

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΜΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ»

Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

*“Ο ορθολογικός σχεδιασμός
και προϋπολογισμός συνεισφέρουν
στη δημιουργία αποτελεσματικών
υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
Υπάρχουν σήμερα διαθέσιμοι μέθοδοι
που βοηθούν στον καθορισμό
των απαιτούμενων υλικών
και ανθρώπινων πόρων
για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής
υγείας υψηλής ποιότητας”*

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β' ΦΑΣΗ»

**Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική
και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μετάφραση: Γιώργος Πασαντωνόπουλος

Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης:
Βαγγέλης Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2003 με τίτλο:
(*Mental Health Policy and Service Guidance Package*)
Planning and budgeting to deliver services for mental health

© Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003

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

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

ISBN: 960-87395-6-X

Copyright για την ελληνική έκδοση

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

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

www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/odigiespoy καθώς και στην αντίστοιχη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας www.who.int/mental_health/policy/en/

Πρόλογος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	v
Πρόλογος της ελληνικής έκδοσης	vii
Πρόλογος του Π.Ο.Υ.	ix
Περίληψη	2
Σκοπός και σε ποιους απευθύνεται	11
1. Εισαγωγή	18
2. Σχεδιασμός και προϋπολογισμός για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας: από την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης έως την εφαρμογή	19
1ο βήμα: Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης	21
2ο βήμα: Εκτίμηση των αναγκών	38
3ο βήμα: Καθορισμός των στόχων	71
4ο βήμα: Εφαρμογή	92
3. Συστάσεις και συμπεράσματα	100
4. Προβλήματα και λύσεις	101
Παράρτημα 1: Πρόσθετες σημειώσεις για επιλεγμένα βήματα της διαδικασίας σχεδιασμού	105
Παράρτημα 2: Παράδειγμα μιας χώρας	109
Ορισμοί - Γλωσσάριο	117
Βιβλιογραφία	121
Ευχαριστίες	129

Ο σχεδιασμός και ο προϋπολογισμός της παροχής υπηρεσιών στον ευαίσθητο τομέα της υγείας - και ειδικότερα της ψυχικής υγείας - είναι μια σύνθετη διαδικασία που οφείλει να γίνεται με ορθολογικό, συστηματικό τρόπο, αξιοποιώντας τη σύγχρονη διαθέσιμη γνώση και εμπειρία. Αφορά τόσο στη δημιουργία νέων υπηρεσιών, όσο και στη μεταρρύθμιση αυτών που λειτουργούν και έχουν αποδειχθεί χαμηλής αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με το παρόν εγχειρίδιο, καταθέτει την πρότασή του για μία βήμα προς βήμα διαδικασία σχεδιασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που αρχίζει με την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης, προχωρά στην εκτίμηση των αναγκών σε υπηρεσίες και τον καθορισμό των στόχων τους και καταλήγει στην εφαρμογή μέσω της διαχείρισης του προϋπολογισμού, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης. Το κάθε προαναφερόμενο βήμα εμπεριέχει μία σειρά εργασιών. Σταχυολογούμε, ενδεικτικά, τον καθορισμό του πληθυσμού που θα εξυπηρετηθεί με τα ειδικά χαρακτηριστικά του, τον καθορισμό των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των διαταραχών (επιπολασμός, επίπτωση, σοβαρότητα) που θα αποφασισθεί ότι χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα, την κοστολόγηση των πόρων των υπηρεσιών που απαιτούνται, την εκτίμηση των επιλογών που θα προκριθούν με βάση την τεχνική, διοικητική και νομική δυνατότητα υλοποίησης και, τέλος, τη διασφάλιση όχι μόνο του συνόλου των απαιτούμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων που απαιτούνται για τις υπηρεσίες, αλλά και τη διασφάλιση της προαγωγής αποτελεσματικών εκβάσεων για τα εξυπηρετούμενα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Το ανά χείρας εγχειρίδιο παρέχει ένα σύνολο εργαλείων για την κατάρτιση του σχεδιασμού και του προϋπολογισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προκειμένου να υποβοηθήσει τις ενδιαφερόμενες χώρες να αναπτύξουν κατάλληλες υπηρεσίες σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη βεβαίως τις ιδιαίτερες κάθε φορά συνθήκες η επίκληση των οποίων, όμως, δεν επιτρέπεται να αποτελεί άλλοθι για στασιμότητα εφόσον υπάρχει ανάγκη για τη δημιουργία νέων υπηρεσιών ή τη μεταρρύθμιση αυτών που υπάρχουν. Επισημαίνεται ότι η σχετική διαδικασία είναι, εκτός από τεχνοκρατική, κυρίως μία πολιτική διαδικασία. Επομένως, όλοι όσοι εμπλεκόμαστε σ' αυτήν καλούμαστε, κάθε φορά, να παίρνουμε αποφάσεις που καθορίζουν το κατά πόσον οι υπηρεσίες που σχεδιάζουμε ανταποκρίνονται στο στόχο της κάλυψης των υπάρχουσων αναγκών με τον πιο αποτελεσματικό και επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο. Ο πρόσθετος λόγος της ευθύνης κατανομής των πόρων για τη λειτουργία των υπηρεσιών, που, δυστυχώς, πάντα υπολείπονται από τις ανάγκες, κάνει τις αποφάσεις μας πιο υπεύθυνες και κρίσιμες, ειδικότερα σε περιόδους που πρέπει να καλυφθεί το διπλό κόστος των υπό κατάργηση αναποτελεσματικών υπηρεσιών και των υπό δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Καλούμαστε, λοιπόν, να αξιοποιήσουμε κατά τον καλύτερο τρόπο τη γνώση και πείρα της πρότασης του Π.Ο.Υ., μέσω μίας διαδικασίας διαλόγου και διαβούλευσης που οφείλει να καταλήγει σε απτά, κάθε φορά, αποτελέσματα στην παροχή επαρκέστερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.



N. Κακλαμάνης
Αθήνα,
Αύγουστος 2005

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

Η Έκθεση του Π.Ο.Υ. για την Παγκόσμια Υγεία 2001 με θέμα *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*¹ αποτυπώνει παραστατικά και τεκμηριωμένα αυτό το γεγονός. Η Έκθεση, μεταξύ άλλων, τονίζει πως σύμφωνα με τις πρόσφατες εξελίξεις στις νευροεπιστήμες και τη συμπεριφορική ιατρική καταδεικνύεται πως, όπως πολλές σωματικές ασθένειες, οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η ψυχική και η σωματική υγεία αλληλοεπηρεάζονται μέσω νευροενδοκρινικών και ανοσοποιητικών λειτουργιών και μέσω της ατομικής μας συμπεριφοράς (δίαιτα, κάπνισμα, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, κ.ά.). Επισημαίνονται ακόμη οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (π.χ. σχέσεις παιδιών με γονείς), όπως και οι κοινωνικοί (φτώχεια, ανεξέλεγκτη αστικοποίηση, ταχεία τεχνολογική εξέλιξη, πόλεμοι, καταστροφές). Τέλος, τονίζεται με έμφαση το κομβικό ζήτημα της μετατόπισης του κέντρου βάρους της φροντίδας από την ιδρυματική στην κοινοτική βάση, καθορίζονται οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη φροντίδα ψυχικής υγείας (έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση, κατάλληλη χρήση θεραπευτικών τεχνικών, συνέχεια στη φροντίδα και ευρύ φάσμα υπηρεσιών), αναδεικνύεται η σημασία της εμπλοκής και συνεργασίας των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους, των τοπικών κοινοτήτων και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και περιγράφονται τα βασικά συστατικά της περίθαλψης – φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση – που ένας ισόρροπος συνδυασμός τους αναγνωρίζεται ως αναγκαίος.

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

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

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

1. Ελληνική έκδοση: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002. Διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή: www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/ekthesipoy και www.who.int/whr/2001/en/whr01_gr.pdf

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

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

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

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

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



Κώστας Ν. Στεφανής
Αθήνα,
Ιανουάριος 2004

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

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

Σκοπός του πακέτου οδηγιών

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

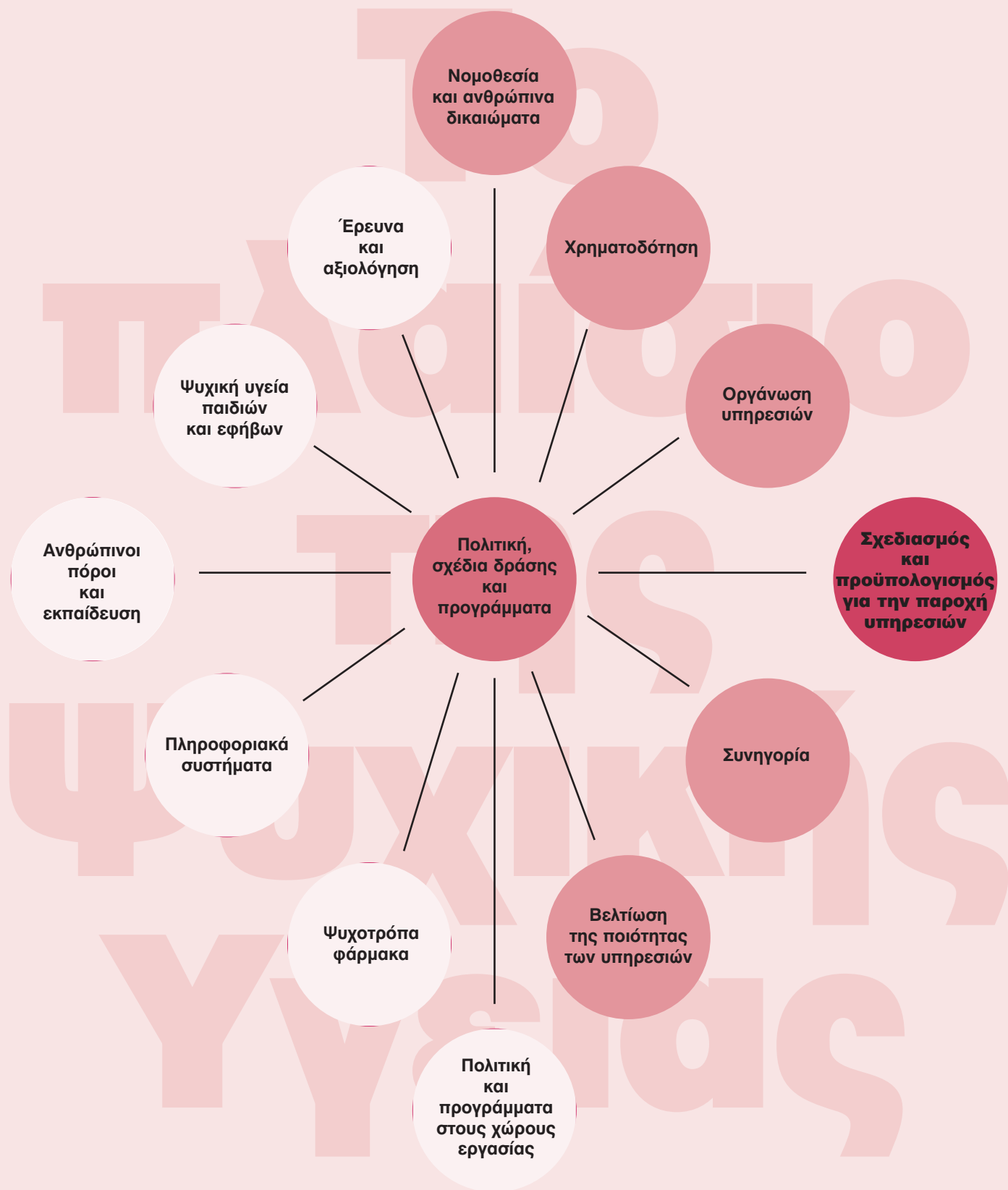
- αναπτύξουν πολιτικές και συνεκτικές στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πολιτών.
- χρησιμοποιούν τους υπάρχοντες πόρους και μέσα για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων.
- παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες σ' αυτούς που τις χρειάζονται.
- συμβάλλουν στην επανένταξη των ατόμων με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

Περιεχόμενα του πακέτου

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

Το πακέτο οδηγιών περιλαμβάνει τα ακόλουθα εγχειρίδια:

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



● υπό δημιουργία

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

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

Σε ποιους απευθύνεται

Το πακέτο οδηγιών είναι χρήσιμο για:

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

Χρήση των εγχειριδίων

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

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

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

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

Μορφή και διάταξη των εγχειριδίων

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

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

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

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όλοι όσοι σχεδιάζουν, διοικούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας συχνά καλούνται να απαντήσουν στα ακόλουθα ερωτήματα. Τι υλικοί και ανθρωπίνι πόροι απαιτούνται προκειμένου να οργανωθεί μια υπηρεσία ψυχικής υγείας; Τι εγκαταστάσεις, προσωπικό και φάρμακα χρειάζεται μια τοπική υπηρεσία ψυχικής υγείας ώστε να παρέχει αποτελεσματική, αποδοτική και ικανοποιητικής ποιότητας φροντίδα; Πώς μπορεί να παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν οι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι, και πόσα χρήματα χρειάζονται για μια υπηρεσία ψυχικής υγείας;

Δυστυχώς, η απάντηση στα ερωτήματα αυτά δεν είναι εύκολη. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τους πόρους που είναι δυνατόν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η ζήτηση των υπηρεσιών αυτών ποικίλει από χώρα σε χώρα και, σε μερικές χώρες, οι ανάγκες στον τομέα αυτόν εκφράζονται με ιδιόμορφο τρόπο, λόγω των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων τους. Τέλος, η οικονομική κατάσταση μιας χώρας συχνά καθορίζει το επίπεδο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διαθέτει.

Για τους λόγους αυτούς είναι αδύνατον να γίνουν συστάσεις για κάποιο ελάχιστο επίπεδο φροντίδας ή για κανόνες με καθολική ισχύ, όπως τον ελάχιστο αριθμό κλινών ή προσωπικού. Εκτός του ότι αυτό δεν εξυπηρετεί τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε χώρας, οι συστάσεις αυτού του είδους έχουν περιορισμένη αξία, αφού συχνά δεν λαμβάνουν υπόψη το πλαίσιο των αναγκών κατά περίπτωση.

Κατά συνέπεια, οι χώρες οφείλουν να βρουν τις δικές του απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά. Το έργο αυτό μπορούν να το φέρουν εις πέρας εφόσον υπάρξει προσεκτικός σχεδιασμός, βασισμένος σε ενδελεχή εκτίμηση των τοπικών αναγκών και των υπαρχουσών υπηρεσιών.

Ο σκοπός του εγχειριδίου αυτού είναι να εκθέσει με σαφή, ορθολογικό τρόπο, ένα πρότυπο για την εκτίμηση των αναγκών ενός τοπικού πληθυσμού ως προς τη φροντίδα ψυχικής υγείας και για το συνακόλουθο σχεδιασμό των σχετικών υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, το εγχειρίδιο παρέχει στις χώρες ένα σύνολο εργαλείων για τη συγκρότηση του σχεδιασμού και του προϋπολογισμού που μπορεί να υποβοηθήσει στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Υιοθετείται μια πραγματιστική προσέγγιση στο σχεδιασμό των υπηρεσιών, στην οποία ενσωματώνεται η πλέον πρόσφορη διαθέσιμη πληροφόρηση, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους εμπλεκόμενους.

Τα εργαλεία αυτά εκτίθενται μεθοδικά σε μια σειρά τεσσάρων βημάτων σχεδιασμού, και δίδονται παραδείγματα από συγκεκριμένες χώρες.

- 1ο βήμα: **Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης** στον τομέα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στη χρηματοδότησή τους.
- 2ο βήμα: **Εκτίμηση των αναγκών** για υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 3ο βήμα: **Καθορισμός των στόχων** των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- 4ο βήμα: **Εφαρμογή και υλοποίηση** των στόχων των υπηρεσιών μέσω της διαχείρισης του προϋπολογισμού, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης.

Η διαδικασία σχεδιασμού και κατάρτισης του προϋπολογισμού είναι κυκλική. Καθώς προκύπτουν νέες πληροφορίες για την ανάπτυξη, τη χρήση και τις εκβάσεις των υπηρεσιών είναι δυνατόν να γίνουν αλλαγές στην ανάλυση, στην εκτίμηση των αναγκών και, ακολούθως, στο σχεδιασμό.

1ο βήμα: Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

1η εργασία. Καθορισμός του πληθυσμού που θα εξυπηρετηθεί

- Όσοι σχεδιάζουν ή διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να αρχίσουν καθορίζοντας τον πληθυσμό ή την περιοχή που θα εξυπηρετηθεί από το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Πρέπει να ερευνώνται τα ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως η ηλικιακή κατανομή και η πυκνότητα του πληθυσμού, το επίπεδο του κοινωνικού αποκλεισμού και η ύπαρξη προσφύγων, ώστε να είναι δυνατή η πρόβλεψη ειδικών αναγκών.

2η εργασία. Επισκόπηση του πλαισίου της φροντίδας ψυχικής υγείας

- Όσοι σχεδιάζουν ή διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να κατανοούν το τοπικό πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας.
- Για το σκοπό αυτό μπορεί να χρειάζονται ένα φάσμα πληροφοριών που σχετίζονται, για παράδειγμα, με την ιστορία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη συγκεκριμένη περιοχή, με την υπάρχουσα πολιτική για την ψυχική υγεία, τις οικονομικές συνθήκες και το πολιτισμικό υπόβαθρο. Μεγάλο μέρος των πληροφοριών αυτών μπορεί να έχει ποιοτικά χαρακτηριστικά.

3η εργασία. Διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους

- Η διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία αποτελεί ουσιώδες μέρος της διαδικασίας του σχεδιασμού.
- Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό πρέπει να καθορίσουν ποιοι είναι οι κυρίως εμπλεκόμενοι και να διασφαλίσουν ότι θα παρεμβαίνουν συμβουλευτικά σε όλα τα στάδια της διαδικασίας του σχεδιασμού που τους αφορούν.
- Οι διαβουλεύσεις σχετικά με αμφισβητούμενες προτεραιότητες που αφορούν τις υπηρεσίες και σχετικά με τις πολιτισμικές ερμηνείες των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικές.
- Η εμπλοκή των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό των υπηρεσιών αλλά και στην εφαρμογή, μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων και της συνεργασίας κατά την εφαρμογή σχεδίων, στη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε αξιόπιστα στοιχεία, και σε αυξημένη κοινωνική ευθύνη.

4η εργασία. Προσδιορισμός των υπευθύνων για τον προϋπολογισμό και το σχεδιασμό της ψυχικής υγείας

- Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να εξακριβώνουν τα περιθώρια των ευθυνών τους για τον προϋπολογισμό και το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρέπει να γνωρίζουν τα περιθώρια του υπάρχοντος προϋπολογισμού και το κατά πόσο είναι ενσωματωμένος στη γενική υγεία ή σε άλλους τομείς.
- Όπου είναι δυνατόν, πρέπει να γίνονται αλλαγές που βοηθούν τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και βελτιστοποιούν την αξιοποίηση των υπαρχουσών δεξιοτήτων.

- Πρέπει να καταγραφούν όλοι οι σημαντικοί εμπλεκόμενοι οι οποίοι καθορίζουν το μέγεθος και την ανάπτυξη του προϋπολογισμού ψυχικής υγείας.
- Είναι σημαντικό να καθοριστούν αφενός οι χώροι όπου συζητούνται και μορφοποιούνται τα θέματα που αφορούν τον προϋπολογισμό και αφετέρου οι στόχοι οι οποίοι θα τεθούν εκεί προς διαπραγμάτευση, προσβλέποντας στη μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών.

5η εργασία. Επισκόπηση των υπαρχόντων πόρων του δημόσιου τομέα

- Η επόμενη εργασία είναι η επισκόπηση των υπαρχουσών υπηρεσιών και πόρων του δημόσιου τομέα.
- Για να γίνει αυτό απαιτείται η χρήση δεικτών ώστε να συνοψιστούν οι πληροφορίες που αφορούν τους υπάρχοντες πόρους των υπηρεσιών, όπως προσωπικό, κλίνες, εγκαταστάσεις και φάρμακα.
- Η επισκόπηση πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις πλευρές των παροχών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είτε πρόκειται για εξειδικευμένες υπηρεσίες, ή για υπηρεσίες ενταγμένες στη γενική φροντίδα υγείας, π.χ. στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

6η εργασία. Επισκόπηση των πόρων των υπηρεσιών άλλων τομέων

- Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να καταγράψουν τις υπάρχουσες υπηρεσίες καθώς και τους διαθέσιμους πόρους άλλων τομέων, συμπεριλαμβανομένων των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των ιδιωτών που παρέχουν υπηρεσίες με σκοπό το κέρδος.
- Για την εργασία αυτή απαιτείται η χρήση δεικτών των υπηρεσιών ώστε να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες για τους πόρους των υπηρεσιών στους μη δημόσιους τομείς.
- Για την επισκόπηση αυτή απαιτείται η συνεργασία και η διαβούλευση με παροχείς υπηρεσιών που εντάσσονται σε άλλους τομείς.
- Πρέπει να αναπτυχθούν κριτήρια για το ποιοι αποτελούν αποδεκτούς παροχείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στα κριτήρια συμπεριλαμβάνεται η ποιότητα των υπηρεσιών και η οικονομική βιωσιμότητα.

7η εργασία. Επισκόπηση της τρέχουσας χρήσης (ζήτησης) των υπηρεσιών όλων των τομέων

- Οι διοικητές των υπηρεσιών πρέπει να αποτυπώσουν τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην επισκοπούμενη περιοχή. Αυτό αποτελεί μια μέτρηση της τρέχουσας ζήτησης των υπηρεσιών.
- Για να γίνει αυτό απαιτείται η χρήση δεικτών των υπηρεσιών ώστε να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες που αφορούν την τρέχουσα χρήση των υπηρεσιών.

- Για την επισκόπηση αυτή απαιτείται η συνεργασία και η διαβούλευση με παροχείς υπηρεσιών που εντάσσονται σε άλλους τομείς.
- Πρέπει να εκτιμηθεί εάν υπάρχει ισότιμη χρήση των υπηρεσιών από τον πληθυσμό.

2ο βήμα: Εκτίμηση των αναγκών

Το επόμενο βήμα είναι ο καθορισμός των αναγκών του τοπικού πληθυσμού ως προς τη φροντίδα ψυχικής υγείας.

1η εργασία. Καθορισμός του επιπολασμού/επίπτωσης/σοβαρότητας των περιστατικών που χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα

- Για να είναι δυνατόν να γίνει μια αξιολόγηση των αναγκών πρέπει πρώτα να καθοριστούν οι βασικές προτεραιότητες ως προς το ποιες καταστάσεις κάθε υπηρεσία προσδοκά να αντιμετωπίζει.
- Τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μια κατά προσέγγιση εκτίμηση των αναγκών. Τα ετήσια στοιχεία για τον επιπολασμό είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τον υπολογισμό των αναγκών σε υπηρεσίες ενός τοπικού πληθυσμού, κατά τη διάρκεια ενός μέσου έτους.
- Όσοι σχεδιάζουν πρέπει να επιλέγουν τα καλύτερα διαθέσιμα δεδομένα τα οποία αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Εάν δεν υπάρχουν διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθούν δεδομένα από χώρους που προσομοιάζουν με το χώρο που μας ενδιαφέρει, αφού εμπλουτιστούν με τις απόψεις εντόπιων ειδικών.
- Τα δεδομένα του επιπολασμού μπορεί να οδηγήσουν σε υπερεκτίμηση της πιθανής χρήσης των υπηρεσιών υπό ορισμένες συνθήκες. Για το λόγο αυτό, πρέπει να εκτιμηθούν με προσοχή και να εμπλουτιστούν με πληροφορίες σχετικά με τις τοπικές ανάγκες σε υπηρεσίες, την προκαλούμενη ανικανότητα και με τη σοβαρότητα των περιστατικών.

2η εργασία. Προσαρμογή των δεδομένων του επιπολασμού

- Τα δεδομένα του επιπολασμού πρέπει να προσαρμόζονται σύμφωνα με τις μεταβλητές του τοπικού πληθυσμού, όπως είναι η ηλικιακή κατανομή, το φύλο και η κοινωνική θέση.

3η εργασία. Καθορισμός των προσδοκώμενων περιστατικών ανά έτος

- Βάσει της διαβούλευσης, του καθορισμού προτεραιοτήτων, των στοιχείων του επιπολασμού και της προσαρμογής σύμφωνα με τις μεταβλητές του τοπικού πληθυσμού, είναι δυνατόν να καθοριστεί ο προσδοκώμενος αριθμός περιστατικών ανά έτος στον πληθυσμό στόχο.

4η εργασία. Εκτίμηση των πόρων των υπηρεσιών που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των καθορισθέντων αναγκών

- Πρέπει να περιγραφούν οι υπηρεσίες και τα είδη φροντίδας που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των περιστατικών που αναμένονται στο καθορισμένο έτος.

- Οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις που απαιτούνται συμπεριλαμβάνουν υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, υπηρεσίες ημέρας, υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών, φαρμακολογική κάλυψη και προσωπικό. Αυτά συγκροτούν το πλαίσιο για την κάλυψη των βασικών αναγκών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πάνω στο οποίο είναι δυνατό να αναπτυχθούν συστήματα υποστήριξης σύμφωνα με τις δυνατότητες κάθε χώρας.
- Οι δείκτες των υπηρεσιών αυτών περιλαμβάνουν τις επισκέψεις των ασθενών ημερησίως, τα σημεία που παρέχονται υπηρεσίες ημέρας, τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, τα φάρμακα και το προσωπικό. Όλα αυτά μπορούν να υπολογιστούν με τους τύπους που παρέχονται, βάσει του κατ' εκτίμηση αριθμού των περιστατικών στην περιοχή.
- Κατόπιν όλων αυτών μπορεί να καταγραφούν συνοπτικά οι πόροι που κατά πάσα πιθανότητα απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή.

5η εργασία. Κοστολόγηση των πόρων των υπηρεσιών που εκτιμάται ότι απαιτούνται

- Όσοι διοικούν και σχεδιάζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να κοστολογούν τους πόρους των υπηρεσιών που έχουν θέσει ως στόχο κατά την 4η εργασία.
- Αυτό μπορεί να γίνει καθορίζοντας τους πόρους και τις δραστηριότητες των υπηρεσιών, εκτιμώντας αυτούς τους πόρους σε χρήμα και λαμβάνοντας υπόψη τα απρόβλεπτα και τον πληθωρισμό.
- Ορισμένοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την κοστολόγηση, περιλαμβανομένου του μοναδιαίου κόστους, των συσχετισμών του κόστους και του επιμερισμού του κοινού κόστους.

3ο βήμα. Καθορισμός των στόχων

Στο βήμα αυτό, το οποίο είναι κρίσιμο, όλες οι πληροφορίες που έχουν ήδη συλλεχτεί αντιπαραβάλλονται, ώστε να επιτευχθεί ο σχεδιασμός.

1η εργασία. Καθορισμός προτεραιοτήτων - Καθορισμός της μη εξυπηρετούμενης ανάγκης με τη μέγιστη προτεραιότητα, όπως διαφαίνεται από τα βήματα 1 και 2.

- Βάσει των πληροφοριών από την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης (1ο βήμα) και της εκτίμησης των αναγκών (2ο βήμα), είναι δυνατόν να τεθούν προτεραιότητες για τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Η κύρια εργασία του σχεδιαστή κατ' αυτό το στάδιο είναι η διευθέτηση των διαφορών μεταξύ των υπαρχουσών υπηρεσιών και των εκτιμήσεων των αναγκών. Η σύγκριση των δεδομένων πρέπει να δίνει έμφαση στις πλέον επείγουσες προτεραιότητες των υπηρεσιών.
- Κατά την εργασία αυτή πρέπει να εφαρμοστούν κριτήρια ως προς τις προτεραιότητες των υπηρεσιών. Στα κριτήρια περιλαμβάνονται: το μέγεθος των προβλημάτων ψυχικής υγείας, η σοβαρότητα των περιστατικών, οι δυνατότητες παρέμβασης της διοίκησης και τα κόστη.

2η εργασία. Εκτίμηση των επιλογών

- Όσοι σχεδιάζουν και διευθύνουν τις υπηρεσίες πρέπει να εκτιμήσουν τις υπάρχουσες επιλογές που αφορούν στις πλέον επείγουσες προτεραιότητες.
- Τα κριτήρια βάσει των οποίων θα γίνουν οι επιλογές για την ανάπτυξη υπηρεσιών περιλαμβάνουν: το κατά πόσο είναι πραγματοποιήσιμες από τεχνική, διοικητική και νομική άποψη, την οικονομική διαθεσιμότητα και τη διαθεσιμότητα άλλων πόρων, τη βιωσιμότητα και αποδοχή των υπηρεσιών, την ισότιμη και ισόρροπη κατανομή τους, τις δευτερογενείς επιπτώσεις, τη δυνατότητα μετάβασης από ένα πιλοτικό πρόγραμμα σε μια λειτουργούσα υπηρεσία και κριτήρια του τομέα της γενικής υγείας για την εκτίμηση των επιλογών.
- Οι διοικούντες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να χρειαστεί να διερευνήσουν τις δυνατότητες ανάθεσης παροχής υπηρεσιών με συμβάσεις.

3η εργασία. Καθορισμός στόχων για μεσοπρόθεσμο, τριών έως πέντε ετών, σχεδιασμό των υπηρεσιών

- Βάσει των εκτιμήσεων των επιλογών, οι στόχοι μπορούν να καταλήξουν σε εξειδικευμένα σχέδια παροχής υπηρεσιών, με λεπτομέρειες για τα αναμενόμενα κόστη, τις δράσεις και το χρονοδιάγραμμα της εφαρμογής.
- Οι στόχοι πρέπει να εντάσσονται σε ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, και είναι δυνατό να περιλαμβάνουν: νέες λειτουργίες και τις αναγκαίες εγκαταστάσεις, επέκταση των υπάρχουσών υπηρεσιών, συρρίκνωση υπηρεσιών χαμηλής προτεραιότητας και συλλογή νέων στοιχείων τα οποία είναι απαραίτητα για την εξέλιξη του νέου σχεδιαστικού κύκλου.
- Πρέπει να συνταχθεί μια έκθεση με τα βασικά σημεία του σχεδιασμού για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που θα καλύπτει τη βάση, τους στόχους, τις στρατηγικές και το χρονοδιάγραμμα της εφαρμογής και τον προϋπολογισμό.
- Πρέπει να δημιουργηθούν δεσμοί των εθνικών σχεδίων δράσης ψυχικής υγείας με τα περιφερειακά σχέδια δράσης γενικής υγείας.

4ο βήμα: Εφαρμογή

1η εργασία. Διαχείριση του προϋπολογισμού

- Οι διευθύνοντες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να εξοικειωθούν με τη διαδικασία κατάρτισης και ελέγχου του προϋπολογισμού και να αποσαφηνίσουν το ρόλο τους ως προς τον έλεγχο του προηγούμενου προϋπολογισμού. Οι στόχοι ως προς τις υπηρεσίες που έχουν τεθεί στο τρίτο βήμα πρέπει να αποτελούν το σημείο εκκίνησης της διαπραγμάτευσης για τον επόμενο προϋπολογισμό.
- Πρέπει να λειτουργούν συστήματα οικονομικής και λογιστικής διαχείρισης, ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική διαχείριση και παρακολούθηση του προϋπολογισμού ψυχικής υγείας, καθώς και εκείνων των πλευρών του προϋπολογισμού της γενικής υγείας που είναι συναφείς με την ψυχική υγεία.

- Τα συστήματα παρακολούθησης πρέπει να αποκαλύπτουν εγκαίρως παρεκκλίσεις στις δαπάνες, ώστε να λαμβάνονται διορθωτικά μέτρα.

2η Εργασία. Παρακολούθηση

- Η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται συνεχώς, κυρίως μέσω της ανάπτυξης πληροφοριακών συστημάτων και μέσω μηχανισμών βελτίωσης της ποιότητας.
- Οι παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν την ανάγκη ανάπτυξης των άμεσων και έμμεσων εισροών, την ισορροπία μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών και την ισορροπία κλινικών υπηρεσιών, υπηρεσιών κλινικής υποστήριξης και υπηρεσιών μη κλινικής υποστήριξης.

3η εργασία. Αξιολόγηση

- Το τελικό βήμα του σχεδιασμού και του προϋπολογισμού της φροντίδας ψυχικής υγείας, με το οποίο κλείνει ο κύκλος, είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών. Οι αξιολογήσεις πρέπει να καταλήγουν σε μια επανεξέταση των υπηρεσιών και στο σχεδιασμό μελλοντικών προϋπολογισμών και παροχής υπηρεσιών.
- Η ανάγκη αξιολόγησης υπογραμμίζει μια θεμελιώδη αντίληψη που πρέπει να διέπει το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο σκοπός του σχεδιασμού δεν είναι μόνο να διασφαλίζεται ένα σύνολο πόρων ή εισροών για τις υπηρεσίες (όπως ένας ελάχιστος προϋπολογισμός ή αριθμός κλινών), αλλά και να προάγονται οι αποτελεσματικές εκβάσεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζουν όχι μόνο ποιες παρεμβάσεις του τομέα είναι αποτελεσματικές, αλλά και ποιες έχουν καλή σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας.
- Οι οικονομικές αξιολογήσεις είναι δυνατόν να παρέχουν, σε όσους σχεδιάζουν και διοικούν, πληροφόρηση για τα πιθανά κόστη και τις εκβάσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οι οικονομικές αξιολογήσεις μπορούν να χρησιμοποιούν αναλύσεις των σχέσεων κόστους – αποτελεσματικότητας, κόστους – οφέλους ή κόστους – χρησιμότητας για να εκτιμήσουν τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτών των αξιολογήσεων πρέπει, μαζί με άλλα στοιχεία, να λαμβάνονται υπόψη όταν παίρνονται αποφάσεις.
- Οι οικονομικές αξιολογήσεις κλείνουν τον κύκλο του σχεδιασμού της φροντίδας ψυχικής υγείας και πρέπει να οδηγούν στη στοχοθέτηση των μελλοντικών προϋπολογισμών και σχεδίων δράσης.

Συστάσεις και συμπεράσματα

Στο εγχειρίδιο αυτό παρουσιάζεται μια συστηματική προσέγγιση του σχεδιασμού και του προϋπολογισμού τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή πρέπει να εκτιμηθούν οι δυνατότητες των υπηρεσιών (περιλαμβανομένων των πόρων και της ζήτησης), να υπολογιστούν οι ανάγκες σε φροντίδα ψυχικής υγείας, να τεθούν οι στόχοι (βάσει προτεραιοτήτων που καθορίζονται μετά από σύγκριση των υπαρχουσών υπηρεσιών και των αναγκών), και να αρχίσει η υλοποίη-

ση αυτών των στόχων με εργαλεία τη διοίκηση των υπηρεσιών, τον προϋπολογισμό και την αξιολόγηση.

Η προσέγγιση αυτή μπορεί να εφαρμοστεί συνολικά σε κάθε πλευρά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, περιλαμβανομένης της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης των διαταραχών, της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Για να γίνει πλήρης εκμετάλλευση αυτού του εγχειριδίου, οι χώρες πρέπει να προσαρμόσουν τα εργαλεία με τα οποία θα προβούν στο σχεδιασμό στις ιδιαίτερες συνθήκες τους.

- Στις χώρες με ελάχιστες ή καθόλου υπηρεσίες ψυχικής υγείας το εγχειρίδιο παρέχει καθοδήγηση σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που υπάρχουν και τις ανάγκες σε υπηρεσίες. Στη συνέχεια, μπορούν να τεθούν στόχοι ως προς τις αρχικές προτεραιότητες σε υπηρεσίες μέσα στις υπάρχουσες χρηματοδοτικές δυνατότητες.
- Στις χώρες με αρκετές υπηρεσίες γενικής υγείας, αλλά λίγες ή και καθόλου ψυχικής υγείας, το εγχειρίδιο παρέχει πληροφορίες για ειδικές πλευρές του σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας που μπορεί να μην είναι γνωστές σε όσους σχεδιάζουν για τη γενική υγεία. Αυτό μπορεί να διευκολύνει τον καθορισμό προτεραιοτήτων για την ψυχική υγεία μέσα στο πλαίσιο της υποδομής των υπηρεσιών γενικής υγείας.
- Στις χώρες που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας το εγχειρίδιο παρέχει τη δυνατότητα να κάνουν μια λεπτομερή εκτίμηση των υπαρχόντων πόρων και αναγκών. Σε αυτή τη βάση, είναι, ακολούθως, δυνατός ο καθορισμός στόχων, η κατάρτιση προϋπολογισμών και η υλοποίηση των στόχων.

Ο σχεδιασμός δεν είναι πάντα μια ορθολογική διαδικασία και όσοι σχεδιάζουν μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες που σχετίζονται με πολιτικές διαφορές, προσωπικές φιλοδοξίες και αντικρουόμενες ανάγκες διαφόρων εμπλεκομένων. Η διαδικασία μεταρρύθμισης μιας υπηρεσίας μπορεί να είναι χρονοβόρα και ίσως απαιτηθεί πολιτική βούληση, προκειμένου να επιτευχθούν αξιόλογες βελτιώσεις. Παρά τις δυσκολίες και τις αργές διαδικασίες, ο στόχος της βελτίωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας και της προαγωγής της ψυχικής υγείας τοπικών πληθυσμών είναι αναμφίβολα εφικτός.

Σκοπός του εγχειριδίου και σε ποιούς απευθύνεται

Ο σκοπός αυτού του εγχειριδίου είναι να δημιουργήσει ένα σαφές και ορθολογικό μοντέλο για την εκτίμηση των αναγκών τοπικών πληθυσμών σε φροντίδα ψυχικής υγείας και για το σχεδιασμό των υπηρεσιών αναλόγως.

Το εγχειρίδιο έχει σκοπό να προσφέρει στις χώρες ένα σύνολο εργαλείων για το σχεδιασμό και την κατάρτιση προϋπολογισμών που μπορούν να βοηθήσουν στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο. Παρουσιάζει μια πραγματιστική προσέγγιση του σχεδιασμού υπηρεσιών, όπου χρησιμοποιείται η καλύτερη διαθέσιμη πληροφορία και λαμβάνονται υπόψη οι γνώμες όλων των εμπλεκομένων.

Τα εργαλεία παρουσιάζονται στην ακόλουθη αλληλουχία σχεδιαστικών βημάτων.

- 1ο βήμα: **Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης** των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της χρηματοδότησής τους.
- 2ο βήμα: **Εκτίμηση των αναγκών** σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 3ο βήμα: **Καθορισμός των στόχων** για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 4ο βήμα: **Εφαρμογή των στόχων** μέσω της διαχείρισης του προϋπολογισμού, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης.

Για να φανεί πώς λειτουργεί αυτό το μοντέλο, παρουσιάζεται λεπτομερώς ένα παράδειγμα για κάθε βήμα. Αυτό δείχνει πώς μπορεί κάθε χώρα να υπολογίσει τους πόρους της και να συντάξει προϋπολογισμούς κάνοντας χρήση των δικών της δεδομένων. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται είναι παραδείγματα και δεν πρέπει να εκληφθούν ως συστάσεις για τον όγκο των υπηρεσιών (π.χ. αριθμός κλινών, προσωπικού, φαρμάκων).

Ο σχεδιαστικός και προϋπολογιστικός κύκλος

Η διαδικασία σχεδιασμού και κατάρτισης προϋπολογισμού είναι κυκλική. Καθώς συγκεντρώνονται νέες πληροφορίες που αφορούν στην ανάπτυξη, χρήση και αποτελέσματα των υπηρεσιών, προκύπτει η σκοπιμότητα επανεκτίμησης των αναγκών και αλλαγών στο σχεδιασμό. Το Σχήμα 1, το οποίο παρουσιάζει περιληπτικά το μοντέλο των τεσσάρων βημάτων, δείχνει την κυκλική φύση της διαδικασίας του σχεδιασμού.

Ο σκοπός του εγχειριδίου είναι να προσφέρει στις χώρες ένα σύνολο εργαλείων για το σχεδιασμό και την κατάρτιση προϋπολογισμών που μπορούν να βοηθήσουν στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο

Τα εργαλεία για το σχεδιασμό παρουσιάζονται σε τέσσερα βήματα με παραδείγματα από ορισμένες χώρες

Σχήμα 1 Βήματα του σχεδιασμού και προϋπολογισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

1ο Βήμα: Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

Εργασίες:

1. Καθορισμός του πληθυσμού που θα εξυπηρετηθεί
2. Επισκόπηση του πλαισίου της φροντίδας ψυχικής υγείας
3. Διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους
4. Προσδιορισμός των υπευθύνων για τον προϋπολογισμό και το σχεδιασμό της ψυχικής υγείας
5. Επισκόπηση των υπαρχόντων πόρων υπηρεσιών του δημόσιου τομέα
6. Επισκόπηση των πόρων υπηρεσιών άλλων τομέων
7. Επισκόπηση της τρέχουσας χρήσης (ζήτησης) των υπηρεσιών όλων των τομέων

2ο Βήμα: Εκτίμηση των αναγκών

Εργασίες:

1. Καθορισμός του επιπολασμού / επίπτωσης / σοβαρότητας των καταστάσεων που χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα
2. Προσαρμογή των δεδομένων του επιπολασμού
3. Καθορισμός των αναμενόμενων περιστατικών ανά έτος
4. Εκτίμηση των πόρων των υπηρεσιών που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των καθορισθέντων αναγκών
5. Κοστολόγηση των πόρων για τις εκτιμώμενες υπηρεσίες

4ο Βήμα: Εφαρμογή

Εργασίες:

1. Διαχείριση του προϋπολογισμού
2. Παρακολούθηση
3. Αξιολόγηση

3ο Βήμα: Καθορισμός των στόχων

Εργασίες:

1. Καθορισμός προτεραιοτήτων. Καθορισμός της μη εξυπηρετούμενης ανάγκης με τη μέγιστη προτεραιότητα από τα κενά των βημάτων 1 και 2
2. Εκτίμηση των επιλογών
3. Καθορισμός των στόχων για μεσοπρόθεσμο, τριών έως πέντε ετών, σχεδιασμό των υπηρεσιών:
 - νέες λειτουργίες των υπηρεσιών και οι αναγκαίες εγκαταστάσεις
 - επέκταση των υπαρχουσών υπηρεσιών
 - συρρίκνωση των υπηρεσιών χαμηλής προτεραιότητας
 - συλλογή νέων στοιχείων για τον επόμενο κύκλο σχεδιασμού

Τρόποι χρήσης του παρόντος εγχειριδίου

Τα Βήματα 1 έως 4 είναι αναγκαία εφόσον πρόκειται να γίνει συστηματικός σχεδιασμός του συνόλου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εφόσον έχουν τεθεί οι στόχοι κατά τα βήματα 1 και 2, τα βήματα 3 και 4 που ακολουθούν μπορούν να επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο χρησιμοποιώντας το κυλιόμενο σχέδιο που περιγράφεται συνοπτικά πιο κάτω. Κατ'αυτό τον τρόπο ο κύριος στόχος παραμένει στο προσκήνιο, οι υπηρεσίες επανεξετάζονται και παρακολουθούνται κάθε χρόνο και οι προϋπολογισμοί προσαρμόζονται ανάλογα με το τι έχει επιτευχθεί. Για να προσαρμοστούν οι στόχοι σε νεώτερα δεδομένα μπορεί να απαιτείται μια συστηματικότερη επανεξέταση των υπηρεσιών και των αναγκών ανά πενταετία περίπου, σύμφωνα με τα βήματα 1 και 2.

Η σκιά στο μικρό σχεδιάγραμμα που βρίσκεται στην επάνω γωνία κάθε σελίδας δείχνει σε ποιο σημείο του κύκλου του σχεδιασμού βρίσκεται ο αναγνώστης. Για παράδειγμα:



δείχνει ότι ο αναγνώστης βρίσκεται στο βήμα 1.

Δεν είναι ανάγκη τα βήματα αυτά να ακολουθούνται απαρέγκλιτα. Οι χώρες μπορούν να τα προσαρμόσουν και να αλλάξουν τη σειρά σύμφωνα με τις ανάγκες τους και τις προτεραιότητες που θέτουν. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο σχεδιασμός είναι μια συνεχής και μακρόχρονη διαδικασία. Οι χώρες μπορούν να αρχίσουν το σχεδιασμό και τη μεταρρύθμιση χωρίς να συμπληρώσουν απαραίτητως κάθε βήμα που παρουσιάζεται σε αυτό το εγχειρίδιο. Το εγχειρίδιο έχει σκοπό να αποτελέσει ένα εύκαμπτο εργαλείο το οποίο μπορεί να προσαρμοστεί στις ειδικές ανάγκες και συνθήκες κάθε χώρας. Για παράδειγμα, μερικές χώρες μπορεί να προτιμούν να καθορίσουν τις ανάγκες σε υπηρεσίες (Βήμα 2) πριν γίνει επισκόπηση των υπάρχοντων πόρων και της παρούσας ζήτησης (Βήμα 1).

Χρονικό Πλαίσιο

Σε αυτό το μοντέλο σχεδιασμού, υπολογίζονται οι ανάγκες που προκύπτουν κατά τη διάρκεια ενός **μέσου έτους**. Γίνεται χρήση δεδομένων που αφορούν τον επιπολασμό ενός έτους, οπότε ο σχεδιασμός λαμβάνει υπόψη του τις ανάγκες σε υπηρεσίες κατά τη διάρκεια ενός δεδομένου έτους καθώς και τον αντίστοιχο ετήσιο προϋπολογισμό. Τα στοιχεία σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών, όπως ποσοστά εισαγωγών και επισκέψεις εξωτερικών ασθενών υπολογίζονται με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή ετησίως.

Ο σχεδιασμός ενός μέσου έτους πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο ενός πλέον μακρόπνοου σχεδιασμού. Ένα **κυλιόμενο σχέδιο** παρέχει τη δυνατότητα ένταξης πλέον μακροπρόθεσμων στόχων προοπτικής τριών έως πέντε ετών στους ετήσιους προϋπολογισμούς. Ένα σχέδιο αυτού του είδους επιτρέπει αλλαγές σύμφωνα με τις προκύπτουσες ανάγκες, πόρους και ζήτηση, αλλά δεν αφήνει περιθώρια παρεκτροπών από τη γενική στρατηγική και κατεύθυνση που έχει προαποφασιστεί. Κάθε έτος το σχέδιο κυλιέται προς τους στόχους και ο σχεδιασμός συγκροτείται με περισσότερες λεπτομέρειες (Σχήμα 2).

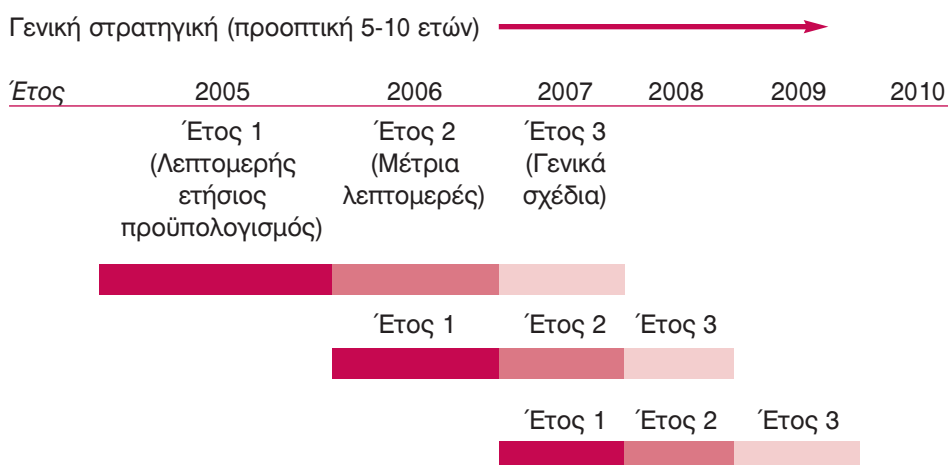
Τα τριετή κυλιόμενα σχέδια θέτουν τους στόχους ανάπτυξης των υπηρεσιών και ο σχεδιασμός είναι λεπτομερειακά επεξεργασμένος σε βαθμό ανάλογο με τη χρονική εγγύτητα της εφαρμογής. Έτσι:

Σε αυτό το μοντέλο σχεδιασμού, οι ανάγκες των υπηρεσιών υπολογίζονται για ένα μέσο έτος

Ένα κυλιόμενο σχέδιο παρέχει τη δυνατότητα ένταξης πλέον μακροπρόθεσμων στόχων προοπτικής τριών έως πέντε ετών στους ετήσιους προϋπολογισμούς

- Το τρίτο έτος περιγράφεται γενικά, π.χ. ποια ψυχιατρικά ιδρύματα μακράς διαμονής θα συρρικνωθούν και προς ποια σημεία της κοινοτικής φροντίδας θα επανακατανεμηθεί η χρηματοδότηση.
- Το δεύτερο έτος περιγράφεται λεπτομερέστερα, π.χ. ο αριθμός των κλινών που θα αφαιρεθεί από ψυχιατρικά ιδρύματα μακράς διαμονής και ακριβέστεροι υπολογισμοί των διαθέσιμων χρηματικών πόρων που θα ανακατανεμηθούν σε συγκεκριμένες υπηρεσίες.
- Το πρώτο έτος είναι το πιο λεπτομερές, π.χ. ακριβή λειτουργικά κόστη αποϊδρυματισμού, ακριβής ανακατανομή διαθέσιμων χρηματικών πόρων από νοσοκομειακές σε κοινοτικές υπηρεσίες, διπλά λειτουργικά κόστη για τα ιδρύματα και την κοινοτική φροντίδα, κόστη εκπαίδευσης κοινοτικού προσωπικού, και ημερομηνίες κλεισίματος νοσοκομειακών πτερυγών και έναρξης λειτουργίας κοινοτικών υπηρεσιών.

