

Ειδικό άρθρο

Το μοντέλο της συμπαραγωγής (co-production) στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Ευανθία Σακελλάρη,^{1,2,*} Κωνσταντίνος Τσούκας,^{1,3,*} Γεράσιμος Κολαΐτης,⁴ Αρετή Λάγιου^{1,2}

¹Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

²Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

³Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανάταξη (ΠΕΨΑΕΕ), Αθήνα

⁴Παιδοψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΓΝΠ «Η Αγία Σοφία»

* Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου στη μελέτη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 2 Απριλίου 2021/Αναθεωρήθηκε 27 Ιουνίου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το δικαίωμα της εμπλοκής των ληπτών υπηρεσιών στις αποφάσεις που αφορούν στην υγεία και στην ποιότητα της ζωής τους δεν συνιστά απλώς μια ηθική διάσταση, αλλά και μια βασική παράμετρο της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Μέσω της συμπαραγωγής (co-production) οι λήπτες υπηρεσιών έχουν μία θέση ισότιμου εταίρου σε μια ολοκληρωμένη διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τον σχεδιασμό των υπηρεσιών όσο την παροχή και την αξιολόγησή τους. Το μοντέλο της συμπαραγωγής δεν αποτελεί μία νέα έννοια αλλά μία αναδυόμενη ιδέα για τις υπηρεσίες υγείας και ειδικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το συγκεκριμένο μοντέλο διέπεται από βασικές αρχές και αξίες, όπως η αναγνώριση των ατόμων ως ενεργών συμμετεχόντων με πολύτιμες εμπειρίες, η αξιοποίηση των υφισταμένων δυνατοτήτων, η ανταλλαγή και αμοιβαιότητα, η υποστήριξη ομότιμων, η εξάλειψη των διακρίσεων, και η διευκόλυνση αντί για στεγνή παροχή υπηρεσιών. Τα οφέλη είναι πολλά και σημαντικά, τόσο για τους λήπτες (π.χ. ενίσχυση της εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες, μείωση του στίγματος κ.λπ.), όσο και για τους επαγγελματίες υγείας και τις δομές (π.χ. εξωστρέφεια και διάχυση, αύξηση του βαθμού κατανόησης των αναγκών, αλλαγή στάσεων, αποτελεσματικότερη χρήση πόρων κ.λπ.). Ωστόσο, υπάρχουν και περιορισμοί που απορρέουν από την εφαρμογή της και αφορούν στους λήπτες, τους επαγγελματίες, την κοινότητα και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η βιβλιογραφία, όσον αφορά στη συμπαραγωγή, είναι σχετικά περιορισμένη, ενώ υπάρχει πλήθος δημοσιεύσεων που αναφέρονται σε έννοιες συναφείς με τη συμπαραγωγή και τις αρχές της (π.χ. ενδυνάμωση, συνηγορία, ανάκαμψη, κ.ά.). Η υιοθέτηση της συμπαραγωγικής προσέγγισης στη χώρα μας θα μπορούσε να αποφέρει εξαιρετικά σημαντικά οφέλη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσδίδοντάς τους έναν περαιτέρω μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα, εδραιώνοντας μία ισότιμη σχέση μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών των υπηρεσιών.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Συμπαραγωγή, ψυχική υγεία, λήπτες υπηρεσιών, επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια διαφαίνεται έντονα η ανάγκη αναθεώρησης των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό όχι απλώς την τοποθέτηση του ατόμου που λαμβάνει υπηρεσίες στο επίκεντρο της φροντίδας ως αποδέκτη της, αλλά την αναγνώριση του δικαιώματος και της αξίας της εμπλοκής

του σε αποφάσεις που διαμορφώνουν και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του.^{1–3}

Σε ένα πρώτο επίπεδο, η συνεργατικότητα (collaboration) αντιπροσωπεύοντας την ανθρωποκεντρική κουλτούρα της κοινοτικής ψυχιατρικής και την προσέγγιση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου,⁴ εξαλείφει τα πατερναλιστικά πρότυπα⁵ και προάγει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου το οποίο λαμβάνει υπηρεσίες, στη λήψη α-

ποφάσεων που το αφορούν,³ μέσα από τη δυναμική αλληλεπίδραση και συνεργασία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.^{6,7}

