υπάρχουν στρατηγικές από διεθνή εμπειρία και μπορούμε να τις χρησιμοποιήσουμε με τρόπο εποικοδομητικό, ώστε να επιτύχουμε την κοινωνική ενσωμάτωση, την ισότητα για τους ψυχικά πάσχοντες και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι σημαντικό να συζητούνται θέματα γύρω από την ποιότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αναλύονται σε θεωρητικό επίπεδο, όμως θα πρέπει σίγουρα να υπάρξει και πρακτική εφαρμογή αυτών.

Για να μπορέσει να επιτύχει η ποιότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να συμμετέχουν ενεργά όλοι οι εμπλεκόμενοι και να συμβάλλουν με τις διαφορετικές απόψεις. Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη και συνάμα υποχρέωση να δώσουν προτεραιότητα στη ψυχική υγεία. Επιπλέον, για πολλές χώρες είναι βασικής σημασίας η διεθνής υποστήριξη, ώστε να εφαρμοστούν προγράμματα ψυχικής υγείας.

Οι δράσεις που θα πρέπει να αναληφθούν σε κάθε χώρα εξαρτώνται από τους διαθέσιμους πόρους και την τρέχουσα κατάσταση της ψυχιατρικής φροντίδας. Θεωρείται επομένως σημαντικό, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας να ενθαρρύνει τέτοιες προσπάθειες, ώστε να γίνει από όλους κατανοητό το πόσο σημαντικό είναι να εφαρμόζονται στις υπηρεσίες μέτρα ποιότητας για τη φροντίδα και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

Η Ψυχική Μεταρρύθμιση είναι ένα βήμα που ήδη εφαρμόζεται στην χώρα μας, αλλά υπάρχει κάποια αβεβαιότητα σχετικά με την πρόοδό της. Από πλευράς Υπουργείου υπάρχει μια έντονη κινητικότητα για την εφαρμογή στοιχείων ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αναφορικά με όλα αυτά μπορούν να διατυπωθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα σε επιμέρους τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και των δομών.

Οι Κυβερνήσεις ως τελικά υπεύθυνες για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας πρέπει να εφαρμόσουν πολιτικές –εντός του πλαισίου των συστημάτων υγείας και των δυνατοτήτων χρηματοδότησης- που θα προφυλάσσουν και θα βελτιώνουν το επίπεδο ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Η πολιτική ψυχικής υγείας πρέπει να ενισχυθεί με συναφείς πολιτικές όπως για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά καθώς και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Οι πολιτικές θα πρέπει να σχεδιάζονται με τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων και να βασίζονται σε αξιόπιστες πληροφορίες. Θα πρέπει:

Το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα και στις κοινοτικές υπηρεσίες που θα είναι ενταγμένες στις κεντρικές υπηρεσίες υγείας. Πρέπει δηλαδή να επιχειρηθεί αποιδρυματοποίηση των πασχόντων και επανένταξη στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα θα πρέπει να αντικατασταθούν από κατάλληλες κοινοτικές δομές. Η περίθαλψη στην κοινότητα έχει καλύτερα αποτελέσματα από αυτά των ιδρυμάτων, τόσο στην έκβαση όσο και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αυτό όχι μόνο συμφέρει, περιορίζει το κόστος από περιττές εξετάσεις και από μη εξειδικευμένες θεραπείες αλλά διασφαλίζει και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι εύκολα διαθέσιμα όποτε κρίνεται αναγκαίο από τους ειδικούς οι οποίοι θα πρέπει να έχουν και τις κατάλληλες γνώσεις. Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να περιλαμβάνονται στη βασική λίστα και να διατίθενται σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με την πολιτική υγείας του συστήματος που ακολουθείται καθώς και με τις ανάγκες.

Να υπάρχει το απαιτούμενο υγειονομικό προσωπικό πλήρως και άρτια εκπαιδευμένο και καταρτισμένο ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς και με επιτυχία στα καθήκοντά του. Απασχολώντας έτσι, άτομα που είναι σε θέση να προσφέρουν το καλύτερο δυνατό σε όσους έχουν ανάγκη ψυχικής φροντίδας, είναι βέβαιο ότι και οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι ποιοτικά ανώτερες από αυτές που θα προσέφερε προσωπικό μη εξειδικευμένο προσκολλημένο στις παλιές και άθλιες πρακτικές που χρησιμοποιούνταν στα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα. Το ιδανικό θα ήταν ομάδες ειδικών, να συμπεριλαμβάνουν ιατρικό και μη ιατρικό προσωπικό, όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, που μπορούν να συνεργαστούν με στόχο, την ολοκληρωμένη περίθαλψη και την ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινότητα.