Σχήμα 2. Κύκλοι τριετών κυλιόμενων σχεδίων



Πηγή: Προσαρμοσμένο από (Green, 1999)

Σε ποιους απευθύνεται:

Το εγχειρίδιο αυτό γράφτηκε για όσους **σχεδιάζουν και διοικούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας** και εργάζονται κυρίως στο δημόσιο τομέα. Οι διοικούντες την ψυχική υγεία πρέπει να γνωρίζουν τις οικονομικές πλευρές του σχεδιασμού και παροχής υπηρεσιών, εφόσον πρόκειται να αναπτύξουν τις δυνατότητες των υπηρεσιών αυτών, ιδιαίτερα μέσα στο σύστημα των ολοκληρωμένων υπηρεσιών γενικής υγείας. Αυτός είναι ο λόγος που ο προϋπολογισμός περιλαμβάνεται ως συστατικό στοιχείο του σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για όσους έχουν μικρή εμπειρία στην κατάρτιση προϋπολογισμών, το εγχειρίδιο αποτελεί εκπαιδευτικό και καθοδηγητικό εργαλείο. Δεν χρειάζεται πρότερη εμπειρογνωμοσύνη στα οικονομικά της υγείας προκειμένου να αφομοιωθεί το περιεχόμενο του παρόντος εγχειριδίου.

Στο εγχειρίδιο αυτό δίδεται έμφαση στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το **δημόσιο τομέα** ή από ένα κρατικό σύστημα υγείας. Όσοι διοικούν και σχεδιάζουν το δημόσιο τομέα μπορεί να χρειάζεται να επωμισθούν το ρόλο του συντονισμού ή ελέγχου των δραστηριοτήτων που άπτονται της ψυχικής υγείας και ανήκουν σε άλλους τομείς, όπως του ιδιωτικού τομέα, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και του

Το εγχειρίδιο αυτό
γράφτηκε για
όσους σχεδιάζουν
και διοικούν
υπηρεσίες
ψυχικής υγείας

Δίδεται έμφαση
στην ευθύνη
του δημόσιου τομέα
για την παροχή
υπηρεσιών ψυχικής
υγείας

άτυπου τομέα. Ο ρόλος αυτός αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα εφόσον τα όρια μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα γίνονται όλο και περισσότερο ασαφή.

Δίδεται, επίσης, έμφαση στο σχεδιασμό και προϋπολογισμό για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός ενός **συστήματος ολοκληρωμένων υπηρεσιών γενικής υγείας**, όπου η φροντίδα ψυχικής υγείας αποτελεί μέρος μόνο ενός συνόλου υπηρεσιών. Καθώς οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συχνά ενσωματώνονται στη γενική φροντίδα υγείας, υπάρχουν ορισμένες πλευρές του προϋπολογισμού της ψυχικής υγείας που υπάγονται στο γενικό προϋπολογισμό. Για παράδειγμα, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να χρηματοδοτούνται από το γενικό προϋπολογισμό υγείας. Πάντως, θεωρείται ότι πρέπει να υπάρχει δυνατότητα εξειδικευμένης χρηματοδότησης της ψυχικής υγείας μέσα στα πλαίσια των ολοκληρωμένων υπηρεσιών (Βλ. *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας*, για μια πιο λεπτομερή συζήτηση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα ξεχωριστών και ενσωματωμένων προϋπολογισμών).

Το εγχειρίδιο επικεντρώνεται στο σχεδιασμό και προϋπολογισμό για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο. Θεωρείται σκόπιμο να υπάρχει ένας βαθμός αποκέντρωσης στην κατανομή πόρων σε αυτό το επίπεδο (Βλ. *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας* για μια πιο λεπτομερή συζήτηση για τους συγκεντρωτικούς και αποκεντρωμένους προϋπολογισμούς).

Το εγχειρίδιο πρέπει να χρησιμοποιηθεί ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες κάθε χώρας. Ως προς τις τοπικές υπηρεσίες μπορεί να προκύψουν **ποικίλα σενάρια**, ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης των υπηρεσιών κατά περίπτωση.

► Σενάριο Α

Μία περιφέρεια μπορεί να μην έχει τη δυνατότητα να σχεδιάσει γενικές ή ψυχιατρικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, δεν υπάρχουν ειδικοί προϋπολογισμοί για την ψυχική υγεία ή ειδικοί συντονιστές υπεύθυνοι για το σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτό το επίπεδο.

Για το σενάριο αυτό, το εγχειρίδιο παρέχει οδηγίες για το πώς γίνεται η εκτίμηση των υπάρχουσών υπηρεσιών και η εκτίμηση των αναγκών. Μεταξύ των ζητημάτων που ανακύπτουν είναι και τα εξής. Ποιες υπηρεσίες παρέχονται; Ο άτυπος τομέας παρεμβαίνει, π.χ. οικογένεια, θρησκευτικές οργανώσεις ή παραδοσιακοί θεραπευτές; Υπάρχουν διαθέσιμοι χρηματικοί πόροι για την ανάπτυξη των υπηρεσιών; Τι ανάγκες υπάρχουν για υπηρεσίες;

Οι σχεδιαστές μπορεί να πρέπει να διερευνήσουν τις εθνικές πολιτικές και τον κεντρικό σχεδιασμό για να προσανατολιστούν ως προς τις δυνατότητες ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο. Μπορεί, επίσης, να μην είναι εφικτό να ολοκληρωθούν ορισμένες από τις εργασίες σε κάποια από τα βήματα. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να συμβεί εάν τα διαθέσιμα στοιχεία για να εκτιμηθεί η ζήτηση είναι περιορισμένα.

► Σενάριο Β

Μια περιφέρεια μπορεί να έχει τη δυνατότητα να σχεδιάσει τις γενικές υπηρεσίες υγείας, αλλά όχι τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μπορεί να υπάρχουν άτομα ικανά να καταρτίσουν προϋπολογισμούς και να σχεδιάσουν τις τοπικές υπηρεσίες, αλλά να μην έχουν εμπειρία σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Δίδεται έμφαση στο σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση στο πλαίσιο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών γενικής υγείας

Δίδεται έμφαση στο σχεδιασμό υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο

Δεν μπορούν όλες οι χώρες να φέρουν εις πέρας όλα τα βήματα

Για το σενάριο Β το εγχειρίδιο παρέχει πληροφορίες σχετικά με ειδικές πλευρές του σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τις οποίες δεν γνωρίζουν όσοι σχεδιάζουν για τη γενική υγεία. Το εγχειρίδιο εκπαιδεύει όσους ασχολούνται με το σχεδιασμό της γενικής υγείας, αλλά δεν έχουν εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας. Μερικές πλευρές της κατάρτισης των σχετικών προϋπολογισμών ίσως τους είναι ήδη γνωστές, οπότε μπορεί να τις αγνοήσουν.

➤ Σενάριο Γ

Μια περιφέρεια μπορεί να έχει ή να επιδιώκει να αποκτήσει την ικανότητα να σχεδιάζει υπηρεσίες γενικής και ψυχικής υγείας. Πιθανόν να υπάρχουν επιτόπου άτομα ικανά να σχεδιάσουν και να καταρτίσουν προϋπολογισμούς για την ψυχική υγεία, ή και να υπάρχει ήδη ένας ειδικός προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία, μέρος του οποίου να είναι ενσωματωμένο στον προϋπολογισμό γενικής υγείας.

Για την περίπτωση του σεναρίου Γ, το εγχειρίδιο παρουσιάζει τα εργαλεία, ώστε να γίνει μια λεπτομερής εκτίμηση των υπαρχόντων πόρων και αναγκών. Βάσει αυτών μπορεί να γίνει κατόπιν εξειδικευμένη στοχοθέτηση, προϋπολογισμός και εφαρμογή.

Η δυνατότητα χρήσης αυτού του εγχειριδίου μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλες συνθήκες που επικρατούν σε διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, σε χώρες όπου υπάρχει πολιτική αστάθεια, ο μακροχρόνιος σχεδιασμός σε περιφερειακό επίπεδο γίνεται πολύ δυσκολότερος, όποιος και αν είναι ο βαθμός αποκέντρωσης ή ανάπτυξης. Από την άλλη πλευρά, σε χώρες με μεγαλύτερα ποσοστά οικονομικής ανάπτυξης, ο σχεδιασμός της φροντίδας ψυχικής υγείας είναι ευκολότερος από ότι σε χώρες με σαφώς περιορισμένους πόρους.

Λόγω αυτών των αποκλίσεων, δε μπορούν όλες οι χώρες να φέρουν εις πέρας κάθε εργασία που αναφέρεται στο εγχειρίδιο. Εντούτοις, τα βήματα δίδουν μια γενική ιδέα του τι είναι εφικτό και παρέχουν οδηγίες που οι χώρες μπορούν να προσαρμόσουν στις ιδιαίτερες συνθήκες τους.

Χρονική διάρκεια για την διεκπεραίωση των βημάτων

Η διεκπεραίωση των τριών πρώτων βημάτων (ανάλυση της κατάστασης, εκτίμηση των αναγκών και καθορισμός των στόχων) πρέπει να διαρκέσει 6 μήνες έως 1 έτος. Ο χρόνος που θα απαιτηθεί εξαρτάται από τις διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες και από την έκταση που θα λάβουν οι διαβουλεύσεις. Το τέταρτο βήμα (εφαρμογή, παρακολούθηση και αξιολόγηση) μπορεί να διαρκέσει περισσότερο. Η αρχική αξιολόγηση μπορεί να γίνει σε ένα έτος, αλλά οι ουσιαστικές αλλαγές θα φανούν μετά από τρία έως πέντε έτη.

Ανθρώπινοι πόροι που χρειάζονται για να διεκπεραιωθούν τα βήματα

Σε τοπικό επίπεδο τουλάχιστον ένα άτομο, και κατά προτίμηση μια ομάδα δύο ή τριών, μπορούν να αναλάβουν την κύρια ευθύνη για τη διαδικασία του σχεδιασμού και κατάρτισης του προϋπολογισμού. Πρέπει να είναι ικανοί να συλλέγουν πληροφορίες, να συντάσσουν αναφορές και εκθέσεις και να διαβουλεύονται. Για μια παρόμοια διαδικασία σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο είναι προτιμότερο να υπάρχει μεγαλύτερη ομάδα, αν και μερικά μέλη της μπορεί να μη δραστηριοποιούνται όσο άλλα, αφού μπορεί να τους ζητείται η συμβολή σε ορισμένα κρίσιμα στάδια του σχεδιαστικού και προϋπολογιστικού κύκλου.

Τα βήματα δίδουν μια γενική ιδέα του τι είναι εφικτό και παρέχουν οδηγίες που οι χώρες μπορούν να προσαρμόσουν στις ιδιαίτερες συνθήκες τους

1. Εισαγωγή

Όσοι σχεδιάζουν, διευθύνουν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας συχνά καλούνται να απαντήσουν στα ακόλουθα ερωτήματα. Τι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι απαιτούνται προκειμένου να οργανωθεί μια υπηρεσία ψυχικής υγείας; Τι εγκαταστάσεις, προσωπικό και φάρμακα χρειάζεται μια τοπική υπηρεσία ψυχικής υγείας ώστε να παρέχει αποτελεσματική, αποδοτική και ικανοποιητικής ποιότητας φροντίδα; Πώς μπορεί να παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν οι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι, και πόσα χρήματα χρειάζεται μια υπηρεσία ψυχικής υγείας;

Η απάντηση στα ερωτήματα αυτά δεν είναι εύκολη. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τους πόρους που είναι δυνατόν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η ζήτηση των υπηρεσιών αυτών ποικίλει από χώρα σε χώρα και, σε μερικές χώρες, οι ανάγκες στον τομέα αυτόν εκφράζονται με ιδιόμορφο τρόπο λόγω των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων τους. Η οικονομική κατάσταση μιας χώρας συχνά καθορίζει το επίπεδο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διαθέτει.

Για τους λόγους αυτούς, είναι αδύνατον να γίνουν συστάσεις για κάποιο ελάχιστο επίπεδο φροντίδας ή να υπάρξουν κανόνες με καθολική ισχύ, π.χ. για τον ελάχιστο αριθμό κλινών ή προσωπικού. Εκτός του ότι αυτό δεν εξυπηρετεί τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε χώρας, οι συστάσεις αυτού του είδους έχουν περιορισμένη αξία, αφού συχνά δε λαμβάνουν υπόψη το πλαίσιο των αναγκών κατά περίπτωση.

Κάθε χώρα πρέπει να απαντήσει η ίδια στις ερωτήσεις αυτές. Αυτό μπορεί να γίνει με προσεκτικό σχεδιασμό βάσει μιας ενδελεχούς εκτίμησης των τοπικών αναγκών και των υπάρχουσών υπηρεσιών. Για να υποβοηθηθεί η διαδικασία σχεδιασμού, το εγχειρίδιο αυτό παρέχει ένα σύνολο εργαλείων για το σχεδιασμό και την κατάρτιση προϋπολογισμών, που δίνουν στις χώρες τη δυνατότητα σχεδιασμού των δικών τους υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τον πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο. Τα εργαλεία αυτά δεν είναι ανάγκη να χρησιμοποιηθούν ακριβώς με τον τρόπο που παρουσιάζονται, αλλά μπορούν να καθοδηγήσουν τις χώρες να αναπτύξουν υπηρεσίες κατάλληλες για την περίπτωσή τους.

Τι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι χρειάζονται για την παροχή τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας;

Συστάσεις με καθολική ισχύ δεν είναι δυνατές

Το εγχειρίδιο παρέχει στις χώρες ένα σύνολο εργαλείων για το σχεδιασμό και την κατάρτιση προϋπολογισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Ο σχεδιασμός δεν είναι μόνο μια τεχνοκρατική διαδικασία αλλά και πολιτική, όπου πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες όλων των εμπλεκόμενων στην ψυχική υγεία

2. Σχεδιασμός και προϋπολογισμός

για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

από την ανάλυση της κατάστασης στην εφαρμογή

Ο ορθολογικός σχεδιασμός των υπηρεσιών είναι δυνατός βάσει μιας προσεκτικής εκτίμησης των αναγκών και των διαθέσιμων πόρων κατά περιοχή. Πρέπει να δοθεί προσοχή στα ακόλουθα σημεία ως προς το σχεδιασμό.

1. Είναι βασικό οι εμπλεκόμενοι να συμμετέχουν σε όσο το δυνατό περισσότερα από τα στάδια του σχεδιασμού που τους αφορούν (Lesage, 1999). Ο σχεδιασμός παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν είναι μόνο τεχνοκρατική διαδικασία αλλά και πολιτική (Green, 1999). Πολλά σχέδια με καλές προθέσεις δεν εξελίσσονται ομαλά διότι δεν έχουν την απαιτούμενη αποδοχή εκ μέρους των τοπικών κοινοτήτων, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και όσων τους φροντίζουν, των πολιτικών, των εργαζόμενων στις υπηρεσίες και των διοικητών. Οι ομάδες αυτές συχνά έχουν αποκλίνουσες απόψεις ως προς τις ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας. Η διεξαγωγή διαπραγματεύσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων και η ανταλλαγή πληροφοριών αποτελεί ουσιώδη προϋπόθεση επιτυχίας (Βλ. *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*).

2. Ο σχεδιασμός πρέπει να γίνεται με ολιστικό τρόπο, δηλαδή να περιλαμβάνει όλες τις πλευρές της ψυχικής υγείας, όπως την προαγωγή, την πρόληψη των διαταραχών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Τα παραδείγματα στο εγχειρίδιο δίνουν περισσότερη έμφαση στη θεραπεία και αποκατάσταση, αλλά η μεθοδολογία μπορεί να διαφοροποιηθεί, ώστε να καλύπτεται ο σχεδιασμός προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης.

3. Ο σχεδιασμός δεν είναι πάντα μια ορθολογική διαδικασία. Οι αναγνώστες μπορεί να θεωρήσουν ότι η ορθολογική βήμα προς βήμα προσέγγιση που παρουσιάζεται εδώ δεν συμφωνεί με τις εμπειρίες τους στο σχεδιασμό. Καθ' όλη τη σχεδιαστική διαδικασία, αντιμετωπίζει κανείς ανορθολογικά εμπόδια, όπως πολιτικές διαφορές, προσωπικές στρατηγικές και αντικρουόμενες ανάγκες των διαφόρων εμπλεκόμενων. Σε αυτά τα πλαίσια, μια ορθολογική προσέγγιση στο σχεδιασμό αποτελεί ισχυρό εργαλείο και σύμμαχο. Μια προσέγγιση βασισμένη σε μια ορθολογική εκτίμηση της παρούσας κατάστασης και των αναγκών του πληθυσμού παρέχει ένα χρήσιμο οδηγό στο σχεδιαστικό έργο. Με την προσέγγιση αυτή επιχειρείται να μεταρρυθμιστούν οι δεδομένοι κατά το παρελθόν τρόποι σχεδιασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου η διάθεση των πόρων και η κατάρτιση των προϋπολογισμών γινόταν χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες των κοινοτήτων ή τα στοιχεία για την πλέον αποτελεσματική φροντίδα.

4. Για το λόγο αυτό, ο σχεδιασμός των υπηρεσιών πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε χώρας σύμφωνα αφενός με την όσο το δυνατόν πληρέστερη πληροφόρηση και αφετέρου με τους διαθέσιμους πόρους (Thornicroft & Tansella, 1999). Απαιτείται, επομένως, πληροφόρηση για τις τοπικές ανάγκες και χρήση **τεκμηριωμένων πρακτικών**.

5. Συγκεντρώνονται όλο και περισσότερα στοιχεία σχετικά με τους τρόπους προαγωγής της ψυχικής υγείας, πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και θεραπείας και αποκατάστασης που έχουν καλύτερη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας. Οι τρόποι αυτοί βασίζονται στην αντίληψη της **κοινωνικής φροντίδας ψυχικής υγείας**. Το εγχειρίδιο προσεγγίζει τα ζητήματα μέσα στο γενικό πλαίσιο της κοινωνικής φροντίδας ψυχικής υγείας, της ένταξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα υγείας και της

συρρίκνωσης των ιδρυμάτων καθώς αναπτύσσονται οι κοινοτικές υπηρεσίες. Πρέπει, επομένως, να μελετηθεί παράλληλα με την *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*.

6. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις **ευρύτερες ανάγκες κάθε πληθυσμού στην υγεία και την κοινωνική φροντίδα**. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι συχνά απαιτείται η συνεργασία τους με άλλες υπηρεσίες υγείας και παροχής κοινωνικής φροντίδας. Οι εκβάσεις στην ψυχική υγεία εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής υγείας των ασθενών, των κοινωνικών συνθηκών, της απασχόλησης και των οικογενειακών σχέσεων (Glover, 1996· Thornicroft, De Salvia & Tansella, 1993).

7. Σε πολλές χώρες, οι προσπάθειες σχεδιασμού εμποδίζονται λόγω της περιορισμένης πληροφόρησης. Για το λόγο αυτό, ο σχεδιασμός πρέπει να χρησιμοποιεί απλούς δείκτες και να δίνει έμφαση στη **διευκόλυνση της συλλογής δεδομένων**. Σε όλη τη διαδικασία του σχεδιασμού είναι ουσιώδες να καθορίζονται και να διασταυρώνονται οι δείκτες που χρησιμοποιούνται και αφορούν τις υπηρεσίες, π.χ. κλίνες για οξεία ψυχιατρικά περιστατικά ενήλικων ανά πληθυσμιακή μονάδα και αριθμός προσωπικού εκφρασμένου ως ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης (Βλ. Γλωσσάριο).

8. Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός απαιτεί **επανεξέταση και ευλυγισία** κατά τον καθορισμό και υλοποίηση των στόχων των υπηρεσιών. Επανεξέταση σημαίνει ότι οι στόχοι και οι προτεραιότητες μπορεί να διαφοροποιηθούν υπό το φως πληροφοριών που προκύπτουν αργότερα κατά τη διαδικασία, π.χ. πληροφορίες για τους διαθέσιμους πόρους (κλίνες, προσωπικό, φάρμακα).

Το μοντέλο των τεσσάρων βημάτων συνδυάζει μια προσέγγιση με **βάση τον πληθυσμό** και τις **υπηρεσίες** προσαρμοζόμενη σύμφωνα με τα διαθέσιμα τοπικά δεδομένα και τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Επιτρέπει, επομένως, αλλαγές ανάλογα με τη δομή της χώρας ή των τοπικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα, εάν οι υπηρεσίες είναι πολύ κατακερματισμένες, μπορεί να είναι σκόπιμη μια προσέγγιση βάσει του πληθυσμού, ώστε να διευκρινιστεί η γενική εικόνα των αναγκών. Εάν, όμως, οι υπηρεσίες είναι συγκεντρωτικές, τότε τα στοιχεία για το τι παρέχουν θα είναι εύκολα διαθέσιμα και τα κενά στις προσφερόμενες υπηρεσίες εμφανέστερα.

Τα βήματα που παρουσιάστηκαν περιληπτικά στο μοντέλο του σχεδιασμού (Σχήμα 1) περιγράφονται αναλυτικότερα πιο κάτω.

Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ευρύτερες ανάγκες κάθε πληθυσμού στην υγεία και την κοινωνική φροντίδα

Εφόσον δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση, πρέπει να συνδυαστούν πληροφορίες που αφορούν και τον πληθυσμό και τις υπηρεσίες για την επίτευξη αποτελεσματικότερου σχεδιασμού και αποδοτικότερης χρήσης των περιορισμένων πόρων



Η πρώτη εργασία είναι να καθοριστεί ο πληθυσμός που θα εξυπηρετηθεί από το σύστημα ψυχικής υγείας

1ο Βήμα. Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

1ο βήμα: Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

2ο βήμα: Εκτίμηση των αναγκών

4ο βήμα: Εφαρμογή

3ο βήμα: Καθορισμός των στόχων

1η εργασία. Καθορισμός του πληθυσμού που θα εξυπηρετηθεί

Η πρώτη εργασία είναι να καθοριστεί ο πληθυσμός ή περιοχή που θα εξυπηρετηθεί από το σύστημα ψυχικής υγείας. Μπορεί να είναι ο πληθυσμός ολόκληρης της χώρας ή ένας τοπικός πληθυσμός (Thornicroft & Tansella, 1999). Κατά προτίμηση ο πληθυσμός στόχος πρέπει:

- να βρίσκεται εντός μιας αυθεντικής φυσικής διοικητικής περιοχής με ευδιάκριτα γεωγραφικά όρια,
- να είναι αρκετά μεγάλος ώστε να εφαρμόζονται οικονομίες κλίμακας (και επομένως να βελτιώνεται η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας) και να παρέχεται μια ποικιλία υπηρεσιών,
- να είναι αρκετά μικρός ώστε να είναι εύκολα διαχειρίσιμος και να καλύπτονται οι ειδικές τοπικές ανάγκες του,
- να έχει τέτοια χαρακτηριστικά, ώστε οι υπηρεσίες να είναι προσβάσιμες από το σύνολό του, και να έχει εύκολη πρόσβαση σε μέσα μεταφοράς (World Health Organization, 1996).

Στις περισσότερες χώρες η εξυπηρετούμενη περιοχή από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ορίζεται από την υπάρχουσα υποδομή, και ιδιαίτερα από το σύστημα φροντίδας της γενικής υγείας. Σε μερικές χώρες, διαφορετικές υπηρεσίες μπορεί να καλύπτουν διαφορετικές περιοχές. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να καλύπτουν μικρότερες περιοχές από ότι οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Άλλοι τομείς, π.χ. κοινωνική φροντίδα, στέγαση, εκπαίδευση, ποινική δικαιοσύνη, μπορεί να μην καλύπτουν χωροταξικά την ίδια περιοχή.

Κατά τη διάρκεια αυτής της εργασίας είναι βασικό να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στόχου, όπως το μέγεθος και το ηλικιακό φάσμα. Για παράδειγμα, μπορεί να σχεδιαστεί μια υπηρεσία για παιδιά και εφήβους (ηλικίας 0 έως 17 ετών), για ενήλικους (ηλικίας 18 έως 64 ετών) και ηλικιωμένους (65 ετών και μεγαλύτεροι). Πρέπει επίσης να καθοριστεί εάν η περιοχή είναι αγροτική ή αστική και να δοθεί προσοχή στο θέμα της προσβασιμότητας των υπηρεσιών. Πρέπει, επίσης, να διερευνηθούν και άλλα πιθανά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως το εάν περιλαμβάνει πρόσφυγες ή μετανάστες οι οποίοι μπορεί να έχουν ειδικές ανάγκες ψυχικής κάλυψης (Watters, 2002), καθώς και εάν υπάρχουν υψηλά επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού, που συχνά σχετίζονται με αυξημένες ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας (Glover, 1996· Hansson et al., 1998).

Στο εγχειρίδιο αυτό, τα λεπτομερή παραδείγματα εστιάζονται σε **υπηρεσίες τοπικού επιπέδου**. Επειδή παγκοσμίως υπάρχει μεγάλη ποικιλία αναφορικά με το βαθμό αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας, το μέγεθος του τοπικού πληθυσμού στόχου μπορεί να ποικίλει σημαντικά. Βλέπε Πίνακα 1 για παραδείγματα των μεγεθών των πληθυσμών που καλύπτονται από τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.



Πίνακας 1. Παραδείγματα πληθυσμών που καλύπτονται από τοπικές υπηρεσίες

Πόλη ή χώρα	Πληθυσμός
Birmingham, Ηνωμένο Βασίλειο	50.000 έως 150.000 (Rosen, 1999)
Γερμανία	150.000 (Rosen, 1999)
Γκάνα	130.000 έως 200.000 (Orley, 2000)
Madison, Wisconsin, ΗΠΑ	100.000 έως 150.000 (Rosen, 1999)
Oslo, Νορβηγία	30.000 (Rosen, 1999)
Νότια Αφρική	100.000 έως 180.000 (Rispel, Price & Cabral, 1996)
Sydney, Αυστραλία	110.000 έως 230.000 (Rosen, 1999)
Verona, Ιταλία	75.000 (Rosen, 1999)

2η εργασία. Το πλαίσιο στο οποίο γίνεται ο σχεδιασμός της ψυχικής υγείας

Κύρια σημεία: 1η εργασία

- Όσοι σχεδιάζουν ή διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να αρχίσουν καθορίζοντας τον πληθυσμό ή την περιοχή που θα εξυπηρετηθεί από το σύστημα ψυχικής υγείας.
- Πρέπει να ερευνώνται τα ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως η ηλικιακή κατανομή και η πυκνότητα του πληθυσμού, το επίπεδο του κοινωνικού αποκλεισμού και η ύπαρξη προσφύγων, ώστε να είναι δυνατή η πρόβλεψη ειδικών αναγκών.

1η εργασία. Παράδειγμα: Καθορισμός του πληθυσμού που θα εξυπηρετηθεί

Χρησιμοποιείται ως παραδειγματικός αριθμός το πλήθος των **100.000**, αριθμός που εμπίπτει στην κλίμακα των περισσότερων χωρών και εύκολα προσαρμόζεται στις κατά τόπους συνθήκες, και ιδιαίτερα όπου υπάρχει μικρότερη αποκέντρωση. Ο πληθυσμός αυτός χρησιμοποιείται ως βάση σε όλα τα παραδείγματα των τεσσάρων βημάτων του σχεδιαστικού κύκλου.

Πριν αρχίσει ο σχεδιασμός είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό το πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας στην περιοχή στόχο. Ο σχεδιασμός και ο προϋπολογισμός δεν γίνονται εν κενώ, αλλά σε ένα συγκεκριμένο πολιτικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο.

Προκειμένου να γίνει κατανοητό αυτό το πλαίσιο απαιτείται να συλλεχθούν πληροφορίες για την ιστορία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (εάν υπάρχουν) και για το ποιος έχει την ευθύνη της παροχής τους. Πρέπει, επίσης, να διερευνηθεί το πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας. Ποιες είναι οι τρέχουσες πολιτικές για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο; Το πολιτικό περιβάλλον υποβοηθά ή εμποδίζει την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Στις πολιτικές αυτές εντάσσεται η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, η θεραπεία και η αποκατάσταση;

Πρέπει, επίσης, να γίνει κατανοητό το πολιτισμικό πλαίσιο του σχεδιασμού ψυχικής υγείας. Πως προσλαμβάνει η τοπική κοινότητα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας; Ποια είναι

Πριν αρχίσει ο σχεδιασμός είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό το πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας στην περιοχή στόχο



Μεγάλο μέρος αυτής της πληροφόρησης είναι ποιοτικής φύσης. Μπορεί να συλλεχθεί με ποικίλους τρόπους

η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από πολιτισμική ή θρησκευτική άποψη; Για παράδειγμα, αν κάποιος διαγνωστεί με σχιζοφρένεια κατά τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων 10 (ICD-10), ποια θα είναι η εξήγηση με πολιτισμικούς όρους της συμπεριφοράς του ατόμου αυτού από την τοπική κοινωνία; Επιπλέον, σε ποια έκταση εμπλέκεται η τοπική κοινωνία στο σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας;

Είναι επίσης σημαντική η πληροφόρηση που αφορά ποιοτικές παραμέτρους των υπαρχουσών υπηρεσιών ή προγραμμάτων. Για παράδειγμα, ποιες είναι οι διαθέσεις του προσωπικού του τομέα κατά τη χρονική περίοδο που ενδιαφέρει; Έχουν οι εργαζόμενοι κίνητρα και διάθεση για καινοτόμες πρακτικές, ή είναι εξαντλημένοι λόγω υπερβολικών απαιτήσεων και ανεπαρκών πόρων; Τι ποιότητα έχει η φροντίδα ψυχικής υγείας;

Μεγάλο μέρος αυτής της πληροφόρησης είναι ποιοτικής φύσης και ίσως είναι δύσκολο να μετρηθεί. Μέρος αυτής μπορεί να συλλεχθεί άμεσα, για παράδειγμα με ερωτήσεις, συνεντεύξεις ή με επίσημη έρευνα. Άλλο μέρος μπορεί να συλλεχθεί έμμεσα, για παράδειγμα ακούγοντας προσεκτικά τον τρόπο που το προσωπικό περιγράφει τη δουλειά του κατά τις συγκεντρώσεις, ή παρατηρώντας τις αντιδράσεις των κυρίως εμπλεκόμενων όταν προτείνονται μεταρρυθμίσεις ή αλλαγές των υπηρεσιών.

Κύρια σημεία: 2η εργασία

— Όσοι σχεδιάζουν ή διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να κατανοούν το τοπικό πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας.

— Για το σκοπό αυτό μπορεί να χρειάζεται ένα φάσμα πληροφοριών που σχετίζονται, για παράδειγμα, με την ιστορία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη συγκεκριμένη περιοχή, με την υπάρχουσα πολιτική για την ψυχική υγεία, τις οικονομικές συνθήκες και το πολιτισμικό υπόβαθρο. Μεγάλο μέρος των πληροφοριών αυτών μπορεί να έχει ποιοτικά χαρακτηριστικά.

2η εργασία. Παράδειγμα: Κατανόηση του πλαισίου της φροντίδας ψυχικής υγείας

Ένας υποθετικός τοπικός πληθυσμός 100.000 καλύπτεται στοιχειωδώς από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχουν γίνει συζητήσεις σε κεντρικό κυβερνητικό επίπεδο για την ανάπτυξη μιας νέας πολιτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ακόμη ορατά στο τοπικό επίπεδο. Υπάρχει στοιχειώδης παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Κυρίως, αφορά την παρακολούθηση και συντηρητική θεραπεία ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Το τοπικό γενικό νοσοκομείο δέχεται ψυχιατρικά περιστατικά, αλλά οι κλίνες δεν επαρκούν και τα εξιτήρια συχνά δίδονται εσπευσμένα. Δεν υπάρχουν προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας ή πρόληψης των ψυχικών διαταραχών.



Οι αντιλήψεις της τοπικής κοινότητας ως προς τις ψυχικές διαταραχές ποικίλουν. Οι ψυχωτικές διαταραχές συχνά θεωρείται ότι οφείλονται σε πνεύματα που καταλαμβάνουν τους ανθρώπους. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συνήθως στιγματίζονται στην κοινότητα και αυτό φαίνεται να τους εμποδίζει να κάνουν χρήση των υπηρεσιών. Εντούτοις, οι οικογένειες των ατόμων αυτών είναι συχνά συνεργάσιμες και έτοιμες να δεχτούν νέες λύσεις. Δεν υπάρχουν μηχανισμοί βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες και το ηθικό του προσωπικού είναι χαμηλό. Τα συστήματα πληροφόρησης είναι γενικώς ανεπαρκή. Συλλέγονται κάποιες πληροφορίες, μαζί με στοιχεία της γενικής υγείας, για τις δραστηριότητες του προσωπικού και την προσέλευση ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, πράγμα που καθιστά δύσκολο το διαχωρισμό και την ανάλυση των στοιχείων που αφορούν αποκλειστικά την ψυχική υγεία.

3η εργασία. Διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους

Εφόσον έχει γίνει κατανοητό το πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας σε κάποιο βαθμό, η επόμενη εργασία είναι η εύρεση όλων των εμπλεκόμενων στην ψυχική υγεία μέσα στον τοπικό πληθυσμό. **Η διαβούλευση είναι σημαντική καθ' όλο τον κύκλο του σχεδιασμού, και μπορεί να λαμβάνει χώρα σε διάφορες φάσεις του.** Ορισμένοι από τους ασχολούμενους με το σχεδιασμό της υγείας υποστηρίζουν ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών είναι, εν πολλοίς, μια **πολιτική** διαδικασία, η οποία πρέπει να συνυπολογίσει τις ανάγκες και τα συμφέροντα όλου του φάσματος των εμπλεκόμενων στην ψυχική υγεία (Green, 1999). Ο πίνακας 2 παρουσιάζει συνοπτικά αφενός ποιοι εμπλέκονται και αφετέρου τα στάδια της διαδικασίας σχεδιασμού κατά τα οποία μπορεί να γίνει η εμπλοκή τους.

Η επόμενη εργασία είναι η εύρεση και διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία μέσα στον τοπικό πληθυσμό

Πίνακας 2. Οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία σχεδιασμού των υπηρεσιών

Ομάδα	Διαβούλευση για τις κατευθυντήριες αρχές των υπηρεσιών	Συμμετοχή στην κεντρική ομάδα σχεδιασμού	Επικύρωση του τελικού σχεδίου των υπηρεσιών
Διευθυντές των υπηρεσιών υγείας	A	A	A
Επαγγελματίες ψυχικής υγείας	A	A	A
Διοικητικοί	A		
Χρήστες των υπηρεσιών και αντιπρόσωποί τους	A	A	A
Εκτελεστές συμβάσεων διαχείρισης	E/Π		
Κοινωνικές υπηρεσίες	A	A	
Εθελοντικές οργανώσεις	E	A	E
Γενικοί γιατροί / νοσηλευτές Π.Φ.Υ.	A	A	A
Προσωπικό του στεγαστικού τομέα	A		E
Πολιτικοί / προβεβλημένα άτομα της κοινότητας		Π	Π
Μη κυβερνητικές οργανώσεις	A	Π	E
Εξωτερικοί σύμβουλοι / πανεπιστημιακοί	Π	Π	

A = απαραίτητοι, E = επιθυμητοί, Π = προσκεκλημένοι σε ειδικά ζητήματα,

Π.Φ.Υ. = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πηγή: Thornicroft & Tansella, 1999

Ο σχεδιασμός της ψυχικής υγείας είναι όχι μόνο μια τεχνική αλλά και μια πολιτική διαδικασία όπου διαβουλεύονται όλοι οι εμπλεκόμενοι



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

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι η εμπλοκή των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των υπηρεσιών μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα δεδομένα καλύτερης ποιότητας, λήψη αποφάσεων βάσει αξιόπιστων στοιχείων και μεγαλύτερο δημόσιο έλεγχο (Rouse, Torpac & MacCabe, 1998). Στα Νησιά Μάρσαλ, για παράδειγμα, η διοικητική επιτροπή ενός προγράμματος πρόληψης των αυτοκτονιών και προαγωγής της ψυχικής υγείας περιελάμβανε εκπροσώπους από το Υπουργείο Υγείας και Περιβάλλοντος, τη Διεύθυνση Γυναικείων Υποθέσεων και των Υπηρεσιών για τη Νεολαία, τα Υπουργεία Εκπαίδευσης και Δικαιοσύνης, μέλη μη κυβερνητικών οργανώσεων (Νέοι για τους Νέους στην Υγεία) και τον πρόεδρο του Συμβουλίου των Ιερέων (που αντιπροσώπευε την Ενωμένη Εκκλησία του Χριστού και την Καθολική Εκκλησία) (World Health Organization, 2000b). Η εμπλοκή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι πολλοί από τους εκπροσώπους τους δηλώνουν ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις ανάγκες τους (McCubbin & Cohen, 1996).

Η διαβούλευση είναι ιδιαίτερα σημαντική σε περιβάλλοντα με πολιτισμικές διαφοροποιήσεις και, επίσης, εκεί όπου οι δυτικές ψυχιατρικές δομές και αντιμετώπισεις της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών δεν γίνονται αυτόματα αποδεκτές. Για την υπερπήδηση αυτών των εμποδίων έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές. Μεταξύ αυτών είναι:

- η αλλαγή του ρόλου των κλινικών γιατρών που έχουν δυτικού τύπου εκπαίδευση και η ανάληψη εκ μέρους τους ενός συμβουλευτικού ρόλου έναντι των τοπικών παροχών υπηρεσιών, οι οποίοι έχουν πληρέστερη γνώση της επιτόπιας κατάστασης από πολιτισμική άποψη (Barlow & Walkup, 1998),
- η συνεργασία με τοπικούς θεραπευτές,
- η αναγνώριση της πολυμορφίας των αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για την κατάστασή τους (Lund & Swartz, 1998),
- η αποφυγή της πόλωσης μεταξύ της καθολικής άποψης, ότι δηλαδή οι ψυχικές διαταραχές είναι κατά βάση ίδιες παντού, και της πολιτισμικής σχετικιστικής άποψης, ότι δηλαδή οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζονται τόσο πολύ από τον πολιτισμό, ώστε δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν κοινά πεδία στους διάφορους πολιτισμούς. Προτείνεται μια προσέγγιση στα συστήματα υγείας που λαμβάνει υπόψη μια δέσμη βιολογικών, πολιτισμικών, κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών παραγόντων προκειμένου να σχεδιαστούν υπηρεσίες για τις τοπικές ανάγκες (Patel, 2000).
- η προσφορά υπηρεσιών μόνο για την κάλυψη των πιο σοβαρών περιστατικών, τα οποία δεν αντιμετωπίζονται από τα παραδοσιακά ή κατεστημένα συστήματα υγείας (Somasundaram et al., 1999),
- η αναγνώριση του ότι, σε μερικές περιπτώσεις, οι παρεμβάσεις που λειτουργούν αλλού δεν είναι οι κατάλληλες και πρέπει να αναπτυχθούν τοπικές παρεμβάσεις.



Κύρια σημεία: 3η εργασία

- Η διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία αποτελεί ουσιώδες μέρος της διαδικασίας του σχεδιασμού.
- Οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό πρέπει να καθορίσουν ποιοι είναι οι κυρίως εμπλεκόμενοι και να διασφαλίσουν ότι οι δεύτεροι θα παρεμβαίνουν συμβουλευτικά σε όλα τα στάδια της διαδικασίας του σχεδιασμού που τους αφορούν.
- Η διαβούλευση σχετικά με αμφισβητούμενες προτεραιότητες που αφορούν τις υπηρεσίες και σχετικά με τις πολιτισμικές αξιολογήσεις των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική.
- Η εμπλοκή των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό των υπηρεσιών αλλά και στην εφαρμογή, μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων και της συνεργασίας κατά την εφαρμογή σχεδίων, στη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε αξιόπιστα στοιχεία, και σε μεγαλύτερη δυνατότητα κοινωνικού ελέγχου των δράσεων.

3η εργασία. Παράδειγμα: Διαβούλευση με τους εμπλεκόμενους στην ψυχική υγεία

Στο Σχέδιο για τη δημιουργία Προτύπων και Κριτηρίων των υπηρεσιών της Νότιας Αφρικής, οι ερευνητές που εργάζονταν για το Υπουργείο Υγείας διερεύνησαν τις απόψεις 300 περίπου εμπλεκόμενων στη φροντίδα ψυχικής υγείας, μεταξύ των οποίων ήταν παροχείς υπηρεσιών, διοικητές, χρήστες υπηρεσιών, άτομα που φρόντιζαν ασθενείς και πανεπιστημιακοί. Διένειμαν ερωτηματολόγια σχετικά με τους πόρους των υπηρεσιών, επισκέφθηκαν εννέα περιφέρειες, πήραν συνεντεύξεις και διερεύνησαν κοινοτικές ομάδες. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε σε οκτώ μήνες. Για ιστορικούς λόγους το σύστημα ήταν άδικο και κατακερματισμένο και οι υπηρεσίες έπρεπε να αναμορφωθούν με βάση νέα πρότυπα και κριτήρια, τα οποία απετέλεσαν έναν οδηγό που οι περιφερειακές και τοπικές υπηρεσίες κλήθηκαν να προσαρμόσουν στις ανάγκες τους (Flisher et al., 1998).

Η Καμπότζη προσφέρει ένα παράδειγμα διαβουλεύσεων σε περιβάλλοντα όπου οι δυτικές ψυχιατρικές δομές μπορεί να μην είναι κατάλληλες. Εκεί αναπτύχθηκαν αγροτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας προσαρμοσμένες στις τοπικές δοξασίες και στις τοπικές υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν μόνο τα σοβαρότερα συμπτώματα ή νόσους που δεν καλύπτονταν από τις τοπικές υπηρεσίες (τον παραδοσιακό τομέα ή τον δημόσιο τομέα φροντίδας υγείας). Όπου ήταν δυνατό, γίνονταν πολιτισμικά αποδεκτές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε περιστατικά με άγχος και διαταραχές μετά από ψυχοτραυματικό στρες (PTSD) κατά τις διαγνώσεις σύμφωνα με τη δυτική ψυχιατρική. Έγινε προσπάθεια να αποφευχθεί η πεπλανημένη κατηγοριοποίηση (Kleinman, 1980), οπότε οι διαγνώσεις, όπως επιτόπια κατηγοριοποιούνται, παραβλέπονται και αντικαθίστώνται από τις δυτικές κατηγορίες, οι οποίες πολιτισμικά δεν έχουν ισχύ (Somasundaram et al., 1999).



Ο προσδιορισμός των υπευθύνων για τον προϋπολογισμό και το σχεδιασμό της ψυχικής υγείας έχει σημασία για τεχνικούς και πολιτικούς λόγους

Όσοι διοικούν ή σχεδιάζουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να προσδιορίσουν τους υπεύθυνους για το σχεδιασμό της φροντίδας ψυχικής υγείας στην τοπική περιοχή

Οι διοικητές των υπηρεσιών μπορεί να αντιμετωπίσουν διάφορες εκδοχές κατά τον προσδιορισμό του υπεύθυνου για τον προϋπολογισμό της ψυχικής υγείας

4η εργασία. Προσδιορισμός των υπευθύνων για τον προϋπολογισμό και το σχέδιο δράσης ψυχικής υγείας

Η επόμενη εργασία είναι ο προσδιορισμός των υπευθύνων για το σχέδιο δράσης και τον προϋπολογισμό ψυχικής υγείας. Αυτό είναι αναγκαίο για τεχνικούς λόγους, αφού δίνει τη δυνατότητα στον διοικητή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να γνωρίσει καλύτερα τις κατάλληλες διασυνδέσεις και διαδικασίες ώστε να εξασφαλίζει τη χρηματοδότηση, να παρακολουθεί τις δαπάνες και να διασφαλίζει την απόδοση υπευθυνότητας.

Ο προσδιορισμός των υπευθύνων είναι σημαντικός και για πολιτικούς λόγους. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο σχεδιασμός είναι διαδικασία τεχνική αλλά και πολιτική, κατά την οποία όσοι διοικούν και σχεδιάζουν πρέπει να κινητοποιήσουν οικονομικούς πόρους για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η γνώση του ποιος ευθύνεται για τη χρηματοδότηση και το σχεδιασμό και η συνειδητοποίηση του εύρους των ευθυνών των διοικούντων αναφορικά με αυτά τα δύο σημεία, έχει καταλυτική σημασία για την εν συνεχεία χρηματοδότηση, στοχοθέτηση και κατάρτιση του προϋπολογισμού.

Το εγχειρίδιο αυτό αποδίδει την κύρια ευθύνη σχεδιασμού σε όσους σχεδιάζουν και διοικούν υπηρεσίες του δημόσιου τομέα. Σε αυτό το πλαίσιο, αυτοί πρέπει να προσδιορίσουν ποιος έχει την κύρια ευθύνη σχεδιασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ποιοι είναι όλοι οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία σχεδιασμού στην περιοχή που ενδιαφέρει. Αυτό απαιτεί γνώση των κέντρων που λαμβάνουν τις αποφάσεις, καθώς και των διαδικασιών που εμπλέκονται στο σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για να αρχίσει μια αποτελεσματική σχεδιαστική διαδικασία είναι απαραίτητο να συγκροτηθεί μια ομάδα σχεδιασμού που είναι σε θέση να αναλάβει την ευθύνη όλων των πλευρών του κύκλου σχεδιασμού (βήματα 1 έως 4).

Κατά τον προσδιορισμό του υπεύθυνου για τον προϋπολογισμό της ψυχικής υγείας, οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να αντιμετωπίσουν διάφορες εκδοχές.

- Σε πολλές περιπτώσεις ο προϋπολογισμός ψυχικής υγείας είναι ευθύνη ενός λογιστικού τμήματος που χειρίζεται τον προϋπολογισμό της γενικής υγείας. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι υπάρχουν ποσοστιαίες αυξήσεις ή μειώσεις βάσει του επιπέδου των δαπανών, και όχι των προτεραιοτήτων της ψυχικής υγείας.
- Σε μερικές περιπτώσεις, ένα άτομο, που ίσως είναι γνώστης των θεμάτων της ψυχικής υγείας αλλά ίσως και όχι, ελέγχει στενά τον προϋπολογισμό. Αυτό δεν είναι ιδανικό, διότι, όπως οι διαβουλεύσεις και η συμμετοχή αποτελούν ουσιώδες μέρος του σχεδιασμού, έτσι και στη διαχείριση του προϋπολογισμού, η εμπλοκή των κύριων εμπλεκομένων είναι ουσιώδης για τη διασφάλιση της καταλληλότητας και υπευθυνότητας.
- Σε άλλες περιπτώσεις η επιτροπή επί του προϋπολογισμού μπορεί να είναι τόσο μεγάλη ώστε να γίνεται δυσκίνητη, πράγμα που αποτρέπει την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων.