Η έννοια της συμπαραγωγής αποτελεί μία αναδυόμενη ιδέα που πρεσβεύει έναν δομικό μετασχηματισμό των υπηρεσιών, εδραιώνοντας περαιτέρω τη συμμετοχή του ατόμου σε αποφάσεις και ενέργειες που αφορούν στην παραγωγή όσο και τον σχεδιασμό των ίδιων των υπηρεσιών που λαμβάνει.⁸ Αυτή η μορφή συνεργασίας δεν περιορίζεται μόνο στη διάσταση της συμμετοχικότητας αλλά στηρίζεται σε μια ισότιμη εταιρική σχέση ληπτών και επαγγελματιών.^{9,10}

Το μοντέλο της συμπαραγωγής

Η συμπαραγωγή (co-production), ορίζεται ως η παροχή υπηρεσιών, των οποίων οι λήπτες δεν αποτελούν μεμονωμένοι καταναλωτές αλλά συμμετέχουν στην παραγωγή τους μέσω μίας ισότιμης και αμοιβαίας σχέσης μεταξύ των επαγγελματιών και των ληπτών των υπηρεσιών.¹¹⁻¹³ Η συμπαραγωγή δεν αναφέρεται μόνο στην παροχή των υπηρεσιών αλλά περιλαμβάνει όλα τα στάδια, από τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την παροχή τους, έως την αξιολόγηση και τη διαρκή τους βελτίωση.¹⁴ Σε αντίθεση με την παραδοσιακή συμμετοχή των πολιτών, δεν ζητείται από τους λήπτες των υπηρεσιών να εκφράσουν μόνο τη γνώμη τους αλλά και να αποτελέσουν μέρος της σύλληψης, της διαμόρφωσης και της διαχείρισης των υπηρεσιών. Συνεπώς, οι λήπτες δεν είναι τυπικοί αποδέκτες, ούτε όμως και απλοί συμμετέχοντες, αλλά εταίροι^{8,11} με πολύτιμη εμπειρία που μπορεί να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Η συμπαραγωγή δεν αποτελεί ένα νέο φαινόμενο αλλά μία αναδυόμενη ιδέα με ιστορικές ρίζες.¹¹ Περιγράφηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1970 από τον Elinor Ostrom, Οικονομολόγο στο Πανεπιστήμιο της Ιντιάνα, ο οποίος χρησιμοποίησε τη λέξη «συμπαραγωγή» για να εξηγήσει γιατί τα ποσοστά εγκληματικότητας αυξήθηκαν όταν η αστυνομία άλλαξε την τακτική αστυνόμευσης από την πεζή περιπολία στη χρήση οχημάτων. Οι σχέσεις που ανέπτυξε η αστυνομία με τους πολίτες και οι άτυπες γνώσεις και εμπειρίες που αντάλλασσαν με την κοινότητα όταν πραγματοποιούσαν πεζή περιπολία ήταν κρίσιμες για την πρόληψη και επίλυση εγκλημάτων.¹⁵ Συνεπώς, υποστήριξε ότι η αστυνομία χρειάζεται τις κοινότητες και οι κοινότητες χρειάζονται την αστυνομία και χρησιμοποίησε τον όρο συμπαραγωγή για να περιγράψει αυτήν τη σχέση.¹³

Στη συνέχεια, συναντάται στα πολιτικά δικαιώματα και την κοινωνική φροντίδα, όπου οι φορείς χάραξης πολιτικής στο πλαίσιο της κοινωνικής φροντίδας και

στην ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου άρχισαν να αναζητούν πιο συμμετοχικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών.^{12,15} Κατά τις δεκαετίες '90 και '00 αρχίζει να εφαρμόζεται, ως πρακτική, όλο και περισσότερο, αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο¹⁶ και σταδιακά ανά την Ευρώπη, κυρίως στην κοινωνική φροντίδα και αργότερα στον χώρο της ψυχικής υγείας.⁸ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ίδρυση του Κέντρου Συμπαραγωγής στην Ψυχική Υγεία (Centre for Co-Production in Mental Health) στο Πανεπιστήμιο του Middlesex.¹⁷

Αν και η βιβλιογραφία, για το μοντέλο της συμπαραγωγής, είναι σχετικά περιορισμένη, ωστόσο εντοπίζονται αρκετές δημοσιεύσεις που αναφέρονται σε συναφείς θεωρητικές έννοιες και καλές πρακτικές, στις οποίες στρέφεται τα τελευταία χρόνια η πολιτική για την ψυχική υγεία σε διεθνές επίπεδο. Οι προσεγγίσεις αυτές προάγουν μία τάση «εκδημοκρατισμού» στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Mental Health Democracy), δηλαδή αναδιανομής των παραδοσιακών σχέσεων εξουσίας, με μεγαλύτερη εμπλοκή και συμμετοχή των ίδιων των ληπτών στις αποφάσεις που αφορούν στους ίδιους (Shared Decision Making).¹⁸ Η συνηγορία (advocacy), ως εφελτήριο για την ανάδειξη και προστασία των δικαιωμάτων των ληπτών, η ανάκαμψη (recovery) ως ανθρωποκεντρική προσέγγιση συμμετοχικής αποκατάστασης, καθώς και η ενδυνάμωση (empowerment) ως εργαλείο ενίσχυσης της φωνής των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες, αποτελούν σύγχρονες προσεγγίσεις με αυτά τα χαρακτηριστικά και συνδέονται στενά με τη συμπαραγωγή.