Μη κυβερνητικές οργανώσεις και ομάδες χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους ΜΜΕ και διαφορές ενημερωτικές εκστρατείες πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις απόψεις περί στίγματος και διακρίσεων, να τις εντοπίζουν και να τις αναστέλλουν. Πρέπει επίσης να υποστηρίζονται ενεργά και να προωθούν δράσεις διότι μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και στην αλλαγή της στάσης του κοινού που συνήθως προκαταλαμβάνεται αρνητικά στη

εικόνα ενός ψυχικά ασθενή. Έτσι οι υπηρεσίες που θα παρέχονται θα είναι σχεδιασμένες ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των πασχόντων που ουσιαστικά μόνο αυτοί γνωρίζουν τι είναι εκείνο που τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά τους καλύπτει.

Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η δημιουργία ερευνητικής υποδομής πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα. Αν και η γνώση για τις ψυχικές διαταραχές έχει αυξηθεί παραμένουν ακόμα πολλές άγνωστες μεταβλητές που συμμετέχουν στην εκδήλωση και την πορεία των ψυχικών νόσων και την αποτελεσματική θεραπεία. Περισσότερη έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας, ώστε να κατανοούνται καλύτερα οι ψυχικές διαταραχές. Αυτό είναι και το πρώτο βήμα που θα μας βοηθήσει να μάθουμε περισσότερα για τους παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία, την πορεία και την έκβαση των ψυχικών διαταραχών. Επομένως, θα τις κατανοήσουμε καλύτερα και θα αναπτύξουμε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές θα περιλαμβάνουν υποστηρικτική νομοθεσία, καλύτερες υποδομές, ουσιαστική αντιμετώπιση, αποθεραπεία και επανένταξη και τελικά ανοδική πορεία του επιπέδου ζωής των ψυχικά πασχόντων σε όρους και συντελεστές ποιότητας.

Τέλος, όλες παραπάνω ενέργειες για να μπορέσουν να υλοποιηθούν και να παρέχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα των ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να στηρίζονται με το ανάλογο νομοθετικό πλαίσιο. Η ύπαρξη συναφούς νομοθεσίας δίνει την δυνατότητα δημιουργίας και εφαρμογής προγραμμάτων ψυχικής υγείας. προωθεί τις πολιτικές, διασφαλίζει την αξιοπρέπεια των ασθενών και προστατεύει τα ανθρώπινα δικαιώματα, αφήνοντας μακριά καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού και διακρίσεων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τώρα είναι η κατάλληλη εποχή για να ενσωματώσουμε στις πολιτικές που αφορούν τη φροντίδα ψυχικής υγείας το στόχο της ανάπτυξης ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πεποίθηση πλέον αποτελεί ότι η ποιότητα είναι βασικό χαρακτηριστικό οποιασδήποτε υπηρεσίας ψυχικής υγείας και απαραίτητο εργαλείο για αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα και μάλιστα στην παρούσα φάση που συντελείται η ανάπτυξη του δικτύου των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η ψυχοκοινωνική επανένταξη είναι μια δυναμική διαδικασία και όχι μια τεχνική. Ο ρόλος της σωστής διαχείρισης των πόρων θεωρείται επίσης ότι είναι το γεφύρωμα για τις κοινωνικές αντιθέσεις που απειλούν να γκρεμίσουν οποιαδήποτε οργανωτική προσπάθεια. Χρειάζεται η αμέριστη συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων ώστε να αποκολληθεί από το κοινωνικό σύνολο η ασυλική νοοτροπία και να εκριζωθεί το στίγμα που φέρουν οι ψυχικά ασθενείς αλλά και διαρκής προσπάθεια για την πρόληψη των διαταραχών (ψυχικών και συμπεριφορικών). Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνική πολιτική με τους δυο βασικούς άξονες, της την υγεία και την εκπαίδευση, πρέπει να υποστεί ριζική αναδιάρθρωση προκειμένου να αντεπεξέλθει στη νέα πρόκληση που λέγεται «ψυχιατρική μεταρρύθμιση».

Σύντομα θα πρέπει να ξεκινήσουν οι προκαταρκτικές ενέργειες οι οποίες θα επιτρέψουν τον καθορισμό ενός συνόλου κριτηρίων και διαδικασιών πιστοποίησης, με τα οποία θα κρίνονται οι υπηρεσίες, είναι η νέα πρόκληση σε κάθε βήμα χάραξης κοινωνικής πολιτικής αλλά και η νέα ελπίδα.