Όπου είναι δυνατό, πρέπει να γίνονται αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης λήψης αποφάσεων, ώστε να διευκολύνεται ο αποτελεσματικός σχεδιασμός και η συμμετοχή ειδικών. Δεδομένου ότι χρειάζεται ειδικευση και στα οικονομικά και στην ψυχική υγεία για την κατάρτιση ενός προϋπολογισμού ψυχικής υγείας, ενδείκνυται η συμμετοχή περισσότερων του ενός μερών και η ανάληψη συνυπευθυνότητας. Για παράδειγμα, μπορεί να συγκροτηθεί μια επιτροπή για το σκοπό αυτό (Green, 1999) και να περιλαμβάνει:



- ένα διοικητή υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- ένα λογιστή (ή στέλεχος οικονομικών υπηρεσιών) ο οποίος μπορεί να έχει την ευθύνη άλλων τομέων του προϋπολογισμού της γενικής υγείας
- ένα διοικητή υπηρεσιών γενικής υγείας (ο οποίος μπορεί να είναι κλινικός ή διοικητικός και ίσως δεν έχει ειδίκευση στην ψυχική υγεία)
- έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας ή κλινικό (ο οποίος μπορεί να είναι ένας από τους παραπάνω)

Εφόσον το άτομο ή τα άτομα που κυρίως ευθύνονται για τον προϋπολογισμό έχουν προσδιοριστεί, το επόμενο βήμα είναι να καθοριστεί η **δικαιοδοσία** αυτού του ατόμου ή ατόμων να λαμβάνουν αποφάσεις ως προς το ύψος του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία και την ανάπτυξη των πιστώσεων στις διάφορες λειτουργίες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η δικαιοδοσία για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάρτιση προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία ποικίλει από χώρα σε χώρα. Υπάρχουν διάφορες απόψεις για τα όρια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και για το που επικαλύπτονται με τις υπηρεσίες γενικής υγείας και άλλους τομείς, όπως η κοινωνική φροντίδα, η εκπαίδευση, η στέγαση και η ποινική δικαιοσύνη (Βλ. *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Δύο τομείς που επηρεάζουν τη δικαιοδοσία λήψης αποφάσεων είναι οι εξής:

- η έκταση της **αποκέντρωσης** των υπηρεσιών
- η έκταση που ο προϋπολογισμός ψυχικής υγείας είναι **ενσωματωμένος** στον προϋπολογισμό γενικής υγείας.

Η αποκέντρωση αποδίδει στις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας διάφορους βαθμούς ευθύνης για το μέγεθος και τη διαχείριση των τοπικών τους προϋπολογισμών. Επίσης, οι διοικητές συχνά έχουν περισσότερη ευθύνη για το πώς διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό παρά για το μέγεθός του.

Εξίσου σημαντικό είναι το κατά πόσο οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενσωματώνονται στον προϋπολογισμό της γενικής υγείας και το κατά πόσο οι προϋπολογισμοί ψυχικής υγείας διαχωρίζονται ή περιχαρακώνονται αποκλειστικά στην ψυχική υγεία. Σε χώρες όπου οι τρέχουσες επενδύσεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μικρές, οι διαχωρισμένοι προϋπολογισμοί μπορεί να είναι χρήσιμοι για να παγιώσουν την προτεραιότητα που δίδεται στον τομέα και για να αρχίσει ένα πρόγραμμα ψυχικής υγείας (World Health Organization, 2001). Η κατάρτιση ενός σφαιρικού προϋπολογισμού για τη φροντίδα ψυχικής υγείας, όπου οι λογαριασμοί δαπανών δεν εξειδικεύονται (είτε αφορούν συγκεκριμένες εγκαταστάσεις, είτε οργανισμούς που αγοράζουν και στη συνέχεια αναθέτουν σε τρίτους, βάσει συμβολαίων, την παροχή υπηρεσιών), έχει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως, η απλότητα από διοικητική άποψη, η διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων από πολλούς φορείς ταυτόχρονα, η χρηματοδότηση σύμφωνα με τη σκοπούμενη τελική χρησιμότητα (εκροές και εκβάσεις) και όχι με εστίαση στις εισροές, η σταθερότητα των πόρων ψυχικής υγείας μακροχρόνια, και η ενθάρρυνση των καινοτομιών μέσω της οικονομικής ευελιξίας, όπως η παροχή κινήτρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα για συνεργασία με τη φροντίδα ψυχικής υγείας, ώστε να παρέχονται υπηρεσίες σε αυτό το επίπεδο.

Εφόσον λειτουργούν ήδη οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υπάρχει μόνιμη χρηματοδότησή τους, μακροπρόθεσμα μπορεί να είναι σκόπιμη μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στον προϋπολογισμό. Στο εγχειρίδιο αυτό λαμβάνεται ως δεδομένο ότι υπάρχει ένας μέτριος βαθμός αποκέντρωσης και κάποιοι προϋπολογισμοί αποκλειστικά για τον

Πρέπει να είναι σαφές ποιος δικαιούται να λάβει αποφάσεις για τον προϋπολογισμό και ποιο είναι το οργανωτικό πλαίσιο της κατάρτισης του προϋπολογισμού



Σε μερικές χώρες
μπορεί να μην
υπάρχει ειδικός
προϋπολογισμός
για την
ψυχική υγεία

τομέα της ψυχικής υγείας (Βλ. Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας).

Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι υπεύθυνοι για τους προϋπολογισμούς στο τοπικό επίπεδο πρέπει, κατά συνέπεια, να προσδιορίσουν:

- το βαθμό στον οποίο η ευθύνη του προϋπολογισμού είναι αποκεντρωμένη στο τοπικό επίπεδο,
- το βαθμό στον οποίο οι προϋπολογισμοί ψυχικής υγείας είναι ενσωματωμένοι στους προϋπολογισμούς γενικής υγείας ή είναι διασφαλισμένοι για αποκλειστική χρήση στον τομέα της φροντίδας ψυχικής υγείας,
- ποιος έχει κυρίως την ευθύνη και αποφασίζει το συνολικό μέγεθος του τοπικού προϋπολογισμού ψυχικής υγείας,
- τι δεσμεύσεις υπάρχουν ως προς τις δαπάνες,
- σε ποιον αναφέρεται ο διοικητής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για να του εγκρίνει τον προϋπολογισμό.

Σε μερικές χώρες μπορεί να μην υπάρχει ειδικός προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία. Στην Τανζανία, για παράδειγμα, η δικαιοδοσία και η ευθύνη για το σχεδιασμό ανήκει στα περιφερειακά συμβούλια, τα οποία υποστηρίζονται από τις περιφερειακές ομάδες διοίκησης. Αυτές οι ομάδες διοίκησης της γενικής υγείας έχουν ελάχιστη γνώση στον τομέα της ψυχικής υγείας. Στις συνθήκες αυτές, οι διοικούντες την υγεία πρέπει να γνωρίζουν πώς διοχετεύεται η χρηματοδότηση σε οποιαδήποτε μορφής φροντίδα ψυχικής υγείας. Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό της γενικής υγείας μπορεί να χορηγεί αντιψυχωτικά φάρμακα σε κλινικές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, που επίσης χρηματοδοτούνται από ένα προϋπολογισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στις περιπτώσεις αυτές, οι διοικητές πρέπει να εξακριβώνουν ποια τμήματα ή άτομα έχουν την ευθύνη της έγκρισης της χρηματοδότησης αυτών των υπηρεσιών. Εάν είναι δυνατόν, οι διοικητές υγείας πρέπει να καταρτίζονται στον τομέα ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της θητείας τους.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να προσδιορίζονται οι κύριοι χώροι όπου γίνονται διαπραγματεύσεις για το ύψος των προϋπολογισμών της ψυχικής υγείας, ώστε να δημιουργούνται οι προοπτικές της μελλοντικής ανάπτυξης των υπηρεσιών.



Κύρια σημεία: 4η εργασία

- Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να εξακριβώνουν τα περιθώρια των ευθυνών τους για τον προϋπολογισμό και το σχεδιασμό ψυχικής υγείας.
- Πρέπει να γνωρίζουν τα περιθώρια του υπάρχοντος προϋπολογισμού και το κατά πόσο είναι ενσωματωμένος στη γενική υγεία ή σε άλλους τομείς.
- Όπου είναι δυνατόν, πρέπει να γίνονται αλλαγές που βοηθούν τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και να βελτιστοποιούν την εκμετάλλευση των υπαρχουσών δεξιοτήτων.
- Πρέπει να καταγραφούν όλοι οι σημαντικοί εμπλεκόμενοι οι οποίοι καθορίζουν το μέγεθος και την ανάπτυξη των κονδυλίων του προϋπολογισμού ψυχικής υγείας.
- Είναι σημαντικό να καθοριστούν αφενός οι χώροι όπου συζητούνται και μορφοποιούνται τα θέματα που αφορούν τον προϋπολογισμό και αφετέρου οι στόχοι οι οποίοι θα τεθούν προς διαπραγμάτευση, προσβλέποντας στη μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών.

4η εργασία. Παράδειγμα: Προσδιορισμός των υπευθύνων για τον προϋπολογισμό και σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η κυρία Χ συντονίζει τον τομέα της ψυχικής υγείας στην επαρχία Ψ μιας αναπτυσσόμενης χώρας. Κάθε τρεις μήνες συμμετέχει σε ένα συμβούλιο με ένα λογιστή από την επαρχιακή διεύθυνση υγείας, ένα διοικητή της γενικής υγείας που εποπτεύει την πρωτοβάθμια φροντίδα, και το διοικητή του τοπικού ψυχιατρείου. Υπάρχει ένας καθορισμένος ετήσιος προϋπολογισμός για τις υπηρεσίες γενικής υγείας της επαρχίας, τον οποίο παρέχει η κεντρική κυβέρνηση. Από αυτόν η ψυχική υγεία λαμβάνει το 0,8%. Μερικές λειτουργίες που εμπίπτουν στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπως η χορήγηση των φαρμάκων σε ασθενείς με χρόνιες νόσους, διεκπεραιώνονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό της γενικής φροντίδας υγείας. Η διοχέτευση ποσών στην ψυχική υγεία ενθαρρύνεται από την κεντρική κυβέρνηση και η κατανομή γίνεται μέσω των χρηματοδοτικών δομών των επαρχιακών διευθύνσεων υγείας. Ο προϋπολογισμός αυξάνεται βάσει μιας επισκόπησης του προϋπολογισμού του προηγούμενου έτους. Οι κατά τόπους διοικητές του τομέα ψυχικής υγείας έχουν κάποιο βαθμό αυτονομίας σχετικά με το πώς θα χρησιμοποιήσουν τις πιστώσεις και δίνουν λογαριασμό για τη χρήση που κάνουν στο λογιστήριο της επαρχιακής διεύθυνσης γενικής υγείας.

Οι πληροφορίες αυτές είναι χρήσιμες για την κυρία Χ διότι: 1) τη βοηθούν να προσδιορίσει πού λαμβάνονται οι αποφάσεις για τον προϋπολογισμό της ψυχικής υγείας, 2) κατά το σχεδιασμό και τον καθορισμό στόχων που θα κάνει στο μέλλον θα γνωρίζει τους πιθανούς περιορισμούς στις δαπάνες και το ποιες προτάσεις θα θεωρηθούν ρεαλιστικές, 3) γνωρίζει ότι έχει κάποια αυτονομία ως προς το πώς θα χρησιμοποιήσει τις πιστώσεις και επομένως υπάρχουν δυνητικά ευκαιρίες ανάπτυξης ή μεταρρύθμισης ορισμένων πλευρών των υπηρεσιών.



*Πόσες κλίνες,
εγκαταστάσεις και
φάρμακα είναι
σήμερα διαθέσιμα;*

*Το Γλωσσάριο
περιέχει ένα
κατάλογο δεικτών
των υπηρεσιών
και τους
απαραίτητους
τύπους για
τον υπολογισμό
τους*

5η εργασία. Επισκόπηση των υπαρχόντων πόρων των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα

Η επόμενη εργασία είναι η επισκόπηση των υπαρχουσών υπηρεσιών και των διαθέσιμων πόρων του δημόσιου τομέα.

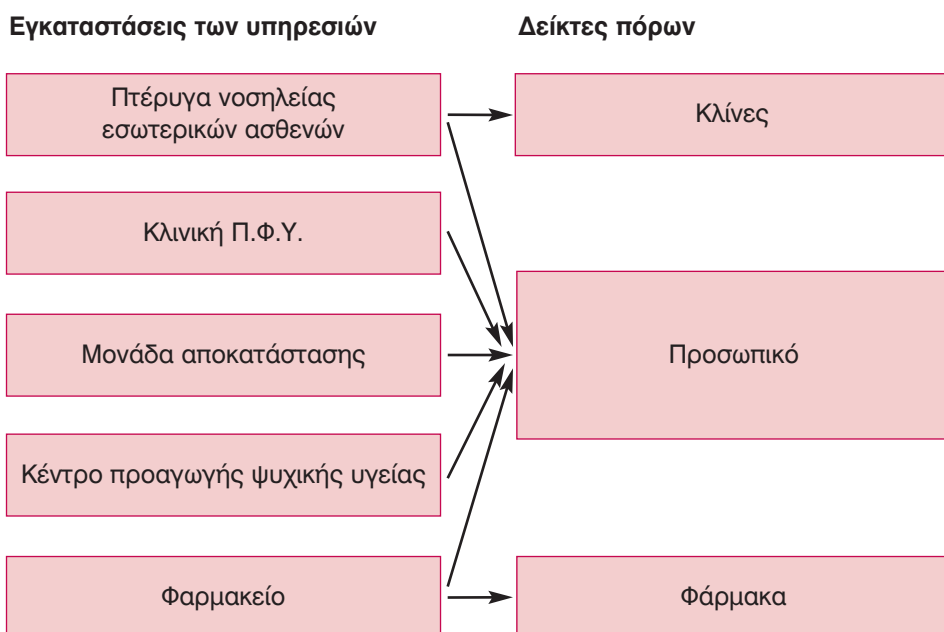
Ο στόχος αυτής της επισκόπησης πρέπει να είναι εξειδικευμένος: **πόσες κλίνες, πόσο προσωπικό και τι εγκαταστάσεις και φάρμακα είναι σήμερα διαθέσιμα;** Μια απογραφή των υπαρχουσών υπηρεσιών πρέπει, κατά προτίμηση, να χρησιμοποιήσει δείκτες ώστε να συμπυκνώνει τις πληροφορίες για τις διαθέσιμες υπηρεσίες (Σχήμα 3). Για παράδειγμα, ο αριθμός των κλινών για τη φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να ομαδοποιηθεί σύμφωνα με το είδος της εγκατάστασης, π.χ. κλίνες για οξεία ψυχιατρικά επεισόδια, πιο μακρόχρονη θεραπευτική διαμονή. Το Γλωσσάριο περιέχει ένα κατάλογο δεικτών των υπηρεσιών και τους απαραίτητους τύπους για τον υπολογισμό τους.

Η επισκόπηση πρέπει να περιλαμβάνει υπηρεσίες που παρέχουν φροντίδα για την ψυχική υγεία, είτε εντάσσονται στο πρωτοβάθμιο, είτε στο δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο. Επίσης, πρέπει να περιλαμβάνει υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια φροντίδα και αφορούν το προσωπικό, τις εγκαταστάσεις και τα φάρμακα, παρόλο που μπορεί να μετρώνται ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης του προσωπικού της γενικής υγείας. Εάν ο σχεδιασμός εστιάζεται στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των διαταραχών, η επισκόπηση πρέπει να περιλαμβάνει και τις υπηρεσίες που ασχολούνται με αυτό το έργο.

Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να είναι διαθέσιμες εφόσον ήδη λειτουργούν πληροφοριακά συστήματα για τη συλλογή τους. Εάν δεν υπάρχουν, πρέπει να συλλεχθούν στοιχεία σχετικά με τις κλίνες, το προσωπικό, τα φάρμακα και τις εγκαταστάσεις.

Εάν δεν υπάρχουν τέτοιες υπηρεσίες, είναι ανάγκη να συλλεχθούν πληροφορίες ακόμη και για τις στοιχειωδέστερες υπηρεσίες που παρέχονται, ώστε να είναι δυνατόν να αξιολογηθεί η υπάρχουσα κατάσταση.

Σχήμα 3. Επισκόπηση των υπαρχόντων πόρων των υπηρεσιών





Κύρια σημεία: 5η εργασία

- Η επόμενη εργασία είναι η επισκόπηση των υπάρχουσών υπηρεσιών και πόρων του δημόσιου τομέα.
- Για να γίνει αυτό απαιτείται η χρήση δεικτών ώστε να συνοψιστούν οι πληροφορίες που αφορούν τους υπάρχοντες πόρους των υπηρεσιών.
- Η επισκόπηση πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις πλευρές των παροχών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είτε πρόκειται για εξειδικευμένες υπηρεσίες, είτε για υπηρεσίες ενταγμένες στη γενική φροντίδα υγείας.

5η εργασία. Παράδειγμα: Επισκόπηση των υπάρχοντων πόρων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του δημόσιου τομέα

Εφόσον γίνεται μια επισκόπηση των τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ακόμη και σχετικώς απλές πληροφορίες είναι εξαιρετικά πολύτιμες. Οι τοπικές πηγές πληροφόρησης μπορούν να συλλέξουν στοιχεία σχετικά με τις κλίνες (για οξέα περιστατικά και για πλέον μακρόχρονη διαμονή), το προσωπικό (σύμφωνα με επαγγελματικές κατηγορίες και το αν εργάζεται στην κοινότητα ή σε νοσοκομεία) και τον πληθυσμό της περιοχής που εξυπηρετείται. Αυτά παρέχουν μια σύνοψη των διαθέσιμων πόρων στις τοπικές υπηρεσίες υγείας. Με την εφαρμογή των τύπων, που δίδονται στο Γλωσσάριο, στις πληροφορίες αυτές, εξάγονται οι εξής δείκτες για τους υπάρχοντες πόρους των υπηρεσιών:

- αναλογία κλινών / πληθυσμού
- αναλογία προσωπικού / πληθυσμού (σε ισοδύναμο θέσεων πλήρους απασχόλησης)
- αναλογία προσωπικού / κλινών
- αναλογία προσωπικού / επισκέψεων ασθενών ημερησίως
- αναλογία κοινοτικού / νοσοκομειακού προσωπικού

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει ένα παράδειγμα μιας επισκόπησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Νότια Αφρική (Flisher et al., 1998).



Πίνακας 3. Παράδειγμα: Δείκτες των υπαρχόντων πόρων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του δημόσιου τομέα στη Νότια Αφρική

Δείκτης	Εθνικός μέσος όρος (τοπικές διακυμάνσεις)
Αναλογία κλινών / πληθυσμού ανά 100.000 άτομα	Για οξεία περιστατικά: 13 (6-18) Μέση προς μακροχρόνια διαμονή: 35 (0-83)
Αναλογία προσωπικού/ πληθυσμού ανά 100.000 άτομα (μόνο κλινικό προσωπικό)	Σύνολο νοσηλευτών: 15,6 (4,4-28,4) Σύνολο προσωπικού: 19,5 (11,3-31,5)
Αναλογία προσωπικού / κλινών (μόνο κλινικό προσωπικό)	Σύνολο νοσηλευτών: 0,25 (0,17-0,69) Σύνολο προσωπικού: 0,41 (0,3-1,15)
Αναλογία προσωπικού / επισκέψεων ασθενών ημερησίως (μόνο κλινικό προσωπικό)	Σύνολο νοσηλευτών: 0,4 (0,1-2,4) Σύνολο προσωπικού: 0,6 (0,1-4,0)
Αναλογία κοινοτικού / νοσοκομειακού προσωπικού	13% (2-52%)

6η εργασία. Επισκόπηση των πόρων των υπηρεσιών άλλων τομέων

Ποιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από άλλους τομείς σήμερα;

Η επόμενη εργασία είναι η εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχουν διάφοροι άλλοι οργανισμοί, εκτός του δημόσιου τομέα υγείας (θρησκευτικές οργανώσεις, σχολεία, διεθνείς οργανισμοί βοήθειας, κοινωνικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα, υπηρεσίες του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα).

Τα συμπεράσματα αυτής της αξιολόγησης μπορεί να οδηγήσουν σε υπηρεσίες του δημόσιου τομέα οι οποίες θα βοηθούν, θα συντονίζουν και θα ρυθμίζουν τις υπάρχουσες υπηρεσίες και όχι στην ανάπτυξη νέων υπηρεσιών που μπορεί να αναπαράγουν ή να ανταγωνίζονται προγράμματα που ήδη υπάρχουν εκτός του δημόσιου τομέα

Ο σκοπός αυτού του βήματος είναι να διαπιστωθεί σε ποια έκταση οι υπηρεσίες άλλων τομέων καλύπτουν ανάγκες της φροντίδας ψυχικής υγείας και εάν είναι σε θέση να συνεχίσουν να το κάνουν, ή ακόμα και να διευρύνουν το ρόλο τους. Ο υπεύθυνος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να έρθει σε επαφή με όλους τους οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να κανονίσει συναντήσεις για να εκτιμήσει τις υπηρεσίες τους, με στόχο το συντονισμό και τη ρύθμιση της φροντίδας στην τοπική περιοχή. Πρέπει επίσης να διερευνηθεί το εάν υπάρχουν υπηρεσίες εκτός του τομέα υγείας προς τις οποίες είναι δυνατόν να παραπέμπονται οι ασθενείς για υποστήριξη και παρακολούθηση, ώστε να ελαφρυνθεί ο φόρτος των υπόλοιπων υπηρεσιών.

Μπορεί οι χώρες να απαιτείται να αναπτύξουν ειδικά κριτήρια για το εάν οι οργανισμοί είναι κατάλληλοι για να παρέχουν υπηρεσίες. Στα κριτήρια αυτά περιλαμβάνεται το μέγεθος των δυνατοτήτων των οργανισμών για παροχή υπηρεσιών, η μελλοντική τους σταθερή πορεία και η οικονομική τους κάλυψη, καθώς και η προθυμία τους να συνεργαστούν με άλλους παροχείς. Η πιστοποίηση παίζει σημαντικό ρόλο ως προς αυτά τα σημεία (Βλ. *Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Τα συμπεράσματα αυτής της αξιολόγησης μπορεί να οδηγήσουν σε υπηρεσίες του δημόσιου τομέα οι οποίες θα βοηθούν, θα συντονίζουν και θα ρυθμίζουν τις υπάρχουσες υπηρεσίες και όχι στην ανάπτυξη νέων υπηρεσιών που μπορεί να αναπαράγουν ή να ανταγωνίζονται προγράμματα που ήδη υπάρχουν εκτός του δημόσιου τομέα.

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι είναι σημαντική η συνεισφορά των παραδοσιακών συστημάτων παροχής υποστήριξης ως συμπλήρωμα της επίσημης ψυχιατρικής φροντίδας.



Όπου είναι δυνατόν, οι χώρες πρέπει να εκμεταλλεύονται αυτά τα συστήματα κατά την ανάπτυξη της φροντίδας ψυχικής υγείας. Στη Τζαμάικα, για παράδειγμα, η διαδικασία αποϊδρυματισμού στηρίχθηκε στο θεσμό της διευρυμένης οικογένειας, η οποία λειτούργησε υπεύθυνα για την ατομική αντιμετώπιση περιστατικών και παρείχε επιτηρούμενη κοινοτική στέγαση (Hickling, 1994). Σε μια μελέτη 226 ασθενών σε μια μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας στη Νιγηρία, η διακοπή των επισκέψεων μελών της διευρυμένης οικογένειας είχε σαν αποτέλεσμα την επιμήκυνση της διαμονής των ασθενών (Jegede, Williams & Sijuwola, 1985). Κατά την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δημόσιου προγράμματος ψυχικής υγείας στη Γουινέα-Μπισσάου από το 1983 έως το 1994, 850 εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρείχαν το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών, και δημιουργήθηκαν συμμαχίες με τοπικούς θεραπευτές για την ανάπτυξη των υπηρεσιών (De Jong, 1996). Στην Καμπότζη, έχουν γίνει προσπάθειες να συντονιστεί ένα κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας με τις δραστηριότητες των τοπικών παραδοσιακών θεραπειών (Samasundaram et al., 1999).

*Όπου είναι δυνατόν
πρέπει να γίνονται
συνεργασίες με
άλλους τομείς,
π.χ. παραδοσιακά
συστήματα
στήριξης,
θρησκευτικές
οργανώσεις και
οικογένειες*

Κύρια σημεία: 6η εργασία

- Οι διοικητές των υπηρεσιών υγείας πρέπει να καταγράψουν τις υπάρχουσες υπηρεσίες καθώς και τους διαθέσιμους πόρους άλλων τομέων, συμπεριλαμβανομένων των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των ιδιωτών που παρέχουν υπηρεσίες με σκοπό το κέρδος.
- Για την εργασία αυτή απαιτείται η χρήση δεικτών των υπηρεσιών ώστε να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες για τους πόρους των υπηρεσιών στους μη δημόσιους τομείς.
- Για την επισκόπηση αυτή απαιτείται η συνεργασία και η διαβούλευση με παροχείς υπηρεσιών που εντάσσονται σε άλλους τομείς.
- Πρέπει να αναπτυχθούν κριτήρια για το ποιοι αποτελούν αποδεκτούς παροχείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στα κριτήρια συμπεριλαμβάνεται η ποιότητα των υπηρεσιών και η οικονομική βιωσιμότητα.

6η εργασία. Παράδειγμα: Ο ρόλος μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να γνωρίζουν ότι μια μη κυβερνητική οργάνωση, με τη βοήθεια χρηματοδότησης από το εξωτερικό, παρέχει φροντίδα σε άτομα με ψυχολογικά τραύματα λόγω έκθεσης σε βία και βασανιστήρια. Στην περίπτωση αυτή, οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να έρθουν σε επαφή με την οργάνωση για να εκτιμήσουν τις δυνατότητές της, τους υπάρχοντες πόρους σε προσωπικό και εγκαταστάσεις, λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος του τοπικού πληθυσμού.

Μπορεί επίσης να υπάρχουν δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας σε τοπικά σχολεία, π.χ. τάξεις καθοδήγησης και υγιεινού τρόπου ζωής. Οι διδάσκοντες και υπεύθυνοι αυτών των προγραμμάτων θα ήταν δυνατό να προσεγγιστούν με σκοπό την διερεύνηση των τομέων όπου υπάρχει σύμπτωση ενδιαφερόντων και δυνατότητα μελλοντικής ανάπτυξης συνεργασιών.



*Ποια είναι η ζήτηση
των τοπικών
υπηρεσιών υγείας;*

7η εργασία. Επισκόπηση της τρέχουσας χρήσης των υπηρεσιών όλων των τομέων

Η επόμενη εργασία είναι να καταγραφεί η έκταση της χρήσης των υπηρεσιών που βρίσκονται εντός και εκτός του δημόσιου τομέα. Υπάρχει έτσι μια μέτρηση της **ζήτησης** όλων των τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η συνολική ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκφράζει τις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες αυτού του τομέα. Εναλλακτικός τρόπος διατύπωσης του ίδιου μεγέθους, της ζήτησης δηλαδή, είναι η γενόμενη χρήση των υπηρεσιών.

Μια τοπική επισκόπηση μπορεί να γίνει για να εξακριβωθεί το εύρος της τρέχουσας χρήσης των υπηρεσιών (Σχήμα 4). Δίνεται έμφαση στο να είναι τα στοιχεία απλά και εύκολα συλλέξιμα. Αυτές οι πληροφορίες είναι δυνατόν να συλλεχθούν ταυτόχρονα με την απογραφή των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα (5η εργασία) και των άλλων τομέων (6η εργασία).

Χρήσιμοι δείκτες της χρήσης των υπηρεσιών είναι και οι εξής:

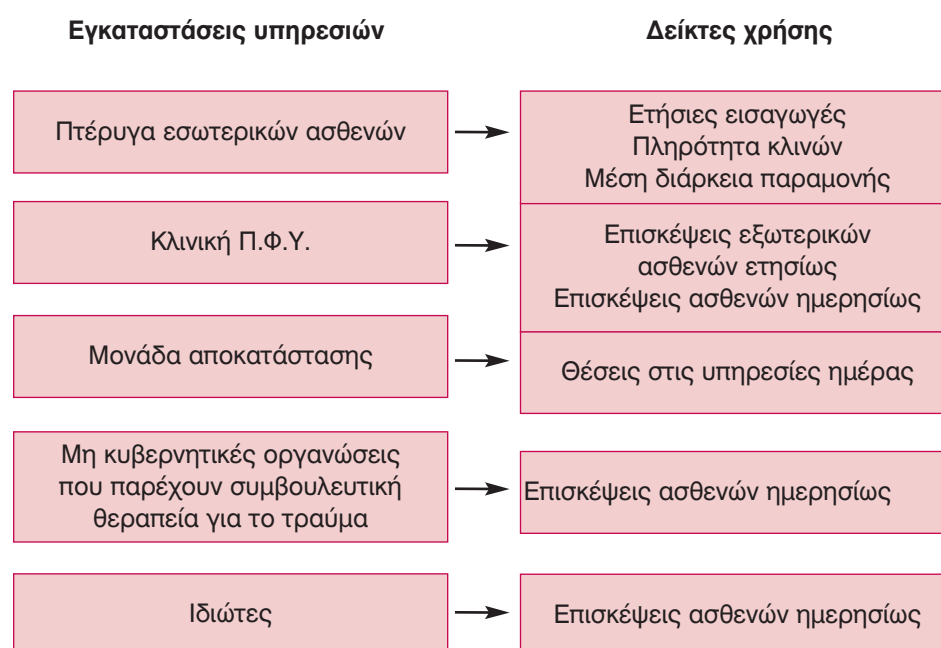
- εισαγωγές
- πληρότητα κλινών
- μέσο διάστημα παραμονής ή εισαγωγής
- επισκέψεις εξωτερικών ασθενών (ετήσιος και μέσος όρος επισκέψεων ασθενών ημερησίως)
- ασθενείς ή χρήστες υπηρεσιών στους καταλόγους εγγραφής περιστατικών
- κατειλημμένες θέσεις υπηρεσιών ημέρας
- αριθμός ατόμων που συμμετέχει σε προγράμματα για την πρόληψη ψυχικών διαταραχών ή για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Εάν υπάρχουν διαθέσιμα πιο εξελιγμένα πληροφοριακά συστήματα μπορεί να προστεθούν επεισόδια φροντίδας και ασθένειας (Thornicroft & Tansella, 1999). Βλέπε το Παράρτημα 1 για λεπτομερέστερη συζήτηση των δεικτών χρήσης των υπηρεσιών και μερικών παραγόντων που σχετίζονται με την αυξημένη χρήση.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη ή μη **ισότιμης** χρήσης των υπηρεσιών είναι σημαντικότερος. Για παράδειγμα, η χαμηλή χρήση των υπηρεσιών σε μερικές περιοχές μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα πρόσβασης (και οικονομικής και γεωγραφικής) ή σε ανεπαρκή παροχή υπηρεσιών.



Σχήμα 4 Επισκόπηση της τρέχουσας χρήσης των υπηρεσιών



Κύρια σημεία: 7η εργασία

- Οι διοικητές των υπηρεσιών πρέπει να αποτυπώσουν τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην τοπική περιοχή.
- Για να γίνει αυτό απαιτείται η χρήση δεικτών των υπηρεσιών ώστε να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες που αφορούν τη χρήση τους.
- Για την επισκόπηση αυτή απαιτείται η συνεργασία και η διαβούλευση με παροχείς υπηρεσιών που εντάσσονται σε άλλους τομείς.
- Πρέπει να εκτιμηθεί εάν υπάρχει ισότιμη χρήση των υπηρεσιών από τον πληθυσμό.



7η εργασία. Παράδειγμα: Επισκόπηση της τρέχουσας χρήσης των υπηρεσιών

Στον Πίνακα 4 υπάρχει ένα παράδειγμα επισκόπησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του δημόσιου τομέα που έγινε στη Νότια Αφρική (Flisher et al., 1998). Οι ορισμοί και οι τύποι αυτών των δεικτών υπάρχουν στο Γλωσσάριο.

Πίνακας 4. Παράδειγμα: Δείκτες της τρέχουσας χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του δημόσιου τομέα στη Νότια Αφρική

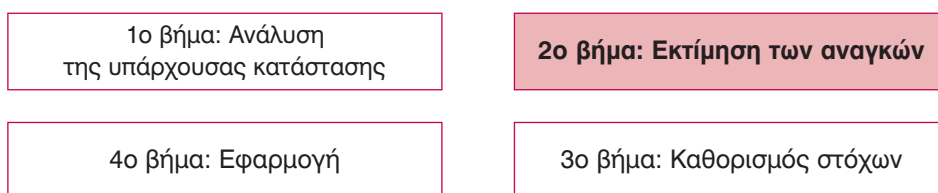
Δείκτης	Εθνικός μέσος όρος (τοπικές διακυμάνσεις)
Ποσοστό εισαγωγών ετησίως ανά 100.000 άτομα	150 (33-300)
Ποσοστό πληρότητας κλινών*	83% (63-109%)
Μέση διάρκεια νοσηλείας (ημέρες) (ή μέση διάρκεια παραμονής)	Ψυχιατρικά νοσοκομεία: 219 (60-3650) Περιφερειακά γενικά νοσοκομεία: 11 (1,5-28) Τοπικά γενικά νοσοκομεία: 7 (1,5-14)
Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ετησίως ανά 100.000 άτομα	3427 (1215-5490)
Επισκέψεις ασθενών ημερησίως ανά 100.000	13 (5-21)
Αναλογία χρήσης κοινοτικών / νοσοκομειακών υπηρεσιών	66% (44-93%)

** Χωρίς διάκριση μεταξύ εγκαταστάσεων για οξεία και μακράς παραμονής περιστατικά.*

Επιπροσθέτως, όσοι διοικούν και σχεδιάζουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να βρίσκονται σε επαφή με τις τοπικές μη κυβερνητικές οργανώσεις που παρέχουν συμβουλευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση του τραύματος, για να διαπιστώσουν πόσοι είναι οι εξυπηρετούμενοι και για να διερευνήσουν τις δυνατότητες συντονισμού των υπηρεσιών. Εάν είναι δυνατόν, πρέπει να γίνουν επαφές και με τους ιδιώτες παροχείς υπηρεσιών για να διαπιστωθεί το εύρος της χρήσης των υπηρεσιών τους από τον τοπικό πληθυσμό.



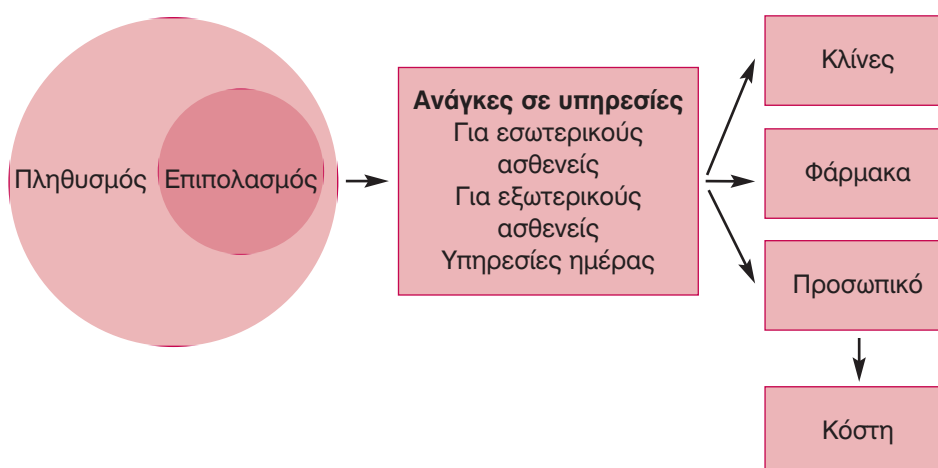
2ο βήμα. Εκτίμηση των αναγκών



Το επόμενο βήμα είναι να προσδιοριστούν οι ανάγκες του τοπικού πληθυσμού σε φροντίδα ψυχικής υγείας. Για να γίνει αυτό πρέπει να προσδιοριστεί το υποσύνολο του τοπικού πληθυσμού που χρειάζεται υπηρεσίες και να υπολογιστούν οι ανάλογες υπηρεσίες και οι πόροι βάσει της καλύτερης δυνατής πληροφόρησης. Στο Σχήμα 5 παρουσιάζεται το 2ο βήμα, όπου γίνεται χρήση στοιχείων σχετικών με τον επιπολασμό (εργασίες 1 έως 3) για να υπολογιστούν οι απαιτούμενοι πόροι για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (4η εργασία) και το κόστος τους (5η εργασία).

Ο σκοπός αυτού του βήματος είναι να προσδιοριστούν οι ανάγκες του τοπικού πληθυσμού σε φροντίδα ψυχικής υγείας

Σχήμα 5. Εκτίμηση των αναγκών: μετατροπή στοιχείων σχετικών με τον επιπολασμό σε απαιτούμενους πόρους υπηρεσιών

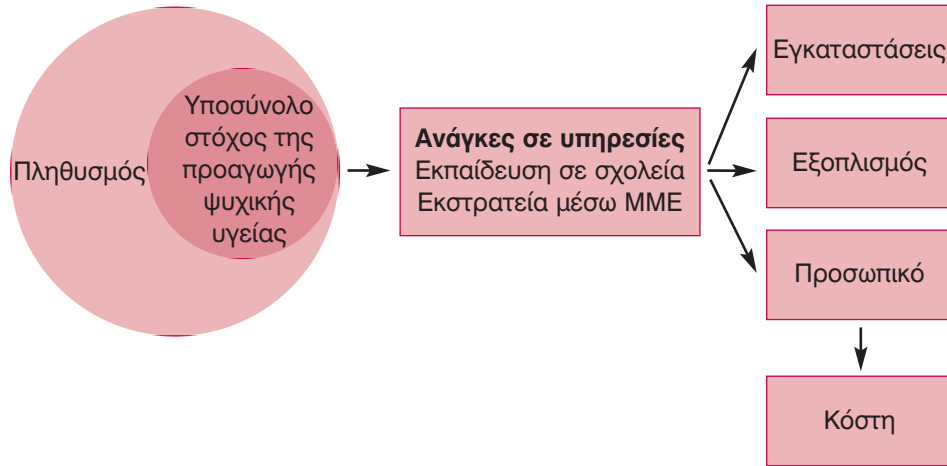


Εναλλακτικά, αντί ο σχεδιασμός να γίνει βάσει του επιπολασμού, μπορεί να στηριχθεί σε μια εκτίμηση των αναγκών για προαγωγή της ψυχικής υγείας ή πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ίδια μεθοδολογία για τη δημιουργία του προγράμματος που θα στοχεύει το σχετικό υποσύνολο του πληθυσμού. Στο Σχήμα 6 παρουσιάζεται αυτή η προσέγγιση.

Η εκτίμηση των αναγκών μπορεί να γίνει και για προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας



Σχήμα 6. Εκτίμηση των αναγκών: μετατροπή των στόχων προαγωγής της ψυχικής υγείας σε απαιτούμενους πόρους των υπηρεσιών



Γιατί είναι απαραίτητη η εκτίμηση των αναγκών;

Ο σκοπός της εκτίμησης των αναγκών είναι να προσδιοριστούν οι ανάγκες του γενικού πληθυσμού για υπηρεσίες (το προσωπικό, οι κλίνες και τα φάρμακα που χρειάζονται για να καλύψουν τη φροντίδα του ποσοστού του πληθυσμού που υπολογίζεται ότι έχει ψυχικές διαταραχές). Η παροχή αλλά και η ζήτηση υπηρεσιών (1ο βήμα) συχνά δεν επαρκούν για να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, διότι πολλές ανάγκες που αφορούν την ψυχική υγεία είναι αφανείς. Για παράδειγμα, πολλά άτομα με κατάθλιψη δε συνειδητοποιούν ότι την έχουν, ούτε απευθύνονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Goldberg & Gater, 1996). Συχνά φοβούνται να χρησιμοποιήσουν αυτές τις υπηρεσίες λόγω του στίγματος, ή εμφανίζονται στις γενικές υπηρεσίες υγείας με σωματικά συμπτώματα, ή έχουν ριψοκίνδυνη ή αντικοινωνική συμπεριφορά. Όλα αυτά έχουν κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Για να υπάρξει καθολική κάλυψη σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, απαιτείται ο σχεδιασμός να γίνει σύμφωνα με τις ανάγκες και όχι μόνο σύμφωνα με τη ζήτηση, όπως αυτή μετρήθηκε στο 1ο βήμα.

Οι βασικές προτεραιότητες: ποια περιστατικά θα αντιμετωπίζονται;

Προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με το ποια περιστατικά θα καλύπτουν οι υπηρεσίες πρέπει να τεθούν εξαρχής ορισμένες βασικές προτεραιότητες. Αργότερα μπορεί να διαφοροποιηθούν υπό το φως των πραγματικών δυνατοτήτων των υπηρεσιών και του προϋπολογισμού, εντούτοις πρέπει να ληφθούν ορισμένες αρχικές αποφάσεις βάσει επιδημιολογικών δεδομένων. (Βλ. Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας).

Στο στάδιο αυτό οι υπεύθυνοι του σχεδιασμού πρέπει οπωσδήποτε να προκαλέσουν ευρείες συζητήσεις για τις αρχές και τις προτεραιότητες του σχεδιασμού, είτε σε τοπικό ή και σε εθνικό επίπεδο. Η βασική ερώτηση θα είναι: ποιοι πρέπει να καλυφθούν από τις υπηρεσίες κατά προτεραιότητα;

Έχουν υιοθετηθεί διάφορες προσεγγίσεις για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων των υπηρεσιών.

Η εκτίμηση των αναγκών είναι απαραίτητη διότι πολλές ανάγκες στην ψυχική υγεία είναι αφανείς και δεν καταγράφονται στην τρέχουσα ζήτηση των υπηρεσιών (όπως μετρήθηκε στο 1ο βήμα)

Ποια περιστατικά θα αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες και ποια όχι;



- Αρκετές χώρες έχουν αποφασίσει να θέσουν ως προτεραιότητα την κάλυψη όσων έχουν σοβαρή ψυχική νόσο (Thornicroft & Tansella, 1999), σοβαρή και χρόνια ψυχική νόσο (Scottish Office, 1997) ή σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα (Lund et al., 1998).
- Μερικές χώρες θέτουν κατά προτεραιότητα την ένταξη προβλημάτων ψυχικής υγείας στη γενική υγεία, με στόχο, για παράδειγμα, την κατάθλιψη στην εφηβεία, ώστε να μειωθεί η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά και κατ' ακολουθία να προληφθεί η μετάδοση του HIV/AIDS (Flisher et al, 2000).
- Μερικές χώρες θεωρούν ότι η προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (World Health Organization, 2000b). Η πρόληψη μπορεί να γίνει με καθολικές παρεμβάσεις, δηλαδή στοχεύοντας ολόκληρους πληθυσμούς, με επιλεγμένες παρεμβάσεις, στοχεύοντας ευπαθή άτομα, ή με ενδεικνυόμενες παρεμβάσεις, στοχεύοντας πολύ ευπαθή άτομα ή άτομα στα πρώτα στάδια της διαταραχής (Thornicroft & Tansella, 1999).
- Μια εναλλακτική προσέγγιση είναι η στόχευση ορισμένων τμημάτων του πληθυσμού, π.χ. των γυναικών, των παιδιών και των ηλικιωμένων, παρά η στόχευση ιδιαίτερων διαγνωστικών ομάδων (Green, 1999).

Οι υπεύθυνοι του σχεδιασμού δεν πρέπει να θεωρήσουν ότι υπάρχει κάποια άτυπη συμφωνία και να αποφύγουν τις διαφωνίες που ίσως ανακύψουν για τις προτεραιότητες των υπηρεσιών, φοβούμενοι τις αντιπαραθέσεις ή το χάσιμο χρόνου. Το θέμα έχει πολιτική διάσταση και αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας σχεδιασμού. Οι διαφορές, που δεν αντιμετωπίζονται κατά τα πρώτα βήματα της διαδικασίας σχεδιασμού, προκύπτουν αναπόφευκτα αργότερα, όταν οι αξιολογικές κρίσεις των εμπλεκόμενων αρχίζουν να διίστανται ως προς την κάλυψη που παρέχουν οι υπηρεσίες. Οι αποφάσεις για τις προτεραιότητες των υπηρεσιών συχνά καθορίζονται από τους περιορισμούς που θέτουν οι διαθέσιμοι πόροι και από την ανάγκη εξισορρόπησης των συμφερόντων των διαφόρων εμπλεκόμενων στην ψυχική υγεία (Hansson et al., 1998). Μπορεί να έχουν προκύψει μερικά στοιχεία που αφορούν αυτά τα ζητήματα από την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης (1ο βήμα). Επίσης, οι προτεραιότητες μπορεί να έχουν αποφασιστεί ήδη στα πλαίσια της εθνικής πολιτικής. (Βλ. Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας).

Παρόλο που ο καθορισμός προτεραιοτήτων αποτελεί αναγκαίο βήμα για την εκτίμηση των αναγκών, δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι είναι μια ουδέτερη ή αντικειμενική διαδικασία. Επηρεάζεται αναπόφευκτα από τις αξίες των διαφόρων εμπλεκόμενων. Κατά την εκτίμηση των αναγκών πρέπει να εμπλακούν στην ομάδα σχεδιασμού άτομα διαφόρων προελεύσεων, περιλαμβανομένων, για παράδειγμα, ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Κάθε εμπλεκόμενος είναι πιθανόν να εννοεί τις ανάγκες διαφορετικά. Μια από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι υπεύθυνοι του σχεδιασμού είναι να συμβιβάζουν τις διάφορες απόψεις που εκφράζονται από όλες τις πλευρές.

Στα τελευταία στάδια του σχεδιαστικού κύκλου, οι προτεραιότητες μπορεί να χρειαστεί να διαφοροποιηθούν υπό το φως των επιδημιολογικών δεδομένων και των δυνατοτήτων του προϋπολογισμού. Με αυτή την έννοια, η διαδικασία σχεδιασμού αναδομείται συνεχώς, δηλαδή οι στόχοι των υπηρεσιών μπορεί να χρειαστεί να επανυπολογιστούν και οι προτεραιότητες να διαφοροποιηθούν βάσει των πληροφοριών που προκύπτουν αργότερα κατά τη διαδικασία. Για παράδειγμα, τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορεί να αποκαλύψουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη διαχείρισης των ψυχώσεων από ότι επιτρέπουν οι υπάρχοντες προϋπολογισμοί, και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επαναδιατύπωση των προτεραιοτήτων.

Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων μπορεί να απαιτήσει σημαντική πολιτική διαπραγμάτευση ώστε να εξισορροπηθούν τα συμφέροντα των διαφόρων εμπλεκόμενων στην ψυχική υγεία

Η εκτίμηση των αναγκών δεν είναι μια ουδέτερη διαδικασία διότι αντικατοπτρίζει τις αξίες όσων την επιχειρούν

Ο σχεδιαστικός κύκλος αναδομείται συνεχώς, δεδομένου ότι οι τεθείσες προτεραιότητες μπορεί να πρέπει να διαφοροποιηθούν βάσει νεώτερων δεδομένων



Παράδειγμα: Καθορισμός βασικών προτεραιοτήτων

Εάν οι υπηρεσίες μπορούν να καλύψουν μόνο σοβαρές ψυχικές νόσους, τα υπόλοιπα περιστατικά πρέπει να αποκλείονται και να ορίζεται ποια περιστατικά είναι τα σοβαρά. Στην Τανζανία, για παράδειγμα, μετά από μια επισκόπηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας το 1980 (με πληροφόρηση που προερχόταν αφενός από συνεντεύξεις με άτομα σε θέσεις κλειδιά και αφετέρου από σκιαγράφηση περιστατικών) ελήφθη η απόφαση να καθοριστούν τα σοβαρότερα περιστατικά - στόχοι στην κοινότητα και να εκπαιδευτούν οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε να είναι σε θέση να τα διαγιγνώσκουν και να τα διαχειρίζονται (Kilonzo & Simmons, 1998). Τα περιστατικά αυτά ήταν:

- οξεία και χρόνια ψύχωση,
- κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών και αλκοόλ,
- κατάθλιψη,
- επιληψία.

Κατά τη διάρκεια ενός τριετούς πιλοτικού προγράμματος σε δύο περιοχές οι υπηρεσίες κάλυψαν τον εκτιμώμενο αριθμό ατόμων και το πρόγραμμα είχε καλή σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας. Επίσης, υπήρξε δραματική μείωση των εισαγωγών στις τοπικές ψυχιατρικές μονάδες λόγω του αποτελεσματικού χειρισμού των ασθενών στην κοινότητα.

Σημείωση: Αυτό αποτελεί ένα παράδειγμα, και ο Π.Ο.Υ. δεν προτείνει αναγκαστικά την επιλογή αυτών των ψυχικών νόσων. Ένα εναλλακτικό παράδειγμα θα ήταν η επιλογή στόχων πρόληψης και προαγωγής, όπως σχολείων, κλινικών και φυλακών.