Η έννοια της συνηγορίας αναπτύχθηκε τόσο για την προώθηση και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας όσο και για τη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.^{19,20} Η συνηγορία δεν αφορά μόνο στους λήπτες των υπηρεσιών, αλλά και στους φορείς που τις παρέχουν, οι οποίοι μπορούν επίσης να επικεντρωθούν στα εμπόδια για την ψυχική υγεία, όπως έλλειψη υπηρεσιών, κακή ποιότητα φροντίδας, πατερναλιστικές υπηρεσίες, έλλειψη πληροφοριών σχετικά με θεραπείες, κατάχρηση και άλλες παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων.²¹⁻²³

Μία προσέγγιση εστιασμένη στην ανάκαμψη εξασφαλίζει το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίζει από κοινού με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και να συμμετέχει σε ένα σχέδιο αποκατάστασης που αποβλέπει στην ανακατεύθυνση της καθημερινότητάς του και προάγει μια διαδρομή προς τον αυτοπροσδιορισμό και την προσωπική του ανάπτυξη, μεγιστοποιώντας το αίσθημα της ελπίδας και της ικανοποίησης.²⁴⁻²⁶ Η συμπαραγωγή επίσης προάγει την ανάκαμψη αντιμετωπίζοντας το στίγμα, βελτιώνοντας συνολικά τις δεξιότητες, προωθώντας την απασχόληση, ενισχύοντας τα αποτελέσματα της ψυχικής

και σωματικής ευεξίας.^{27,28} Η συμπαραγωγή, αν και δεν είναι συνώνυμη με την ανάκαμψη, είναι μια στρατηγική προς αυτήν, η οποία βασίζεται στην πεποίθηση ότι η ανάκαμψη είναι δυνατή.²⁹

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι, ιστορικά, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν έλλειψη «φωνής» καθώς παραδοσιακά δεν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που λαμβάνουν και συνεχίζουν να διατρέχουν κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και διακρίσεων σε όλες τις πτυχές της ζωής.³⁰ Η ενδυνάμωση αναφέρεται στο επίπεδο επιλογής, επιρροής και ελέγχου που μπορούν οι λήπτες υπηρεσιών να ασκούν σε γεγονότα της ζωής τους.³¹ Αποτελεί μία προσέγγιση που ενισχύει την αυτοεκτίμηση των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες και μειώνει το προσωπικό στίγμα,³² καθώς αυξάνει το αίσθημα ελέγχου στις αποφάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους. Δυναμώνει τη φωνή των ληπτών των υπηρεσιών και αποδυναμώνει μακροπρόθεσμα τις σχέσεις ισχύος και εξουσίας ανάμεσα στους εμπλεκόμενους.²² Η ενδυνάμωση συνεπώς συνιστά ενδυνάμωση και του ρόλου του λήπτη των υπηρεσιών σε μία διαδρομή προς την επίτευξη της συμπαραγωγής.

Αρχές της συμπαραγωγής

Υπάρχουν έξι θεμελιώδεις αρχές που πλαισιώνουν τη συμπαραγωγή, οι οποίες υποστηρίζουν παρόμοιες αξίες και ευθυγραμμίζονται στην ίδια κατεύθυνση για την επίτευξή της.

1. Αναγνώριση των ατόμων ως ενεργών συμμετεχόντων με πολύτιμες εμπειρίες

Απαιτείται η αλλαγή της στάσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ώστε οι λήπτες των υπηρεσιών να μην προσεγγίζονται ως παθητικοί αποδέκτες αλλά ως άτομα με δυνατά σημεία και εμπειρίες, πολύτιμες για τη διαμόρφωση των υπηρεσιών.²⁷ Προϋπόθεση είναι η προσέγγιση των ληπτών ως ενεργών ισότιμων εταίρων και όχι ως εξυπηρετούμενων που επιβαρύνουν τις υπηρεσίες.^{11,33} Οι λήπτες των υπηρεσιών, συμμετέχουν τόσο στον καθορισμό της ατζέντας και των προτεραιοτήτων όσο και στη λήψη αποφάσεων από την αρχή.³⁴