Τέλος για να εξασφαλισθεί η πιο επιτυχής και η πιο μακρόπνοη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πρέπει η Κυβέρνηση μέσω των υπηρεσιών της να υποστηρίξει, να εγκρίνει και να ενθαρρύνει τέτοιου είδους πρωτοβουλίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al Cochrane, 1998, *Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα / Τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας*, Εξάντας, σελ: 120.
- Β. Παπανικολάου, 2003, *Ποιότητα στη νοσοκομειακή φροντίδα / Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, εκδ. Θεμέλιο, σελ:153-176.
- Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου, Κ. Σουλιώτη, 2003, *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια*, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση, σελ:51-52.
- Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιόνης, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, 2003, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, σελ:168-170.
- Επιθεώρηση Υγείας, 2004, *Κόστος στη βελτίωση της ποιότητας*, Αθήνα, περιοδικό, τεύχος: Ιουλίου – Αυγούστου, σελ:32-34.
- ΕΣΔΥ, 2003, *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα, επιστ. επιμ. Γ. Κυριόπουλος, Σ. Γκρέγκορυ, Χ. Οικονόμου, εκδ. Παπαζήση, σελ:77.
- Καραβάτος , Χ. Ανδρέου, 2004, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Αθήνα, περιοδικό, κεφ.21, σελ. 213-216, 238-242 & 354-360.
- Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 1996, *Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα, Ελληνικό Τμήμα Ευρωπαϊκής Ένωσης Νέων Managers Υγείας, σελ:105-111 & 295-270.
- Ν. Γκιωνάκης, Στ. Στυλιανίδης, 1995, *Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας στην ψυχική υγεία / μεθοδολογικές παρατηρήσεις*, Αθήνα, Τετράδια Ψυχιατρικής, σελ:108-116.
- Ν. Μπακοπούλου, 2004, *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας – Διαπίστευση Νοσοκομείων. Η περίπτωση των μονάδων τεχνητού νεφρού*, Τ.Ε.Ι Καλαμάτας, πτυχιακή εργασία, σελ:6-26.

Υπουργική Απόφαση Αριθ. Α3α/οικ. 876/2000.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (a), 2003, *Βελτίωση της ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, μετάφρ. Γ. Παπαντωνόπουλος, επιμ. Β. Ζαχαριάς,, Πακέτο Οδηγιών για την πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της ΠΟΥ, σελ:2-5, 12-14, 22-25, 30-34 & 38-40.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (b) 2003, *Πολιτική. Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, μετάφρ. Γ. Παπαντωνόπουλος, επιμ. Β. Ζαχαριάς,, Πακέτο Οδηγιών για την πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της ΠΟΥ.σελ:5-11,16-18, 23-24 & 28-32.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (c), 2003, *Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, μετάφρ. Γ. Παπαντωνόπουλος, επιμ. Β. Ζαχαριάς,, Πακέτο Οδηγιών για την πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της ΠΟΥ, σελ: 8-15.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας, 2002, *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Αθήνα, επιμ. Ελληνικής εκδ. Β. Ζαχαριάς, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, σελ:8-25, 44-56, 68-72 & 80-87.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004, *Συνηγορία για τη ψυχική υγεία*, Αθήνα, μετάφρ. Γ. Παπαντωνόπουλος, επιμ. Β. Ζαχαριάς, Πακέτο Οδηγιών για την πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της ΠΟΥ, σελ:4-12 & 22-26.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης / Δ/ση Ψυχικής Υγείας, 2004, *Συνηγορία για την ψυχική υγεία*, Αθήνα, επιμέλεια Β. Ζαχαριάς, μετάφραση Γ. Παπαντωνόπουλος, σελ:1-4,12-13 & 22-25.

Φ.Τσαλίκoglου, 2004, *Παγκόσμια ημέρα ψυχικής Υγείας*, καθηγήτρια στο Τμήμα Ψυχολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου, Αθήνα, άρθρο από την εφημερίδα τα «Νέα», 11/10/2004.

Χ. Γεωργακάκου, 2003, *Η ποιοτική διασφάλιση στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, <http://www.elegeia.gr/phc1223g.htm>, 7/5/2003, σελ:1-18.

Χ. Σπυράκη, Υφυπουργός, 2001, *Ψυχαργός 2001-2010 / Πρόγραμμα Ανάπτυξης δομών & Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, σελ:3-7.

WHO, 2000, *The principles of QA*, Regional office for Europe, Copenhagen, σελ. 3-10.