1η εργασία. Καθορισμός του επιπολασμού ή της επίπτωσης των περιστατικών που χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα

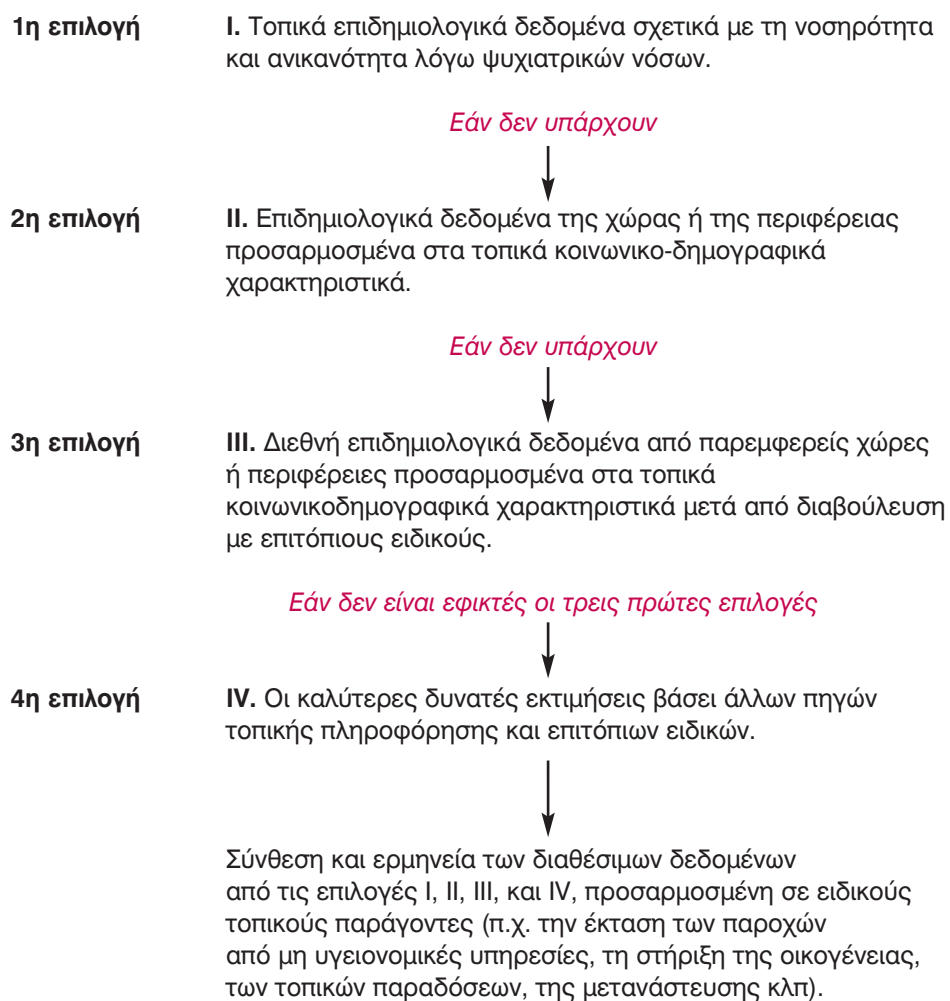
Ο επιπολασμός μπορεί να οριστεί ως ο αριθμός των περιστατικών μιας νόσου σε ένα δεδομένο πληθυσμό κατά μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή χρονικό διάστημα (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Επομένως, ο ετήσιος επιπολασμός είναι ο αριθμός των συγκεκριμένων περιστατικών σε ένα δεδομένο πληθυσμό κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η πληροφόρηση αυτή απαιτείται προκειμένου να καθοριστούν οι ανάγκες σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ένα δεδομένο έτος. Ως προς τα λιγότερο σοβαρά περιστατικά, η επίπτωση μπορεί να αποτελεί προσφορότερη μέτρηση, από την οποία μπορεί να υπολογιστεί ο προσδοκώμενος αριθμός περιστατικών ανά έτος.

Για να καθοριστεί ο επιπολασμός των στοχευόμενων περιστατικών, είναι σκοπιμότερο να χρησιμοποιηθούν στοιχεία για τον τοπικό ετήσιο επιπολασμό. Επειδή, όμως, συνήθως δεν υπάρχουν τέτοια στοιχεία, μπορούν να αναζητηθούν στοιχεία από άλλες πηγές. Στον Πίνακα 5 συνοψίζεται η διαδικασία λήψης αποφάσεων προκειμένου να εξευρεθούν οι κατάλληλες πηγές δεδομένων που αφορούν τις αναμενόμενες ανάγκες σε φροντίδα.

Ο σκοπός αυτού του βήματος είναι ο καθορισμός του αριθμού των ειδικών περιστατικών που θα χρειαστούν φροντίδα κατά ένα μέσο έτος



Πίνακας 5. Πρακτικές επιλογές σχετικά με τις πλέον πρόσφορες πηγές επιδημιολογικών δεδομένων



Πηγή: προσαρμογή από (Thornicroft & Tansella, 1999).



Στο παράδειγμα που ακολουθεί χρησιμοποιείται η 3η επιλογή. Στο Παράρτημα 2, παρουσιάζεται ένα παράδειγμα από τη Χιλή, όπου χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός των επιλογών 2 και 4 (όπου δίδεται έμφαση στη γνώμη των επιτόπιων ειδικών και εμπλεκομένων).

Οι ακόλουθες επιδημιολογικές μελέτες και τρόποι διαγνωστικής αξιολόγησης της ανικανότητας είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ως υλικό με το οποίο μπορούν να προσεγγίσουν το πρόβλημα διάφορες χώρες.

- American National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994)
- WMH 2000 Survey (Kessler, 1999)
- WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule)
(www.who.int/icidh/whodas)
- Epidemiological studies in Puerto Rico (Canino et al., 1997)
- Australian National Psychiatric Morbidity Survey (Henderson, Andrews & Hall, 2000)
- Australian National Mental Health and Well-being Survey for Alcohol Use Disorders (Teesson et al., 2000)
- Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area of Sao Paulo, Brazil (Andrade et al., 2002)
- Child and adolescent component of the Australian National Mental Health and Well-being Survey (Sawyer et al., 2000)
- National Health Interview Survey data on Disabling Mental Conditions in US Children (Halfon & Newacheck, 1999)
- Prevalence of Disruptive Behaviour Disorder among 10-year-old children in Valencia, Spain (Andres, Catala & Gomez-Beneyto, 1999)
- Camberwell Needs for Care Survey, which translates ICD-10 1-year prevalence rates into estimates of need for services (Bebbington, Marsden & Brewin, 1997)
- MECA study of the prevalence of childhood psychiatric disorders in the USA (Shaffer et al., 1996)
- WHO study of mental disorders in primary health care in 15 centres across the world (Üstün & Sartorius, 1995)
- WHO World Health Survey Programme, providing information to assist countries to monitor health trends and plan accordingly
(<http://www.who.int/health-systems-performance/current-work/cw-surveyprog.htm>)



1η εργασία. Παράδειγμα: Καθορισμός του επιπολασμού περιστατικών που χρήζουν αντιμετώπισης κατά προτεραιότητα

Στον πίνακα 6 δίδεται ένα παράδειγμα του πώς είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα από μια επισκόπηση της συννοσηρότητας σε εθνικό επίπεδο (Kessler et al., 1994) για να υπολογιστεί ο αριθμός των σοβαρών περιστατικών ψυχικών διαταραχών σε ένα πληθυσμό 100.000 ενηλίκων (παράδειγμα της 3ης επιλογής του πίνακα 5). Ο ορισμός των σοβαρών περιστατικών μπορεί να γίνει αφού καθοριστεί το ποσοστό των ειδικών περιστατικών (για παράδειγμα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής) που οι υπηρεσίες είναι σε θέση να καλύψουν, όπως αποφασίστηκε κατά τη φάση που ετέθησαν οι προτεραιότητες, π.χ. 20% της μείζονος κατάθλιψης και 5% της αγχώδους διαταραχής. Ο τύπος που ακολουθεί μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υπολογιστεί ο αριθμός των σοβαρών περιστατικών σε κάθε είδος περιστατικών κατά τη διάρκεια ενός μέσου έτους:

Αριθμός σοβαρών περιστατικών = ετήσιος επιπολασμός(%) Χ πληθυσμός Χ προσδοκώμενο ποσοστό σοβαρών περιστατικών

Πίνακας 6. Παράδειγμα: Προσδοκώμενα σοβαρά ψυχιατρικά περιστατικά σε ένα πληθυσμό 100.000 ενηλίκων

Διαταραχές	Ετήσιος επιπολασμός (%)	Πληθυσμός	Προσδοκώμενος συνολικός αριθμός στον πληθυσμό	Προσδοκώμενο ποσοστό σοβαρών περιστατικών ⁴ (%)	Προσδοκώμενος αριθμός σοβαρών περιστατικών
Μη συναισθηματική ψύχωση ⁵	0,5	100.000	500	100	500
Διπολική συναισθηματική διαταραχή ⁶	1,3	100.000	1.300	100	1.300
Μείζων κατάθλιψη ⁷	10,3	100.000	10.300	20	2.060
Αγχώδης διαταραχή ⁸	17,2	100.000	17.200	5	860
Σύνολο	29,3	100.000	29.300	16	4.720

Η χρήση αυτής της μεθόδου αποφέρει 4.720 σοβαρά περιστατικά, δηλαδή περίπου το **4,7%** του ενήλικου πληθυσμού. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν πρόκειται για το γενικό επιπολασμό, αλλά για ένα παράδειγμα όπου χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα επιμέρους στοιχεία.

4. Μολονότι τυπικά δεν είναι όλα τα περιστατικά με μη συναισθηματική ψύχωση και διπολική συναισθηματική διαταραχή σοβαρά, εφόσον υπάρχει σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας, θεωρούνται αρκετά σοβαρά ώστε να δικαιολογείται η αντιμετώπισή τους από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

5. Η μη συναισθηματική ψύχωση περιλαμβάνει τη σχιζοφρένεια, τη σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, την σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, την παραληρητική διαταραχή και την άτυπη ψύχωση.

6. Ο αριθμός που εμφανίζεται εδώ δείχνει τον επιπολασμό ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου.

7. Ο αριθμός δείχνει τον επιπολασμό ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

8. Συμπεριλαμβάνει τη διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία χωρίς διαταραχή πανικού, την κοινωνική φοβία, την απλή φοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.



Η εκτίμηση των αναγκών δεν πρέπει να περιορίζεται στα ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Πρέπει να χρησιμοποιούνται και άλλοι δείκτες, όπως η ανικανότητα

Ο επιπολασμός μπορεί να υπερεκτιμά τις ανάγκες και ίσως χρειαστεί να σταθμιστεί διαφορετικά σε ακόλουθα στάδια του κύκλου σχεδιασμού

Όπου είναι δυνατόν, οι προτεραιότητες για την παροχή υπηρεσιών δεν πρέπει να περιορίζονται στη διαγνωστική κατάταξή τους και μόνο (συνήθως σε ψυχώσεις και μείζονα κατάθλιψη) (Rossen, 1999). Μπορεί να χρησιμοποιηθούν και άλλοι δείκτες, όπως ο βαθμός, η διάρκεια, η δυσφορία που προκαλούν, η ανικανότητα, η αποδιοργάνωση, ο κίνδυνος, η απομόνωση και η ελλιπής κοινωνική στήριξη.

Μάλιστα, δεδομένου ότι στον αναπτυσσόμενο κόσμο οι δυνατότητες να τεθεί διάγνωση είναι περιορισμένες (ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα) όπως είναι και οι μεθοδολογίες έρευνας (Parry, 1996), η εκτίμηση της σοβαρότητας και του επιπέδου λειτουργικότητας μπορεί να είναι σημαντικότερος παράγων για την κλιμάκωση των προτεραιοτήτων από ότι είναι η διάγνωση. Η μελέτη που αφορά την Παγκόσμια Επιβάρυνση της Υγείας από Νόσους έχει αναπτύξει ένα δείκτη βασισμένο στα έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (DALYs, disability - adjusted life years) (Murray & Lopez, 1996). Ο δείκτης αυτός ορίζεται ως το σύνολο των απολεσθέντων ετών ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας, συν τα έτη ζωής με ανικανότητα σταθμισμένα ως προς τη σοβαρότητα της ανικανότητας αυτής. Πιο πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει νέες μεθόδους αξιολόγησης όπως το WHODAS II (WHO Disability Assessment Schedule - Π.Ο.Υ. Πρόγραμμα Αξιολόγησης της Ανικανότητας), το οποίο παρέχει έναν τρόπο μέτρησης του επιπέδου ανικανότητας στις κοινότητες που οφείλεται σε νόσους. Τα δεδομένα που υπάρχουν στην Παγκόσμια Επισκόπηση της Ψυχικής Υγείας 2000 κάνουν εφικτή την αντιστοίχιση των διαγνώσεων και του επιπέδου λειτουργικότητας (δηλαδή ανικανότητας), ώστε να υπάρχει μια πιο εξειδικευμένη αξιολόγηση των αναγκών των πληθυσμών σε υπηρεσίες.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ίσως υπάρχουν σημαντικές διαφορές κατά τόπους. Εκτός από τη συνεισφορά στη συλλογή στοιχείων σε εθνικό επίπεδο, η εκτίμηση των τοπικών αναγκών μπορεί να προσφέρει πολύτιμη πληροφόρηση ακόμη και αν δεν υπάρχει επίσημη ταξινόμηση των διαγνώσεων. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για να αναπτυχθούν τοπικές υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις τοπικές αξίες και παραδόσεις (Evaneshko, 1999). Για παράδειγμα, η εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας των ινδιάνων στη βόρεια Αριζόνα που ζούσαν μαζί με τον υπόλοιπο πληθυσμό αποκάλυψε ότι υπήρχαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, κατάχρησης φαρμακευτικών ουσιών και αλκοόλ, αυτοκτονικών τάσεων και βίας με ταυτόχρονη χαμηλή χρήση των υπηρεσιών (Chester, Mahalish & Davis, 1999).

Επίσης, η χρήση του επιδημιολογικού επιπολασμού ως μέτρου της ανάγκης υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να γίνεται προσεκτικά. Σε μια ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων στη γεωγραφική περιοχή ευθύνης της Βαλτιμόρης, (Regier et al., 1984) βρέθηκε ότι κατά τη διάρκεια των έξι μηνών της μελέτης το 84% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές δεν προσέφυγαν στα εξωτερικά ιατρεία. Σε μία πιο πρόσφατη επισκόπηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας στην Αυστραλία, περίπου το 60% όσων σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 είχαν μία διαταραχή, δεν ζήτησαν βοήθεια ούτε από γενικό γιατρό ούτε από ειδικό ψυχικής υγείας (Andrews, 2000). Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ του αριθμού των διαγνωσμένων περιστατικών και της ζήτησης υπηρεσιών. Η ζήτηση μπορεί να είναι χαμηλή διότι απλώς δεν υπάρχουν υπηρεσίες, δεν είναι γεωγραφικά προσβάσιμες, είναι κακής ποιότητας ή είναι πολύ ακριβές. Επίσης, το στίγμα μπορεί να εμποδίζει τη χρήση. Οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να μη διαγιγνώσκονται όταν οι άνθρωποι προσέρχονται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας. Επιπλέον, σε μερικά άτομα που έχουν ψυχική διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια, μπορεί να μην περιορίζεται η λειτουργικότητά τους σε βαθμό αρκετά σοβαρό, ώστε να απευθυνθούν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Andrews, 2000). Υπάρχει ακόμη το ζήτημα της συννοσηρότητας, το οποίο δεν προσμετράται στα ποσοστά επιπολασμού κάθε διαταραχής ξεχωριστά.



Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τις μη καλυπτόμενες ανάγκες και τα κριτήρια κατανομής των περιορισμένων πόρων

Υπάρχει ανάγκη περισσότερης έρευνας επί του θέματος των μη καλυπτόμενων αναγκών (Andrews & Henderson, 2000) και των κριτηρίων κατανομής των ελλείπων πόρων του τομέα ψυχικής υγείας. Βλέπε το Παράρτημα 1 για λεπτομερέστερη εξέταση διαφόρων σύνθετων ζητημάτων που εμπλέκονται στην ερμηνεία των επιδημιολογικών δεδομένων, περιλαμβανομένης της συννοσηρότητας.

Το βήμα αυτό έχει στόχο να καθορίσει τις ανάγκες σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να προσαρμόσει τα δεδομένα στις μεταβλητές του τοπικού πληθυσμού, είτε χρησιμοποιείται ο επιπολασμός των διαταραχών, η επίπτωση, το επίπεδο λειτουργικότητας, τα έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα, είτε εκτιμήσεις για τις ανάγκες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας.

Κύρια σημεία: 1η εργασία

- Για να είναι δυνατή μια εκτίμηση των αναγκών πρέπει πρώτα να καθοριστούν οι βασικές προτεραιότητες ως προς το ποιες καταστάσεις κάθε υπηρεσία προσδοκά να αντιμετωπίζει.
- Τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μια κατά προσέγγιση εκτίμηση των αναγκών. Τα ετήσια στοιχεία για τον επιπολασμό είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τον υπολογισμό των αναγκών σε υπηρεσίες ενός τοπικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια ενός μέσου έτους.
- Τα δεδομένα του επιπολασμού μπορεί να οδηγήσουν σε υπερεκτίμηση της πιθανής χρήσης των υπηρεσιών υπό ορισμένες συνθήκες. Για το λόγο αυτό, πρέπει να εκτιμηθούν με προσοχή και να εμπλουτιστούν με πληροφορίες σχετικά με τις τοπικές ανάγκες σε υπηρεσίες, καθώς και σχετικά με την ανικανότητα και με τη σοβαρότητα των περιστατικών.

2η εργασία. Προσαρμογές βάσει των μεταβλητών του τοπικού πληθυσμού

Η επόμενη εργασία είναι η προσαρμογή των ποσοστών του επιπολασμού, που συλλέχθηκαν κατά την πρώτη εργασία, στα δεδομένα του επιτόπιου πληθυσμού, βάσει της απογραφής, που μπορεί να περιλαμβάνει στοιχεία για το φύλο και την ηλικιακή διαστρωμάτωση, την οικογενειακή κατάσταση, τις κοινωνικές συγκρούσεις και το τραύμα, τις εθνικές μειονότητες και το ποσοστό εξαρτώμενων ατόμων (% ποσοστό ατόμων ηλικίας μικρότερης των 15 και μεγαλύτερης των 65 ετών σε σχέση με τον πληθυσμό ηλικίας 15-65 ετών) (Thornicroft, De Salvia & Tansella, 1993). Κάθε μία από αυτές τις μεταβλητές είναι πιθανό να επηρεάζει τον προσδοκώμενο επιπολασμό και τη σοβαρότητα των περιστατικών.

Στις περισσότερες χώρες δεν είναι διαθέσιμες όλες αυτές οι πληροφορίες. Κατά συνέπεια, οι χώρες και οι τοπικές υπηρεσίες πρέπει να κάνουν το καλύτερο δυνατό σχετικά, και ιδιαίτερα να συγκεντρώσουν στοιχεία που εξυπηρετούν τις δικές τους προτεραιότητες. Όπου υπάρχουν στοιχεία στα οποία έχουν πρόσβαση οι τοπικές υπηρεσίες, πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο σκεπτικό της εκτίμησης των τοπικών αναγκών.

Αρκετοί πληθυσμιακοί παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υψηλότερο επιπολασμό ή αρνητικές εκβάσεις. Βλέπε στο Παράρτημα 1 παράγοντες αυτού του είδους που έχουν επισημανθεί σε πρόσφατες έρευνες.

Τα ποσοστά επιπολασμού της πρώτης εργασίας πρέπει να διαφοροποιηθούν βάσει των τοπικών πληθυσμιακών μεταβλητών



Κύριο σημείο: 2η εργασία

— Τα δεδομένα του επιπολασμού πρέπει να προσαρμόζονται σύμφωνα με τις μεταβλητές του τοπικού πληθυσμού, όπως είναι η ηλικιακή κατανομή, το φύλο και η κοινωνική θέση.

2η εργασία. Παράδειγμα: Προσαρμογή των δεδομένων του επιπολασμού στην τοπική πραγματικότητα

Σε πολλές χώρες δεν υπάρχουν λεπτομερή δεδομένα τοπικών απογραφών. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να χρησιμοποιείται η καλύτερη δυνατή διαθέσιμη πληροφόρηση. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται ένα παράδειγμα προσαρμογής των δεδομένων του επιπολασμού της πρώτης εργασίας. Από δεδομένα που αφορούν την ηλικιακή διαστρωμάτωση της Νότιας Αφρικής υπολογίζεται ο επιπολασμός στον πληθυσμό 15 ετών και άνω (63,65% του συνολικού πληθυσμού). Έτσι προκύπτει ο πραγματικός επιπολασμός ενός συνολικού πληθυσμού 100.000 ενηλίκων και παιδιών.

Υπολογίζεται επίσης ότι θα υπάρχει μεγαλύτερος επιπολασμός περιστατικών με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες οφειλόμενο σε τοπικές κοινωνικές συγκρούσεις και στην παρουσία προσφύγων από γειτονικές χώρες. Καθ' υπόθεση, μια τοπική μελέτη μπορεί να έδειχνε ότι το 0,5% του τοπικού ενήλικου πληθυσμού θα είχε ανάγκη υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ψυχοτραυματική διαταραχή.



Πίνακας 7. Παράδειγμα: Προσδοκώμενα σοβαρά ψυχιατρικά περιστατικά προσαρμοσμένα σύμφωνα με τοπικές πληθυσμιακές μεταβλητές

Διαταραχές	Ετήσιος επιπολασμός (%)	Ενήλικος πληθυσμός	Προσδοκώμενος συνολικός αριθμός στον πληθυσμό ⁹	Προσδοκώμενο ποσοστό σοβαρών περιπτώσεων (%)	Προσδοκώμενος αριθμός σοβαρών περιστατικών
Μη συναισθηματική ψύχωση	0,5	63.650	318	100	318
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	1,3	63.650	828	100	828
Μειζών κατάθλιψη	10,3	63.650	6.556	20	1.311
Αγχώδης διαταραχή	17,2	63.650	10.948	5	547
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (PTSD)	0,5	63.650	318	100	318
Σύνολο	29,8	63.650	18.968	17,5	3.322

Επομένως, η προσαρμογή των προηγούμενων δεδομένων του επιπολασμού καταλήγει στον ακριβέστερο ετήσιο επιπολασμό του **3,3%** ή των **3.322 σοβαρών περιστατικών** σε συνολικό πληθυσμό 100.000 ατόμων.

9. Σύμφωνα με τα δεδομένα της απογραφής στη Νότια Αφρική, η ηλικιακή ομάδα 15 ετών και άνω αποτελούσε το 63,65% του πληθυσμού (Central Statistical Services (CSS), 1997). Επομένως, ο ενήλικος πληθυσμός στόχος ήταν 63.650 άτομα σε σύνολο 100.000 ατόμων.



Τώρα είναι δυνατόν να καθοριστεί ο προσδοκώμενος αριθμός περιστατικών ανά έτος

Η επόμενη εργασία είναι να υπολογιστεί πόσες υπηρεσίες απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των περιστατικών ανά έτος

Οι υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών αντιμετωπίζουν τα κλινικά συμπτώματα και παρακολουθούν τη φαρμακευτική αγωγή

Το μέγεθος υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών που απαιτείται προσδιορίζεται από τις επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ετησίως και τις επισκέψεις ημερησίως

3η εργασία. Καθορισμός των προσδοκώμενων περιστατικών ανά έτος

Βασίζόμενοι στη διαβούλευση με εντόπιους ειδικούς, στον καθορισμό προτεραιοτήτων, στα ποσοστά επιπολασμού και στην προσαρμογή τους στις τοπικές πληθυσμιακές μεταβλητές, είναι τώρα δυνατόν να καθορίσουμε τον προσδοκώμενο αριθμό περιστατικών του πληθυσμού στόχου ανά έτος.

3η εργασία. Παράδειγμα: Καθορισμός των προσδοκώμενων περιστατικών ανά έτος

Βάσει των δεδομένων του Πίνακα 7 ο προσδοκώμενος αριθμός περιστατικών ανά έτος φτάνει το 3,3% ενός πληθυσμού 100.000, δηλαδή 3.322 περιστατικά. Ο αριθμός των ειδικότερων διαγνωστικών κατηγοριών υπάρχει στον Πίνακα 7.

4η εργασία. Εκτίμηση των υπηρεσιών που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των καθορισθέντων αναγκών

Η επόμενη εργασία περιλαμβάνει την περιγραφή των συγκεκριμένων υπηρεσιών και εγκαταστάσεων που χρειάζονται για την εξυπηρέτηση των καθορισθέντων περιστατικών ανά έτος. Πρέπει να εξεταστούν κυρίως οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις που αφορούν επισκέψεις εξωτερικών ασθενών, υπηρεσίες ημέρας, κλίνες, φάρμακα και προσωπικό. Οι πόροι αυτοί αποτελούν το σκελετό παροχής βασικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, επί του οποίου είναι δυνατόν να αναπτυχθούν συστήματα υποστήριξης σύμφωνα με τις δυνατότητες κάθε χώρας. Δυστυχώς, οι προδιαγραφές για εγκαταστάσεις και υπηρεσίες όπως οι κλινικές για εξωτερικούς ασθενείς, οι μεταφορές, τα συστήματα διοίκησης, τα πλυντήρια, η συντήρηση των εγκαταστάσεων, οι επισκευές και οι προμήθειες ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Δεν είναι δυνατόν, επομένως, να δοθούν εδώ λεπτομερείς οδηγίες. Μερικά στοιχεία σχετικά με την κοστολόγηση αυτής της υποδομής δίδονται πιο κάτω (5η εργασία).

1. Υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών και κοινοτικές υπηρεσίες

Το μοντέλο σχεδιασμού που αναπτύσσεται εδώ προτείνει η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να προσεγγίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κυρίως σε εγκαταστάσεις για εξωτερικούς ασθενείς, δηλαδή οι ασθενείς να ζουν στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες αυτές εστιάζουν τις προσπάθειές τους στο να αντιμετωπίσουν τα κλινικά συμπτώματα, να παρακολουθήσουν τη φαρμακευτική αγωγή, να βοηθήσουν και να εκπαιδεύσουν τις οικογένειες. Για την πλειοψηφία των περιπτώσεων των αναπτυσσόμενων χωρών, αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς προσεγγίζουν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και ότι υπάρχει κάποιου βαθμού ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρόλα αυτά, λόγω των ποικίλων οργανωτικών σχημάτων των υπηρεσιών παγκοσμίως, οι ακόλουθοι υπολογισμοί έγιναν για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών που παρέχονται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας σε κλινικές ή νοσοκομεία.

Χρειάζονται δύο σημαντικοί δείκτες για τον προσδιορισμό του μεγέθους των αναγκών σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών:

- επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ετησίως
- επισκέψεις ασθενών ημερησίως



Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ετησίως

Οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ετησίως είναι δυνατόν να υπολογιστούν με τον ακόλουθο τύπο.

Επισκέψεις ετησίως = προσδοκώμενος αριθμός περιστατικών ετησίως X μέσος αριθμός επισκέψεων ανά άτομο ετησίως

Επισκέψεις ασθενών ημερησίως

Ο συνολικός αριθμός των επισκέψεων ετησίως μπορεί να μετατραπεί σε αριθμό των επισκέψεων των ασθενών ημερησίως, δηλαδή στο μέσο αριθμό ασθενών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών κάθε ημέρα, με τον ακόλουθο τύπο.

$$\text{Επισκέψεις ασθενών ημερησίως} = \frac{\text{σύνολο επισκέψεων ετησίως}}{\text{εργάσιμες ημέρες ανά έτος}}$$

4η εργασία. Παράδειγμα: Υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών

Κάνοντας χρήση του αριθμού των σοβαρών περιστατικών που προσδιορίστηκε στην 3η εργασία και θεωρώντας ότι οι εργάσιμες ημέρες είναι 264 κάθε έτος, είναι δυνατόν να υπολογιστούν οι επισκέψεις ασθενών ημερησίως (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Παράδειγμα: Προσδοκώμενος αριθμός επισκέψεων ετησίως και ημερησίως σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών

Διαταραχές	Αριθμός σοβαρών περιπτώσεων	Ελάχιστες επισκέψεις ετησίως ανά άτομο ¹⁰	Σύνολο επισκέψεων ετησίως	Εργάσιμες ημέρες ανά έτος	Επισκέψεις ασθενών ημερησίως
Μη συναισθηματική ψύχωση	318	12	3.816	264	15
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	828	12	9.936	264	38
Μείζων κατάθλιψη	1.311	6	7.866	264	30
Αγχώδεις διαταραχές	547	6	3.282	264	12
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (PTSD)	318	6	1.908	264	7
Σύνολο	3.322	-	26.808	264	102

Αυτό σημαίνει ότι από έναν πληθυσμό 100.000 ατόμων, **102 άτομα** κατά μέσο όρο θα επισκεφθούν τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών μία μέση εργάσιμη ημέρα. Ο αριθμός των επισκέψεων των ασθενών ημερησίως θα χρησιμοποιηθεί για να υπολογιστούν οι ανάγκες σε προσωπικό πιο κάτω.

10. Οι Rispel et al (1995) συνιστούν μηνιαίες επισκέψεις για «χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς» στη Νότια Αφρική, δηλαδή 12 επισκέψεις το χρόνο. Εντούτοις, ο Andrews (2000) σημειώνει ότι ορισμένες νόσοι δεν έχουν αναγκαστικά δωδεκάμηνη διάρκεια και ότι η υποχώρηση των συμπτωμάτων συνήθως δεν εκτιμάται σωστά. Για το λόγο αυτό, υπολογίζονται 6 επισκέψεις για την κατάθλιψη, το άγχος και το ψυχοτραυματικό στρες, που είναι λιγότερο δυσθεράπευτα.



Οι υπηρεσίες ημέρας βοηθούν στην αποκατάσταση ασθενών ή χρηστών υπηρεσιών οι οποίοι δυσκολεύονται λόγω της κατάστασής τους να ενταχθούν στην κοινότητα

Οι τοπικές υπηρεσίες πρέπει να υπολογίσουν τον προσδοκώμενο αριθμό θέσεων στις υπηρεσίες ημέρας

2. Υπηρεσίες ημέρας

Οι υπηρεσίες ημέρας βοηθούν στην αποκατάσταση ασθενών / χρηστών υπηρεσιών οι οποίοι δυσκολεύονται λόγω της κατάστασής τους να ενταχθούν στην κοινότητα. Εντούτοις, προϋποτίθεται ότι τα άτομα αυτά ήδη ζουν μέσα στην κοινότητα, με τις οικογένειές τους ή σε κάποιου είδους προστατευμένη στέγη. Οι υπηρεσίες ημέρας ασκούν ένα φάσμα παρεμβάσεων, μερικές από τις οποίες μπορεί να μην είναι δαπανηρές (π.χ. κοινωνικές επαφές για απομονωμένα άτομα, προγράμματα αυτοβοήθειας και συνεργασίας, ανακούφιση για όσους φροντίζουν αρρώστους μέσα στην οικογένεια, λέσχες) ενώ άλλες μπορεί να είναι (π.χ. ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, προγράμματα δεξιοτήτων ζωής, προστατευμένα εργαστήρια, επιτηρούμενη εργασία, συνηγορητικές υπηρεσίες, μαθήματα κατάρτισης, μεταβατικά προγράμματα εργασίας).

Με τον ακόλουθο τύπο μπορεί να υπολογιστεί ο προσδοκώμενος αριθμός θέσεων στις υπηρεσίες ημέρας.

$$\text{Θέσεις στις υπηρεσίες ημέρας} = \frac{(\text{προσδοκώμενος αριθμός περιστατικών ετησίως} \times \% \text{ με ανάγκες σε υπηρεσίες ημέρας})}{\text{αριθμός προγραμμάτων κατά τη διάρκεια του έτους}}$$

4η εργασία. Παράδειγμα: Υπηρεσίες ημέρας

Οι πόροι που απαιτούνται για τις υπηρεσίες αυτές ποικίλουν πολύ, ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και το είδος των υπηρεσιών. Με βάση το προηγούμενο παράδειγμα επιπολασμού μπορεί να υποτεθεί ότι το 20% των περιστατικών με μη συναισθηματική ψύχωση, το 10% με διπολική συναισθηματική διαταραχή και το 5% με μείζονα κατάθλιψη θα ωφελείτο από κάποιου είδους υπηρεσίες ημέρας κατά τη διάρκεια του έτους. Μπορεί επίσης να υποτεθεί ότι οι υπηρεσίες ημέρας λειτουργούν με τριμηνιαία συνεχόμενα προγράμματα (π.χ. κοινωνικών δεξιοτήτων / εκπαιδευτικά προγράμματα), συνεργάζονται με τις οικογένειες και τις εκπαιδεύουν ή συλλειτουργούν με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Μετά από αυτά μπορεί να αναλάβει την παρακολούθηση των ασθενών η οικογένεια ή άλλη υπηρεσία. Εξ αυτών συμπεραίνεται ότι θα υπάρχουν τέσσερα προγράμματα κατά τη διάρκεια του έτους και κάθε ασθενής ή χρήστης θα καταλαμβάνει ένα τέταρτο μίας θέσης κατά τη διάρκεια του έτους. Βάσει αυτών, οι απαιτούμενες θέσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 9. (Σημείωση: μερικά άτομα μπορεί να χρειάζονται προγράμματα μακράς διάρκειας και όχι τα τρίμηνης διάρκειας του παραδείγματος).

Οι απαιτούμενες θέσεις σε υπηρεσίες ημέρας ανά έτος παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 9. Παράδειγμα: Απαιτούμενες θέσεις σε υπηρεσίες ημέρας

Διαταραχές	Αριθμός σοβαρών περιστατικών	Ποσοστό % που χρειάζεται υπηρεσίες ημέρας	Προγράμματα κατά τη διάρκεια του έτους	Θέσεις που απαιτούνται σε κάθε πρόγραμμα
Μη συναισθηματική ψύχωση	318	20	4	16
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	828	10	4	21
Μείζων κατάθλιψη	1.311	5	4	16
Σύνολο	2.457	-	4	53



Υπάρχουν παραδείγματα επιτυχών πρακτικών στον τομέα των υπηρεσιών ημέρας, όπου δίδονται δημιουργικές λύσεις με ελάχιστους πόρους. Τέτοια είναι η χρήση των λεσχών στο Πακιστάν (Chaundry, 1987) και στις ΗΠΑ (Warner, Huxley & Berg, 1999), η χρήση των σκηνών των νομάδων στη Μογγολία (World Health Organization, 2000a), και η ανάπτυξη αγροτικών οικισμών αποκατάστασης στην Τανζανία (Kilonzo & Simmons, 1998). (Βλ. *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*).

3. Εγκαταστάσεις για εσωτερικούς ασθενείς

Λαμβάνεται ως δεδομένο ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι απαραίτητο να νοσηλεύονται σε νοσοκομείο. Εντούτοις, ένας αριθμός νοσοκομειακών κλινών είναι απαραίτητος. Ο Π.Ο.Υ. συνιστά οι περισσότερες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας να βρίσκονται σε γενικά νοσοκομεία ή άλλες κοινοτικές εγκαταστάσεις. Χρειάζονται κλίνες για οξεία περιστατικά (με εισαγωγές που διαρκούν έως τρεις μήνες) και μακρόχρονη παραμονή (με εισαγωγές ακόμη μεγαλύτερης διάρκειας).

Ο αριθμός των κλινών μπορεί να υπολογιστεί με τον ακόλουθο τύπο.

$$\text{Κλίνες} = \frac{\text{Αριθμός περιστατικών } X \text{ (\% που χρήζει εισαγωγής)} \\ X \text{ (μέσος χρόνος παραμονής σε ημέρες)}}{365 \times \text{συντελεστής εναλλαγής}^{11}}$$

Υπηρεσίες για εσωτερικούς ασθενείς σε οξεία φάση

Οι κλίνες για οξεία περιστατικά έχουν σκοπό να αντιμετωπίσουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της περιόδου κρίσης ή της υποτροπής και να τον σταθεροποιήσουν, μέχρι να είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί ως εξωτερικός ασθενής.

11. Ο συντελεστής εναλλαγής αναφέρεται στις περιόδους που οι κλίνες είναι κενές μεταξύ εξιτηρίων και νέων εισαγωγών. Μια προηγούμενη μελέτη (World Health Organization 1996) συνιστούσε συντελεστή εναλλαγής 1,15 στις κλίνες για τα οξεία περιστατικά, πράγμα που σήμαινε 85% πληρότητα κλινών.



4η εργασία. Παράδειγμα: Κλίνες για ασθενείς σε οξεία φάση

Από το προηγούμενο παράδειγμα επιπολασμού, όπου σε πληθυσμό 100.000 τα 3.322 άτομα ήταν σοβαρά περιστατικά, και από τα οποία 3.004 μπορεί να πρέπει να εισαχθούν σε νοσοκομεία κατά τη διάρκεια του έτους, είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο αναγκαίος αριθμός κλινών βάσει του τύπου (δες Πίνακα 10). Προηγούμενες μελέτες του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1996) δείχνουν ότι τα ποσοστά των ασθενών που πρέπει να εισαχθούν σε νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός έτους εξαρτώνται από τις τοπικές συνθήκες. Όπως συμβαίνει και με άλλες μεταβλητές, οι αριθμοί που χρησιμοποιούνται εδώ μπορούν να αντικατασταθούν από τα ακριβή δεδομένα κάθε χώρας, εφόσον τα στοιχεία αυτά υπάρχουν.

Πίνακας 10. Παράδειγμα: Απαραίτητες κλίνες για τη φροντίδα οξέων ψυχιατρικών περιστατικών ανά πληθυσμό 100.000

Διαταραχές	Προσδοκώμενος αριθμός σοβαρών περιστατικών	Ποσοστά % οξέων περιστατικών που χρήζουν εισαγωγής ¹²	Μέση διάρκεια παραμονής σε ημέρες ¹³	Συντελεστής εναλλαγής	Κλίνες
Μη συναισθηματική ψύχωση	318	50	21	1,15	11
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	828	30	14	1,15	11
Μείζων κατάθλιψη	1.311	5	30	1,15	6
Αγχώδης διαταραχή	574	5	2	1,15	0
Σύνολο	3.004	-	17	-	28

12. Το ποσοστό των ατόμων με κάθε διαταραχή που χρειάζεται εισαγωγή κατά τη διάρκεια ενός έτους προκύπτει από προηγούμενη μελέτη του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1996).

13. Τα στοιχεία προκύπτουν από προηγούμενη μελέτη του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1996).



Χρειάζεται
περιορισμένος
αριθμός κλινών
μακροχρόνιας
παραμονής

Υπηρεσίες μακρόχρονης διαμονής

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Lelliot & Wing, 1994) θεωρείται ότι απαιτείται περιορισμένος αριθμός ψυχιατρικών κλινών μακρόχρονης διαμονής για τα σοβαρά και χρονίζοντα περιστατικά. Οι κλίνες αυτού του είδους μπορεί να βρίσκονται σε νοσοκομεία, σπίτια ομαδικής στέγασης, και σε προστατευμένη ή μη προστατευμένη στέγαση. Σύμφωνα με το μοντέλο που υιοθετείται σε αυτό το εγχειρίδιο, είναι προτιμητέο να παρέχεται στεγαστική κάλυψη στο επίπεδο της κοινότητας. Εντούτοις, κάθε χώρα πρέπει να εξειδικεύσει το συγκεκριμένο τύπο των εγκαταστάσεων που χωροθετούνται οι κλίνες, σύμφωνα με το επίπεδο ανάπτυξης των κοινωνικών υπηρεσιών της.

Είναι σημαντικό να διαχωριστούν οι λειτουργίες των υπηρεσιών αυτών από εκείνες των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες μακρόχρονης διαμονής δίδουν βάρος στην επαφή ασθενούς και κοινότητας και στην επανένταξη στην κοινότητα, όποτε αυτό είναι δυνατόν. Πρέπει επίσης, να επιζητείται η συστέγαση των ασθενών με τις οικογένειες τους, εάν αυτό είναι δυνατό και κλινικά σκόπιμο.

4η εργασία. Παράδειγμα: Κλίνες μακρόχρονης διαμονής

Σε μια προηγούμενη μελέτη (World Health Organization, 1996) ελήφθη ως δεδομένο ότι το 5% των ασθενών με σχιζοφρένεια χρειάζονταν κλίνες μακρόχρονης διαμονής με μέση διάρκεια παραμονής 180 ημερών. Στο ποσοστό αυτό προστίθεται 0,5% ασθενών με διπολική διαταραχή, εν μέρει για να συμπεριληφθούν και αυτού του είδους οι ασθενείς στην εικόνα της μακρόχρονης φροντίδας, αλλά και για να ληφθούν υπόψη τα δεδομένα της βιβλιογραφίας για το ποσοστό των χρόνιων ασθενών που χρειάζονται συνεχή και μακρόχρονη φροντίδα. Ο συντελεστής εναλλαγής ορίζεται στο 1,05, δηλαδή χαμηλότερος κατά 5%, πράγμα που έχει ως επακόλουθο υψηλότερη πληρότητα κλινών.

Βάσει του τύπου που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό των κλινών που εξυπηρετούν τις ανάγκες μακρόχρονης διαμονής ασθενών μόνο με μη συναισθηματική ψύχωση ή με διπολική συναισθηματική διαταραχή και όχι άλλου είδους σοβαρή ψυχιατρική νόσο, παρουσιάζονται στον Πίνακα 11 οι κλίνες που χρειάζονται.

Πίνακας 11. Κλίνες για υπηρεσίες μακρόχρονης παραμονής ανά πληθυσμό 100.000

Διαταραχή	Προσδοκώμενος αριθμός σοβαρών περιστατικών	Ποσοστό % οξέων περιστατικών που χρήζουν εισαγωγής ¹²	Μέση διάρκεια παραμονής σε ημέρες ¹³	Συντελεστής εναλλαγής	Κλίνες
Μη συναισθηματική ψύχωση	318	5	180	1,05	8
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	828	0,5	180	1,05	4
Σύνολο	-	-	180	-	12

12. Το ποσοστό των ατόμων με κάθε διαταραχή που χρειάζεται εισαγωγή κατά τη διάρκεια ενός έτους προκύπτει από προηγούμενη μελέτη του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1996).

13. Τα στοιχεία προκύπτουν από προηγούμενη μελέτη του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 1996).



Δεν είναι δυνατό να υπάρξει ένας γενικός κανόνας σχετικά με την απαιτούμενη ποσότητα φαρμάκων

Οι χώρες μπορούν να υπολογίσουν τις ανάγκες τους σε φάρμακα αξιοποιώντας τις μεθόδους και τους τύπους που παρέχονται

4. Φάρμακα

Ο Π.Ο.Υ. έχει δημιουργήσει μια λίστα βασικών φαρμάκων για ψυχιατρική χρήση (World Health Organization, 1993). Η λίστα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό των βασικών αναγκών σε φάρμακα ενός τοπικού πληθυσμού. Δεδομένου ότι η ζήτηση ψυχιατρικών φαρμάκων ποικίλει σημαντικά λόγω τοπικών παραγόντων, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει ένας γενικός κανόνας σχετικά με την ποσότητα των φαρμάκων που καλύπτουν τις ανάγκες ενός τοπικού πληθυσμού. Η κάθε χώρα πρέπει να υπολογίσει τις δικές της ανάγκες.

Προκειμένου να υπολογίσουν την ποσότητα των φαρμάκων που πιθανόν θα απαιτηθεί για τις ψυχιατρικές θεραπείες κατά τη διάρκεια ενός μέσου έτους, οι χώρες μπορούν να υιοθετήσουν μία από τις δύο προσεγγίσεις που ακολουθούν.

1. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν στοιχεία για την υπάρχουσα χρήση φαρμάκων στην περιοχή, ώστε να εκτιμηθούν οι μελλοντικές ανάγκες. Εάν οι υπηρεσίες πρόκειται να διευρυνθούν, οι προβολές των μελλοντικών αναγκών μπορούν να βασιστούν στην υπάρχουσα χρήση και στις πολιτικές συνταγογράφησης που ήδη ισχύουν, μετά από προσαρμογή τους στις προσδοκώμενες αλλαγές.
2. Μπορεί να δημιουργηθεί μία επιτροπή ειδικών και κλινικών και να υπολογίσει την ποσότητα των φαρμάκων που θα χρειαστεί, βάσει στοιχείων που αφορούν τον αριθμό των ασθενών και τις πιθανές ανάγκες τους.

Για να βοηθήσει στην εκτίμηση αυτών των αναγκών η λίστα βασικών φαρμάκων του Π.Ο.Υ. περιέχει λεπτομέρειες για τις δόσεις και οδηγίες φαρμακολογικής αντιμετώπισης των κύριων ψυχιατρικών νόσων. Οι ποσότητες των φαρμάκων είναι δυνατό να υπολογιστούν με τον ακόλουθο τύπο.

Απαιτούμενο φάρμακο (mg) (ανά έτος) = αριθμός ατόμων που θα τους χορηγηθεί
X αριθμός ημερών θεραπείας ανά έτος
X μέση δόση (mg) ανά ασθενή ανά ημέρα

Για να υπολογιστεί ο αριθμός των δισκίων που απαιτείται για τον πληθυσμό, πρέπει να διαιρεθεί ο συνολικός αριθμός των mg με τον αριθμό των mg ανά δισκίο. Το συνολικό κόστος υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας το κόστος ανά δισκίο με τον αριθμό των δισκίων που χρειάζεται ο πληθυσμός. Εάν υπάρχουν στοιχεία για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας θα είναι πολύτιμα για τη λήψη αποφάσεων.

Το πλαίσιο που ακολουθεί περιέχει παραδείγματα σχετικά με το πώς είναι δυνατό να υπολογιστούν οι ανάγκες σε φάρμακα βάσει έρευνας που έχει ήδη γίνει (World Health Organization, 1996). Στις χώρες όπου τα ψυχιατρικά φάρμακα χρησιμοποιούνται ως εργαλείο για να αποσβεστούν κόστη άλλων τομέων των υπηρεσιών, πρέπει να δοθεί προσοχή ώστε η οικονομική πλευρά του ζητήματος να μην υποσκελίζει τις κλινικές ανάγκες κατά το σχεδιασμό της πολιτικής για το φάρμακο.



4η εργασία. Παράδειγμα: Ανάγκες σε φάρμακα

Οι υπολογισμοί που ακολουθούν αφορούν τις ανάγκες 3.322 περιστατικών ενός τοπικού πληθυσμού 100.000 ατόμων. Οι χώρες μπορούν να αντικαταστήσουν τα στοιχεία με τα δικά τους, κατά περίπτωση. Στο παράδειγμα χρησιμοποιείται ένα υποθετικό νόμισμα, η χρηματική μονάδα (ΧΜ). **Εδώ παρουσιάζεται η μέθοδος υπολογισμού των αναγκών σε φάρμακα και όχι εξειδικευμένες συστάσεις του Π.Ο.Υ.**

Αντικαταθλιπτικά

Μπορεί να υποτεθεί ότι από τα 1.311 περιστατικά με μείζονα κατάθλιψη ετησίως:

στο 10% χορηγούνται φάρμακα 365 ημέρες το έτος
στο 20% χορηγούνται φάρμακα 180 ημέρες το έτος
στο 20% χορηγούνται φάρμακα 90 ημέρες το έτος
στο 50% δεν χορηγούνται φάρμακα

Εφόσον μια συνήθης δόση των τρικυκλικών είναι 150 mg, η ετήσια ανάγκη σε αντικαταθλιπτικά είναι:

$$1311 \times \{(0,1 \times 365) + (0,2 \times 180) + (0,2 \times 90)\} \times 150 = 17.796.825 \text{ mg}$$

$$\text{και σε δισκία } 25 \text{ mg} = 17.796.825 : 25 = 711.873 \text{ δισκία}$$

Εάν η αμιτριπυλίνη κοστίζει 6 ΧΜ για 1000 δισκία των 25 mg, το κόστος των αντικαταθλιπτικών για την περιοχή είναι:

$$\frac{711.873 \times 6}{1000} = 4.271 \text{ ΧΜ ετησίως}$$

Αντιψυχωσικά φάρμακα

Οι ακόλουθοι υπολογισμοί γίνονται υπό την προϋπόθεση ότι το 70% των ασθενών λαμβάνει ένα φαρμακευτικό σκεύασμα από το στόμα (κατά μέσο όρο 10 mg αλοπεριδόλης) και το 30% ένα σκεύασμα μακράς δράσης (25 mg φθοριοφенаζίνης για τρεις εβδομάδες).