2. Αξιοποίηση των υφισταμένων δυνατοτήτων

Οι υπηρεσίες θα πρέπει όχι μόνο να αναγνωρίζουν τις υπάρχουσες δυνατότητες των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες, αλλά να επιδιώκουν την παροχή ευκαιριών με σκοπό την προσωπική τους ανάπτυξη. Να υποστηρίξουν τον επαναπροσδιορισμό μιας καθημερινότητας πέρα από τη νόσο και τα συμπτώματα, σχεδιάζοντας από

κοινού γύρω από τις προσωπικές προτιμήσεις, τις δυνατότητες και δεξιότητές τους.^{27,35,36}

3. Ανταλλαγή και αμοιβαιότητα

Η συμπαραγωγή στηρίζεται στις αμοιβαίες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών, προάγοντας τη συνύπαρξη και λειτουργία σε ένα περιβάλλον με ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών αλλά και με αμοιβαίες ευθύνες, δεσμεύσεις, προσδοκίες.^{11,35}

4. Δίκτυα υποστήριξης ομοτίμων (peer support)

Η μάθηση από ομοτίμους (peer-to-peer learning) είναι εξαιρετικά σημαντική για την συμπαραγωγή, χρήσιμη για να εμπνεύσει και να κινητοποιήσει, μέσω παραδειγμάτων, σε πρακτικά θέματα, οικοδομώντας σχέσεις εμπιστοσύνης και δημιουργώντας νέους τρόπους συνεργασίας.³⁷ Δεν αντικαθιστά τον υποστηρικτικό ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά τον ενισχύει προς την κατεύθυνση διάχυσης της γνώσης και της ενδυνάμωσης.^{27,38}

5. Εξάλειψη των διακρίσεων

Αναπροσαρμογή της μεθοδολογίας σχεδιασμού, ανάπτυξης και παροχής των υπηρεσιών με σκοπό την εξάλειψη των στεγανών και των διακρίσεων μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών.³⁵

6. Διευκόλυνση

Οι υπηρεσίες παρέχονται με έναν χαρακτήρα διευκόλυνσης, στη βάση της αξιοποίησης των υφισταμένων δυνατοτήτων και δεν παρέχονται παθητικά.^{11,27}

Η διαδρομή προς τη συμπαραγωγή

Η πορεία προς την επίτευξη της συμπαραγωγικής διαδικασίας, διακρίνεται από τρία στάδια μετάβασης και μετασχηματισμού του προφίλ των υπηρεσιών μετατρέποντας τα μονομερή μοντέλα οργάνωσης σε ισότιμα συμμετοχικά. Σε αυτή τη διαδρομή ο λήπτης των υπηρεσιών μετατρέπεται από παθητικός αποδέκτης σε εμπλεκόμενος και καταλήγει εταίρος.

1. Τήρηση οδηγιών – «Συμμόρφωση» (Compliance)

Στο στάδιο αυτό, οι λήπτες των υπηρεσιών τηρούν τις οδηγίες των επαγγελματιών, συνεισφέροντας στην παραγωγή μεμονωμένων αποτελεσμάτων. Ενδέχεται να συμμετέχουν σε διαδικασίες αξιολόγησης, προγραμματισμού και ανάθεσης, ωστόσο απουσιάζουν από τον ισότιμο σχεδιασμό των υπηρεσιών.^{8,39} Η ευελιξία που απαιτείται συγκρούεται με προϋπάρχοντες στόχους, άκαμπτους τρόπους λειτουργίας και ιεραρχίες.⁴⁰

2. Ενδιάμεση κατάσταση – Υποστήριξη (intermediate-support)

Σε μία ενδιάμεση κατάσταση διαπιστώνεται μια πληρέστερη αναγνώριση και εκτίμηση πολλών ατόμων, τα οποία από κοινού παράγουν αποτελέσματα με έμφαση στον αμοιβαίο σεβασμό. Παρατηρείται μερικός βαθμός εμπλοκής και ανατροφοδότησης των ληπτών προς τους επαγγελματίες. Οι λήπτες ενημερώνονται για τυχόν αλλαγές στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προγράμματα, αλλά πάντα σε μια προϋπάρχουσα βάση περιορισμών και κανόνων πλαισίου.^{8,41}

3. Μετασχηματισμός (Transformation)