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων με ψύχωση είναι 1.146. Εάν στο 80% χορηγούνται αντιψυχωσικά φάρμακα καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, τα 917 θα λαμβάνουν φάρμακα επί ένα ολόκληρο έτος. Εφόσον το κόστος της αλοπεριδόλης είναι 7 ΧΜ ανά 1.000 δισκία των 5 mg και το κόστος της φθοριοφенаζίνης σε φιαλίδια των 25 mg είναι 0,8 ΧΜ, προκύπτει ότι:

Απαιτούμενος αριθμός δισκίων αλοπεριδόλης των 5 mg:

$$917 \times 0,7 \times \frac{10}{5} \times 365 = 468.567 \text{ δισκία}$$

Το κόστος της αλοπεριδόλης είναι:

$$468.567 \times \frac{7}{1000} = 3.280 \text{ ΧΜ}$$

Απαιτούμενος αριθμός φιαλιδίων φθοριοφенаζίνης των 25 mg:

$$917 \times 0,3 \times \frac{365}{21} = 4.782 \text{ φιαλίδια}$$

$$\text{Το κόστος της φθοριοφенаζίνης είναι } 4.782 \times 0,8 = 3.826 \text{ ΧΜ}$$

Το συνολικό προβλεπόμενο κόστος των αντιψυχωσικών είναι **7.106 ΧΜ ετησίως**



Αντιπαρκινσονικά φάρμακα (για χρήση μόνο σε συνδυασμό με τα αντιψυχωσικά)

Εάν υποθεθεί ότι το 50% των ασθενών που λαμβάνουν αντιψυχωσικά χρειάζεται αντιπαρκινσονικά φάρμακα, ότι η μέση δόση είναι 10 mg ημερησίως, και ότι το κόστος της βιπεριδένης είναι 5,30 ΧΜ για 1000 δισκία των 5 mg, προκύπτει ότι:

Απαιτούμενος αριθμός δισκίων βιπεριδένης των 5 mg ετησίως:

$$917 \times 0,5 \times \frac{10}{5} \times 365 = 334.705$$

Προβλεπόμενο κόστος αντιπαρκινσονικών φαρμάκων:

$$334.705 \times \frac{5,3}{1000} = \mathbf{1.774 \text{ ΧΜ ετησίως}}$$

Φάρμακα που σταθεροποιούν την ψυχική διάθεση

Εάν το 70% των 828 ατόμων με διπολική συναισθηματική διαταραχή (δηλαδή τα 580) λαμβάνουν ανθρακικό λίθιο, η μέση δόση είναι 1200 mg ημερησίως, και το κόστος 60 δισκίων των 300 mg είναι 4 ΧΜ, προκύπτει ότι:

Απαιτούμενος αριθμός δισκίων των 300 mg ετησίως:

$$580 \times \frac{1200}{300} \times 365 = 846.800 \text{ δισκία}$$

Προβλεπόμενο κόστος σταθεροποιητικών της ψυχικής διάθεσης φαρμάκων:

$$846.800 \times \frac{4}{60} = \mathbf{56.453 \text{ ΧΜ ετησίως}}$$

Δεδομένου του σχετικά υψηλού κόστους (περίπου 100 ΧΜ ανά ασθενή ετησίως) και δεδομένου ότι πρέπει να παρακολουθούνται τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα, η χορήγηση του ανθρακικού λιθίου πρέπει να γίνεται με προσοχή όταν οι πόροι είναι ανεπαρκείς.

Συνολικό κόστος

Το συνολικό ετήσιο κόστος των ψυχιατρικών φαρμάκων σε μία περιοχή 100.000 ατόμων ανέρχεται σε:

Αντικαταθλιπτικά	4.271 ΧΜ
Αντιψυχωσικά	7.106 ΧΜ
Αντιπαρκινσονικά	1.774 ΧΜ
Σταθεροποιητικά της διάθεσης	56.453 ΧΜ

Σύνολο **69.604 ΧΜ**

Αυτό αναλογεί σε κόστος 0,70 ΧΜ για κάθε άτομο του τοπικού πληθυσμού ετησίως.



5. Προσωπικό

Στο βήμα που ακολουθεί πρέπει να καθοριστούν οι ανθρώπινοι πόροι ή το προσωπικό που χρειάζεται για να λειτουργήσουν οι υπηρεσίες. Οι άνθρωποι πόροι αποτελούν απαραίτητο στοιχείο προκειμένου να υπάρξει συνεχής λειτουργία οποιασδήποτε υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές εξαρτώνται από το προσωπικό τους σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από άλλους τομείς της ιατρικής και της υγείας (Thornicroft & Tansella, 1999). Με οικονομικούς όρους, το κόστος της φροντίδας ψυχικής υγείας οφείλεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους μισθούς του προσωπικού. Οι διοικούντες τη γενική υγεία συχνά δεν συνειδητοποιούν τη σημασία που έχει το προσωπικό στον τομέα ψυχικής υγείας.

Η φύση της επαφής με ψυχιατρικούς αρρώστους / χρήστες των υπηρεσιών δημιουργεί μεγάλες εντάσεις στο προσωπικό του τομέα και συχνά οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Για το λόγο αυτό, καλό είναι να διαχωριστούν οι πρωταρχικοί στόχοι των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (η θεραπεία, η φροντίδα και η βοήθεια που προσφέρεται στους ασθενείς) από τους δευτερεύοντες, δηλαδή η κάλυψη αναγκών του προσωπικού (Thornicroft & Tansella, 1999). Οι δευτερεύοντες στόχοι δεν πρέπει ποτέ να προηγούνται, αλλά όμως έχουν μεγάλη σημασία και για ηθικούς λόγους και για το μακροπρόθεσμο συμφέρον των υπηρεσιών.

Μερικοί ερευνητές έχουν υπολογίσει το φόρτο εργασίας του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον προϋπολογισμένο χρόνο διεκπεραίωσης κάθε θεραπευτικής διαδικασίας (Faulkner & Goldman, 1997). Όμως, λόγω των περιορισμένων πληροφοριακών συστημάτων των αναπτυσσόμενων χωρών, η προσέγγιση αυτή δεν είναι εφικτή σε αυτές τις χώρες. Στο ανά χείρας εγχειρίδιο ο υπολογισμός γίνεται βάσει της ποσότητας των υπηρεσιών, δηλαδή τον αριθμό των κλινών και το πλήθος των ασθενών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία (Rispel, Price & Cabral, 1996). Οι υπολογισμοί γίνονται μόνο για το κλινικό προσωπικό ψυχικής υγείας. Στους αριθμούς που δίδονται στο παράδειγμα πρέπει να προστεθεί προσωπικό για τη συντήρηση, τα μαγειρεία, τα πλυντήρια, την καθαριότητα και τη διοίκηση.

Στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, οι εργαζόμενοι στη γενική υγεία συχνά προσφέρουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για το λόγο αυτό, οι άνθρωποι πόροι υπολογίζονται με όρους ισοδυναμίας με την πλήρη απασχόληση ενός εργαζόμενου. Έτσι, ο αριθμός που ισοδυναμεί με εργαζόμενους που απασχολούνται πλήρως στον τομέα βρίσκεται αφού υπολογιστεί το ποσοστό του χρόνου που κάθε εργαζόμενος αφιερώνει στη φροντίδα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, εάν ένας νοσηλευτής δαπανά το 20% του χρόνου του στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (συμπεριλαμβανομένου του χρόνου που δαπανά για να δει τους ασθενείς, να τους παραπέμψει, να γράψει ιστορικά και να συμβουλευτεί συναδέλφους) αυτό αντιπροσωπεύει 0,2 του χρόνου που ισοδυναμεί με πλήρη απασχόληση. Πέντε τέτοιοι νοσηλευτές ισοδυναμούν με ένα νοσηλευτή πλήρους απασχόλησης στον τομέα ψυχικής υγείας.

5.1 Προσωπικό εξωτερικών ιατρείων και κοινοτικών υπηρεσιών

Ο αριθμός του προσωπικού που χρειάζονται οι υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών μπορεί να υπολογιστεί με τον ακόλουθο τύπο.

$$\text{Προσωπικό ισοδύναμο με άτομα πλήρους απασχόλησης} = \frac{\text{Επισκέψεις ασθενών ημερησίως} \times \text{πραγματικές εργάσιμες ημέρες ετησίως}}{\text{Τρέχουσες επισκέψεις ημερησίως ανά εργαζόμενο} \times \text{εργάσιμες ημέρες του προσωπικού ετησίως}}$$

Πόσα άτομα χρειάζονται για να στελεχωθούν οι τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας;

Το ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης προσωπικό είναι όσοι απασχολούνται πλήρως στη φροντίδα της ψυχικής υγείας, συν το ποσοστό του προσωπικού που δαπανά μέρος του χρόνου του στη φροντίδα ψυχικής υγείας



4η εργασία. Παράδειγμα. Προσωπικό εξωτερικών ιατρείων και κοινοτικών υπηρεσιών

Βάσει των προβλεπόμενων 102 επισκέψεων καθημερινά σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, όπως υπολογίστηκε προηγουμένως, ένα παράδειγμα υπολογισμού προσωπικού ισοδύναμου με άτομα πλήρους απασχόλησης είναι και το εξής.

$$\text{Προσωπικό ισοδύναμο με άτομα πλήρους απασχόλησης} = \frac{(102 \times 264)}{(11 \times 225)} = 10,9$$

Τα στοιχεία για τους υπολογισμούς αυτούς ελήφθησαν από μελέτες του φόρτου εργασίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα της Νότιας Αφρικής (Rispe, Price & Cabral, 1996). Οι ημέρες εργασίας του προσωπικού υπολογίστηκαν αφού ελήφθησαν υπόψη οι ημέρες των διακοπών και άδειες λόγω ασθένειας. Οι επισκέψεις ημερησίως υπολογίστηκαν με το σκεπτικό ότι το 44,3% του χρόνου του προσωπικού καταναλώνεται σε άμεσες επαφές με τους ασθενείς, βάσει της συνήθους εργασιακής πρακτικής. Το υπόλοιπο του χρόνου δαπανάται σε διοικητικά καθήκοντα, ετοιμασία, συναντήσεις ή συμβούλια, επανεκπαίδευση, διαλείμματα και άλλες μη καταγεγραμμένες δραστηριότητες. Ο αριθμός των 11 επισκέψεων ημερησίως αφορά το σύνολο του προσωπικού, περιλαμβανομένων και όσων δεν έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς. Το προσωπικό που έχει υπηρεσία μπορεί να δει περισσότερους από 11 ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας μέσης ημέρας. Είναι αναμενόμενο ότι θα υπάρχουν σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα. Κάθε περιοχή πρέπει να χρησιμοποιεί τα δικά της στοιχεία, ή να διερευνήσει εναλλακτικές λύσεις, μέσα στα όρια πάντως της προσφοράς φροντίδας ψυχικής υγείας ικανοποιητικής ποιότητας. Το επίπεδο της ποιότητας υποχωρεί σημαντικά εάν δεν υπάρχει διαθέσιμος ικανοποιητικός αριθμός προσωπικού για τη φροντίδα εξωτερικών ασθενών.

Ο προαναφερόμενος υπολογισμός του αριθμού του προσωπικού που χρειάζεται για τη φροντίδα εξωτερικών ασθενών σε πληθυσμό 100.000 ατόμων δεν καλύπτει τις επισκέψεις κατ' οίκον ή τη μετέπειτα παρακολούθηση για περιπτώσεις επισκέψεων που δεν έγιναν. Η εργασία αυτή είναι ουσιώδης για τη φροντίδα που παρέχεται στο επίπεδο της κοινότητας, όπου δίδεται έμφαση στην αποκατάσταση των ασθενών με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Πολλά μέλη του προσωπικού θα μπορούσαν να απασχολούνται με αυτό το έργο, αλλά η δημιουργία μίας τουλάχιστον θέσης για τη μετέπειτα παρακολούθηση και ίσως για το συντονισμό των δραστηριοτήτων εθελοντικών οργανώσεων που προσφέρουν βοήθεια, πρέπει να θεωρείται απαραίτητη. Οι αριθμοί δείχνουν ότι χρειάζεται προσωπικό 12 ατόμων για να καλύψουν τη φροντίδα 3.322 σοβαρών περιστατικών σε μία κοινοτική κλινική εξωτερικών ασθενών.

Αναλυτική σύσταση του προσωπικού μιας υπηρεσίας εξωτερικών ιατρείων και μιας κοινοτικής υπηρεσίας

Ο ακόλουθος κατάλογος κατά ειδικότητα του δωδεκαμελούς προσωπικού μιας υπηρεσίας εξωτερικών ασθενών βασίζεται σε προηγούμενη έρευνα (World Health Organization, 1996):

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| ➤ 2 ψυχιατρικοί νοσηλευτές | ➤ 1 κοινωνικός λειτουργός |
| ➤ 5 γενικοί νοσηλευτές | ➤ 1 ψυχολόγος |
| ➤ 0,5 εργοθεραπευτές | ➤ 0,25 ψυχίατρος |
| ➤ 1,5 βοηθοί εργοθεραπείας | ➤ 0,75 γιατρός |

Ο κατάλογος αυτός μπορεί να μην είναι κατάλληλος για χώρες με περιορισμένους πόρους στον τομέα ψυχικής υγείας. Ένα εναλλακτικό σενάριο μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας ενταγμένης στην πρωτοβάθμια φροντίδα και που καλύπτει ένα πληθυσμό 100.000 ατόμων μπορεί να είναι το εξής:

- 7 εργαζόμενοι στην κοινοτική υγεία με κάποια ψυχιατρική εκπαίδευση
- 1 γενικός νοσηλευτής
- 1 γενικός νοσηλευτής με κάποια ψυχιατρική εκπαίδευση
- 2 εργαζόμενοι για την αποκατάσταση των ασθενών στην κοινότητα
- 1 γενικός γιατρός με κάποια ψυχιατρική εκπαίδευση



5.2 Προσωπικό για τη φροντίδα εσωτερικών ασθενών

Το προσωπικό που χρειάζεται για την εξυπηρέτηση των προϋπολογισμένων κλινών μπορεί να υπολογιστεί βάσει της αναλογίας προσωπικού / κλινών που θεωρείται αποδεκτή για τις τοπικές υπηρεσίες. Ο συνολικός αριθμός του προσωπικού πρέπει επίσης να υπολογίζεται λαμβάνοντας υπόψη το είδος της μονάδας, ώστε να διασφαλίζεται ότι θα υπάρχουν οι απαραίτητες ειδικότητες που απαιτούνται για τις λειτουργίες που η συγκεκριμένη μονάδα διεκπεραιώνει. Το προσωπικό αυτό συνήθως παρέχει ιατρική φροντίδα, ψυχιατρικές εκτιμήσεις ή γνωματεύσεις, ψυχιατρικές θεραπείες, γενική υποστήριξη και φροντίδα στους ασθενείς, αποκατάσταση, διατηρεί τους φακέλους των ασθενών και πραγματοποιεί επαφές με άλλες υπηρεσίες και τις οικογένειες.

Οι αναλογίες προσωπικού / κλινών είναι χρήσιμοι δείκτες ώστε να εκτιμηθεί πόσο προσωπικό χρειάζεται μία μονάδα εσωτερικών ασθενών

4η εργασία. Παράδειγμα: Προσωπικό για οξέα περιστατικά

Κατά τον υπολογισμό των κλινών εκτιμήθηκε ότι χρειάζονται 28 κλίνες για οξέα περιστατικά (Πίνακας 10), οι οποίες μπορούν να αποτελούν μία μονάδα. Με βάση μία προηγούμενη μελέτη (World Health Organization, 1996) η σύνθεση του προσωπικού που θα στελεχώνει τη μονάδα των 28 κλινών μπορεί να είναι η εξής (με περίπου 10 εισαγωγές την εβδομάδα και με μέση παραμονή 17 ημερών):

- 0,5 ψυχίατρος
- 1 γιατρός
- 0,5 κοινωνικός λειτουργός + 0,5 ψυχολόγος ή
1 κοινωνικός λειτουργός εάν δεν υπάρχει ψυχολόγος
- 14 νοσηλευτές (αναλογία νοσηλευτών / κλινών: 0,5).

4η εργασία. Παράδειγμα: Προσωπικό για τη φροντίδα μακρόχρονης διαμονής

Βάσει προηγούμενης μελέτης για την αναλογία προσωπικού/ασθενών (World Health Organization, 1996) υπολογίζεται ότι για 12 κλίνες μακρόχρονης διαμονής χρειάζονται 4,8 ειδικευμένα άτομα, τα οποία μπορεί να είναι τα εξής:

- 0,1 ψυχίατρος
- 0,2 γιατρός
- 0,2 ψυχολόγος
- 0,2 κοινωνικός λειτουργός
- 0,1 εργοθεραπευτής
- 0,4 βοηθός εργοθεραπείας
- 3,6 νοσηλευτές (αναλογία νοσηλευτών / κλινών: 0,3)

5.3 Προσωπικό υπηρεσιών ημέρας

Το προσωπικό που χρειάζεται για να παρέχει φροντίδα σε 53 θέσεις στο κυλιόμενο πρόγραμμα είναι δυνατόν να υπολογιστεί βάσει της πείρας των τοπικών υπηρεσιών στις ανάγκες στελέχωσης της φροντίδας ημέρας. Οι αριθμοί που δίδονται πιο κάτω είναι ενδεικτικοί και δεν αποτελούν συστάσεις για τον ακριβή αριθμό του προσωπικού.



5.4 Ανάγκες σε διοικητικό προσωπικό

Εκτός από το προσωπικό που ευθύνεται άμεσα για τη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, υπάρχει ανάγκη και για διοικητικό προσωπικό στην περιοχή που καλύπτουν οι τοπικές υπηρεσίες.

4η εργασία. Παράδειγμα: Διοικητικό Προσωπικό

Οι συστάσεις που έγιναν για το διοικητικό προσωπικό βάσει μίας προηγούμενης μελέτης που αφορούσε πληθυσμό 500.000 (World Health Organization, 1996) μπορεί να προσαρμοστούν στις ανάγκες ενός πληθυσμού 100.000 ως εξής:

- 0,2 περιφερειακός διευθυντής του τομέα ψυχικής υγείας (με οποιαδήποτε επαγγελματική κατάρτιση)
- 1 προϊστάμενος νοσηλευτής
- 0,2 υπεύθυνος για τη βελτίωση της ποιότητας (με οποιαδήποτε σχετική επαγγελματική κατάρτιση)
- 0,5 συντονιστής της ροής των πληροφοριών στον τομέα ψυχικής υγείας (με οποιαδήποτε σχετική επαγγελματική κατάρτιση).

Μολονότι υπάρχει κάποιος με αποκλειστικό έργο του τη βελτίωση της ποιότητας, αυτό δεν σημαίνει ότι το υπόλοιπο προσωπικό δεν εμπλέκεται στο έργο αυτό. Η βελτίωση της ποιότητας είναι ευθύνη του συνόλου του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών, των διοικητικών και των υπεύθυνων για τη συντήρηση των εγκαταστάσεων. Οι συντονιστής του τομέα της πληροφόρησης μπορεί να επιτελεί διπλό έργο, αφενός βοηθώντας στη συλλογή στοιχείων, στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και στην παρακολούθηση, και αφετέρου προωθώντας την εκπαίδευση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας.



4η εργασία. Παράδειγμα: Σύνολο προσωπικού για μία περιοχή 100.000 ατόμων

Ο συνολικός υπολογισμός του Πίνακα 12 περιλαμβάνει το προσωπικό για εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς, κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες μακρόχρονης διαμονής. Οι αριθμοί δεν αποτελούν συστάσεις του Π.Ο.Υ., αλλά παραδείγματα του πώς είναι δυνατόν να υπολογιστούν οι ανάγκες σε προσωπικό.

Πίνακας 12. Συνολικοί ανθρώπινοι πόροι που χρειάζονται για την κάλυψη ενός τοπικού πληθυσμού 100.000 ατόμων

Ειδικότητα	Εσωτερικοί ασθενείς		Εξωτερικά ιατρεία	Υπηρεσίες ημέρας	Διοίκηση	Σύνολο
	Οξεία περιστατικά	Μακρόχρονη διαμονή				
Νοσηλεύτές	14	3,6	7	8	1	33,6
Εργοθεραπευτές	-	0,1	0,5	1	-	1,6
Βοηθοί εργοθεραπείας	-	0,4	1,5	2	-	3,9
Κοινωνικοί λειτουργοί	1	0,2	1	0,5	-	2,7
Κλινικοί ψυχολόγοι	-	0,2	1	0,5	-	1,7
Ψυχίατροι	0,5	0,1	0,25	-	0,2	1,05
Γιατροί	1	0,2	0,75	-	-	1,95
Εκπαίδευση / Πληροφόρηση	-	-	-	-	0,5	0,5
Συνήγορος	-	-	-	-	0,2	0,2
Σύνολο	16,5	4,8	12	12	1,9	47,2



Οι χώρες ίσως
χρειαστεί να
αντικαταστήσουν
τις κατηγορίες
προσωπικού που
παρουσιάζονται
εδώ με άλλες

Λόγω των ανισοτήτων από χώρα σε χώρα ως προς τους ανθρώπινους πόρους και τις ειδικότητες, οι κατηγορίες του προσωπικού που παρουσιάζονται εδώ μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην τοπική πραγματικότητα. Στην περίπτωση αυτή, οι χώρες μπορούν να αντικαταστήσουν τις κατηγορίες αυτές με άλλες, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους. Πράγματι, διάφοροι επαγγελματίες μπορούν να προσφέρουν τις αναγκαίες υπηρεσίες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι εργαζόμενοι στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην κοινωνική πρόνοια είναι σε θέση να προσφέρουν φροντίδα, όπως π.χ. στην Αργεντινή (επαρχία Neuquen), στη Μποτσουάνα, στην Καμπότζη και στην Τανζανία (Βλ. *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*). Στο Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες αναπτυγμένες χώρες, το προσωπικό προσφέρει γενικά ψυχοθεραπεία και αποκατάσταση, είτε πρόκειται για ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές ή εργοθεραπευτές. Στις ΗΠΑ οι κλινικοί ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί, καθώς και οι νοσηλευτές παρέχουν όλο και περισσότερο ότι παλαιότερα πρόσφεραν οι γιατροί, λόγω του ότι λίγοι πλέον ειδικεύονται στην ψυχιατρική (Ivey, Scheffler & Zazzali, 1998).

Όταν γίνεται εκτίμηση των αναγκών σε προσωπικό είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σπάνια υπάρχει κανονικότητα στην παραγωγή και στον αριθμό των προσφερόμενων να εργαστούν στον τομέα.

Για να είναι δυνατή η καλή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων είναι σημαντικό να σχεδιαστούν τα εκπαιδευτικά προαπαιτούμενα, ώστε να υπάρξει ανάπτυξη των υπηρεσιών στο μέλλον. Εάν, για παράδειγμα, υπάρχει η πρόβλεψη ότι στο μέλλον οι παροχείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως οι γενικοί γιατροί και νοσηλευτές, θα προσφέρουν φροντίδα ψυχικής υγείας, η εκπαίδευσή τους θα πρέπει να προσαρμοστεί αναλόγως (Cole et al., 1995).

Κύρια σημεία: 4η εργασία

— Πρέπει να περιγραφούν οι υπηρεσίες και τα είδη φροντίδας που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση των περιστατικών που αναμένονται στο καθορισμένο έτος.

— Οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις που απαιτούνται συμπεριλαμβάνουν υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, υπηρεσίες ημέρας, υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών, φαρμακολογική κάλυψη και προσωπικό. Αυτά συγκροτούν το σκελετό για την κάλυψη των βασικών αναγκών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πάνω στον οποίο είναι δυνατό να αναπτυχθούν συστήματα υποστήριξης σύμφωνα με τις δυνατότητες κάθε χώρας.

— Οι δείκτες των υπηρεσιών αυτών περιλαμβάνουν τις επισκέψεις των ασθενών ημερησίως, τις υπηρεσίες ημέρας, τις κλίνες, τα φάρμακα και το προσωπικό. Όλα αυτά μπορούν να υπολογιστούν με τους τύπους που παρέχονται, βάσει του κατ' εκτίμηση αριθμού των περιστατικών στην περιοχή.

— Κατόπιν όλων αυτών μπορεί να καταγραφούν συνοπτικά οι πόροι που κατά πάσα πιθανότητα απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή.



5η εργασία. Το κόστος των πόρων για τις εκτιμώμενες υπηρεσίες

Η επόμενη εργασία είναι η κοστολόγηση των υπηρεσιών που έχει εκτιμηθεί ότι είναι απαραίτητες, προκειμένου να καλυφθούν τα περιστατικά του τοπικού πληθυσμού που θεωρείται ότι πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά προτεραιότητα. Βάσει του αποτελέσματος αυτής της εργασίας είναι δυνατόν να τεθούν οι χρηματοδοτικοί στόχοι. Η κοστολόγηση είναι το τελευταίο και απαραίτητο στάδιο του δεύτερου βήματος, αφού μετά από αυτό μπορεί να γίνει ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η εκτίμηση των εναλλακτικών λύσεων και η στοχοθέτηση στο τρίτο βήμα.

Με τα κόστη προσδιορίζονται οι πόροι που θα καταναλωθούν για να επιτευχθεί μία δραστηριότητα μέσα σε ένα δεδομένο περιβάλλον (Green, 1999). Συνήθως εκφράζονται σε χρήμα, αν και τα κόστη δεν είναι το ίδιο πράγμα με τις τιμές, οι οποίες απλώς αντικατοπτρίζουν ανταλλακτικές αξίες στην αγορά.

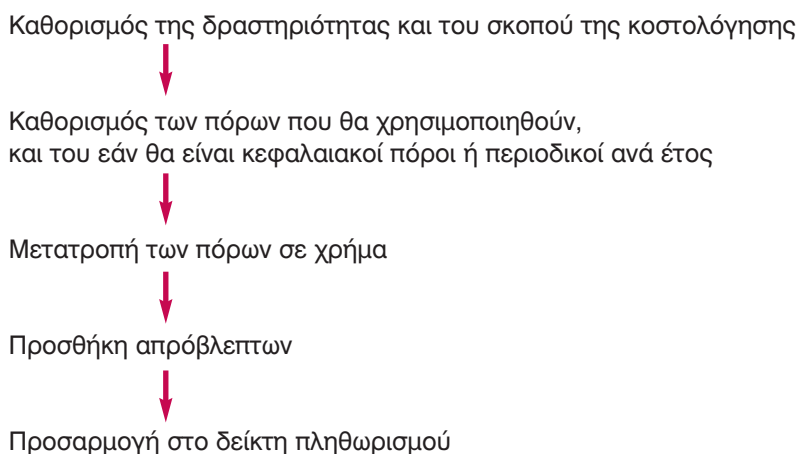
Όταν κοστολογείται μία οποιαδήποτε δραστηριότητα πρέπει να καθοριστούν όλα τα κόστη που θα προκύψουν, καθώς και ποιος θα τα επωμιστεί. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για κάποιον που διοικεί το δημόσιο τομέα της ψυχικής υγείας, αφού καλείται να εκτιμήσει όλα τα επιμέρους κόστη που μία υπηρεσία δημιουργεί στο κοινωνικό σύνολο. Για παράδειγμα, μία κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας για την ψύχωση μπορεί να δημιουργήσει κόστη στους εξής:

- στις υπηρεσίες υγείας (φάρμακα, προσωπικό, μεταφορικά),
- στους ασθενείς (χρεώσεις, στέγη, μεταφορικά, χρόνο, απώλεια εισοδήματος),
- στις οικογένειες των ασθενών (χρόνο για τη φροντίδα των ασθενών αντί να εργάζονται),
- στις υπηρεσίες άλλων τομέων, όπως τις κοινωνικές και στεγαστικές υπηρεσίες και στην ποινική δικαιοσύνη.

Όσοι σχεδιάζουν πρέπει να συνειδητοποιούν τον κίνδυνο των διπλών μετρήσεων αυτών των παραμέτρων.

Ένας βασικός τρόπος κοστολόγησης, ο οποίος υιοθετείται σε πολλές περιπτώσεις, είναι γνωστός ως κοστολόγηση με εκκίνηση από τη βάση (bottom-up costing) (Creese & Parker, 1994· Green, 1999) (Σχήμα 7).

Σχήμα 7. Κοστολόγηση με εκκίνηση από τη βάση



Τι επίπεδο χρηματοδότησης χρειάζεται η φροντίδα ψυχικής υγείας;



Κατά τον καθορισμό των πόρων πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ κεφαλαιακού και περιοδικού κόστους

1. Καθορισμός της δραστηριότητας

Κατ' αρχήν είναι σημαντικό να καθοριστεί τι είδους δραστηριότητα θα ασκήσει η υπηρεσία που θα κοστολογηθεί και ο λόγος που θα γίνει αυτό. Για παράδειγμα, η κοστολόγηση με σκοπό την εκτίμηση εναλλακτικών λύσεων έχει πολύ διαφορετικά αποτελέσματα από την κοστολόγηση για να δημιουργηθεί ένας προϋπολογισμός. Η εκτίμηση των εναλλακτικών λύσεων απαιτεί να καθοριστούν τα ευρύτερα κόστη που θα υποστεί η κοινότητα, ενώ η κατάρτιση του προϋπολογισμού απαιτεί τον καθορισμό των λειτουργικών δαπανών της υπηρεσίας.

5η εργασία. Παράδειγμα: Καθορισμός της δραστηριότητας

Σ' αυτή την περίπτωση η δραστηριότητα θεωρείται ότι είναι η κοστολόγηση και η κατάρτιση του προϋπολογισμού μίας τοπικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Ο σκοπός της κοστολόγησης είναι η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στον τοπικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στα σοβαρά περιστατικά, όπως αυτά ταυτοποιήθηκαν από τον καθορισμό προτεραιοτήτων.

2. Καθορισμός των πόρων

Στη δεύτερη φάση καθορίζονται οι απαραίτητοι πόροι, ώστε να είναι δυνατή η διεκπεραίωση της δραστηριότητας. Τα κεφαλαιακά κόστη εμφανίζονται μία φορά, συνήθως στην αρχή της δραστηριότητας ή της δημιουργίας της υπηρεσίας. Τα περιοδικά κόστη επανεμφανίζονται, συνήθως ανά έτος, εφόσον λειτουργεί η υπηρεσία. Μερικές φορές τα περιοδικά κόστη χρειάζεται να αντικατασταθούν σε διαστήματα μικρότερα του έτους. Η διάκριση μεταξύ του κεφαλαιακού και του περιοδικού κόστους είναι σημαντική διότι επιτρέπει ακριβέστερη πρόβλεψη του μελλοντικού κόστους. Συνήθως, οι γενικές υπηρεσίες υγείας, με τις οποίες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συλλειτουργούν, έχουν τους δικούς τους κανόνες και μεθόδους κοστολόγησης.

Οι πόροι που καθορίστηκαν στην 4η εργασία περιελάμβαναν μόνο κλίνες, προσωπικό και φάρμακα, ειδικά για τη φροντίδα ψυχικής υγείας. Οι υποδομές που είναι απαραίτητες ώστε να είναι δυνατόν να παρασχεθούν οι υπηρεσίες αυτές πρέπει επίσης να καθοριστούν και να κοστολογηθούν. Επιπλέον, εάν πρόκειται να γίνει εκτίμηση εναλλακτικών λύσεων, πρέπει να καθοριστεί τι κόστος θα έχει η υπηρεσία για την κοινότητα. Είναι καθήκον του τοπικού διοικητή, ή του υπεύθυνου για το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να καθορίσει όλους τους πόρους που αφορούν την κοστολόγηση της υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Ακολουθεί ένας κατάλογος ο οποίος θα βοηθήσει στη συνολική κοστολόγηση της υπηρεσίας (Πίνακας 13).



Πίνακας 13. Κατάλογος κοστολογούμενων στοιχείων

Στοιχείο	Κεφαλαιακό κόστος	Περιοδικό κόστος
1. Κτίρια	Κατασκευαστικές δαπάνες, αγορά γης	Συντήρηση, μικρά κτίρια, ενοίκια, φόροι ή τέλη, απόσβεση
2. Εξοπλισμός και επίπλωση	Αγορά μεγάλων αντικειμένων	Συντήρηση, αντικατάσταση, ενοίκιαση, απόσβεση, μικρά αντικείμενα
3. Μεταφορές	Αγορά οχημάτων	Συντήρηση, αντικατάσταση, καύσιμα, ενοίκιαση
4. Επικοινωνίες	Τηλέφωνα (συν εγκατάσταση)	Συντήρηση, λειτουργικό κόστος
5. Ηλεκτρισμός	Γεννήτρια, σύνδεση με δίκτυο	Ηλιακή ενέργεια, ηλεκτρικό, καύσιμα κ.λπ.
6. Νερό, αποχέτευση, απορρίμματα	Εγκαταστάσεις, κατασκευαστικές δαπάνες	Συντήρηση
7. Εξοπλισμός για τη διατροφή	Μαγειρείο	Κόστος διατροφής προσωπικού / ασθενών
8. Καθαριότητα κλπ	Εξοπλισμός και κτίρια	Εφόδια
9. Ιατρικός και εργαστηριακός εξοπλισμός και εφόδια (βλ. 1, 2)	Εξοπλισμός εργαστηρίων	Φάρμακα για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς
10. Γενική διοίκηση	Η/Υ, γραφομηχανές, εξοπλισμός γραφείου	Χαρτικά, προγράμματα Η/Υ, συντήρηση
11. Προσωπικό	Εκπαίδευση	Μισθοί και γενικά έξοδα (συντάξεις, υποχρεωτικές πληρωμές, μετεκπαιδεύσεις)
12. Υπηρεσίες συμβούλων	Ετοιμασία προγραμμάτων	Εξειδικευμένες υπηρεσίες

Πηγή: προσαρμοσμένο από τον Green, 1999.

Για να κοστολογηθούν τα στοιχεία αυτά πρέπει να καθοριστεί το επίπεδο ή το μέγεθός τους, π.χ. ο αριθμός του προσωπικού που θα καλύψει τους εξωτερικούς ασθενείς με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Οι μέθοδοι υπολογισμού του μεγέθους των στοιχείων που αφορούν την ψυχική υγεία εκτέθηκαν στην 4η εργασία πιο πάνω. Οι πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες σε υποδομές που είναι κοινές και για τη γενική υγεία πρέπει να υπάρχουν στη διεύθυνση της γενικής υγείας (π.χ. προμήθειες, μεταφορές, γενική διοίκηση, καθαριότητα, επικοινωνίες, κοινές κτιριακές εγκαταστάσεις).

Εάν μία δραστηριότητα είναι τελείως νέα, οι πόροι πρέπει να υπολογιστούν βάσει μίας περιγραφής της δραστηριότητας (π.χ. η εκπαίδευση προσωπικού στην αποκατάσταση ατόμων μέσω κοινοτικών προγραμμάτων αυτοβοήθειας).

Για να κοστολογηθούν οι πόροι των υπηρεσιών πρέπει να καθοριστούν τα μεγέθη



Παράδειγμα: Καθορισμός των απαιτούμενων πόρων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό 100.000 ατόμων για ένα έτος

Πίνακας 14. Απαιτούμενοι πόροι για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό 100.000 για ένα έτος

Στοιχείο	Κεφαλαιακό κόστος	Περιοδικό κόστος
1. Κτίρια	Μετατροπή εγκαταστάσεων μακράς διαμονής σε κλινικές οξέων περιστατικών	Συντήρηση, ενοίκια, φόροι ή τέλη, απόσβεση
2. Εξοπλισμός και επίπλωση	Καμία αγορά μεγάλων αντικειμένων	Συντήρηση, αντικατάσταση, απόσβεση, μικρά αντικείμενα
3. Μεταφορές	Ένα νέο όχημα για επισκέψεις στην κοινότητα	Συντήρηση, αντικατάσταση, καύσιμα (αύξηση λόγω του νέου οχήματος και πρόσθετων μετακινήσεων)
4. Επικοινωνίες	Εγκατάσταση νέων τηλεφωνικών γραμμών (2)	Συντήρηση, έξοδα λειτουργίας
5. Ηλεκτρισμός	Όχι νέες δαπάνες (σύνδεση υπάρχει ήδη)	Ηλεκτρικό, καύσιμα κ.λπ.
6. Νερό, αποχέτευση, απορρίμματα	Νέες εγκαταστάσεις	Συντήρηση
7. Εξοπλισμός για τη διατροφή	Αντικατάσταση μέρους του εξοπλισμού των μαγειρειών	Κόστος διατροφής προσωπικού / ασθενών
8. Καθαριότητα κλπ	Δεν χρειάζονται αλλαγές	Εφόδια
9. Ιατρικός και Εργαστηριακός εξοπλισμός και εφόδια (βλ. 1, 2)	Δεν χρειάζονται αλλαγές	Φάρμακα για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς
10. Γενική διοίκηση	Νέοι Η/Υ (2), εξοπλισμός γραφείου για σύστημα πληροφόρησης	Χαρτικά, προγράμματα Η/Υ, συντήρηση
11. Προσωπικό	Εκπαίδευση του προσωπικού στην αποκατάσταση	Μισθοί και γενικά έξοδα (συντάξεις, υποχρεωτικές πληρωμές), μετεκπαιδεύσεις
12. Υπηρεσίες συμβούλων	Ετοιμασία προγραμμάτων αποϊδρυματισμού	Υπηρεσίες ειδικών, διαβουλεύσεις με εμπλεκόμενους για τον αποϊδρυματισμό

Προϋπολογισμένες κλίνες, ανθρώπινοι πόροι και φάρμακα σύμφωνα με την προηγούμενη 4η εργασία για τοπικό πληθυσμό 100.000.

Δείκτης	Ανάγκες (4η εργασία)
Κλίνες ανά 100.000 άτομα	Για οξέα περιστατικά: 28 Για περιστατικά μακράς διαμονής: 12
Προσωπικό ανά 100.000 άτομα	Νοσηλευτές: 33,6 Σύνολο προσωπικού: 47,2
Φάρμακα:	
Αντικαταθλιπτικά	711.873 X 25 mg δισκία αμιτριπυλίνης
Αντιψυχωσικά	468.587 X 5 mg δισκία αλοπεριδόλης
Αντιπαρκινσονικά	334.705 X 5 mg δισκία βιπεριδίνης
Σταθεροποιητές της διάθεσης	846.800 X 300 mg δισκία ανθρακικού λιθίου



3. Μετατροπή σε χρήμα

Το επόμενο στάδιο είναι η μετατροπή των πόρων σε χρήμα (Πίνακας 15). Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι δυνατόν να αντληθούν πληροφορίες από διάφορες πηγές. Μεγάλο μέρος των πληροφοριών υπάρχει στις διευθύνσεις υγείας όπου καταρτίζονται προϋπολογισμοί και λειτουργούν λογιστήρια. Για παράδειγμα, τα λογιστήρια που είναι υπεύθυνα για τη μισθοδοσία έχουν στοιχεία για το κόστος των ανθρώπινων πόρων, τα φαρμακεία για το κόστος των φαρμάκων, από προϋπολογισμούς νοσοκομείων και τα λειτουργικά τους έξοδα μπορεί να εξαχθεί το ετήσιο κόστος ανά κλίνη, και στοιχεία άλλων δαπανών που υπάρχουν στα λογιστήρια μπορεί να φανούν χρήσιμα. Κατασκευαστικά κόστη μπορεί να παρασχεθούν από εργολάβους ή άλλες κρατικές υπηρεσίες.

*Το επόμενο στάδιο
είναι η μετατροπή
των πόρων
σε χρήμα*

Παράδειγμα. Μετατροπή σε χρήμα των απαιτούμενων πόρων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό 100.000 για ένα έτος.

Πίνακας 15. Μετατροπή πόρων σε χρήμα*

Στοιχείο	Κεφαλαιακό κόστος	Χρηματική Μονάδα (ΧΜ)
1. Κτίρια	Μετατροπή εγκαταστάσεων μακράς διαμονής σε κλινικές οξέων περιστατικών	440.000
2. Εξοπλισμός και έπιπλα	Καμία αγορά μεγάλων αντικειμένων	0
3. Μεταφορές	Ένα νέο όχημα για επισκέψεις στην κοινότητα	39.000
4. Επικοινωνίες	Εγκατάσταση νέων τηλεφωνικών γραμμών (2)	150
5. Ηλεκτρισμός	Όχι νέες δαπάνες (σύνδεση υπάρχει ήδη)	0
6. Νερό, αποχέτευση, απορρίμματα	Νέες εγκαταστάσεις	36.000
7. Εξοπλισμός για τη διατροφή	Αντικατάσταση μέρους του εξοπλισμού των μαγειρειών	5.000
8. Καθαριότητα κ.λπ.	Δεν χρειάζονται αλλαγές	0
9. Ιατρικός και εργαστηριακός εξοπλισμός και εφόδια (βλ. 1,2)	Δεν χρειάζονται αλλαγές	0
10. Γενική διοίκηση	Νέοι Η/Υ (2), εξοπλισμός γραφείου για σύστημα πληροφόρησης	5.000
11. Προσωπικό	Εκπαίδευση του προσωπικού στην αποκατάσταση	55.000
12. Υπηρεσίες συμβούλων	Ετοιμασία προγραμμάτων αποϊδρυματισμού	15.000
Σύνολο		595.150
Γενικό Σύνολο (Κεφαλαιακό και περιοδικό κόστος)		

* Χρησιμοποιείται πάλι μία φανταστική Χρηματική Μονάδα (ΧΜ).

Περιοδικό κόστος	Χρηματική μονάδα (ΧΜ)
Συντήρηση, ενοίκια, φόροι ή τέλη, απόσβεση	916.000
Συντήρηση, αντικατάσταση, απόσβεση, μικρά αντικείμενα	45.000
Συντήρηση, αντικατάσταση, καύσιμα (αύξηση λόγω του νέου οχήματος και πρόσθετων μετακινήσεων)	8.000
Συντήρηση, έξοδα λειτουργίας	600
Ηλεκτρικό, καύσιμα κλπ.	1.900
Συντήρηση	12.000
Κόστος διατροφής προσωπικού/ασθενών	40.000
Εφόδια καθαριότητας	800
Φάρμακα για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς	69.604
Χαρτικά, προγράμματα Η/Υ, συντήρηση	1.500
Μισθοί και γενικά έξοδα (συντάξεις, υποχρεωτικές πληρωμές), μετεκπαιδεύσεις	1.218.000
Υπηρεσίες ειδικών, διαβουλεύσεις με εμπλεκόμενους για αποϊδρυματισμό	26.000
	2.339.404
	2.934.554



Η προβολή
του κόστους στο
μέλλον πρέπει να
λαμβάνει υπόψη τον
πληθωρισμό

Είναι χρήσιμο να
υπάρχουν
μοναδιαία κόστη
για την
κοστολόγηση των
υπηρεσιών

4. Προσθήκη έκτακτου αποθεματικού

Η προσθήκη αυτή γίνεται για να καλυφθούν απρόβλεπτες δαπάνες, και συνήθως φθάνει το 5% έως το 10% του συνολικού ποσού, ανάλογα με την ακρίβεια της κοστολόγησης. Οι απρόβλεπτες δαπάνες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για να καλύπτεται η απρόσεκτη και ανακριβής κοστολόγηση.

Παράδειγμα: Προσθήκη έκτακτου αποθεματικού

Γενικό σύνολο	2.934.554 ΧΜ
Έκτακτο αποθεματικό 7%	205.419 ΧΜ
Γενικό σύνολο (με έκτακτο αποθεματικό)	3.139.973 ΧΜ

5. Πληθωρισμός

Μέχρι εδώ τα κόστη έχουν προϋπολογιστεί σε τρέχουσες τιμές. Εφόσον μία δραστηριότητα πρόκειται να συνεχιστεί για μερικά χρόνια είναι ανάγκη να ληφθούν υπόψη οι πιθανές αυξήσεις των τιμών. Επίσης, μπορεί να πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ο πληθωρισμός διαφοροποιείται ως προς ορισμένες εισροές στο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, ο πληθωρισμός μπορεί να μην είναι ίδιος για τα φάρμακα και για τους μισθούς (Green, 1999).

Παράδειγμα: Προσθήκη του πληθωρισμού

Στο παράδειγμα αυτό, προστίθεται ο πληθωρισμός ενός έτους, διότι θεωρείται ότι ο προϋπολογισμός θα εφαρμοστεί στο επόμενο οικονομικό έτος. Δεν εφαρμόστηκε διαφορικός πληθωρισμός στο παράδειγμα. Ως ποσοστό πληθωρισμού ελήφθη το 8%. Στην πράξη, ο πληθωρισμός ποικίλει πολύ από χώρα σε χώρα, και οι αριθμοί εδώ είναι απλώς ένα παράδειγμα.

Γενικό σύνολο	3.139.973 ΧΜ
Πληθωρισμός 8%	251.198 ΧΜ
Γενικό σύνολο (με πληθωρισμό)	3.391.171 ΧΜ

Ζητήματα που αφορούν την κοστολόγηση

1. Μοναδιαία κόστη

Είναι γενικά χρήσιμο να υπάρχουν τα κόστη ανά μονάδα, διότι έτσι αποφεύγεται η επανάληψη των υπολογισμών (Green, 1999). Παραδείγματα μοναδιαίων κοστών είναι και τα εξής:

- το κόστος μίας επίσκεψης εξωτερικού ασθενή,
- το κόστος ανά ημέρα ενός εσωτερικού ασθενή,
- το κόστος ανά τετραγωνικό μέτρο ενός κτιρίου.

Από τους παραπάνω αριθμούς, για παράδειγμα, τα περιοδικά κόστη όλων των στοιχείων που αφορούν τη φροντίδα ενός οξέως περιστατικού, π.χ. το κτίριο της κλινικής, ο εξοπλισμός, τα έπιπλα κ.λπ., είναι δυνατόν να προστεθούν και να διαιρεθούν με τον αριθμό των κλινών για οξέα περιστατικά ώστε να προκύψει το μοναδιαίο κόστος της κλινής για τα οξέα περιστατικά.



Η χρήση του μοναδιαίου κόστους πρέπει να γίνεται προσεκτικά, δεδομένου ότι το κόστος αυτό εξαρτάται από αρκετές μεταβλητές, περιλαμβανομένου του είδους και του επιπέδου της δραστηριότητας. Για παράδειγμα, μία επίσκεψη εξωτερικού ασθενή σε ειδική ψυχιατρική κλινική με προσωπικό ψυχιάτρους δεν κοστίζει όσο σε μία κλινική πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, μία κλινική που έχει μεγάλη προσέλευση έχει διαφορετικά μοναδιαία κόσθη από μία με μικρή προσέλευση.

2. Σταθερό, μεταβλητό, οριακό κόστος και η σχέση μεταξύ τους

Το συνολικό κόστος οποιασδήποτε δραστηριότητας μπορεί να διαιρεθεί στο σταθερό κόστος και το μεταβλητό κόστος (Green, 1999). Το σταθερό κόστος παραμένει το ίδιο σε ορισμένα επίπεδα δραστηριότητας. Το μεταβλητό κόστος αλλάζει σύμφωνα με το επίπεδο δραστηριότητας. Σε μία πτέρυγα εσωτερικών ασθενών, για παράδειγμα, τα κόστη του προσωπικού και των κτιρίων είναι πάγια και δεν αλλάζουν ανάλογα με τον αριθμό των κατειλημμένων κλινών, αλλά τα κόστη για τη σίτιση και τα φάρμακα μεταβάλλονται και βεβαίως αλλάζουν. Εάν γίνονται περισσότερες εισαγωγές στην κλινική, το συνολικό κόστος αυξάνεται, αλλά το κόστος ανά ασθενή (το μέσο μοναδιαίο κόστος) μειώνεται. Αυτό σημαίνει ότι η κλινική αποκτά καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, εφόσον οι εκβάσεις παραμένουν ίδιες. Μετά από ένα σημείο, όμως, η κλινική γεμίζει και πρέπει να ανοίξει καινούργια πτέρυγα. Αυτό σημαίνει αύξηση των πάγιων δαπανών και μείωση της αποδοτικότητας. Όσοι σχεδιάζουν και διοικούν πρέπει να τα γνωρίζουν αυτά και να καθορίζουν το πλέον αποδοτικό επίπεδο δραστηριότητας.

Το οριακό κόστος αναφέρεται στο κόστος μίας επιπλέον μονάδας δραστηριότητας, η οποία προστίθεται στο προηγούμενο επίπεδο δραστηριότητας. Για παράδειγμα, εάν υπήρχαν 20 ασθενείς σε μία πτέρυγα, το οριακό κόστος μετρά τις αλλαγές που θα προκύψουν στο κόστος λόγω της εισαγωγής του εικοστού πρώτου ασθενή. Το οριακό κόστος είναι χρήσιμο εργαλείο, διότι συχνά πρέπει να λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με τη σκοπιμότητα αύξησης του επιπέδου δραστηριότητας μίας υπηρεσίας. Για παράδειγμα, εάν ο στόχος μίας τοπικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας είναι η αύξηση των δυνατοτήτων μίας ψυχιατρικής πτέρυγας ενός περιφερειακού γενικού νοσοκομείου, όσοι το σχεδιάζουν πρέπει να γνωρίζουν ποιο θα είναι το κόστος ενός επιπλέον ασθενή στην υπάρχουσα πτέρυγα. Το οριακό κόστος είναι επίσης σημαντικό για το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, διότι επιτρέπει την εκτίμηση των επιπτώσεων των αυξημένων ή μειωμένων επιπέδων δραστηριότητας. Το πλεονέκτημα του οριακού κόστους είναι ότι αποκλείει τη μονομερή χρήση του σταθερού κόστους, η οποία συνήθως γίνεται όταν τα ζητήματα αντιμετωπίζονται λαμβάνοντας υπόψη μόνο το μοναδιαίο κόστος.

Τα μοναδιαία και τα οριακά κόστη είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν υπολογίζονται τα κόστη των στόχων της ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, εάν είναι γνωστό πόσο κοστίζει ημερησίως ένας νοσηλευτής με εκπαίδευση στην ψυχική υγεία, μπορεί να υπολογιστεί το κόστος της αύξησης του αριθμού τους.

3. Κατανομή του κοινού κόστους

Τα κόστη συχνά είναι κοινά σε δύο ή περισσότερες δραστηριότητες, οπότε προκύπτει το ερώτημα πώς θα γίνει η κατανομή του κόστους. Για παράδειγμα, μία κοινοτική ομάδα ψυχικής υγείας μπορεί να χρησιμοποιεί μία κλινική πρωτοβάθμιας φροντίδας για να βλέπει ασθενείς, οπότε τα κόστη συντήρησης του κτιρίου θα πρέπει να διαμοιράζονται με τον προϋπολογισμό της γενικής υγείας. Το τι είδους διακανονισμός θα γίνει για αυτό εξαρτάται από τις χρηματοδοτικές πρακτικές κάθε χώρας. Για παράδειγμα, ένα πρόγραμμα ψυχικής υγείας μπορεί να έχει ανεξάρτητο προϋπολογισμό για το προσωπικό και τα φάρμακα, αλλά με την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται οι εγκαταστά-

Το συνολικό κόστος οποιασδήποτε δραστηριότητας μπορεί να διαιρεθεί σε σταθερό και σε μεταβλητό κόστος

Το οριακό κόστος αναφέρεται σε μία επιπλέον μονάδα που προστίθεται στο υπάρχον επίπεδο δραστηριότητας

Πρέπει να αναπτυχθούν μέθοδοι κατανομής του κοινού κόστους μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των άλλων υπηρεσιών υγείας



σεις της γενικής υγείας, όπως οι κλινικές εξωτερικών ασθενών των γενικών νοσοκομείων. Σε άλλες χώρες οι προϋπολογισμοί της ψυχικής υγείας πρέπει να συνεισφέρουν στη συντήρηση και τα λοιπά κοινά κόστη. Αλλού πάλι μπορεί να μην υπάρχει ξεχωριστός προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία.

Οι μέθοδοι κατανομής του κοινού κόστους είναι οι εξής: 1) κατανομή του κόστους σύμφωνα με τη χρονική διάρκεια χρήσης μίας εγκατάστασης. 2) κατανομή του κόστους ανάλογα με τον προϋπολογισμό, για παράδειγμα εάν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν το 5% του συνολικού προϋπολογισμού της, τότε η ψυχική υγεία συνεισφέρει το 5% του κοινού κόστους.

Κύρια σημεία. 5η εργασία: Το κόστος των απαιτούμενων πόρων των υπηρεσιών.

- Όσοι διοικούν και σχεδιάζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να κοστολογούν τους πόρους των υπηρεσιών που έχουν θέσει ως στόχο κατά την 4η εργασία.
- Αυτό μπορεί να γίνει καθορίζοντας τους πόρους και τις δραστηριότητες των υπηρεσιών, εκτιμώντας αυτούς τους πόρους σε χρήμα και λαμβάνοντας υπόψη τα απρόβλεπτα και τον πληθωρισμό.
- Ορισμένοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την κοστολόγηση, περιλαμβανομένου του μοναδιαίου κόστους και του επιμερισμού του κοινού κόστους.



3ο βήμα. Καθορισμός των στόχων

1ο βήμα: Ανάλυση
της υπάρχουσας κατάστασης

2ο Βήμα: Εκτίμηση των αναγκών

4ο βήμα: Εφαρμογή

3ο Βήμα: Καθορισμός των στόχων

1η εργασία. Καθορισμός προτεραιοτήτων

Το επόμενο βήμα είναι η συλλογή των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν κατά την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης (1ο βήμα) και κατά την εκτίμηση των αναγκών (2ο βήμα) ώστε να τεθούν οι προτεραιότητες των υπηρεσιών. Αυτό θα γίνει κυρίως συγκρίνοντας τα δεδομένα που προέκυψαν από τις εργασίες κατά τα δύο πρώτα βήματα (Σχήμα 8). Όσοι σχεδιάζουν πρέπει να εστιάσουν τις προσπάθειές τους στην κάλυψη των κενών και των αναγκών που προκύπτουν, και μάλιστα ορισμένων από αυτές κατά προτεραιότητα, αφού πρώτα επιλεγούν οι πλέον επείγουσες (2η εργασία) και τεθούν στόχοι (3η εργασία).

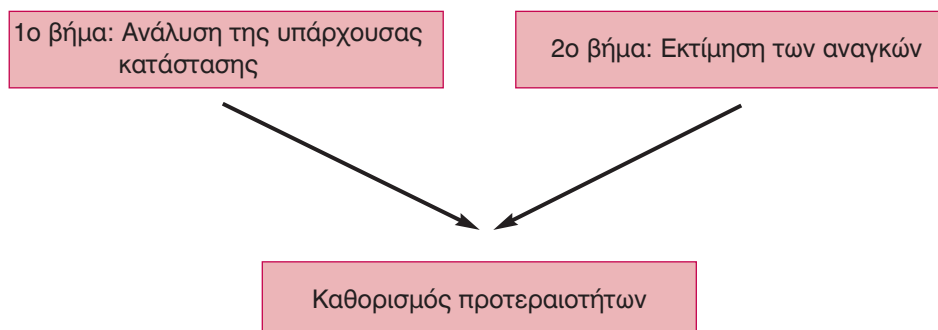
Οι προτεραιότητες μπορεί να έχουν ήδη τεθεί σε εθνικό επίπεδο και να έχουν ενσωματωθεί στην εθνική πολιτική ή να έχουν δοθεί οδηγίες, οι οποίες πρέπει να εφαρμοστούν σε τοπικό επίπεδο. Μεταξύ των κριτηρίων που προτείνονται για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων του σχεδιασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο είναι:

- το μέγεθος των προβλημάτων ψυχικής υγείας
- η βαρύτητα που δίδουν οι διάφοροι εμπλεκόμενοι στο πρόβλημα
- η σοβαρότητα των περιστατικών
- η δυνατότητα διαχείρισης του προβλήματος
- το κόστος

(Βλ. Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας)

Οι πληροφορίες που χρειάζονται για το σκοπό αυτό υπάρχουν στα βήματα 1 και 2, οπότε οι προτεραιότητες είναι δυνατό να τεθούν (Σχήμα 8).

Σχήμα 8. Συνδυασμός πληροφοριών ώστε να τεθούν οι προτεραιότητες



Η σύγκριση των στοιχείων από τα βήματα 1 και 2 οδηγεί όσους σχεδιάζουν στον καθορισμό των προτεραιοτήτων



Οι πληροφορίες από το 1ο βήμα για τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν στοιχεία για το πλαίσιο της φροντίδας της ψυχικής υγείας (ποιοτικές πληροφορίες), για τα επίπεδα χρηματοδότησης, για τους διαθέσιμους πόρους (κλίνες, προσωπικό, φάρμακα, εγκαταστάσεις) και για την υπάρχουσα χρήση ή ζήτηση των υπηρεσιών (αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών ετησίως, αριθμός εισαγωγών ετησίως).

Τα δεδομένα της εκτίμησης των αναγκών σε υπηρεσίες, που συγκεντρώνονται κατά το 2ο βήμα, καλύπτουν την κοστολόγηση του προβλεπόμενου επιπέδου των υπηρεσιών, την εκτίμηση των απαιτούμενων πόρων ψυχικής υγείας (κλίνες, προσωπικό, φάρμακα, εγκαταστάσεις), και την πρόβλεψη της χρήσης των υπηρεσιών (αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών ετησίως, αριθμός εισαγωγών ετησίως). Τα τοπικά συστήματα πληροφόρησης και τα διαθέσιμα δεδομένα καθορίζουν τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν για να γίνει αυτή η εκτίμηση των αναγκών.

Το 1ο βήμα συχνά αποκαλύπτει αποτυχίες εκπλήρωσης στόχων στις υπάρχουσες παροχές ψυχικής υγείας

Το 1ο βήμα συχνά αποκαλύπτει ορισμένες αποτυχίες εκπλήρωσης στόχων στις υπάρχουσες παροχές υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι αποτυχίες αυτές ποικίλουν από χώρα σε χώρα και εξαρτώνται από τη χρήση ή ζήτηση των υπηρεσιών. Στις χώρες υψηλού εισοδήματος η ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι μεγαλύτερη από ότι στις χώρες χαμηλού εισοδήματος. Στην Αυστραλία, για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι 38% του πληθυσμού προσφεύγει στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Commonwealth Department of Health and Family Services) και στη Χιλή το αντίστοιχο ποσοστό βρίσκεται μεταξύ του 10% και του 25% (Υπουργείο Υγείας, Χιλή, 2000) (Βλ. Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας). Οι διαφορές αυτές οφείλονται, τουλάχιστον εν μέρει, στην ανεπαρκή παρουσία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες και στη διαφορετική πολιτισμική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Το 2ο βήμα συνήθως υπερεκτιμά τη ζήτηση υπηρεσιών

Το 2ο βήμα παρέχει μία εκτίμηση των αναγκών σε υπηρεσίες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που αναφέρεται στο σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο επιπολασμός οδηγεί σε υπερεκτίμηση της μελλοντικής ζήτησης, ακόμη και στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι προσβάσιμες και μη δαπανηρές (Andrews et al., 2000).

Η επόμενη εργασία είναι η εξομάλυνση των διαφορών και ο καθορισμός προτεραιοτήτων για την ανάπτυξη των υπηρεσιών

Στο στάδιο αυτό, το κύριο έργο όσων αναλαμβάνουν το σχεδιασμό είναι η εξομάλυνση των διαφορών μεταξύ της σημερινής κατάστασης των υπηρεσιών και των εκτιμώμενων αναγκών. Κατά τη διαδικασία αυτή τα δεδομένα πρέπει να αναδείξουν τα σημεία των ανεκπλήρωτων αναγκών και, επομένως, να επιτρέψουν σε όσους σχεδιάζουν να θέσουν προτεραιότητες. Βάσει αυτών είναι δυνατόν να εξαχθούν συμπεράσματα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να γίνουν συστάσεις ως προς τους στόχους της αναπτυξιακής πορείας των υπηρεσιών (βλέπε το παράδειγμα που ακολουθεί).



Κύρια σημεία. 1η εργασία: Καθορισμός προτεραιοτήτων

- Βάσει των πληροφοριών από την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης (1ο βήμα) και της εκτίμησης των αναγκών (2ο βήμα), είναι δυνατόν να τεθούν προτεραιότητες για τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Η κύρια εργασία του σχεδιαστή κατ' αυτό το στάδιο είναι η διευθέτηση των διαφορών μεταξύ των υπάρχουσών υπηρεσιών και των εκτιμήσεων των αναγκών. Η σύγκριση των δεδομένων πρέπει να δίνει έμφαση στις πλέον επείγουσες προτεραιότητες των υπηρεσιών.
- Κατά την εργασία αυτή πρέπει να εφαρμοστούν κριτήρια ως προς τις προτεραιότητες των υπηρεσιών. Στα κριτήρια περιλαμβάνονται: το μέγεθος των προβλημάτων ψυχικής υγείας, η σοβαρότητα των περιστατικών, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή υποκειμενικά και αντικειμενικά, οι δυνατότητες παρέμβασης και τα κόστη.



Πίνακας 16. Σύγκριση των υπάρχουσών υπηρεσιών και των αναγκών

Δείκτης	Υπάρχουσες υπηρεσίες (1ο βήμα)	Ανάγκες (2ο βήμα)
Αναλογία κλινών / πληθυσμού 100.000 ατόμων	Οξέα περιστατικά: 13 Μακράς διαμονής: 35	Οξέα περιστατικά: 28 Μακράς διαμονής: 12
Αναλογία προσωπικού / πληθυσμού 100.000 ατόμων	Νοσηλευτές: 15,6 Σύνολο προσωπικού: 19,5	Νοσηλευτές: 33,6 Σύνολο προσωπικού: 47,2
Αναλογία προσωπικού / κλινών	Σύνολο: 0,25 νοσηλευτές*	Οξέα περιστατικά: 0,5 νοσηλευτές* Μακράς διαμονής: 0,3 νοσηλευτές
Αναλογία κοινοτικού / νοσοκομειακού προσωπικού	13%	33%
Επισκέψεις ασθενών ημερησίως ανά 100.000 άτομα	13+ 12 περιστατικά με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες που αντιμετωπίστηκαν από μη κυβερνητικές οργανώσεις = 25	93
Ποσοστό εισαγωγών ετησίως ανά 100.000 άτομα	150	223
Αναλογία χρήσης κοινοτικών/ νοσοκομειακών υπηρεσιών	8%	29%

* Ελλιπή στοιχεία λόγω της ανεπάρκειας της πληροφοριακών συστημάτων –ένας τομέας για δράση (βλ. γενικοί στόχοι και συστάσεις πιο κάτω).

Η σύγκριση αυτή μπορεί να οδηγήσει στα ακόλουθα συμπεράσματα αναφορικά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον τοπικό πληθυσμό 100.000 ατόμων.

1. Σε σύγκριση με τις ανάγκες, οι κλίνες μακράς διαμονής πλεονάζουν σε αντίθεση με τις κλίνες για τα οξέα περιστατικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι δίδεται υπερβολική έμφαση στην ιδρυματική φροντίδα. Αναδεικνύει επίσης την ανάγκη μεγαλύτερης ανάπτυξης της κοινοτικής φροντίδας με βελτιωμένες υπηρεσίες για εσωτερικούς ασθενείς με σύντομη νοσηλεία.
2. Οι γενικοί δείκτες της αναλογίας προσωπικού / πληθυσμού δείχνουν ότι σε σύγκριση με τις ανάγκες υπάρχει γενικότερη έλλειψη προσωπικού στην ψυχική υγεία.
3. Σύμφωνα με την αναλογία κοινοτικού / νοσοκομειακού προσωπικού, υπερβολικός αριθμός προσωπικού απασχολείται ακόμη στα νοσοκομεία ενώ υπάρχει ανάγκη να προσφέρουν υπηρεσίες στο κοινοτικό επίπεδο φροντίδας.
4. Το χαμηλό ποσοστό επισκέψεων ημερησίως μπορεί να αντικατοπτρίζει κακές διαγνωστικές πρακτικές αναφορικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, έλλειψη διαδικασιών παραπομπής, έλλειψη προσωπικού ή στίγμα (στο περιβάλλον της γενικής υγείας ή στην κοινότητα). Αυτό μπορεί να υποδηλώνει την ανάγκη εκπαίδευσης του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να είναι σε θέση να διαγιγνώσκει τα προβλήματα ψυχικής υγείας.
5. Όπως δείχνουν και οι αναλογίες κλινών / πληθυσμού, το χαμηλό ποσοστό εισαγωγών μπορεί να υποδηλώνει ότι οι ασθενείς παίρνουν εισιτήριο λιγότερο συχνά και νοσηλεύονται για μεγαλύτερο διάστημα από ότι είναι αναγκαίο.



6. Η αναλογία χρήσης κοινοτικών / νοσοκομειακών υπηρεσιών υποδηλώνει ότι οι ασθενείς τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τις νοσοκομειακές αντί τις κοινοτικές υπηρεσίες, ενώ οι πραγματικές ανάγκες είναι αντίστροφες.

Η επισκόπηση των υπάρχουσών υπηρεσιών μπορεί να δείχνει έλλειψη προσωπικού και στις νοσοκομειακές και στις κοινοτικές υπηρεσίες. Εντούτοις, μπορεί η ανάπτυξη της φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο να προωθηθεί κατά προτεραιότητα, ώστε να μειωθεί η ζήτηση κλινών, και να αναπτυχθεί πιο εύστοχη, αποτελεσματική και ανθρώπινη φροντίδα. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματικότητα των κοινοτικών υπηρεσιών συνηγορεί υπέρ αυτής της απόφασης (Knapp et al., 1994). Μία κατά προτεραιότητα ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτού του είδους συνεπάγεται τη δέσμευση πόρων για την εκπαίδευση και αύξηση κοινοτικού προσωπικού, το οποίο θα παρέχει υπηρεσίες ημέρας και θα εξυπηρετεί εξωτερικούς ασθενείς. Ο σκοπός της αύξησης του κοινοτικού προσωπικού είναι η επιτυχής αντιμετώπιση των ασθενών στην κοινότητα και, επομένως, η μείωση των εισαγωγών και της ζήτησης της νοσοκομειακής φροντίδας. Οι χώρες μπορεί να επιλέξουν να επανεπενδύσουν τους νοσοκομειακούς πόρους σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια προγράμματα κοινοτικής φροντίδας, όπως, π.χ., στην επανεκπαίδευση του προσωπικού. Η απόφαση αυτή μπορεί να ληφθεί βάσει των στοιχείων που συλλέχτηκαν κατά το 1ο βήμα, τα οποία αφορούν το τοπικό πολιτικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο.

Βάσει των συμπερασμάτων αυτών, προβάλλουν οι ακόλουθοι γενικοί στόχοι και συστάσεις ως προς τον καθορισμό προτεραιοτήτων για την ανάπτυξη των υπηρεσιών.

1. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μακράς διαμονής πρέπει να μειωθεί μέσα σε μία περίοδο πέντε ετών, και θα πρέπει να γίνει εκτίμηση κάθε ασθενούς μακράς διαμονής με την προοπτική της πιθανόν καλύτερης αντιμετώπισής του σε κοινοτικό πλαίσιο.
2. Η χρηματοδότηση πρέπει να αλλάξει κατεύθυνση και από τις νοσοκομειακές κλίνες μακράς διαμονής να αποδοθεί στην κοινοτική φροντίδα. Παράλληλα μπορεί να χρειαστεί επένδυση σε υπηρεσίες κατ' οίκον επισκέψεων των ασθενών και στην εκπαίδευση του προσωπικού. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης του προσωπικού της πρωτοβάθμιας γενικής φροντίδας υγείας στη διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε κλινικές και ανάπτυξης δευτεροβάθμιου προσωπικού ψυχικής υγείας για να στηρίξει την πρωτοβάθμια φροντίδα.
3. Πρέπει να επενδυθούν κεφάλαια σε νέες στεγαστικές κοινοτικές εγκαταστάσεις όπου θα παρέχεται κοινοτική φροντίδα.
4. Το έλλειμμα σε προσωπικό σε σύγκριση με τις ανάγκες πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα που συνηγορεί υπέρ της αύξησης της χρηματοδότησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τον προϋπολογισμό της γενικής υγείας.
5. Το πληροφοριακό σύστημα της ψυχικής υγείας πρέπει να βελτιωθεί, δεδομένων των ελλείψεων της πληροφόρησης για την αναλογία προσωπικού / κλινών, αναλυτικά ως προς τις κλίνες οξέων περιστατικών και μακράς νοσηλείας.



Όσοι σχεδιάζουν και διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη διάφορες παραμέτρους κατά την εκτίμηση των επιλογών που αφορούν την ανάπτυξη των υπηρεσιών

2η εργασία. Εκτίμηση των επιλογών

Αφού καθοριστούν οι ελλείψεις των υπηρεσιών, τεθούν μερικοί γενικοί στόχοι και γίνουν οι συστάσεις, οι υπεύθυνοι του τομέα της ψυχικής υγείας πρέπει να εκτιμήσουν τις επιλογές ως προς τις πλέον επείγουσες προτεραιότητες. Μερικές προτεραιότητες έχουν ήδη τεθεί. Ο σκοπός τώρα είναι να γίνουν οι τελικές επιλογές κρίνοντας εάν είναι εφικτές και οικονομικά πραγματοποιήσιμες.

Κατά την εκτίμηση των επιλογών που αφορούν την ανάπτυξη των υπηρεσιών είναι σκόπιμο να ληφθούν υπόψη τα εξής κριτήρια (Green, 1999).

1. Δυνατότητα εφαρμογής από τεχνική, διοικητική και νομική άποψη

Το πρώτο κριτήριο για την ανάπτυξη μίας υπηρεσίας ή προγράμματος είναι το εάν θα λειτουργήσει όπως αναμένεται. Για παράδειγμα, το προσωπικό έχει την αναγκαία εκπαίδευση για να λειτουργήσει την υπηρεσία; Εάν όχι, είναι εφικτό να εκπαιδευτεί το αναγκαίο προσωπικό; Υπάρχει επαρκής διοικητική και οικονομική εξειδίκευση στο υπουργείο υγείας για να φέρει εις πέρας το σχέδιο δράσης; Επιπλέον, η οποιαδήποτε δράση δεν πρέπει να συγκρούεται με τους νόμους της συγκεκριμένης χώρας. Για παράδειγμα, πρέπει να υπάρχει νομοθεσία με πρόβλεψη για τους κινδύνους ένταξης στην κοινότητα ποινικών ψυχιατρικών ασθενών στην περίπτωση που πάρουν εξιτήριο από το ίδρυμα στο οποίο βρίσκονται.

2. Ύπαρξη χρηματοδότησης και πόρων

Η ανάπτυξη μίας υπηρεσίας ή προγράμματος ψυχικής υγείας είναι δυνατή μόνο αν υπάρχουν οικονομικοί πόροι, ώστε να χρηματοδοτηθεί. Κατά την εκτίμηση των επιλογών πρέπει να ληφθεί υπόψη η ύπαρξη ή μη χρηματοδότησης και πόρων του τομέα ψυχικής υγείας, όπως των εγκαταστάσεων, του προσωπικού και των φαρμάκων.

Οι επιλογές πρέπει να κοστολογηθούν, πράγμα που είναι δυνατό να γίνει βάσει των μεθόδων που παρουσιάστηκαν στο 2ο βήμα. Εάν απαιτείται μία συγκριτική οικονομική αξιολόγηση του κόστους δράσης των υπηρεσιών ως προς τις εκβάσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι όπως η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, όπως περιγράφεται στην 3η εργασία του 4ου βήματος.

3. Μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα

Οι δραστηριότητες μπορεί να είναι αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμα, αλλά να μην είναι βιώσιμες μακροπρόθεσμα. Επομένως, κατά το σχεδιασμό της ανάπτυξης μίας συγκεκριμένης υπηρεσίας, οι διοικούντες τον τομέα ψυχικής υγείας πρέπει να εκτιμούν το εάν είναι βιώσιμη. Για παράδειγμα, εάν η χρηματοδότησή της στηρίζεται σε διεθνείς παράγοντες, πρέπει να διερευνάται εάν αυτή θα συνεχιστεί μακροπρόθεσμα.

4. Αποδοχή

Προκειμένου να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα πρέπει να είναι αποδεκτό από την κοινότητα και τους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, οι οποίοι θα κληθούν να το εφαρμόσουν. Επομένως, η διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους είναι απαραίτητη κατά τη διαδικασία της εκτίμησης των επιλογών που αφορούν την ανάπτυξη των υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η μετακίνηση του προσωπικού από τη νοσοκομειακή φροντίδα προς την κοινοτική εξαρτάται, τουλάχιστον εν μέρει, από την προθυμία του προσωπικού να συμμετέχει στις αλλαγές και να αποκτήσει νέες δεξιότητες.

5. Έμμεσες επιδράσεις

Οι έμμεσες επιδράσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή ενός σχεδίου πρέπει να λαμβ



βάνονται υπόψη επίσης. Για παράδειγμα, εάν, βάσει του σχεδίου, η οικογένεια θα αναλαμβάνει το βάρος της φροντίδας ασθενών με σοβαρές ψυχιατρικές νόσους, τι επακόλουθα θα έχει αυτό στο οικογενειακό εισόδημα;

6. Επιδράσεις στην ισότιμη πρόσβαση και ισόρροπη κατανομή των πόρων

Πρέπει να εξετάζεται τι επιδράσεις θα έχει μία συγκεκριμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στην ισότιμη πρόσβαση και την ισόρροπη κατανομή των πόρων των υπηρεσιών αυτών. Για παράδειγμα, εάν πρόκειται να αυξηθούν οι άμεσες πληρωμές των χρηστών για να επιτευχθεί επαρκής χρηματοδότηση των υπηρεσιών, αυτό θα εμποδίσει την πρόσβαση των φτωχότερων μελών της κοινότητας στις υπηρεσίες υγείας;

7. Μετάβαση από τα πιλοτικά προγράμματα σε υπηρεσίες εν λειτουργία

Τα προγράμματα συχνά αναπτύσσονται πρώτα σε πιλοτική μορφή πριν εφαρμοστούν στις υπηρεσίες μίας περιφέρειας. Αυτό είναι ένα χρήσιμο και αναγκαίο βήμα, αλλά η αξιολόγηση των εκβάσεων ενός πιλοτικού προγράμματος πρέπει να γίνει με προσοχή. Ότι είναι πραγματοποιήσιμο, οικονομικά εφικτό, αποδεκτό και αποδοτικό στο επίπεδο του πιλοτικού προγράμματος, μπορεί να μην είναι το ίδιο σε μεγαλύτερη κλίμακα. Πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά όλοι οι παράγοντες που κατοχυρώνουν την επιτυχία ενός πιλοτικού προγράμματος (όπως τα κίνητρα του προσωπικού), ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση του κατά πόσο είναι εφικτή η εφαρμογή του σε μεγαλύτερη κλίμακα.

8. Κριτήρια του τομέα γενικής υγείας για την εκτίμηση των επιλογών

Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε κριτήρια ή καταλόγους ελέγχου που ήδη εφαρμόζονται στον τομέα της γενικής υγείας, για να εκτιμήσουν μία επιλογή για την ανάπτυξη των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αυτά ποικίλουν από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τις τοπικές διαδικασίες και συνθήκες.

9. Ανάθεση της παροχής υπηρεσιών με σύμβαση

Οι διοικούντες τις υπηρεσίες μπορεί να επιλέξουν σε αυτό το στάδιο την ανάθεση της παροχής ορισμένων υπηρεσιών με σύμβαση. Ο παροχέας μπορεί να είναι ιδιώτης που αναλαμβάνει μία επί μέρους υπηρεσία, π.χ. μία ψυχιατρική μονάδα εσωτερικών ασθενών. Επίσης, μπορεί να αναλαμβάνει μονάδες μέσα στο δημόσιο τομέα, που παρέχουν ορισμένες υπηρεσίες και διαχειρίζονται το δικό τους προϋπολογισμό. Βλέπε το εγχειρίδιο Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας για περισσότερες λεπτομέρειες.

Οι διοικούντες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να χρειαστεί να διερευνήσουν τις δυνατότητες ανάθεσης παροχής υπηρεσιών με συμβάσεις

Κύρια σημεία. 2η εργασία: Εκτίμηση των επιλογών

— Όσοι σχεδιάζουν και διευθύνουν τις υπηρεσίες πρέπει να εκτιμήσουν τις υπάρχουσες επιλογές που αφορούν στις πλέον επείγουσες προτεραιότητες.

— Τα κριτήρια βάσει των οποίων θα γίνουν οι επιλογές για την ανάπτυξη υπηρεσιών περιλαμβάνουν: το κατά πόσο είναι πραγματοποιήσιμες από τεχνική, διοικητική και νομική άποψη, το εάν υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι και χρηματοδότηση, τη βιωσιμότητα και αποδοχή των υπηρεσιών, την ισότιμη και ισόρροπη κατανομή τους, τη δυνατότητα μετάβασης από ένα πιλοτικό πρόγραμμα σε μια λειτουργούσα υπηρεσία, τις έμμεσες επιδράσεις και κριτήρια του τομέα της γενικής υγείας για την εκτίμηση των επιλογών.

— Οι διοικούντες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να χρειαστεί να διερευνήσουν τις δυνατότητες ανάθεσης παροχής υπηρεσιών με συμβάσεις.



2η εργασία. Παράδειγμα: Εκτίμηση επιλογών

Στον Πίνακα 17 παρατίθενται τα συμπεράσματα του παραδείγματος της 1ης εργασίας και εκτιμώνται ανάλογα με το κατά πόσο πληρούν τα κριτήρια. Η πλήρωση, η μη πλήρωση και η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης ενός εκάστου από τα κριτήρια, εμφανίζονται από τα σημεία ✓, X, ? αντίστοιχα.

Πίνακας 17. Εκτίμηση επιλογών

Επιλογές	Δυνατότητα εφαρμογής	Ύπαρξη οικονομικών πόρων	Μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα	Αποδοχή
1. Μείωση κλινών μακρόχρονης παραμονής, εξιτήρια στους ασθενείς	✓	✓	✓	?
2. Ανακατανομή της χρηματοδότησης από κλίνες μακράς διαμονής προς την κοινότητα (περιλαμβανομένης της εκπαίδευσης)	✓	✓	✓	✓
3. Νέα χρηματοδότηση της κοινοτικής φροντίδας	✓	?	✓	✓
4. Κίνητρα χρηματοδότησης από τη γενική υγεία	✓	X	?	X
5. Βελτίωση του πληροφοριακού συστήματος	✓	✓	✓	✓

Τα συμπεράσματα στον πίνακα δείχνουν ότι οι επιλογές 2 και 5 είναι ώριμες και ότι οι 1 και 3 παρουσιάζουν ζητήματα που απαιτούν διευκρίνιση, ενώ η επιλογή 4 αντιμετωπίζει συγκεκριμένα προβλήματα. Το εάν θα υιοθετηθεί η επιλογή 2 εξαρτάται από την επιλογή 1, τουλάχιστον εν μέρει. Στην επόμενη εργασία (Καθορισμός στόχων) εξετάζονται οι πρακτικές λεπτομέρειες ως προς τη χρονική στιγμή της εφαρμογής των επιλογών αυτών.



Έμμεσα αποτελέσματα	Ισότιμη πρόσβαση, ισόρροπη κατανομή	Πιλοτικό πρόγραμμα έως ευρεία εφαρμογή	Τομέας γενικής υγείας
?	✓	?	✓
✓	✓	?	✓
✓	✓	✓	✓
?	?	✓	X
✓	✓	✓	✓



Ο καθορισμός των στόχων για την παροχή υπηρεσιών είναι δυνατό να γίνει βάσει της εκτίμησης των επιλογών

3η εργασία. Καθορισμός των στόχων

Η στόχευση ή η τελική επιλογή των προς παροχή υπηρεσιών είναι δυνατόν να γίνει βάσει της εκτίμησης των επιλογών που έγινε στην προηγούμενη εργασία. Οι στόχοι πρέπει να ενταχθούν σε χρονοδιαγράμματα και να χαρακτηρισθούν ως:

- βραχυπρόθεσμοι στόχοι
- μακροπρόθεσμοι στόχοι

Μερικοί από τους στόχους μπορεί να είναι και οι εξής:

- 1) νέες λειτουργίες των υπηρεσιών και οι αναγκαίες εγκαταστάσεις
- 2) επέκταση των δυνατοτήτων των υπάρχουσών υπηρεσιών
- 3) αποεπένδυση από υπηρεσίες χαμηλής προτεραιότητας
- 4) προώθηση της συλλογής νέων στοιχείων, αναγκών για τον επόμενο κύκλο σχεδιασμού.
(Thornicroft & Tansella, 1999)

Ο καθορισμός των στόχων πρέπει να εξειδικεύει τα σχέδια παροχής υπηρεσιών, να εκτιμά λεπτομερώς τα αναμενόμενα κόστη, να καταγράφει τις δράσεις και το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής. Το πόσο λεπτομερειακός θα είναι εξαρτάται από τη χρονική εγγύτητα της εφαρμογής, όπως εκτίθεται στο κυλιόμενο πρόγραμμα (βλ. Εισαγωγή). Για παράδειγμα, οι πλέον μακροπρόθεσμοι στόχοι περιγράφονται με λιγότερες λεπτομέρειες από τους βραχυπρόθεσμους.

Έκθεση του σχεδίου

Αναγκαία κατάληξη της διαδικασίας σχεδιασμού, εκτός του προϋπολογισμού της ψυχικής υγείας, είναι και η συγγραφή μίας έκθεσης του σχεδίου. Δεδομένου του καθορισμού των στόχων, είναι πλέον δυνατή η συγκρότηση ενός σχεδίου δράσης, το οποίο μπορεί να συμπεριλαμβάνει:

- Στοιχεία για την υπάρχουσα κατάσταση (συμπεράσματα του 1ου βήματος) και εκτίμηση των αναγκών (2ο βήμα)
- Στόχους των υπηρεσιών
- Στρατηγικές και χρονοδιάγραμμα εφαρμογής
- Προϋπολογισμό

Το σχέδιο αυτό πρέπει να εντάσσεται στο γενικότερο σχεδιασμό της ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. (Βλ. Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας). Πρέπει επίσης να εντάσσεται στο τοπικό ή περιφερειακό σχεδιασμό της γενικής υγείας. Για παράδειγμα, το σχέδιο δράσης ψυχικής υγείας μπορεί να είναι ένα κεφάλαιο της έκθεσης που καταρτίζει η περιφερειακή υπηρεσία γενικής υγείας. Έτσι, η συνέπεια μεταξύ των περιφερειακών και των εθνικών στόχων προσδίδει πρόσθετο κύρος στις προτάσεις.

Περισσότερες λεπτομέρειες για την εφαρμογή υπάρχουν στο 4ο βήμα.



Κύρια σημεία. 3η εργασία. Καθορισμός των στόχων

- Βάση των εκτιμήσεων των επιλογών, οι στόχοι μπορούν να καταλήξουν σε εξειδικευμένα σχέδια δράσης παροχής υπηρεσιών, με λεπτομέρειες για τα αναμενόμενα κόστη, τις δράσεις και το χρονοδιάγραμμα της εφαρμογής.
- Οι στόχοι πρέπει να εντάσσονται σε ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, και είναι δυνατό να περιλαμβάνουν: νέες λειτουργίες και τις αναγκαίες εγκαταστάσεις, επέκταση των υπάρχουσών υπηρεσιών, συρρίκνωση υπηρεσιών χαμηλής προτεραιότητας, συλλογή νέων στοιχείων τα οποία είναι απαραίτητα για την εξέλιξη του νέου σχεδιαστικού κύκλου.
- Πρέπει να συνταχθεί μια έκθεση με τα βασικά σημεία του σχεδιασμού για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που θα καλύπτει τη βάση, τους στόχους, τις στρατηγικές και το χρονοδιάγραμμα της εφαρμογής, και τον προϋπολογισμό.
- Πρέπει να δημιουργηθούν δεσμοί με τα εθνικά σχέδια ψυχικής υγείας και τα περιφερειακά σχέδια γενικής υγείας.



3η εργασία. Παράδειγμα: Καθορισμός των στόχων

Με βάση την εκτίμηση των πέντε επιλογών που ήδη έγινε, πρέπει να τεθούν οι στόχοι κατά προτεραιότητα. Μολονότι η δεύτερη επιλογή φαίνεται καλύτερη (ανακατανομή της χρηματοδότησης από τις νοσοκομειακές κλίνες μακράς διαμονής σε υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας), η έναρξή της εξαρτάται από την πρώτη επιλογή (μείωση των κλινών μακράς διαμονής κατά τη διάρκεια πέντε ετών και αποϊδρυματισμός). Χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός αφού οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι που θα εξοικονομηθούν από τη μείωση των κλινών μακράς διαμονής θα είναι ελάχιστοι, δεδομένου ότι εξυπηρετούνται από μικρό αριθμό προσωπικού.

Εξειδικευμένοι στόχοι των **επιλογών 1 και 2** μπορεί να είναι και οι εξής:

1. Βραχυπρόθεσμοι στόχοι (πρώτο και δεύτερο έτος)

- Αποδοχή του προϋπολογισμού για την πρώτη επιλογή (περιλαμβάνονται τα διπλά κόστη λειτουργίας και των νοσοκομειακών και των κοινοτικών υπηρεσιών, πράγμα που σημαίνει ότι χρειάζεται επιπλέον χρηματοδότηση για να λειτουργήσουν οι κοινοτικές υπηρεσίες. (επιλογή 3)).
- Εκτίμηση κάθε ασθενούς μακράς διαμονής, του οποίου την παρακολούθηση θα αναλαμβάνουν οι κοινοτικές υπηρεσίες αφού λάβει εξιτήριο.
- Έναρξη εκπαίδευσης του κοινοτικού προσωπικού, το οποίο θα αναλαμβάνει την αποκατάσταση, όπως και προγράμματα φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο.
- Έναρξη εκπαίδευσης και κατάρτισης των οικογενειών, ώστε να είναι σε θέση να φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές.

2. Μεσοπρόθεσμοι στόχοι (τρίτο έως πέμπτο έτος)

- Διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι που αποδεσμεύονται από κλίνες μακράς διαμονής χρησιμοποιούνται για ανάπτυξη κλινών οξέων περιστατικών (δηλαδή έναρξη δεύτερης επιλογής).
- Περαιτέρω ανάπτυξη αποκατάστασης σε κοινοτικό επίπεδο και στήριξη του προσωπικού
- Ενδυνάμωση των δεσμών με οικογένειες, κοινοτικές οργανώσεις στήριξης και παραδοσιακούς θεραπευτές για την ανάπτυξη κοινοτικών πόρων χαμηλού κόστους.

Καθώς το έργο προχωράει προς την επίτευξη των στόχων των επιλογών 1 και 2, ίσως υπάρξει ανάγκη να **επανυπολογιστούν** τα κόστη και να επανεξεταστούν τα σχέδια δράσης υπό το φως νέων εξελίξεων, εμποδίων και επιτυχιών. Ο καθορισμός και η προσαρμογή των στόχων σπάνια είναι απλή διαδικασία. Συνήθως απαιτεί ευκαμψία και προσαρμοστικότητα εκ μέρους των διοικούντων και των παροχών υπηρεσιών γενικά.

4ο βήμα: Εφαρμογή

1ο βήμα: Ανάλυση
της υπάρχουσας κατάστασης

2ο βήμα: Εκτίμηση των αναγκών

4ο Βήμα: Εφαρμογή

3ο βήμα: Καθορισμός των στόχων



1η εργασία. Διαχείριση του προϋπολογισμού

Η επόμενη εργασία είναι η υλοποίηση των μακροπρόθεσμων στόχων υπό τη μορφή ετήσιων προϋπολογισμών. Εστιάζει στον οικονομικό προγραμματισμό του δημόσιου τομέα. Συζήτηση σχετικά με την ανάθεση παροχής υπηρεσιών με συμβάσεις γίνεται στο εγχειρίδιο *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας*.

Η προϋπολογιστική διαδικασία

Τα επόμενα στάδια της ετήσιας προϋπολογιστικής διαδικασίας οικονομικού προγραμματισμού αναφέρονται στη διαχείριση ενός προστατευμένου προϋπολογισμού ψυχικής υγείας. Μερικά στοιχεία της χρηματοδότησης της ψυχικής υγείας είναι ενσωματωμένα στη χρηματοδότηση της γενικής υγείας. Ένα πιθανό χρονοδιάγραμμα των σταδίων του ετήσιου προϋπολογισμού παρουσιάζεται στον Πίνακα 18, στον οποίο χρησιμοποιείται ένα αναλυτικό μοντέλο ως παράδειγμα. Κάθε χώρα πρέπει να δημιουργεί το δικό της προϋπολογιστικό κύκλο, σύμφωνα με τις οικονομικές δομές της και την οργάνωση των υπηρεσιών της.

Πίνακας 18. Παράδειγμα: Ετήσιος κύκλος του προϋπολογισμού

Μήνας Δραστηριότητα

- 1 Το οικονομικό έτος αρχίζει.
- 5 Το υπουργείο υγείας λαμβάνει τον προσωρινό προϋπολογισμό του επόμενου έτους από την κεντρική κυβέρνηση, καθώς και τις τυχούσες προϋποθέσεις ή ειδικούς περιορισμούς.
- 6 Το υπουργείο υγείας ενημερώνει τις περιφέρειες^a για τους διαθέσιμους πόρους βάσει του προϋπολογισμού του.
- 7 Οι περιφέρειες ενημερώνουν επίσης γενικά τις τοπικές διευθύνσεις.
- 8> Όσοι διαχειρίζονται προϋπολογισμούς (π.χ. διοικητές υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αναπτύσσουν και επιστρέφουν προτάσεις με
 - επισκόπηση των στόχων των υπηρεσιών που συμπίπτουν με το σχέδιο δράσης
 - απολογιστικές δαπάνες του προηγούμενου έτους
 - προϋπολογισμένες δαπάνες του τρέχοντος έτους
 - λόγους για την υπέρβαση ή μη απορόφηση του προϋπολογισμού
 - προτάσεις για τον προϋπολογισμό του επόμενου έτους, κοστολογημένες και που δείχνουν πώς θα εκπληρώσουν τους στόχους των υπηρεσιών.
- 8 Οι προϋπολογισμοί προστίθενται και εναρμονίζονται σε τοπικό επίπεδο και κατόπιν στο υπουργείο.
- 9 Γίνονται προσαρμογές ώστε:
 - να αντικατοπτρίζουν την εθνική πολιτική
 - να μην επαναλαμβάνουν άλλες προτάσεις
 - να δείχνουν ότι λαμβάνουν υπόψη τιθέντες περιορισμούς
 - να συμφωνούν με τις κατανομές της κεντρικής κυβέρνησης^b
- 9> Συζητήσεις με την κεντρική κυβέρνηση^b
- 10 Συμφωνούνται προσαρμογές με τους διοικητές των υπηρεσιών (της ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένων)
- 11 Ανεπίσημη έγκριση
- 12 Κυβερνητική έγκριση του προϋπολογισμού
- 13 Οι προϋπολογισμοί παραδίδονται στους διαχειριστές τους

α. Η οργάνωση και η διοικητική διαίρεση ποικίλει από χώρα σε χώρα

β. ή στο επομένως προηγούμενο διοικητικό επίπεδο όπου αυτό υπάρχει.

> Σημεία όπου οι τοπικοί διοικητές ψυχικής υγείας απαιτείται να αναλάβουν συγκεκριμένη δράση.

Πηγή: προσαρμοσμένο από τον Green, 1999.

Η επόμενη εργασία είναι η υλοποίηση των μακροπρόθεσμων στόχων υπό τη μορφή ετήσιων προϋπολογισμών

Οι χώρες πρέπει να προσαρμόσουν τις λεπτομέρειες του οικονομικού προγραμματισμού σύμφωνα με τις πρακτικές τους



Η επανεξέταση του προηγούμενου προϋπολογισμού είναι το πρώτο στάδιο του ετήσιου οικονομικού προγραμματισμού

Οι στόχοι των υπηρεσιών πρέπει να επισκοπούνται και να υιοθετούνται ως στοιχεία του οικονομικού προγραμματισμού του επόμενου έτους

Η κεντρική κυβέρνηση πρέπει να παρέχει πληροφόρηση σχετικά με το πιθανό επίπεδο του επόμενου προϋπολογισμού

Οι διαπραγματεύσεις για τον προϋπολογισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι βασικό βήμα του οικονομικού προγραμματισμού για τους διοικητές της ψυχικής υγείας

1. Επανεξέταση του προϋπολογισμού του προηγούμενου έτους

Το πρώτο στάδιο της διαδικασίας του ετήσιου οικονομικού προγραμματισμού περιλαμβάνει την επανεξέταση του προϋπολογισμού του προηγούμενου έτους. Η επανεξέταση αυτή γίνεται συνήθως πριν το τέλος του οικονομικού έτους και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του οικονομικού προγραμματισμού. Η επανεξέταση πρέπει να εξετάσει τα επίπεδα των δαπανών όλων των πλευρών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το εάν οι δαπάνες υλοποιούν τους στόχους που είχαν τεθεί και αφορούσαν την παροχή υπηρεσιών.

Επομένως, η επανεξέταση προσφέρει μία ευκαιρία εκτίμησης του επόμενου έτους υπό το φως του κατά πόσον επιτεύχθηκαν οι στόχοι του προηγούμενου προϋπολογισμού. Αυτό επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό ανάλογα με 1) τη σαφήνεια των δεικτών που αξιολογούν την επίτευξη των στόχων της προηγούμενης διαχειριστικής περιόδου, 2) την αλλαγή ή όχι του χρηματοδοτικού συστήματος, και 3) την ακρίβεια των διαθέσιμων πληροφοριών. Ορισμένα βασικά ζητήματα είναι τα εξής.

- Οι δαπάνες του τρέχοντος έτους θα υπερβαίνουν ή θα υπολείπονται των προϋπολογισμένων; Εάν ναι, γιατί;
- Οι στόχοι των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκπληρώνονται; Εάν όχι, αυτό οφείλεται στον προϋπολογισμό, σε εξωτερικούς παράγοντες ή σε κακή διαχείριση; (Green, 1999).

2. Επισκόπηση των στόχων των υπηρεσιών

Οι στόχοι των υπηρεσιών (όπως αναπτύχθηκαν στο 3ο βήμα) πρέπει να ελεγχθούν και να ενσωματωθούν στον οικονομικό προγραμματισμό του επόμενου έτους. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να γίνουν λεπτομερείς ετήσιοι προϋπολογισμοί, ενώ προηγουμένως στο κυλιόμενο πρόγραμμα ήταν γενικοί.

3. Οδηγίες από την κεντρική κυβέρνηση ως προς το ύψος των διαθέσιμων πόρων

Είναι σκόπιμο η κεντρική κυβέρνηση και τα σχετικά υπουργεία να καθορίσουν το πιθανό επίπεδο του προϋπολογισμού του τομέα υγείας γενικά και του τομέα ψυχικής υγείας ειδικότερα, εφόσον αυτός είναι χωριστός. Η κίνηση αυτή καλό είναι να γίνεται σε ένα σχετικά πρώιμο στάδιο του οικονομικού προγραμματισμού. Εάν αυτό δε συμβαίνει, πρέπει να γίνεται μία πρόβλεψη του πιθανού ανώτατου ποσού σε τοπικό επίπεδο. Έτσι, είναι δυνατόν να τίθενται ορισμένα όρια στις δαπάνες διαφόρων τομέων εξ αρχής, όπως π.χ. στο ποιο είναι το όριο δαπανών για τους ανθρώπινους πόρους. Είναι επίσης σκόπιμο τα υπουργεία να παρέχουν στοιχεία για το πιθανό ποσοστό του πληθωρισμού και του πώς θα πρέπει να περιλαμβάνεται ο αντίκτυπός του στον οικονομικό προγραμματισμό.

Βάσει του πιθανού επιπέδου χρηματοδότησης, το υπουργείο υγείας καθορίζει την περιφερειακή και τοπική χρηματοδότηση. Η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνεται σύμφωνα με ένα συνδυασμό χρηματοδοτικών πρακτικών και ανάλογα με την αξιολόγηση των τοπικών αναγκών. (Βλ. *Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας*).

4. Συζητήσεις και διαπραγματεύσεις σε διάφορα επίπεδα

Στο επόμενο στάδιο πρέπει να γίνουν διαπραγματεύσεις μεταξύ των διοικητών των διαφόρων υπηρεσιών για τα ποσά του κάθε προϋπολογισμού. Για να είναι οι διαπραγματεύσεις αποτελεσματικές, οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρί-



ζουν με σαφήνεια τι χρειάζονται για την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι διαπραγματεύσεις για τη σχέση μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα σημαντικές, όπως και μεταξύ όσων ελέγχουν τη ροή των οικονομικών πόρων, διότι, για παράδειγμα, η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να μην έχει ιδιαίτερο προϋπολογισμό για δράσεις ψυχικής υγείας, αλλά έχει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα ασθενών στην κοινότητα. Πολύ σημαντικοί είναι οι προϋπολογισμοί για την κατάρτιση των εργαζόμενων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Οι προτάσεις που γίνονται πρέπει να συμφωνούν με τους στόχους των υπηρεσιών και να τους προωθούν. Έτσι η διαδικασία του οικονομικού προϋπολογισμού συνδέεται στενά με τη διαδικασία του σχεδιασμού. Ακολουθούν τέσσερα κύρια στοιχεία αυτών των προτάσεων (Green, 1999).

- ▶ Μια περιγραφή των αλλαγών των υπηρεσιών (π.χ. ανάπτυξη των ικανοτήτων των εργαζομένων στον κοινοτικό τομέα της ψυχικής υγείας) και των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων που θα έχουν οι αλλαγές αυτές στους στόχους των υπηρεσιών.
- ▶ Οι επιπτώσεις ως προς τους ανθρώπινους πόρους (π.χ. ανάγκη απασχόλησης περισσότερων νοσηλευτών).
- ▶ Οι επιπτώσεις στις περιοδικές δαπάνες (π.χ. η απασχόληση επιπλέον νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει αύξηση των περιοδικών δαπανών ως προς τους ανθρώπινους πόρους).
- ▶ Οι επιπτώσεις στον κεφαλαιουχικό ή αναπτυξιακό προϋπολογισμό (π.χ. το κλείσιμο μιας πτέρυγας ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου και η οργάνωση μιας προστατευμένης κατοικίας στην κοινότητα σχετίζεται με το πρόγραμμα επενδύσεων).

Πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι είναι δυνατόν να επιτευχθούν σημαντικές αλλαγές όχι μόνο μέσω της αύξησης των πόρων, αλλά και μέσω της καλύτερης χρήσης των υπάρχοντων πόρων. Η προϋπολογιστική διαδικασία επιτρέπει την εξυπηρέτηση αυτών των στόχων.

5. Συμφωνία για το προσχέδιο του προϋπολογισμού

Μετά από συζητήσεις με τους διοικητές υπηρεσιών είναι εφικτή μια προσωρινή συμφωνία επί του προϋπολογισμού. Ο προϋπολογισμός πρέπει να ακολουθεί στενά την κατευθυντήρια γραμμή της κεντρικής κυβέρνησης. Η ελαστικότητα της διαπραγματευτικής διαδικασίας ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα.

6. Η έγκριση του τελικού προϋπολογισμού από την κεντρική κυβέρνηση

Η έγκριση του προϋπολογισμού από την κεντρική κυβέρνηση και τον πολιτικό προϊστάμενο του τομέα είναι το τελικό στάδιο όλης της διαδικασίας. Μετά από αυτό το βήμα, όσοι διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό έχουν το δικαίωμα να δαπανούν σύμφωνα με τις προβλέψεις του προϋπολογισμού.



1η εργασία. Παράδειγμα: Η προϋπολογιστική διαδικασία

Οι προηγούμενοι βραχυπρόθεσμοι στόχοι πρέπει να κοστολογηθούν και να εγκριθούν οι σχετικές δαπάνες.

Επιπτώσεις στον προϋπολογισμό της πρώτης επιλογής (πρώτο έτος):

- Περιοδικές δαπάνες της παράλληλης λειτουργίας νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών (δαπάνες που καταγράφονται στους προηγούμενους προϋπολογισμούς και στις κοστολογήσεις των αναγκών των υπηρεσιών στην 5η εργασία του 2ου βήματος).
- Κεφαλαιουχικό κόστος ίδρυσης μιας προστατευμένης κατοικίας στην κοινότητα με το προσωπικό που τη συνοδεύει.
- Κόστος για την κλινική εργασία που απαιτείται για ατομική αξιολόγηση ασθενών μακράς διαμονής πριν λάβουν εξιτήριο και ενταχθούν στην κοινότητα.
- Κόστος κατάρτισης κοινοτικού προσωπικού.
- Κόστος εκπαίδευσης των εκπαιδευτών.

Τα κόστη αυτά πρέπει να καταγραφούν και να παρουσιαστούν προς διαπραγμάτευση προκειμένου να ενταχθούν στον προϋπολογισμό, σε συνεννόηση με την κεντρική κυβέρνηση ως προς τους διαθέσιμους πόρους. Σε αυτό το στάδιο έχουν μεγάλη σημασία οι πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί προηγουμένως κατά τον κύκλο του σχεδιασμού, π.χ. σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για τον προϋπολογισμό της ψυχικής υγείας και ποιος λαμβάνει τις αποφάσεις. Τελικά, ο προϋπολογισμός που εγκρίνεται από την κυβέρνηση για το επόμενο οικονομικό έτος είναι ένας συμβιβασμός μεταξύ των συμφερόντων των διαφόρων μερών που εμπλέκονται στη διαπραγμάτευση και των περιορισμών που επιβάλλει η δημοσιονομική πολιτική.



Οικονομική διαχείριση και λογιστική

Εφόσον οι προϋπολογισμοί εγκριθούν, πρέπει να υπάρχουν συστήματα παρακολούθησης μέσω των οποίων οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα ενημερώνονται καθ' όλη τη διάρκεια του οικονομικού έτους (Green, 1999). Θα πρέπει να υπάρχει πληροφόρηση σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση και την πιθανή κατάληξη του ισολογισμού. Η πληροφόρηση αυτή είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό και διαχείριση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η ακρίβεια της παρακολούθησης εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες.

- Την κατανόηση του τρόπου που θα δαπανηθούν τα εγκεκριμένα ποσά κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους.
- Το λογιστικό σύστημα, το οποίο παρέχει πληροφορίες για το ποσό που δαπανήθηκε ή είναι δεσμευμένο για να δαπανηθεί. Υπάρχουν τρία βασικά λογιστικά συστήματα: η ταμειακή λογιστική, η λογιστική βάσει αιτήσεων και υποχρεώσεων και η δεσμευτική λογιστική. Η διαφορά των συστημάτων αυτών έγκειται στο σε ποιο χρονικό σημείο καταγράφεται στο σύστημα μια απόφαση προκειμένου να γίνει μια δαπάνη (Green, 1999), π.χ. καταγράφεται τη στιγμή της εκταμίευσης ή τη στιγμή της παραγγελίας.

Οι περιοδικές αναφορές για την πορεία του προϋπολογισμού, όπως αυτές που υπάρχουν στον Πίνακα 19, είναι ένας τρόπος παρακολούθησης των δαπανών. Επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ των πραγματικών δαπανών ή των δεσμεύσεων για δαπάνες και των προσδοκώμενων δαπανών στο τέλος κάθε μήνα. Υπό την απλούστερη μορφή τους οι αναφορές αυτές λαμβάνουν ως δεδομένο ότι οι δαπάνες διαμοιράζονται εξίσου στους 12 μήνες του έτους. Για παράδειγμα, θεωρούν ότι το 25% του προϋπολογισμού θα έχει δαπανηθεί στο τέλος του τρίτου μήνα. Στην πραγματικότητα αυτό είναι απίθανο για τους ακόλουθους λόγους: Πρώτον, μπορεί να υπάρχουν μεγαλύτερες του μέσου όρου δαπάνες στην αρχή του έτους. Και δεύτερον, ο εξοπλισμός συχνά δεν είναι δυνατόν να χρεωθεί τμηματικά (Green, 1999). Εάν είναι προβλέψιμη η κατανομή των δαπανών χρονικά, είναι δυνατόν να ενσωματωθεί μια πιο ακριβής περιγραφή της στο σύστημα παρακολούθησης.

Η ύπαρξη αποτελεσματικών λογιστικών συστημάτων είναι ουσιώδους προκειμένου να παρακολουθείται συνεχώς ο προϋπολογισμός



Πίνακας 19. Παράδειγμα: Μηνιαία αναφορά για την πορεία του προϋπολογισμού

Ο πίνακας που ακολουθεί είναι μια έκθεση της κατάστασης μετά 3 μήνες από την αρχή του οικονομικού έτους. Η στήλη «προϋπολογισμός έως σήμερα» δείχνει τι θα αναμενόταν να έχει δαπανηθεί μετά ένα τέταρτο του έτους. Εδώ θεωρείται ότι οι δαπάνες είναι ίσες κάθε μήνα, πράγμα απίθανο. Θα μπορούσαν να γίνουν πιο ακριβείς και περίπλοκοι υπολογισμοί. Οι στήλες των αποκλίσεων δείχνουν τη σχετική (όχι πραγματική) υπέρβαση ή μείωση των δαπανών. Χρησιμοποιείται και πάλι η φανταστική χρηματική μονάδα (ΧΜ).

Είδος	Προϋπολογισμός	Δαπάνες έως σήμερα	Προϋπολογισμός έως σήμερα	Απόκλιση (+Μείωση, -υπέρβαση)	Προβολή δαπανών στο τέλος της χρήσεως	Απόκλιση
	ΧΜ000	ΧΜ000	ΧΜ000	ΧΜ000 %	ΧΜ000	%
Προσωπικό	120	10 ^α	30	+20 +66	40	+66
Φάρμακα	80	40 ^β	20	-20 -100	160	-100
Μεταφορές	40	20 ^γ	10	-10 -100	80	-100
Γενικά έξοδα	12	1 ^δ	3	+2 +66	4	+66
	252	71	63	- 8 -13	284	-13

Πιθανοί λόγοι απόκλισης:

^α Προσλήψεις με αργούς ρυθμούς στην αρχή του έτους

^β Πρόωρη χρησιμοποίηση του αποθέματος

^γ Υπέρβαση λόγω αύξησης της τιμής της βενζίνης

^δ Απεργία της υπηρεσίας ύδρευσης: δεν στάλθηκε λογαριασμός

Πηγή: (Green, 1999)



Τα συστήματα παρακολούθησης επισημαίνουν εγκαίρως τις αποκλίσεις του προϋπολογισμού

Η αξία των συστημάτων παρακολούθησης έγκειται στο ότι οι αποκλίσεις από τον προϋπολογισμό επισημαίνονται εγκαίρως, οπότε είναι δυνατόν να ληφθούν διορθωτικά μέτρα. Αυτό είναι βασικό, προκειμένου να διασφαλίζεται ότι δεν θα υπάρχουν υπερβάσεις και ότι τα διορθωτικά μέτρα θα είναι συνεπή με το σχεδιασμό και δεν θα καταστρατηγούν τους στόχους των υπηρεσιών.

Υπάρχουν δύο δυνατές αποκλίσεις από τον καθορισμένο προϋπολογισμό, η **υπέρβαση του ή η μη απορρόφησή του**, που μπορεί να οφείλονται σε:

- κακή αρχική εκτίμηση
- κακή αρχική κατανομή πόρων
- μη σχεδιασμένη αλλαγή στον όγκο των δραστηριοτήτων
- μη αναμενόμενη αλλαγή στις τιμές
- αλλαγή στα επίπεδα αποδοτικότητας.
(Green, 1999).

Η δράση που πρέπει να αναληφθεί στις περιπτώσεις υπέρβασης ή μη απορρόφησης εξαρτάται από το αίτιο. Επομένως, οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζουν το αίτιο της παρέκκλισης. Είναι σκόπιμο οι διοικητές να αποθαρρύνουν την αναποτελεσματικότητα και τις μη προσχεδιασμένες αλλαγές στα μεγέθη των δραστηριοτήτων. Πρέπει επίσης να αποφεύγονται, λόγω της αναποτελεσματικότητάς τους, οι ταχύρυθμες δαπάνες στο τέλος του έτους των υπόλοιπων του προϋπολογισμού που δεν είναι δυνατόν να μεταφερθούν στον επόμενο, καθώς και οι προϋπολογισμοί που βασίζονται στις δαπάνες του προηγούμενου έτους.

Σε περιπτώσεις όπου οι δαπάνες υπερβαίνουν ή υπολείπονται των προϋπολογισμένων, μπορεί να ληφθούν τα ακόλουθα **διορθωτικά οικονομικά μέτρα** (Green, 1999):

- 1) Έλεγχος των λογαριασμών των δαπανών ώστε να παραμένουν μέσα στα όρια του προϋπολογισμού
- 2) Μεταφορά πιστώσεων από μια κατηγορία δαπανών σε μια άλλη
- 3) Αίτηση στο ανώτερο ιεραρχικά επίπεδο του τομέα για πρόσθετους πόρους
- 4) Βελτίωση της αποδοτικότητας ώστε να παρέχονται οι ίδιες υπηρεσίες με την ίδια ποιότητα και τις ίδιες εκβάσεις αλλά με λιγότερους πόρους
- 5) Μείωση του επιπέδου των δραστηριοτήτων.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτών των μέτρων αναφέρονται λεπτομερώς από τον Green (1999).

Σε περιπτώσεις υπέρβασης ή μη απορρόφησης των δαπανών μπορούν να ληφθούν διάφορα διορθωτικά μέτρα



Κύρια σημεία. 1η Εργασία: Διαχείριση του προϋπολογισμού

- Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να εξοικειωθούν με τη διαδικασία κατάρτισης και παρακολούθησης του προϋπολογισμού και να αποσαφηνίσουν το ρόλο τους ως προς τον έλεγχο του προηγούμενου προϋπολογισμού. Οι στόχοι ως προς τις υπηρεσίες, που έχουν τεθεί στο τρίτο βήμα, πρέπει να αποτελούν το σημείο εκκίνησης της διαπραγμάτευσης για τον επόμενο προϋπολογισμό.
- Πρέπει να λειτουργούν συστήματα οικονομικής και λογιστικής διαχείρισης, ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική διαχείριση και παρακολούθηση του προϋπολογισμού ψυχικής υγείας, καθώς και των συναφών πλευρών του προϋπολογισμού της γενικής υγείας.
- Τα συστήματα παρακολούθησης πρέπει να αποκαλύπτουν εγκαίρως παρεκκλίσεις στις δαπάνες, ώστε να λαμβάνονται διορθωτικά μέτρα.

2η Εργασία. Παρακολούθηση

Όπως η παρακολούθηση του προϋπολογισμού είναι απαραίτητη για τον οικονομικό σχεδιασμό, εξίσου σημαντική είναι και η παρακολούθηση των υπηρεσιών συνολικά, προκειμένου να διασφαλιστεί η εφαρμογή του σχεδιασμού των υπηρεσιών. Επίσης, η παρακολούθηση διευκολύνει την επισκόπηση των στόχων των υπηρεσιών και τον καθορισμό και άλλων πεδίων προς ανάπτυξη κατά τον επόμενο κύκλο σχεδιασμού.

Η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται συνεχώς, κυρίως μέσω της ανάπτυξης των **συστημάτων πληροφόρησης**, τα οποία παρέχουν στους διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών. Στο εγχειρίδιο *Πληροφοριακά Συστήματα Ψυχικής Υγείας*, το οποίο ετοιμάζει ο Π.Ο.Υ., θα δοθούν περισσότερες λεπτομέρειες. Οι πόροι που χρειάζονται για την παρακολούθηση και την επισκόπηση των υπηρεσιών μέσω των πληροφοριακών συστημάτων πρέπει να προβλέπονται κατά το σχεδιασμό και να εγγράφονται στον προϋπολογισμό.

Κατά την παρακολούθηση πρέπει επίσης να γίνεται προσεκτική εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας της ψυχικής υγείας. Μια υπηρεσία πρέπει να παρακολουθείται όχι μόνο για να μην γίνονται άσκοπες δαπάνες, αλλά και για να διασφαλίζεται το επίπεδό της ποιότητας. (Βλ. *Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*).

Ζητήματα που αφορούν τη συνεχή παρακολούθηση και διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Εκτός από την παρακολούθηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω των πληροφοριακών συστημάτων, πρέπει να ληφθούν υπόψη αρκετά ζητήματα που αφορούν τη διοίκηση των υπηρεσιών αυτών.

Σε γενικές γραμμές, τρία σημεία πρέπει να τύχουν ειδικής προσοχής: η ανάγκη ανάπτυξης των ορατών αλλά και των άδηλων εισροών, η ισορροπία μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών, και η ισορροπία μεταξύ κλινικών υπηρεσιών, υπηρεσιών κλινικής υποστήριξης και υπηρεσιών μη κλινικής υποστήριξης.

Η παρακολούθηση είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της υλοποίησης του σχεδιασμού και της επισκόπησης των στόχων για τον επόμενο κύκλο σχεδιασμού

Λεπτομέρειες για τα πληροφοριακά συστήματα ψυχικής υγείας θα δοθούν σε μελλοντικό εγχειρίδιο του Π.Ο.Υ.

Πρέπει να ληφθούν υπόψη αρκετά ζητήματα που αφορούν τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας



1. Ορατές και άδηλες εισροές

Κατά την διαχείριση των πόρων (εισροών) είναι σημαντικό να επισημαίνεται η διαφορά μεταξύ **ορατών** και **άδηλων εισροών** (Thornicroft & Tansella, 1999). Οι **ορατές εισροές** είναι κατά βάση το προσωπικό και οι εγκαταστάσεις. Οι **άδηλες εισροές** δημιουργούν τις συνθήκες ώστε οι υπηρεσίες να λειτουργούν αποτελεσματικά και συχνά παραβλέπονται κατά το σχεδιασμό των υπηρεσιών. Σε αυτές περιλαμβάνονται η καλή συνεργασία μεταξύ των εξειδικευμένων και των γενικών υπηρεσιών υγείας, καθώς και μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, η εμπειρία, τα προσόντα και η κατάρτιση του προσωπικού, το νομικό και πολιτικό πλαίσιο εντός του οποίου εξουσιοδοτούνται να λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας, και οι οργανωτικές δομές μέσω των οποίων υλοποιείται η φροντίδα (Πίνακας 20).

Σε πολλές περιπτώσεις η αξιολόγηση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας καταλήγει να είναι μια απαρίθμηση των διαθέσιμων κλινών, πράγμα που δεν αρκεί. Πρέπει να αξιολογείται η λειτουργία κάθε συστήματος ψυχικής υγείας και κατόπιν η λειτουργία αυτή να αναπτύσσεται λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ορατές και άδηλες εισροές.

Πίνακας 20. Ορατές και άδηλες εισροές: η ισόρροπη αντιμετώπισή τους

Ορατές εισροές	Άδηλες εισροές
Προϋπολογισμός (χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας σε απόλυτους αριθμούς) Προσωπικό: ➤ Αριθμός ➤ Κατανομή ➤ Μείγμα ειδικοτήτων Κτίρια και εγκαταστάσεις Μεταφορές Φάρμακα Εφοδιασμός Εξοπλισμός Εξετάσεις	Καλή συνεργασία μεταξύ: ➤ Ψυχικής και γενικής υγείας ➤ Υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών Προσωπικό: ➤ Πείρα ➤ Προσόντα ➤ Κατάρτιση Νομικό και πολιτικό πλαίσιο Οργανωτική δομή Πρωτόκολλα θεραπείας και οδηγίες Στήριξη οικογενειών Κόστος για τις οικογένειες

Πηγή: Προσαρμογή από Thornicroft & Tansella, 1999.

2. Νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες

Η ισόρροπη ανάπτυξη **νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών** σε τοπικό επίπεδο είναι απαραίτητη. Κατά τα τελευταία 25 έτη στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες υπάρχει μια γενική τάση ανακατανομής πόρων από τις νοσοκομειακές προς τις κοινοτικές υπηρεσίες. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να προβλέπονται διπλά κόστη λειτουργίας κατά την περίοδο που δημιουργούνται οι κοινοτικές υπηρεσίες και πριν εξοικονομηθούν τα κόστη από τη μείωση των κλινών. Επίσης, όσοι σχεδιάζουν πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι πόροι θα ακολουθούν τους ασθενείς, ώστε να αποφευχθεί η προσφορά ανεπαρκούς φροντίδας στο κοινοτικό επίπεδο και η υπερφόρτωση των συρρικνωμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών από περιστατικά σε κρίση, τα οποία δεν καλύπτονται από τις κοινοτικές υπηρεσίες. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος διαρροής πόρων από τους προϋπολογισμούς της ψυχικής υγείας προς άλλους τομείς της φροντίδας υγείας. Τα προβλήματα αυτά μπορούν ίσως να λυθούν εάν το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας τα

Οι άδηλες εισροές πρέπει να αναπτυχθούν διότι δημιουργούν συνθήκες αποτελεσματικής λειτουργίας των υπηρεσιών

Στο τοπικό επίπεδο πρέπει να υπάρξει ισορροπία μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών



*Πρέπει να υπάρχει
ισορροπία μεταξύ
κλινικών υπηρεσιών,
υπηρεσιών κλινικής
υποστήριξης
και μη κλινικής
υποστήριξης*

συνειδητοποιήσει και καταρτιστεί στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Η ισορροπία μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών είναι σημαντική για τη διαχείριση των πόρων. Μια μείωση του αριθμού των διαθέσιμων κλινών είναι πιθανό να οδηγήσει σε μείωση του χρόνου νοσηλείας (Nielsen & Aagaard, 1998). Στη συνέχεια αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των εισαγωγών και του ποσοστού πληρότητας των κλινών, δηλαδή στο μοντέλο φροντίδας που αναφέρεται ως μοντέλο της περιστρεφόμενης πόρτας (Geller, 1992), εάν δεν υπάρχουν επαρκείς κοινοτικές υπηρεσίες σε λειτουργία και σε θέση να στηρίξουν τους ασθενείς εκτός του νοσοκομείου.

3. Κλινικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης και μη κλινικής υποστήριξης

Σημαντική είναι επίσης η ισορροπία μεταξύ κλινικών υπηρεσιών, υπηρεσιών κλινικής υποστήριξης και μη κλινικής υποστήριξης (Πίνακας 21) (Thornicroft & Tansella, 1999). Η υποδομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, π.χ. κλινική και μη κλινική υποστήριξη, συχνά παρέχεται μέσα στα πλαίσια των γενικών υπηρεσιών υγείας.

Την εποχή των ασύλων, όλες αυτές οι υπηρεσίες βρισκόντουσαν χωροταξικά στο ίδιο σημείο (Thornicroft & Tansella, 1999). Σήμερα, στην εποχή των κοινοτικών υπηρεσιών, οι λειτουργίες αυτές πρέπει να παρέχονται συντονισμένα μέσα στην κοινότητα ώστε να διασφαλίζεται ότι η φροντίδα θα είναι συνεχής και ολοκληρωμένη. Αυτό είναι ένα σημαντικό οργανωτικό θέμα το οποίο πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά το σχεδιασμό.



Πίνακας 21. Ισορροπη αντιμετώπιση των κλινικών υπηρεσιών, υπηρεσιών κλινικής υποστήριξης και μη κλινικής υποστήριξης

Κλινικές υπηρεσίες	Υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης	Υπηρεσίες μη κλινικής υποστήριξης
Υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών	Φαρμακείο <i>Παροχή φαρμάκων, συμβουλών και ανάλογου εφοδιασμού των κλινικών υπηρεσιών</i>	Τεχνολογία πληροφορικής και Η/Υ <i>Παροχή δεδομένων σχετικά με τις λειτουργίες των υπηρεσιών</i>
Υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών	Παθολογική και εργαστηριακή υποστήριξη των υπηρεσιών	Ιατρικά αρχεία <i>Συνήθως κεντρικά, με το ιστορικό των ασθενών</i>
Υπηρεσίες φροντίδας ημέρας	ψυχικής υγείας <i>Με παροχή σχετικών εξετάσεων των ασθενών</i>	
Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υπηρεσίες κατ' οίκον θεραπείας	Ακτινολογία, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και νευροφυσιολογία Συνηγορική και νομική υποστήριξη <i>π.χ. συμβουλές για περιπτώσεις υποχρεωτικής θεραπείας, έγκυρης συγκατάθεσης κ.ά.</i>	Μεταφορές Διατροφή Καθαρισμός Συνεργεία κατασκευών
Υπηρεσίες διαμονής στην κοινότητα		Εφοδιασμός Κλινικός και ποιοτικός έλεγχος Συνεχής εκπαίδευση Σχεδιασμός Πρόσληψη προσωπικού

Πηγή: Thornicroft & Tansella, 1999.

Κύρια σημεία. 2η εργασία: Παρακολούθηση

- Η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται συνεχώς, κυρίως μέσω της ανάπτυξης συστημάτων πληροφόρησης και μέσω μηχανισμών βελτίωσης της ποιότητας.
- Οι παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν την ανάγκη ανάπτυξης των ορατών και άδηλων εισροών, την ισορροπία μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών, και την ισορροπία κλινικών υπηρεσιών, υπηρεσιών κλινικής υποστήριξης και υπηρεσιών μη κλινικής υποστήριξης.



2η εργασία. Παράδειγμα: Παρακολούθηση

Μια τοπική υπηρεσία ψυχικής υγείας πρέπει να παρακολουθεί τις δραστηριότητές της. Μερικά παραδείγματα δεικτών που είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για το σκοπό αυτό δίδονται στο Πίνακα 22.

Πίνακας 22. Παράδειγμα: δείκτες παρακολούθησης των δραστηριοτήτων των τοπικών υπηρεσιών

Δείκτης

Ενεργά μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας	✓
Νοσοκομείο που πληρεί τα κριτήρια βελτίωσης της ποιότητας	X
Κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας που εκπληρώνουν τα κριτήρια βελτίωσης της ποιότητας	✓
Κέντρα φροντίδας ημέρας που εκπληρώνουν τα κριτήρια βελτίωσης της ποιότητας	✓
Επισκέψεις ασθενών ημερησίως ανά 100.000 άτομα	33
Εισαγωγές ετησίως ανά 100.000 άτομα	180

✓ Δείχνει ότι τα κριτήρια πληρούνται

X Δείχνει ότι τα κριτήρια δεν πληρούνται

Επιπλέον, η ποιοτική ανάλυση μπορεί να δείξει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού και κάποια δυσaréσκεια για πρόσφατες αλλαγές στην οργάνωση των υπηρεσιών. Τα υψηλά ποσοστά εξουθένωσης του προσωπικού οδηγούν σε ελλειμματική αποδοτικότητα, αφού υπάρχουν πολλές εναλλαγές, το νέο προσωπικό που προσλαμβάνεται πρέπει να εκπαιδευτεί και έτσι, τα κόστη μακροπρόθεσμα αυξάνονται. Μπορεί να χρειάζονται διαβουλεύσεις με το δυσαρεστημένο προσωπικό, κατάρτιση του και πρόσληψη νέου για την κοινοτική φροντίδα, καθώς και θεσμοθέτηση τακτικής εποπτείας και συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης. Μπορεί επίσης να χρειάζεται να καθιερωθεί η συνάντηση με εκπροσώπους των οικογενειών των ασθενών ώστε να αναπτυχθούν αμοιβαία επωφελείς και υποστηρικτικές σχέσεις.



3η Εργασία. Αξιολόγηση

Το τελευταίο βήμα που συμπληρώνει τον κύκλο του σχεδιασμού και του προϋπολογισμού της φροντίδας ψυχικής υγείας είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών. Οι αξιολογήσεις καταλήγουν σε μια επανεξέταση των υπηρεσιών και στο σχεδιασμό των μελλοντικών προϋπολογισμών και παροχής υπηρεσιών.

Στο στάδιο αυτό είναι δυνατόν να αξιολογηθούν πολλές πλευρές των υπηρεσιών. Από τη σκοπιά του εγχειριδίου αυτού, δύο πλευρές είναι ιδιαίτερα σημαντικές:

- 1) Οι εκβάσεις
- 2) Η οικονομική αξιολόγηση (κυρίως η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας).

1. Εκβάσεις

Ο σκοπός του σχεδιασμού δεν είναι μόνο η εξασφάλιση διαφόρων πόρων ή εισροών (όπως ενός προϋπολογισμού ή ενός ορισμένου αριθμού κλινών) αλλά και η παραγωγή αποτελεσματικών εκβάσεων για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Μια αύξηση του προϋπολογισμού ψυχικής υγείας δεν οδηγεί οπωσδήποτε σε μια βελτίωση της ψυχικής υγείας ενός τοπικού πληθυσμού. Τα οφέλη του για τον πληθυσμό είναι αποτέλεσμα της μετατροπής του προϋπολογισμού σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Για το λόγο αυτό, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (των εκβάσεων στην προκειμένη περίπτωση) των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι σημαντικότερη παράμετρος του σχεδιασμού των υπηρεσιών.

Οι εκβάσεις καθορίζονται από τις αλλαγές στη λειτουργικότητα, νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες. Οι αλλαγές αυτές είναι το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων των υπηρεσιών. Οι εκβάσεις είναι δυνατόν να μετρηθούν με ποικίλους τρόπους. Το εγχειρίδιο αυτό δεν παρέχει λεπτομέρειες για την αξιολόγηση των εκβάσεων. Περισσότερες λεπτομέρειες για το θέμα αυτό δίδονται στο *Βελτίωση της Ποιότητας της Ψυχικής Υγείας* και στο *Πληροφοριακά Συστήματα Ψυχικής Υγείας* (το οποίο ετοιμάζεται από τον Π.Ο.Υ.).

2. Οικονομική αξιολόγηση

Οι εκβάσεις πρέπει να αξιολογηθούν επίσης από την άποψη του **κόστους** των παρεχομένων υπηρεσιών. Αυτός είναι ο κύριος στόχος της **οικονομικής αξιολόγησης**. Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι πολλές παρεμβάσεις των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αποτελεσματικές (World Health Organization, 2001). Για να διευρυνθεί η βάση των δεδομένων σχετικά με τις παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία, είναι σκόπιμο οι χώρες να αξιολογούν οικονομικά τις δικές τους υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ανάγκη αυτή προκύπτει διότι, εν μέρει, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών πρέπει να αποδειχθεί υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες που οι υπηρεσίες λειτουργούν κατά περίπτωση. Πάντως, οι οικονομικές αξιολογήσεις είναι επίσης χρήσιμες ως **εργαλείο σχεδιασμού** για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και για την εκτίμηση των επιλογών ως προς τη μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών.

Για παράδειγμα, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας δεν είναι τόσο δαπανηρή και ότι είναι αποτελεσματικότερη από την ιδρυματική φροντίδα σε ορισμένα περιβάλλοντα και υπό ορισμένες συνθήκες (Knapp et al., 1994). Η πληροφόρηση αυτή έχει μεγάλη σημασία προκειμένου να γίνει σωστή κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων στον τομέα ψυχικής υγείας. Οι αποφάσεις σχετικά με τη χρήση των τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να βασίζονται σε πληρο-

Ο σκοπός του σχεδιασμού είναι η επίτευξη βελτιωμένων εκβάσεων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για τον λόγο αυτό η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ένα σημαντικότερο τελικό στάδιο του σχεδιασμού

Τα σχέδια δράσης για τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να βασίζονται σε πληροφορίες για τις λιγότερο δαπανηρές και περισσότερο αποτελεσματικές παρεμβάσεις που είναι διαθέσιμες



Εάν δεν είναι δυνατόν να γίνουν επιτόπιες οικονομικές αξιολογήσεις, όσοι διοικούν και σχεδιάζουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει οπωσδήποτε να μάθουν να διαβάζουν και να κατανοούν οικονομικές αξιολογήσεις που έχουν γίνουν σε άλλα περιβάλλοντα

φορίες για τις λιγότερο δαπανηρές και περισσότερο αποτελεσματικές παρεμβάσεις που είναι διαθέσιμες.

Είναι σαφές ότι δεν μπορεί να γίνεται οικονομική αξιολόγηση κάθε φορά που πρόκειται να ληφθεί μια απόφαση πολιτικής ή να εγκριθεί ένα σχέδιο ανάπτυξης των υπηρεσιών. Εντούτοις, είναι απολύτως σκόπιμο να αναζητηθούν σχετικές πληροφορίες που θα ωφελήσουν το σχεδιασμό των υπηρεσιών. Έτσι, μπορεί να χρησιμοποιηθούν αξιολογήσεις κόστους-αποτελεσματικότητας που έγιναν σε άλλες χώρες, να επικαιροποιηθεί μια παλαιότερη μελέτη ή να γίνει μια περιορισμένη αλλά παρά ταύτα ενημερωτική ανάλυση του συγκεκριμένου υπό εξέταση θέματος. Όσοι σχεδιάζουν και διοικούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει οπωσδήποτε να μάθουν να διαβάζουν και να κατανοούν οικονομικές αξιολογήσεις που έχουν γίνουν σε άλλα περιβάλλοντα.

Γενικευμένη ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας: εργαλεία για το σχεδιασμό

Για να βοηθήσει όσους σχεδιάζουν, ο Π.Ο.Υ. έχει αναπτύξει μια γενικευμένη ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας με το πρόγραμμα Επιλογής Αποτελεσματικών Παρεμβάσεων (WHO CHOICE-Choosing Interventions that are Cost Effective). Το πρόγραμμα αυτό έχει σκοπό τη δημιουργία περιφερειακών βάσεων δεδομένων οι οποίες αφορούν παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία που έχουν καλή σχέση κόστους αποτελεσματικότητας, ώστε όσοι σχεδιάζουν να μπορούν να επιλέξουν τις καλύτερες παρεμβάσεις για την περίπτωσή τους. Η γενικευμένη ανάλυση συγκρίνει ένα φάσμα παρεμβάσεων στον τομέα ψυχικής υγείας και τα ανάλογα κόστη με τη μηδενική υπόθεση (ότι δηλαδή δεν γίνεται καμία παρέμβαση και οι διαταραχές ακολουθούν την πορεία τους) (Murray et al., 2000). Αυτή η μέθοδος του Π.Ο.Υ. παρέχει σε όσους σχεδιάζουν την ευκαιρία να επιλέξουν ένα σύνολο παρεμβάσεων με δεδομένους πόρους, ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη για την υγεία ενός πληθυσμού. Περισσότερες πληροφορίες υπάρχουν στην ιστοσελίδα του WHO CHOICE (www.who.int/evidence/cea).

Εάν οι τοπικοί πόροι δεν επιτρέπουν μια πλήρη οικονομική αξιολόγηση, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα θέματα κατά την αξιολόγηση του κόστους-αποτελεσματικότητας μιας σχεδιαζόμενης ή ήδη υπάρχουσας υπηρεσίας ψυχικής υγείας.

- Έχουν ήδη ληφθεί υπόψη **όλα τα σχετικά κόστη**; Υπάρχουν πολλές και ποικίλες εισροές σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας και είναι σημαντικό στην ανάλυση να συμπεριλαμβάνεται το κόστος όλων αυτών. Το κοινωνικό κόστος πρέπει επίσης να περιλαμβάνεται, εφόσον υπάρχει.
- Λαμβάνονται υπόψη όλες οι διαστάσεις της **αποτελεσματικότητας** ή των **εκβάσεων**; Η επαρκής φροντίδα ψυχικής υγείας δεν ασχολείται μόνο με τα συμπτώματα της νόσου, αλλά και με τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων (π.χ. να επιστρέψουν στην εργασία τους) και την προαγωγή της ποιότητας της ζωής τους.
- Γίνονται **λογικές συγκρίσεις** μεταξύ των επιλογών που αφορούν τις υπηρεσίες ή τις θεραπείες; Για παράδειγμα, επιλέγεται το σωστό μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο τρόπος οργάνωσης μιας νέας υπηρεσίας είναι αποτελεσματικός;



Η οικονομική αξιολόγηση: αρχές, τεχνικές και στάδια

1. Αρχές

Υπάρχουν δύο αρχές που διέπουν την οικονομική αξιολόγηση της φροντίδας ψυχικής υγείας (Drummond, 1980· Knapp & Beecham, 1995· Knapp, 1995).

1. Καθολικότητα: η οικονομική αξιολόγηση καλύπτει όλα τα κόστη και τις εκβάσεις;
2. Συγκρίσεις ομοίων πραγμάτων: όταν συγκρίνονται τα κόστη και οι εκβάσεις δύο διαφορετικών παρεμβάσεων, οι άλλοι παράγοντες παραμένουν οι ίδιοι όπου είναι δυνατόν; (Βλ. Χρηματοδότηση της Ψυχικής Υγείας).

2. Τεχνικές

Γενικά υπάρχουν τέσσερις κύριες τεχνικές οικονομικής αξιολόγησης με ιδιαίτερη αξία για το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

- ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας
 - ανάλυση κόστους-χρησιμότητας
 - ανάλυση κόστους-οφέλους
 - ανάλυση κόστους-αντισταθμισμάτων.
- (Knapp, 1995· Green, 1999· Chisholm et al., 2001).

Στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι τρεις πρώτες τεχνικές έχουν μεγαλύτερη εφαρμογή. Στην τέταρτη υποτίθεται ότι οι εκβάσεις είναι ίδιες, πράγμα που σπάνια συμβαίνει στη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Οι πρώτες τρεις τεχνικές συγκρίνουν το κόστος μιας δραστηριότητας με τα αποτελέσματά της ή τα οφέλη. Διαφέρουν μόνον στο τρόπο μέτρησης των αποτελεσμάτων. Περισσότερες λεπτομέρειες υπάρχουν στην αναφερόμενη στο παρόν βιβλιογραφία και στο *Έρευνα και Αξιολόγηση της Πολιτικής και των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας* που ετοιμάζεται από τον Π.Ο.Υ.

3. Στάδια

Μία οικονομική αξιολόγηση μπορεί να γίνει κατά στάδια ως εξής (Chisholm et al., 2001· Green, 1999).

1. Καθορισμός του αντικειμένου και του σκοπού της αξιολόγησης
2. Ορισμός των εναλλακτικών παρεμβάσεων που θα αξιολογηθούν
3. Καθορισμός του κόστους και των αποτελεσμάτων που θα συμπεριληφθούν στη μελέτη.
4. Συλλογή στοιχείων για το κόστος και τα αποτελέσματα που καθορίστηκαν προηγουμένως.
5. Σύγκριση κόστους και αποτελεσμάτων.
6. Επανεξέταση των ευρημάτων υπό το φως του κινδύνου, της αβεβαιότητας και της ευαισθησίας.
7. Προσαρμογή του σχεδιασμού των υπηρεσιών βάσει των ευρημάτων.

Περισσότερες λεπτομέρειες για την οικονομική αξιολόγηση θα υπάρχουν στο *Έρευνα και Αξιολόγηση της Πολιτικής και των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας* που ετοιμάζεται από τον Π.Ο.Υ.



Κύρια σημεία. 3η εργασία: Αξιολόγηση

- Το τελικό βήμα του σχεδιασμού και του προϋπολογισμού της φροντίδας ψυχικής υγείας, με το οποίο κλείνει ο κύκλος, είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών. Οι αξιολογήσεις πρέπει να καταλήγουν σε μια επανεξέταση των υπηρεσιών και στο σχεδιασμό μελλοντικών προϋπολογισμών και παροχής υπηρεσιών.
- Η ανάγκη αξιολόγησης υπογραμμίζει μια θεμελιώδη αντίληψη που πρέπει να διέπει το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο σκοπός του σχεδιασμού δεν είναι μόνο να διασφαλίζεται ένα σύνολο πόρων ή εισροών για τις υπηρεσίες (όπως ένας ελάχιστος προϋπολογισμός ή αριθμός κλινών), αλλά και να διευρύνονται οι δυνατότητες επίτευξης των αποτελεσματικών εκβάσεων για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Οι διοικητές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζουν όχι μόνο ποιες παρεμβάσεις του τομέα είναι αποτελεσματικές, αλλά και ποιες έχουν καλή σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας.
- Οι οικονομικές αξιολογήσεις είναι δυνατόν να παρέχουν, σε όσους σχεδιάζουν και διοικούν, ουσιαστική πληροφόρηση για τα πιθανά κόστη και τις εκβάσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οι οικονομικές αξιολογήσεις μπορούν να χρησιμοποιούν αναλύσεις των σχέσεων κόστους – αποτελεσματικότητας, κόστους – χρησιμότητας ή κόστους – οφέλους για να εκτιμήσουν τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτών των αξιολογήσεων πρέπει, μαζί με άλλα στοιχεία, να συνεκτιμώνται όταν λαμβάνονται αποφάσεις.
- Η αξιολόγηση κλείνει τον κύκλο του σχεδιασμού της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πρέπει να οδηγεί στη στοχοθέτηση των μελλοντικών προϋπολογισμών και σχεδίων δράσης.



3η εργασία. Παράδειγμα: Αξιολόγηση

Μια τοπική υπηρεσία ψυχικής υγείας πρέπει να αξιολογεί τις εκβάσεις της φροντίδας της. Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται μερικά παραδείγματα δεικτών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να μετρηθούν αυτές οι εκβάσεις.

Πίνακας 23. Παραδείγματα δεικτών των εκβάσεων

Δείκτης

Ποσοστό αυτοκτονιών ετησίως ανά 100.000 άτομα*

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες

Ποσοστά ασθενών που έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες και αναφέρουν μείωση στα συμπτώματα

Ποιότητα ζωής (μεθοδολογία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής του Π.Ο.Υ.)

Καθολική λειτουργικότητα (κλίμακα καθολικής αξιολόγησης της λειτουργικότητας)

Αναλογίες σχέσης κόστους- αποτελεσματικότητας

** Για παράδειγμα, το ποσοστό αυτοκτονιών στην Αγγλία αναφέρεται ότι ήταν 11 ανά 100.000 το 1990. Ετέθη ο στόχος να μειωθεί κατά 15 % τουλάχιστον, δηλαδή να μην υπερβαίνει το 9,4 το 2000 (Department of Health, UK, 1993).*

3. Συστάσεις και συμπεράσματα

Στο εγχειρίδιο αυτό παρουσιάζεται μια συστηματική προσέγγιση του σχεδιασμού και προϋπολογισμού

Οι χώρες πρέπει να προσαρμόσουν τα περιεχόμενα του παρόντος εγχειριδίου στις ιδιαίτερες συνθήκες τους

Ο σχεδιασμός δεν εφαρμόζεται πάντα απρόσκοπτα και οι αλλαγές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών δεν φαίνονται άμεσα

Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών και η βελτίωση της ψυχικής υγείας των πληθυσμών είναι εφικτή. Όσοι σχεδιάζουν μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά αυτή τη διαδικασία

Στο εγχειρίδιο αυτό παρουσιάζεται μια συστηματική προσέγγιση του σχεδιασμού και προϋπολογισμού τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή πρέπει να εκτιμηθούν οι δυνατότητες των υπηρεσιών (περιλαμβανομένων των πόρων και της ζήτησης), να υπολογιστούν οι ανάγκες σε φροντίδα ψυχικής υγείας, να τεθούν οι στόχοι (βάσει προτεραιοτήτων που καθορίζονται μετά από σύγκριση των υπάρχουσών υπηρεσιών και των αναγκών), και να αρχίσει η υλοποίηση αυτών των στόχων με εργαλεία τη διοίκηση των υπηρεσιών, τον προϋπολογισμό και την αξιολόγησή τους.

Η προσέγγιση αυτή μπορεί να εφαρμοστεί συνολικά σε κάθε πλευρά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, περιλαμβανομένης της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης των διαταραχών, της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Για να γίνει πλήρης εκμετάλλευση αυτού του εγχειριδίου, οι χώρες πρέπει να προσαρμόσουν τα εργαλεία με τα οποία θα προβούν στο σχεδιασμό στις ιδιαίτερες συνθήκες τους.

1. Στις χώρες με ελάχιστες ή καθόλου υπηρεσίες ψυχικής υγείας το εγχειρίδιο παρέχει καθοδήγηση σχετικά με την εκτίμηση των υπηρεσιών που υπάρχουν και τις ανάγκες σε υπηρεσίες. Στη συνέχεια, μπορούν να τεθούν στόχοι ως προς τις αρχικές προτεραιότητες σε υπηρεσίες μέσα στις υπάρχουσες χρηματοδοτικές δυνατότητες. Ίσως να μην είναι δυνατό να ακολουθηθούν τα βήματα λεπτομερώς, παρέχεται όμως ένας σκελετός με βάση τον οποίο μπορούν να γίνουν τα παραπάνω.

2. Στις χώρες με αρκετές υπηρεσίες γενικής υγείας, αλλά λίγες ή και καθόλου ψυχικής υγείας, το εγχειρίδιο παρέχει πληροφορίες για ειδικές πλευρές του σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας που μπορεί να μην είναι γνωστές σε όσους σχεδιάζουν για τη γενική υγεία. Αυτό μπορεί να διευκολύνει τον καθορισμό προτεραιοτήτων για την ψυχική υγεία μέσα στο πλαίσιο της υποδομής των υπηρεσιών γενικής υγείας.

3. Στις χώρες που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας το εγχειρίδιο παρέχει τη δυνατότητα να κάνουν μια λεπτομερή εκτίμηση των υπάρχοντων πόρων και αναγκών. Σε αυτή τη βάση, είναι, ακολούθως, δυνατή η θέση στόχων, η κατάρτιση προϋπολογισμών και η υλοποίηση των στόχων.

Ο σχεδιασμός δεν είναι πάντα μια ορθολογική διαδικασία και όσοι σχεδιάζουν μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες που σχετίζονται με πολιτικές διαφορές, προσωπικές φιλοδοξίες και αντικρουόμενες ανάγκες διαφόρων εμπλεκομένων. Η διαδικασία μεταρρύθμισης μιας υπηρεσίας μπορεί να είναι χρονοβόρα και ίσως απαιτηθεί η κινητοποίηση πολιτικής βούλησης για να επιτευχθούν ουσιαστικές βελτιώσεις.

Παρά τις δυσκολίες και τις αργές διαδικασίες, ο στόχος της βελτίωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας και της προαγωγής της ψυχικής υγείας τοπικών πληθυσμών είναι αναμφίβολα εφικτός. Όσοι σχεδιάζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό το πώς θα παρέχεται η φροντίδα και το κατά πόσο θα βελτιωθεί η ζωή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του γενικού πληθυσμού.

4. Προβλήματα και λύσεις

Προβλήματα

Λύσεις

1. Ο σχεδιασμός

είναι ανορθολογικός

Το εγχειρίδιο αυτό παρουσιάζει μια ορθολογική διαδικασία για το σχεδιασμό και τον οικονομικό προγραμματισμό. Εντούτοις, τα πράγματα δεν εξελίσσονται πάντα κατ' αυτό τον τρόπο. Αναφύονται ανταγωνισμοί, οι προτάσεις δεν εισακούονται, και η γραφειοκρατία πάντα φέρνει προσκόμματα.

2. Δεν υπάρχει προϋπολογισμός ψυχικής υγείας

Σε μία περιοχή λειτουργούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά δεν υπάρχει προϋπολογισμός αποκλειστικά για την ψυχική υγεία.

- Ένας από τους στόχους όσων σχεδιάζουν είναι να εκλογικεύσουν πράγματα που είναι ανοργάνωτα και δεν προσεγγίζονται ορθολογικά. Επομένως, έχουν καθήκον να εστιάζουν σε ότι στοχεύουν σε κάθε στάδιο της διαδικασίας. Η βήμα προς βήμα προσέγγιση αυτού του εγχειριδίου παρέχει το σκελετό του συνολικού εγχειρήματος.
- Η αντιμετώπιση των ανταγωνισμών και των πολιτικών διαδικασιών μπορεί να είναι χρονοβόρος και να καθυστερήσει την επίτευξη των επιθυμητών μεταρρυθμίσεων. Πρέπει να δημιουργηθούν στρατηγικές συμμαχίες, να συγκεντρωθούν στοιχεία που στηρίζουν τις αποφάσεις, και να προσελκυστεί πολιτική υποστήριξη. Για παράδειγμα, οι συμμαχίες με οργανώσεις συνηγορίας μπορεί να βοηθήσουν ώστε να δημιουργηθεί μία κατ' αρχήν απαίτηση της κοινότητας για βελτιωμένη φροντίδα ψυχικής υγείας. Επίσης, η υποστήριξη ατόμων σε θέσεις κλειδιά του υπουργείου υγείας είναι πολύτιμη.
- Για να αντιμετωπιστεί η γραφειοκρατία, όσοι σχεδιάζουν πρέπει συνεχώς να μεταρρυθμίζουν τις διαδικασίες ώστε οι εργασίες να διεκπεραιώνονται με τις λιγότερες δυνατές περιπλοκές, τη μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Όπου είναι δυνατό, πρέπει να επιχειρείται η αλλαγή των γραφειοκρατικών διαδικασιών ώστε να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα.
- Ακόμη και αν δεν υπάρχει προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία είναι δυνατόν να σχεδιαστούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας με τον προϋπολογισμό της γενικής υγείας. Στην 4η εργασία του 1ου βήματος ελέγχθη ότι είναι σημαντικό να καθοριστεί ποιος χειρίζεται τα θέματα της ψυχικής υγείας στην γενική υγεία, πως λαμβάνονται οι αποφάσεις και βάσει ποιων στοιχείων.

3. Δεν υπάρχουν αρκετοί πόροι για την ψυχική υγεία.
Δεν υπάρχουν οικονομικοί πόροι για τη διεύρυνση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

- Είναι επίσης σημαντικό να χρησιμοποιηθούν στοιχεία από το 2ο βήμα (εκτίμηση των αναγκών) και να εξηγηθεί, σε όσους ελέγχουν την χρηματοδότηση, η σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας και ποιες αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι δυνατόν να γίνουν. Αυτό μπορεί να βοηθήσει ώστε η ψυχική υγεία να χρηματοδοτηθεί καλύτερα (από τον προϋπολογισμό της γενικής υγείας).
- Όπου είναι δυνατόν μπορεί να είναι χρήσιμο να ενταχθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε δράσεις που γίνονται στο πλαίσιο της γενικής υγείας, π.χ. εκπαίδευση σε συμβουλευτικές παρεμβάσεις για το HIV/AIDS.
- Είναι δυνατόν να γίνουν συνηγορητικές παρεμβάσεις υπέρ της αλλαγής της δομής των προϋπολογισμών. Μπορεί να είναι σκόπιμο να προταθεί ένας ανεξάρτητος προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία, τουλάχιστον για μερικές δραστηριότητες. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για να γίνει η έναρξη ενός προγράμματος ψυχικής υγείας. Ο ιδιαίτερος προϋπολογισμός έχει το επιπλέον πλεονέκτημα ότι θα δώσει ευκολότερα και ακριβέστερα τα κόστη και θα επιτρέψει την ανάπτυξη της ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας.
- Ακόμη και όταν οι πόροι είναι ελάχιστοι είναι εξαιρετικά χρήσιμο να γίνει μια επισκόπηση των υπάρχουσών υπηρεσιών (1ο βήμα). Με τον τρόπο αυτό συχνά αναδεικνύονται οι τομείς όπου οι υπάρχοντες πόροι μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποδοτικότερα (παρέχοντας περισσότερες υπηρεσίες με το ίδιο κόστος).
- Η εκτίμηση των αναγκών (2ο βήμα) αναδεικνύει τρόπους με τους οποίους οι υπηρεσίες μπορούν να αναπτυχθούν ακόμα και αν ο προϋπολογισμός παραμένει στάσιμος. Τίθενται νέες προτεραιότητες ώστε λιγότερο αποδοτικές ή ξεπερασμένες μορφές θεραπείας να αντικατασταθούν από καλύτερη φροντίδα.
- Εάν δεν υπάρχει επιπλέον χρηματοδότηση, μια επισκόπηση της κατανομής των υπάρχοντων πόρων μπορεί να βοηθήσει ώστε να επιτευχθεί αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη χρήση τους.

4. Ανεπαρκή πληροφοριακά συστήματα

Δεν υπάρχουν ηλεκτρονικοί υπολογιστές με τους οποίους είναι δυνατόν να γίνει μια ενδελεχής ανάλυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, οι πληροφορίες που συλλέγονται αποτελούν υλικό της γενικής φροντίδας υγείας.

- Είναι δυνατόν να συλλεχθούν πολύτιμες πληροφορίες χωρίς τη βοήθεια των υπολογιστών. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ποιες πληροφορίες είναι περισσότερο χρήσιμες για το σχεδιασμό και εάν μπορούν να συλλεχθούν από το υπάρχον σύστημα. Λίγες πληροφορίες που συλλέγονται με ακρίβεια και σε βάθος χρόνου είναι πολύ περισσότερο πολύτιμες από πλήθος πληροφοριών κακής ποιότητας που συλλέγονται χωρίς προκαθορισμένο λόγο. Για παράδειγμα, είναι πολύ χρήσιμο να καθοριστεί ο αριθμός του προσωπικού της ψυχικής υγείας, των διαθέσιμων κλινών, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που επισκέπτονται κλινικές εξωτερικών ασθενών ετησίως, και των εισαγωγών ετησίως. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν το θεμέλιο του σχεδιασμού. Επίσης, μπορούν να συγκριθούν με τις πληροφορίες που συλλέγονται κατά την εκτίμηση των αναγκών ώστε να τεθούν οι στόχοι. Εφόσον οι πληροφορίες συλλέγονται τακτικά, υπάρχει η δυνατότητα ανάλυσης των τάσεων στη χρήση των υπηρεσιών από τους τοπικούς πληθυσμούς, πράγμα που επιτρέπει την προσαρμογή των υπηρεσιών στη ζήτηση.
- Μπορεί να είναι χρήσιμο να υπάρξουν συναντήσεις με τα άτομα που συλλέγουν πληροφορίες για την γενική υγεία προκειμένου να συζητηθούν τρόποι χρήσης αυτών των στοιχείων για το σχεδιασμό της ψυχικής υγείας και τρόποι συμπερίληψης πληροφοριών που αφορούν αποκλειστικά την ψυχική υγεία στη διαδικασία συλλογής στοιχείων του τομέα της γενικής υγείας. Για παράδειγμα, ίσως είναι δυνατόν να καταγράφουν οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που επισκέπτονται τις υπηρεσίες μια μέση ημέρα.

Παράρτημα 1. Πρόσθετες σημειώσεις για επιλεγμένα βήματα της διαδικασίας σχεδιασμού

1. Ζητήματα σχετικά με την μέτρηση της χρήσης των υπηρεσιών (1ο βήμα)

Οι Thornicroft & Tansella (1999) περιέγραψαν τέσσερις κατηγορίες στοιχείων σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών:

- 1) πληροφορίες που αφορούν συμβάντα που αντιμετωπίζονται από υπηρεσίες (π.χ. ετήσιος αριθμός ή ποσοστά εισαγωγών)
- 2) πληροφορίες που αφορούν άτομα που αντιμετωπίζονται από υπηρεσίες (π.χ. ετήσιος αριθμός ή ποσοστό διαφόρων ασθενών που δέχονται υπηρεσίες ως εξωτερικοί ασθενείς)
- 3) πληροφορίες που αφορούν άτομα και καταγράφουν νόσους από την εκδήλωσή τους μέχρι την αποθεραπεία (π.χ. ετήσιος αριθμός ή ποσοστό επεισοδίων κατάθλιψης που αντιμετωπίζονται από μια συγκεκριμένη υπηρεσία)
- 4) πληροφορίες που αφορούν άτομα και καταγράφουν περιστατικά (π.χ. ετήσιος αριθμός ή ποσοστά περιστατικών ανορεξίας).

Χρήσιμα συγκεντρωτικά στοιχεία της χρήσης των υπηρεσιών είναι και όσα αφορούν τις επισκέψεις ή εισαγωγές στις διάφορες υπηρεσίες, το είδος της φροντίδας που παρέχεται, ή το είδος των επεισοδίων. Είναι χρήσιμο να γίνεται διάκριση μεταξύ ενός επεισοδίου νόσου (που περιλαμβάνει τον αριθμό των επαφών του ασθενούς με τις υπηρεσίες κατά το χρόνο μεταξύ της εκδήλωσης ή υποτροπής και της αποθεραπείας ή της ύφεσης των συμπτωμάτων) και ενός επεισοδίου παροχής φροντίδας (που περιλαμβάνει τον αριθμό των επαφών με τις υπηρεσίες κατά μια ορισμένη περίοδο), αφού ο πρώτος δείκτης βασίζεται στην ψυχική κατάσταση των ατόμων ενώ ο δεύτερος στη συχνότητα της χρήσης των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου (Thornicroft & Tansella, 1999).

Τα δεδομένα του τύπου 1, 2 και 3 είναι δυνατόν να συλλεχθούν από πολλά συνηθισμένα συστήματα πληροφόρησης, αλλά του τύπου 4 απαιτούν πιο εξειδικευμένη πληροφόρηση, π.χ. ένα βιβλίο καταχώρισης περιστατικών. Μία ομάδα εργασίας του Π.Ο.Υ. χαρακτήρισε το βιβλίο καταχώρισης ψυχιατρικών περιστατικών ως ένα διαχρονικό μητρώο των επαφών των ασθενών από ένα ορισμένο πληθυσμό που προσέρχεται σε ένα καθορισμένο σύνολο ψυχιατρικών υπηρεσιών (World Health Organization, 1983). Οι Thornicroft & Tansella (1999) υποστήριξαν τη χρήση των βιβλίων καταχώρισης όπου αυτό είναι δυνατόν να γίνει. Εντούτοις, τα βιβλία αυτά έχουν τους περιορισμούς τους: δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την πρόβλεψη της μελλοντικής χρήσης των υπηρεσιών, δεν μπορούν πάντα να παρακολουθήσουν τις μετακινήσεις των ασθενών, και μπορεί να μην περιλαμβάνουν τις λιγότερο σοβαρές καταστάσεις (Thornicroft & Tansella, 1999).

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών είναι σύνθετοι. Στον Καναδά, για παράδειγμα, οι παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών από άτομα με διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ και άλλες ουσίες περιλαμβάνουν τη σοβαρότητα της νόσου, την αναπηρία, τις στάσεις και προδιαθεσιακές μεταβλητές (Ross, Lin & Cunningham, 1999).

Μερικές μελέτες παρέχουν ανεπεξέργαστα ποσοστά της χρήσης των υπηρεσιών:

- Σε μια συνεχιζόμενη έρευνα στον Επιδημιολογικό Τομέα Βαλτιμόρης βρέθηκε ποσοστό χρήσης 11,7% γενικών και ειδικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από μαύρους και λευκούς (Cooper-Patric et al., 1999).

- Στο Οντάριο του Καναδά βρέθηκαν χαμηλότερα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες από άρρενες, εφήβους και άτομα που δεν ζούσαν σε αστικές περιοχές (Lin, Chan & Goering, 1998).

2. Ζητήματα σχετικά με την ερμηνεία των επιδημιολογικών δεδομένων (2ο βήμα)

Οι χώρες πρέπει να προβλέπουν τις αλλαγές στην ψυχιατρική νοσηρότητα. Για παράδειγμα, προβλέπεται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες ο επιπολασμός της άνοιας σχεδόν θα διπλασιαστεί μέχρι το 2016 (Bland, 1998). Οι αλλαγές στην ηλικιακή διαστρωμάτωση των πληθυσμών είναι ο κύριος παράγοντας που καθορίζει την αύξηση του επιπολασμού ορισμένων νόσων (Hafner, 1985). Αυτό δεν περιορίζεται στις δυτικές χώρες μόνο. Στην Κίνα το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται ταχέως και ο επιπολασμός της άνοιας πλησιάζει αυτόν της Δύσης (Ineichen, 1998). Προβλέπεται ότι το 2020 η μονοπολική κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη, μετά την καρδιακή ισχαιμία, συχνότερη νόσος παγκοσμίως (Murray & Lopez, 1996). Ο αυξημένος επιπολασμός της κατάθλιψης, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιωμένων, αναφέρεται και στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ, και στις αναπτυσσόμενες, όπως το Μεξικό (Wagner, Gallo & Delva, 1999).

Η συννοσηρότητα περιπλέκει την ερμηνεία των δεδομένων του επιπολασμού προκειμένου να γίνει η εκτίμηση των αναγκών σε υπηρεσίες. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη του Π.Ο.Υ. σε κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας 15 χωρών, το 62% των περιστατικών με κατάθλιψη είχαν τουλάχιστον άλλη μία παράλληλη ψυχική διαταραχή, και ο κύριος λόγος των επισκέψεων σπάνια ήταν ψυχολογικής φύσης: η πλειοψηφία των προσερχόμενων παραπονιόταν για σωματικά συμπτώματα (41%), πόνους (37%) και κούραση με προβλήματα ύπνου (12%) (Wittchen et al., 1999). Επιπροσθέτως, η συννοσηρότητα είναι πιθανότερο να έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών. Έτσι, σύμφωνα με την Αμερικανική Εθνική Έρευνα Συννοσηρότητας (American National Comorbidity Survey), τα άτομα με συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών που σχετίζονταν με το αλκοόλ έκαναν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών από τα άτομα με μόνο ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα με το αλκοόλ. (Wu, Kouzis & Leaf, 1999). Μία επιπλέον περιπλοκή είναι ότι η χρήση των υπηρεσιών ποικίλλει ανάλογα με τη νόσο (Bijl & Ravelli, 2000). Για παράδειγμα, τα άτομα με διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ (Teesson et al., 2000) και με αγοραφοβία είναι λιγότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας από τα άτομα με διαταραχή πανικού. Τα ηλικιωμένα άτομα με διπολική διαταραχή χρησιμοποίησαν σχεδόν τέσσερις φορές περισσότερο τις υπηρεσίες και είχαν τέσσερις φορές περισσότερες εισαγωγές κατά τη διάρκεια έξι μηνών απ' ό,τι οι ηλικιωμένοι με μονοπολική κατάθλιψη (Bartels et al., 2000). Οι ψυχωσικές διαταραχές, οι οποίες έχουν χαμηλό επιπολασμό μηνός που φθάνει το 4 τοις χιλίοις, αποτελούν ένα σύνθετο πρόβλημα, με ανάγκες που έχουν κοινωνική, στεγαστική και θεραπευτική διάσταση και απαιτούν τη συνεργασία πολλών τομέων των υπηρεσιών (Jablensky et al., 2000).

3. Πληθυσμιακοί παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών, με τον υψηλότερο επιπολασμό και επίπτωση, τις ανάγκες σε υπηρεσίες ή τις αρνητικές εκβάσεις (2ο βήμα)

Πληθυσμιακοί παράγοντες	Πηγή
Η φτώχεια είναι ένας παράγοντας κινδύνου που επηρεάζει αρνητικά τις εκβάσεις ατόμων με ψυχικές νόσους.	Saraceno & Barbui, 1997
Στην Αγγλία και Ουαλία, στους παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών περιλαμβάνονται και οι εξής: ανεργία, έλλειψη ιδιωτικού αυτοκινήτου, αγαμία, χηρεία ή διαζύγιο, μόνιμη αναπηρία επίσημα καταγεγραμμένη, έλλειψη ανεξάρτητης και μόνιμης κατοικίας.	Glover, 1996
Οι φτωχές αστικές περιοχές στις σκανδιναβικές χώρες παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό λειτουργικών ψυχώσεων.	Hansson et al., 1998
Στο Λονδίνο, η ανεργία και άλλοι κοινωνικοί δείκτες (Jarman-8 scores) στοιχειοθετούν την ανάγκη αυξημένων πόρων για τις υπηρεσίες σε υποβαθμισμένες περιοχές της πόλης.	Harvey et al., 1996
Έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά επιπολασμού χρόνιων προβλημάτων ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών μεταξύ των αστέγων του Λος Άντζελες, αλλά τα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών παραμένουν χαμηλά.	Koegel et al., 1999
Τα άτομα που λαμβάνουν κοινωνικά επιδόματα στη Γαλλία έχουν αυξημένο επιπολασμό ψυχιατρικών διαταραχών αλλά μειωμένα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γεγονός που συχνά αποδίδεται στην έλλειψη διάγνωσης.	Kovess et al., 1999
Ο επιπολασμός επιβαρυντικών ψυχικών προβλημάτων σε παιδιά στις ΗΠΑ έχει συνδεθεί με μεγαλύτερα παιδιά, άρρενες, παιδιά από φτωχές, μονογονεϊκές οικογένειες, και παιδιά με σχετικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.	Halfon & Newacheck, 1999
Στη Γαλλία, ο αυξημένος αριθμός συμβουλευτικών επαφών των εφήβων με επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχει συνδεθεί με πολλαπλά προβλήματα, λειτουργικές σωματικές διαταραχές, χωρισμένους γονείς, αυξημένες επισκέψεις σε γιατρούς, και με εμπιστευτικές συζητήσεις με δασκάλους και συμβούλους νέων.	Gasquet et al., 1999

Στις ΗΠΑ υπάρχει υψηλή επίπτωση ψυχοπαθολογικών προβλημάτων μεταξύ παιδιών που η φροντίδα τους δεν ανήκει στην οικογένεια.	Schneiderman et al., 1998
Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση των παιδιών και εφήβων συνδέθηκε στενά με την έλλειψη χρήσης των υπηρεσιών και ανάγκες που δεν αντιμετωπίζονται.	Cunningham & Freiman., 1996
Η ύπαρξη προσφυγικών κοινοτήτων μπορεί να αυξήσει την ανάγκη για υπηρεσίες.	Chow, Jaffer & Choi, 1999
Έχειδειχθείότιοι βετεράνοι πολέμου έχουν υψηλότερο επιπολασμό σε κατάθλιψη και σε διαταραχές λόγω μεταψυχοτραυματικού στρες. Κάνουν επίσης μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ότι παρόμοιοι ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα του ιδιωτικού τομέα.	Hankin et al., 1999a
Τα θύματα τραύματος, και ειδικότερα τα θύματα σεξουαλικών επιθέσεων έχουν αυξημένη πιθανότητα να πάθουν κατάθλιψη και να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.	Hankin et al., 1999b
Η εθνικότητα ήταν ένας παράγοντας που επηρέαζε την χρήση των υπηρεσιών σε κοινότητες του Λονδίνου (ειδικότερα την πρόσβαση στη φροντίδα), όπου τα συμπτώματα ψυχικής υγείας μαύρων ασθενών συχνά δεν διαγιγνώσκονται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας.	Commander et al., 1997
Οι Ινδιάνοι στις ΗΠΑ ήταν ομάδα υψηλότερου κινδύνου, ως προς τα προβλήματα ψυχικής υγείας, από ομάδες άλλων εθνικοτήτων.	King, 1999
Η σωματοποίηση μπορεί συχνά να οδηγήσει σε κακές διαγνώσεις ή μη αναγνώριση σοβαρών ψυχιατρικών συμπτωμάτων ατόμων με ασιατική καταγωγή στις ΗΠΑ από γιατρούς εκπαιδευμένους κατά τα Δυτικά πρότυπα.	Hsu, 1999

Τα αποτελέσματα των ερευνών που καταγράφονται σε αυτόν τον Πίνακα πρέπει να προσεγγιστούν προσεκτικά για τους εξής λόγους.

➤ Δεν υπάρχει γραμμική σχέση εξάρτησης της κοινωνικής στέρησης και της ανάγκης για υπηρεσίες (Croudace et al., 2000). Ειδικότερα, στις αναπτυσσόμενες χώρες με μεγαλύτερη κοινωνική στέρηση, οι εκβάσεις στη σχιζοφρένεια είναι καλύτερες από ότι στις αναπτυγμένες (Sartorius et al., 1996). Για το λόγο αυτό, η τοπική εκτίμηση των αναγκών σε υπηρεσίες πρέπει να γίνεται προσεκτικά και να λαμβάνει υπόψη μια ποικιλία παραγόντων, περιλαμβανομένων των αναγκών που δεν καλύπτονται. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος, λόγω και ελλειπών γνώσεων σχετικά με τις απαιτήσεις στη φροντίδα ψυχικής υγείας, να ενστερνισθεί κανείς την άποψη ότι οι ανάγκες είναι ομοιόμορφες σε όλους τους πληθυσμούς. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να παραγνωριστούν οι ανάγκες των ατόμων που έχουν τα σοβαρότερα προβλήματα (Mechanic & McAlpine, 1999).

➤ Σε χώρες που γνώρισαν πολέμους πρόσφατα ή όπου συνεχίζονται στρατιωτικές συγκρούσεις μπορεί να είναι ανάγκη να αναπτυχθούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την

αντιμετώπιση του τραύματος. Πάντως, το θέμα πρέπει να προσεγγιστεί με προσοχή διότι υπάρχουν στοιχεία ότι ορισμένες παρεμβάσεις, όπως η διήγηση του περιστατικού, μπορεί να μην είναι σκόπιμες και να προκαλέσουν αντίθετα νέο τραύμα σε όσους έχουν αναπτύξει τις δικές τους μεθόδους αντιμετώπισης της κατάστασής τους (Bracken, Giller & Kabaganda, 1992).

Παράρτημα 2. Παράδειγμα μιας χώρας

Εφαρμογή της μεθόδου βήμα προς βήμα σε δεδομένα από τη Χιλή

Στη Χιλή καταστρώθηκε ένα νέο σχέδιο για την ψυχική υγεία το 1999 και εφαρμόστηκε το 2000 (Minoletti, προσωπική επικοινωνία, 2002). Αν και τα δεδομένα αφορούν μια χώρα και όχι μια τοπική περιοχή, είναι ένα παράδειγμα εφαρμογής της μεθόδου βήμα προς βήμα. Ειδικότερα, παρουσιάζεται με ποιο τρόπο οι γνώμες των ειδικών μπορούν να συμπληρώσουν τα επιδημιολογικά δεδομένα ώστε να εκτιμηθούν οι ανάγκες και να σχεδιαστούν οι υπηρεσίες σύμφωνα με αυτές.

1ο βήμα. Ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης

- Τα άτομα που θα εξυπηρετηθούν αποτελούν το 62% του πληθυσμού που καλύπτεται από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα υγείας (υποχρεωτικές εισφορές 7% των μισθών και φόροι) και είναι η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατηγορία (περίπου 9.000.000 άτομα).
- Η ευθύνη για το σχέδιο δράσης ψυχικής υγείας και τον προϋπολογισμό ανήκει στους επαγγελματίες που είναι επικεφαλής της ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας και στις 28 υγειονομικές περιφέρειες, που συνδιαλέγονται με τους κύριους εμπλεκόμενους.
- Εντούτοις, μόνο το 30% του προϋπολογισμού ψυχικής υγείας ελέγχεται ουσιαστικά από τους προαναφερόμενους επαγγελματίες. Το υπόλοιπο 70% είναι ενταγμένο στον προϋπολογισμό της γενικής υγείας και απορροφάται κυρίως από γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Στο Πλαίσιο 1 παρουσιάζονται μερικοί δείκτες των πόρων της ψυχικής υγείας για το 1999.

Πλαίσιο 1. Πόροι ψυχικής υγείας και ανάγκες, Χιλή, 1999

Δείκτες	Υπάρχουσες υπηρεσίες (ανά 10.000 άτομα)	Ανάγκες (ανά 10.000 άτομα)
1. Ψυχολόγοι πρωτοβάθμιας φροντίδας	0,13	1,50
2. Ψυχίατροι	0,46	0,60
3. Θέσεις νοσοκομείων ημέρας	0,13	0,7-1
4. Κλίνες οξέων περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία	0,37	1,4-2
5. Κλίνες οξέων περιστατικών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία	0,62	0
6. Ψυχιατρικές κλίνες μέσης διαμονής	0	0,4
7. Ψυχιατρικές κλίνες μακράς διαμονής	1,88	0
8. Θέσεις αποκατάστασης σε κοινοτικό επίπεδο	0,81	4,21
9. Θέσεις προστατευμένης κατοικίας	0,22	4,8

Ποιοτικά χαρακτηριστικά

- Υπάρχουν περισσότεροι από 8.000 ψυχολόγοι στη χώρα που είναι πρόθυμοι να εργαστούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε όλες τις περιφέρειες.
- Οι ψυχίατροι συγκεντρώνονται κυρίως στις 12 μεγαλύτερες πόλεις και είναι δύσκολο να ενταχθούν στο δημόσιο τομέα σε μικρές απομακρυσμένες πόλεις.
- Η παραμονή στο νοσοκομείο επιμηκύνεται σε πολλές περιπτώσεις λόγω έλλειψης προστατευμένης στέγης και εντατικής κοινωνικής φροντίδας.
- Τα άτομα που δεν μπορούν να λάβουν εξιτήριο από τις πτέρυγες οξέων περιστατικών των ψυχιατρικών νοσοκομείων μεταφέρονται σε πτέρυγες μακράς διαμονής με το ελάχιστο απαραίτητο προσωπικό και φροντίδα.
- Η κυβέρνηση δεν ευαισθητοποιείται για την ψυχική υγεία καθαυτή αλλά έχει κίνητρα να επενδύσει στην αποκατάσταση ατόμων εθισμένων σε φαρμακευτικές ουσίες και στη δικαστική ψυχιατρική, οπότε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που καταδικάστηκαν και είναι στις φυλακές θα αθωωθούν λόγω της ψυχικής νόσου.

2ο βήμα. Εκτίμηση των αναγκών

- Στο Πλαίσιο 2 υπάρχουν εκτιμήσεις του επιπολασμού προβλημάτων ψυχικής υγείας που έχουν τεθεί ως προτεραιότητες. Οι εκτιμήσεις έγιναν βάσει επιδημιολογικών στοιχείων από μελέτες που έγιναν τα τελευταία 10 έτη σε ορισμένες πόλεις και αφορούσαν το γενικό πληθυσμό και μαθητές.
- Στο Πλαίσιο 2 υπάρχουν επίσης εκτιμήσεις των αναγκών ως προς αυτά τα προβλήματα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της εξειδικευμένης αντιμετώπισής τους. Οι εκτιμήσεις έγιναν βάσει μιας μελέτης της τοπικής χρήσης των υπηρεσιών, διεθνών μελετών και επίσης βάσει της γνώμης των ειδικών.
- Βάσει των εκτιμήσεων των αναγκών στο Πλαίσιο 2 έγιναν υπολογισμοί των πόρων της ψυχικής υγείας και αυτοί παρουσιάζονται ως αναγκαίοι στην τρίτη στήλη του Πλαισίου 1.
- Το συνολικό κόστος κάλυψης των αναγκών στο Πλαίσιο 2 κατά τη διάρκεια ενός έτους υπολογίστηκε σε περίπου US\$ 100.000.000. Ο συνολικός προϋπολογισμός ψυχικής υγείας του 1999, περιλαμβανομένων των νοσοκομείων, ήταν μόνο \$25.000.000.

Πλαίσιο 2. Προτεραιότητες ψυχικής υγείας στη Χιλή: εκτιμήσεις επιπολασμού και αναγκών βάσει της γνώμης των ειδικών, 1999

Προτεραιότητες προγραμμάτων	Επιπολασμός (Χ1000)	Ανάγκη αντιμετώπισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Χ1000)	Ανάγκη εξειδικευμένης αντιμετώπισης (Χ1000)
Προαγωγή και πρόληψη		100	10
Κακοποίηση παιδιών	500	50	10
Κακοποίηση γυναικών	336	60	12
Θύματα πολιτικής καταπίεσης	53	0	5
Ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα	62	12	2
Κατάθλιψη	75	30	6
Σχιζοφρένια	5	1	2
Κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών	150	15	5
Άνοια	100	50	6

3ο βήμα. Καθορισμός των στόχων

Τα στοιχεία του Πλαισίου 1 επιτρέπουν σε όσους σχεδιάζουν να επισημάνουν τα κύρια κενά και να θέσουν τους ακόλουθους στόχους.

1. Να αρχίσουν αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα βελτιώνοντας τον εφοδιασμό της σε φάρμακα, την εκπαίδευση του προσωπικού και εντάσσοντας ψυχολόγους στον τομέα.
2. Να αυξήσουν τον αριθμό των εξυπηρετούμενων ασθενών στα νοσοκομεία ημέρας, στα κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης (κέντρα ημέρας και λέσχες) και στις προστατευμένες κατοικίες, να μειώσουν τον αριθμό των ατόμων σε πτέρυγες νοσοκομείων μακράς διαμονής και να μειώσουν το χρόνο παραμονής σε κλίνες οξέων περιστατικών.
3. Να οργανώσουν τη λειτουργία κλινών με διαμονή μέσης διάρκειας για την εντατική θεραπεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή με σοβαρή αναπηρία, τα οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς.

4ο βήμα. Εφαρμογή

- Ο προϋπολογισμός της ψυχικής υγείας αυξήθηκε κατά 7% και το 2000 και το 2001, επιτρέποντας επενδύσεις για την κάλυψη των πρώτων δύο στόχων.
- Η αξιολόγηση των πρώτων δύο ετών εφαρμογής του σχεδίου παρουσιάζεται στο Πλαίσιο 3. Το πρόγραμμα για την κατάθλιψη κάλυψε 71 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και 16.000 άτομα. Λειτουργήσαν 28 νοσοκομεία ημέρας και πολλές προστατευμένες κατοικίες και λέσχες σε όλη τη χώρα.
- Οι δεξιότητες του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως προς την αντιμετώπιση της κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερες του αναμενόμενου. Μόνον το 7% των ατόμων που αντιμετωπίστηκαν παραπέμφθηκαν σε ειδικούς, ενώ η πρόβλεψη ήταν για 20%.
- Η αξιολόγηση των προστατευμένων κατοικιών έδειξε ότι τα άτομα που ζούσαν εκεί είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη κοινωνική δραστηριότητα από ότι τα άτομα με μακρά διαμονή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Πλαίσιο 3. Αξιολόγηση του εθνικού σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία και ψυχιατρική, Χιλή, Δεκέμβριος 2001

Δείκτες	Υπηρεσίες το 1999 (ανά 10.000)	Υπηρεσίες το 2001 (ανά 10.000)
1. Ψυχολόγοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας	0,13	0,27
2. Ψυχίατροι	0,46	0,48
3. Θέσεις σε νοσοκομεία ημέρας	0,13	0,60
4. Ψυχιατρικές κλινικές οξέων περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία	0,37	0,38
5. Ψυχιατρικές κλινικές οξέων περιστατικών σε ψυχιατρεία	0,62	0,55
6. Ψυχιατρικές κλινικές μέσης διαμονής	0	0,08
7. Ψυχιατρικές κλινικές μακράς διαμονής	1,88	1,30
8. Κοινοτικές θέσεις αποκατάστασης	0,81	1,76
9. Θέσεις σε προστατευμένες κατοικίες	0,22	0,50

Ποιοτικά χαρακτηριστικά

- Εντάχθηκαν ψυχολόγοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα για να στηρίξουν τους γιατρούς και το προσωπικό της γενικής υγείας για τη θεραπεία ατόμων με κατάθλιψη.
- Μειώθηκε η διάρκεια παραμονής σε νοσοκομεία με τη βοήθεια των νοσοκομείων ημέρας και των κοινοτικών προγραμμάτων αποκατάστασης.
- Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία οργάνωσαν ομάδες ψυχικής υγείας από ψυχίατρους και άλλους επαγγελματίες και αφιέρωσαν μέρος του χρόνου τους επισκεπτόμενοι τακτικά εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας (τουλάχιστον μια φορά το μήνα) για να εξετάσουν ή να συζητούν περιστατικά με τις ομάδες γενικής υγείας.
- Δύο μονάδες μέσης διαμονής (με 74 κλίνες συνολικά) άνοιξαν σε ένα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία για εντατική φαρμακολογική και ψυχοκοινωνική θεραπεία (χρησιμοποιώντας τον τακτικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου).
- Η κυβέρνηση επένδυσε μόνο στην εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες και στη δικαστική ψυχιατρική αλλά ήταν πεπεισμένη ότι και τα δύο προβλήματα απαιτούσαν ευρύτερη ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ζήτηση / Οι συνολικές ανάγκες των ατόμων που αποτελούν ένα πληθυσμό για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ζήτηση συνήθως εκφράζεται με τη χρήση των υπηρεσιών που κάνουν τα άτομα αυτά.

Οικονομία κλίμακας / Μια αναλογική μείωση στα κόστη που επιτυγχάνεται με την αύξηση της παραγωγής.

Επιδημιολογία / Η μελέτη της κατανομής, της επίπτωσης, του επιπολασμού και της διάρκειας των νόσων (Kaplan et al., 1994).

Ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης / Η εργασία που προσφέρεται και ισοδυναμεί αναλογικά με εκείνη ενός εργαζόμενου στην ψυχική υγεία σε θέση πλήρους απασχόλησης. Για παράδειγμα, εάν ένας εργαζόμενος στο γενικό τομέα υγείας καταναλώνει το 20% του χρόνου του απασχολούμενος με θέματα ψυχικής υγείας (όπως να βλέπει ασθενείς, να τους παραπέμπει, να καταγράφει τα περιστατικά, να συνδιασκέπτεται με συναδέλφους), από την άποψη της ψυχικής υγείας ο εργαζόμενος αυτός προσφέρει το 0,2 ισοδύναμο ενός εργαζόμενου στην ψυχική υγεία με πλήρη απασχόληση. Πέντε τέτοιοι εργαζόμενοι θα ισοδυναμούσαν με έναν πλήρους απασχόλησης.

Εισροές / Οι πόροι που εισάγονται στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι όροι “εισροές” και “πόροι” χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στο εγχειρίδιο αυτό.

Ολοκληρωμένες υπηρεσίες γενικής υγείας / Γενικές υπηρεσίες υγείας στις οποίες η φροντίδα ψυχικής υγείας αποτελεί ένα μόνο μέρος του συνολικού φάσματος των γενικών υπηρεσιών υγείας. Με αυτή την έννοια, η φροντίδα ψυχικής υγείας είναι ενσωματωμένη στις υποδομές της γενικής φροντίδας υγείας.

Ανάγκες / Οι απαιτήσεις ενός πληθυσμού σε φροντίδα ψυχικής υγείας, όπως καθορίζονται από επιδημιολογικούς δείκτες, π.χ. τον επιπολασμό και την επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα.

Εκβάσεις / Οι αλλαγές στη λειτουργικότητα, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εξαιτίας των παρεμβάσεων των υπηρεσιών.

Διαδικασία / Ο τρόπος με τον οποίο υλοποιούνται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δηλαδή εκείνες οι δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα για να παρασχεθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Thornicroft & Tansella, 1999), συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι εισροές.

Κατανομή των πόρων / Ο τρόπος που παρέχονται και διανέμονται οι πόροι

Πόροι / Στοιχεία που εισάγονται στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως κλίνες, εγκαταστάσεις, φάρμακα, οχήματα και προσωπικό (ανθρώπινοι πόροι).

Χρήση των υπηρεσιών / Η αξιοποίηση των υπηρεσιών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που αυτές προσφέρουν εκ μέρους των ατόμων που αποτελούν ένα πληθυσμό.

Ορισμοί Δεικτών των Υπηρεσιών

Δείκτες	Ορισμοί	Τύπος
Αναλογία κλινών / πληθυσμού	Αριθμός κλινών ανά πληθυσμιακή μονάδα, π.χ. κλίνες ανά 100.000 άτομα.	$(\text{Κλίνες} \div \text{πληθυσμός}) \times 100.000$
Αναλογία προσωπικού / πληθυσμού	Αριθμός προσωπικού ανά πληθυσμιακή μονάδα, π.χ. προσωπικό ανά 100.000 άτομα.	$(\text{Προσωπικό} \div \text{πληθυσμός}) \times 100.000$
Αναλογία προσωπικού / ασθενών	Αριθμός προσωπικού ανά ασθενή.	$\text{Προσωπικό} \div \text{ασθενείς}$
Αναλογία προσωπικού / κλινών	Αριθμός προσωπικού ανά διαθέσιμη κλίνη.	$\text{Προσωπικό} \div \text{διαθέσιμες κλίνες}$
Αναλογία προσωπικού / επισκέψεις ασθενών ημερησίως	Αριθμός προσωπικού ως προς επισκέψεις ασθενών ημερησίως.	$\text{Προσωπικό} \div \text{επισκέψεις ασθενών ημερησίως}$
Ποσοστό εισαγωγών ετησίως	Αριθμός εισαγωγών ετησίως ανά πληθυσμιακή μονάδα, π.χ. εισαγωγές ετησίως ανά 100.000 άτομα.	$(\text{Εισαγωγές ετησίως} \div \text{πληθυσμός}) \times 100.000$
Ποσοστό πληρότητας κλινών	Ποσοστό πληρότητας των κλινών σε δεδομένη χρονική περίοδο, π.χ. ημερησίως.	$(\text{Ημερησίως κατειλημμένες κλίνες} \div \text{διαθέσιμες κλίνες ημερησίως}) \times 100$
Μέση διάρκεια εσωτερικής νοσηλείας	Μέσος αριθμός ημερών που οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο ως εσωτερικοί νοσηλευόμενοι.	$\text{Μέσος αριθμός ημερών νοσηλείας}$
Ποσοστό επισκέψεων εξωτερικών ασθενών ετησίως	Αριθμός επισκέψεων ετησίως ανά πληθυσμιακή μονάδα, π.χ. επισκέψεις ετησίως ανά 100.000 άτομα.	$(\text{Επισκέψεις ετησίως} \div \text{πληθυσμός}) \times 100.000$
Επισκέψεις ασθενών ημερησίως	Αριθμός επισκέψεων των ασθενών σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών ημερησίως.	$\text{Σύνολο επισκέψεων ετησίως} \div \text{εργάσιμες ημέρες του έτους ή μέσος αριθμός επισκέψεων από ασθενείς (ανά εργάσιμη ημέρα)}$

Δείκτες	Ορισμοί	Τύπος
Αναλογία κοινοτικού / νοσοκομειακού προσωπικού	Ο αριθμός του κοινοτικού προσωπικού ως προς το συνολικό προσωπικό, εκφραζόμενο ως ποσοστό	$(\text{Κοινοτικό προσωπικό} + (\text{κοινοτικό} + \text{νοσοκομειακό προσωπικό})) \times 100$
Αναλογία χρήσης κοινοτικών/ νοσοκομειακών υπηρεσιών	Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ως προς το σύνολο των επαφών με τις υπηρεσίες (επισκέψεις συν εισαγωγές), εκφραζόμενες ως ποσοστό	$(\text{επισκέψεις ετησίως} + (\text{επισκέψεις ετησίως} + \text{εισαγωγές ητησίως})) \times 100$

1. Andrade L et al. (2002) Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 316-25.
2. Andres MA, Catala MA, Gomez-Beneyto M. (1999). Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 175-9.
3. Andrews G. (2000) Meeting the unmet need with disease management. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 11-36.
4. Andrews G, Henderson S. (2000) *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Barlow A, Walkup JT. (1998) Developing mental health services for Native American children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7:555-77, ix.
6. Bartels SJ et al. (2000) Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8:160-6.
7. Bebbington PE, Marsden L, Brewin CR. (1997) The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey. *Psychological Medicine* 27:821-34.
8. Bijl RV, Ravelli A. (2000) Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health* 90:602-7.
9. Bland RC. (1998) Psychiatry and the burden of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 43:801-10.
10. Bracken PJ, Giller JE, Kabaganda S. (1992) Helping victims of violence in Uganda. *Medicine and War* 8:155-63.
11. Canino G et al. (1997) The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal* 16:117-24.
12. Central Statistical Services. (1997) *Statistics in brief: RSA*. Pretoria: Central Statistical Services.
13. Chaudhry MR. (1987) Rehabilitation of chronic schizophrenics in a developing country. *International Disability Studies* 9:129-31.
14. Chester B, Mahalish P, Davis J. (1999) Mental health needs assessment of off-reservation American Indian people in northern Arizona. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 8:25-40.
15. Chisholm D et al. (2001) Guidelines for economic analysis of community mental health care programs in low-income countries. In: Institute of Medicine. *Neurological, psychiatric and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world*. Washington DC: National Academy Press.

16. Chow JC, Jaffee KD, Choi DY. (1999) Use of public mental health services by Russian refugees. *Psychiatric Services* 50:936-40.
17. Cole SA et al. (1995) A model curriculum for mental disorders and behavioral problems in primary care. *General Hospital Psychiatry* 17:13-8.
18. Commander MJ et al. (1997) Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *British Journal of Psychiatry* 170:317-20.
19. Commonwealth Department of Health and Family Services, Australia. (1998) *Second National Mental Health Plan*. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services.
20. Cooper-Patrick L et al. (1999) Mental health service utilization by African Americans and Whites: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up. *Medical Care* 37:1034-45.
21. Creese AL, Parker D. (1994) *Cost analysis of primary health care: a training manual for programme managers*. Geneva: World Health Organization.
22. Croudace TJ, et al. (2000) Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychological Medicine* 30:177-85.
23. Cunningham PJ, Freiman MP. (1996) Determinants of ambulatory mental health services use for school-age children and adolescents. *Health Services Research* 31:409-27.
24. De Jong JTV. (1996) A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine* 26:97-108.
25. Department of Health, UK. (1993) *The health of the nation. Key area handbook. Mental illness*. London: Department of Health.
26. Drummond MF. (1980) *Principles of economic appraisal in health care*. Oxford: Oxford University Press.
27. Evaneshko V. (1999) Mental health needs assessment of Tucson's urban Native American population. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 8:41-61.
28. Faulkner LR, Goldman CR. (1997) Estimating psychiatric manpower requirements based on patients' needs. *Psychiatric Services* 48:666-70.
29. Flisher AJ et al. (1998) *Norms and standards for psychiatric care in South Africa: A report submitted to the Department of Health, Republic of South Africa*. Cape Town: Department of Psychiatry, University of Cape Town.
30. Flisher AJ et al. (2000) Risk behavior in a community sample of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39:881-7.
31. Gasquet I et al. (1999) Consultation of mental health professionals by French adolescents with probable psychiatric problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99:126-34.
32. Geller JL. (1992) A historical perspective on the role of state hospitals viewed

from the era of the “revolving door”. *American Journal of Psychiatry* 149:1526-33.

33. Glover G. (1996) Health service indicators for mental health. In: Thornicroft G, Strathdee G, eds. *Commissioning mental health services*. London: Her Majesty's Stationery Office. p. 311-8.

34. Goldberg D, Gater R. (1996) Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *British Journal of General Practice* 46: 483-5.

35. Green A. (1999) *An introduction to health planning in developing countries*. (Second edition.) Oxford: Oxford University Press.

36. Häfner H. (1985) Are mental disorders increasing over time? *Psychopathology* 18:66-81.

37. Halfon N, Newacheck PW. (1999) Prevalence and impact of parent-reported disabling mental health conditions among U.S. children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38:600-9.

38. Hankin CS et al. (1999a) Mental disorders and mental health treatment among U.S. Department of Veterans Affairs outpatients: the Veterans Health Study. *American Journal of Psychiatry* 156:1924-30.

39. Hankin CS et al. (1999b) Prevalence of depressive and alcohol abuse symptoms among women VA outpatients who report experiencing sexual assault while in the military. *Journal of Trauma and Stress* 12:601-12.

40. Hansson L et al. (1998) The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 97:315-20.

41. Harvey CA et al. (1996) The Camden schizophrenia surveys. II. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relationship to socio-demographic factors. *British Journal of Psychiatry* 168:418-26.

42. Henderson S, Andrews G, Hall W. (2000) Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:197-205.

43. Hickling FW. (1994) Community psychiatry and deinstitutionalisation in Jamaica. *Hospital and Community Psychiatry* 45:1122-6.

44. Hsu SI. (1999) Somatisation among Asian refugees and immigrants as a culturally-shaped illness behaviour. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore* 28:841-5.

45. Ineichen B. (1998) Influences on the care of demented elderly people in the People's Republic of China. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13:122-6.

46. Ivey SL, Scheffler R, Zazzali JL. (1998) Supply dynamics of the mental health workforce: implications for health policy. *Milbank Quarterly* 76:25-58.

47. Jablensky A et al. (2000) Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:221-36.

48. Jegede RO, Williams AO, Sijuwola AO. (1985) Recent developments in the care, treatment and rehabilitation of the chronic mentally ill in Nigeria. *Hospital and Community Psychiatry* 36:658-61.

49. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J. (1994) *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences clinical psychiatry*. (Seventh edition). Baltimore: Williams and Wilkins.
50. Kessler RC. (1999) The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions - the NAPE Lecture 1998. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99:2-9.
51. Kessler RC et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51:8-19.
52. Kilonzo GP, Simmons N. (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine* 47:419-28.
53. King J. (1999) Denver American Indian mental health needs survey. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 8:1-12.
54. Kleinman A. (1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
55. Knapp M. (1995) *The economic evaluation of mental health care*. Aldershot: Arena.
56. Knapp M, Beecham J. (1990) Costing mental health services. *Psychological Medicine* 20:893-908.
57. Knapp M et al. (1994) Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 165:195-203.
58. Koegel P et al. (1999) Utilization of mental health and substance abuse services among homeless adults in Los Angeles. *Medical Care* 37:306-17.
59. Kovess V et al. (1999) Mental health and use of care in people receiving a French social benefit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34:588-94.
60. Lelliot P, Wing JK. (1994) A national audit of new long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 165:170-8.
61. Lesage AD. (1999) Canada. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 201-5.
62. Lin E, Chan B, Goering P. (1998) Variations in mental health needs and fee-for-service reimbursement for physicians in Ontario. *Psychiatric Services* 49:1445-51.
63. Lund C et al. (1998) Facing the absolute need: norms and standards for severe psychiatric conditions in South Africa. *South African Medical Journal* 88:1480-1.
64. Lund C, Swartz L. (1998) Xhosa-speaking schizophrenic patients' experience of their condition: psychosis and amafufunyana. *South African Journal of Psychology* 28:62-70.
65. McCubbin M, Cohen D. (1996) Extremely unbalanced: interest divergence and power disparities between clients and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 19:1-25.
66. Mechanic D, McAlpine DD. (1999) Mission unfulfilled: potholes on the road to mental health parity. *Health Affairs (Millwood)*. 18:7-21.
67. Ministry of Health, Mental Health Unit, Chile. (2000) *Plan Nacional de Salud*

Mental y Psiquiatria [National Mental Health and Psychiatry Plan]. Santiago: Mental Health Unit, Ministry of Health. In Spanish.

- 68.** Murray CJL et al. (2000) Development of WHO guidelines on generalised cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 9:235-51.
- 69.** Murray CJL, Lopez AD. (1996) *The Global Burden of Disease, Volume 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- 70.** Nielsen T, Aagaard J. (1998) Variationer i hospitalsbaseret almenpsykiatrisk service mellem Aalborg og Århus: en registerbaseret tiårsundersøgelse [Variations in hospital based psychiatric service between Aalborg and Aarhus: a registry-based 10-year investigation]. *Ugeskrift for Læger* 160:5339-44. In Danish.
- 71.** Orley J. (2000) *Demonstration project for Ghana: developing integrated community based mental health programmes*. Geneva: World Health Organization (unpublished report for Nations for Mental Health).
- 72.** Parry CDH. (1996) A review of psychiatric epidemiology in Africa: strategies for increasing validity when using instruments transculturally. *Transcultural Psychiatric Research Review* 33:173-88.
- 73.** Patel V. (2000) Health systems research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low-income countries. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 363-77.
- 74.** Regier DA et al. (1984) Epidemiology and health service resource allocation policy for alcohol, drug abuse, and mental disorders. *Public Health Reports* 99:483-92.
- 75.** Rispel L, Price M, Cabral J. (1996) *Confronting need and affordability: Guidelines for primary health care services in South Africa*. Johannesburg: Centre for Health Policy.
- 76.** Rosen A. (1999) Australia. From colonial rivalries to a national mental health strategy. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 177-200.
- 77.** Ross HE, Lin E, Cunningham J. (1999) Mental health service use: a comparison of treated and untreated individuals with substance use disorders in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry* 44:570-7.
- 78.** Rouse LW, Toprac MG, MacCabe NA. (1998) The development of a statewide continuous evaluation system for the Texas Children's Mental Health Plan: a total quality management approach. *Journal of Behavioural Health Services and Research* 25:194-207.
- 79.** Saraceno B, Barbui, C. (1997) Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 42:285-90.
- 80.** Sartorius N et al. (1996) Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31:249-58.
- 81.** Sawyer MG et al. (2000) The National Survey of Mental Health and Wellbeing: the child and adolescent component. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:214-20.

82. Schneiderman M et al. (1998) Mental health services for children in out-of-home care. *Child Welfare* 77:29-40.
83. Scottish Office. (1997) *A framework for mental health services in Scotland*. Edinburgh: Scottish Office.
84. Shaffer D et al. (1996) The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rate, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35:865-77.
85. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine* 48:1029-46.
86. Teesson M et al. (2000) Alcohol- and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:206-13.
87. Thornicroft G, De Salvia G, Tansella M. (1993) Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilisation in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy. *Psychological Medicine* 23:487-96.
88. Thornicroft G, Tansella M. (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
89. Üstün TB, Sartorius N. (1995) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons.
90. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. (1999) Depresión en la edad avanzada: problema oculto de salud pública para México? Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública Mexico* 41:189-202.
91. Warner R, Huxley P, Berg T. (1999) An evaluation of the impact of clubhouse membership on quality of life and treatment utilization. *International Journal of Social Psychiatry* 45:310-20.
92. Watters C. (2002) Migration and mental health in Europe. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28:153-72.
93. Wittchen HU et al. (1999) Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (Suppl. 7):29-36.
94. World Health Organization. (1983) *Psychiatric case registers. Report of a working group (5-6/5/1983)*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
95. World Health Organization. (1993) *Essential drugs in psychiatry*. Geneva: World Health Organization.
96. World Health Organization. (1996) *Public mental health guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. Geneva: World Health Organization.
97. World Health Organization. (2000a) *Making a difference in Mongolian mental health: the nations for mental health project of the WHO to reorient mental health in Mongolia, 1997-2000*. Geneva: World Health Organization.
98. World Health Organization. (2000b) *Nations for Mental Health Demonstration*

Project: Republic of the Marshall Islands suicide prevention and mental health promotion. Geneva: World Health Organization.

99. World Health Organization (2001) *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization.

100. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ. (1999) Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 156:1230-6.

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

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ευχαριστεί θερμά τον Dr Crick Lund, University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa που προετοίμασε το παρόν εγχειρίδιο, με τη συνεισφορά των Καθηγητών Alan J. Flisher, University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa και Andrew Green, The Nuffield Institute for Health, University of Leeds. Ο Καθηγητής Martin Knapp, London School of Economics and Political Science, συνέγραψε ένα σχέδιο κειμένου που αξιοποιήθηκε στην προετοιμασία του εγχειριδίου.

Ομάδα εκδοτικού και τεχνικού συντονισμού

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

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

Τεχνική βοήθεια

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

Διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη

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

Διάταξη και γραφικά: 2S) graphicdesign

Επιμέλεια: Walter Ryder

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

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

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

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

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