Στο επίπεδο αυτό παρατηρείται πλήρης μετασχηματισμός των παρεχομένων υπηρεσιών, με τους επαγγελματίες και τους λήπτες να αποτελούν ισότιμους εταίρους στη λήψη κοινών αποφάσεων. Δημιουργούνται νέες σχέσεις μεταξύ των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες και εκείνων που τις χρησιμοποιούν, επαναπροσδιορίζοντας τον λήπτη ως ειδικό, διευκολύνοντας νέες μορφές ομότιμης υποστήριξης (peer support). Δεν εξαντλείται το ενδιαφέρον σε θέματα υπηρεσιών ή αμιγώς κλινικής φύσεως αλλά ενσωματώνονται ευρύτερα ζητήματα ποιότητας της ζωής.^{8,42} Για να υπάρξει ουσιαστικά αυτός ο μετασχηματισμός, θα πρέπει να μετακυλήσουν κάποιοι ηγετικοί ρόλοι στους λήπτες των υπηρεσιών και αυτό απαιτεί νέες σχέσεις με επαγγελματίες της πρώτης γραμμής οι οποίοι χρειάζονται εκπαίδευση και εξουσιοδότηση να αναλάβουν αυτούς τους νέους ρόλους.^{42,43}

Τα οφέλη της συμπαραγωγής

Όταν οι υπηρεσίες διαμορφώνονται στηριζόμενες στις αρχές και στις αξίες που πρεσβεύει η συμπαραγωγική προσέγγιση προκύπτουν σημαντικά οφέλη τόσο για τους λήπτες/άτομα της κοινότητας όσο και τους επαγγελματίες ως ισότιμους εταίρους.

Για τους λήπτες των υπηρεσιών:

- **Ενίσχυση της εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες**

Η συμπαραγωγική διαδικασία εδραιώνει τη συνθήκη «από την κοινότητα στην κοινότητα», εξαλείφοντας κάθε απόσταση μεταξύ δομών και τοπικών κοινωνιών. Η ενεργός και ισότιμη συμμετοχή στις διαδικασίες μειώνει την καχυποψία, τις προκαταλήψεις, ενώ παράλληλα αυξάνει την αίσθηση αξιοπιστίας.^{40,43}

- **Αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποτελεσματικότητας**

Ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου που λαμβάνει υπηρεσίες, ενδυναμώνοντας τον ρόλο του σε μία ισότιμη εταιρική σχέση που του αποδίδει μια νέα «ταυτότητα».⁴⁴

- **Ενίσχυση των μηχανισμών πρόληψης και βελτίωση της ποιότητας ζωής**

Μέσω της συμπαραγωγής, ενθαρρύνεται η αυτοβοήθεια και η αλλαγή συμπεριφοράς, η υιοθέτηση προστατευτικών παραγόντων που προάγουν την υγεία και την ευημερία. Παράλληλα, τα ενισχυμένα τοπικά κοινωνικά δίκτυα και η υποστήριξη μέσω ομοτίμων, εξασφαλίζουν την έγκαιρη πρόληψη προβλημάτων και την πρώιμη ανίχνευσή τους, προτού αυτά αποτελέσουν μείζονα.^{11,45}

- **Μείωση του στίγματος**

Το στίγμα και η προκατάληψη, που ενδεχομένως προκύπτουν από τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξαλείφονται μέσω της ανάπτυξης δικτύων από ομοτίμους.⁴⁶ Δημιουργείται ένα κοινωνικό μωσαϊκό που περιλαμβάνει λήπτες υπηρεσιών που ταυτόχρονα απασχολούνται στις υπηρεσίες αποτελώντας τους υποστηρικτικούς κρίκους άλλων ληπτών.

- **Ενίσχυση της ικανότητας των κοινοτήτων να παράγουν κοινωφελείς υπηρεσίες**

Η ενεργός συμμετοχή των μελών της κοινότητας στον σχεδιασμό των υπηρεσιών οδηγεί στην παραγωγή νέων με επίκαιρο και κοινωφελή προσανατολισμό.^{47,48}

Για τους επαγγελματίες και τις δομές:

- **Εξωστρέφεια και διάχυση**

Η συμπαραγωγική προσέγγιση ενισχύει την επικοινωνία και τη στενή συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών, την εξωστρέφεια των δομών και τη διάχυση των υπηρεσιών τους στην κοινότητα.^{33,48}

- **Αύξηση της προσβασιμότητας**

Η ισότιμη εταιρική σχέση, αυξάνει την προσβασιμότητα αμφίδρομα. Οι δομές και οι υπηρεσίες ενσωματώνονται στις τοπικές κοινωνίες, χωρίς να χρήζουν διαδικασίες συνεχούς διασύνδεσης για την αναγνώριση του ρόλου και του παρεχόμενου έργου ώστε να εξασφαλίσουν την πρόσβασή τους σε αυτές.^{27,49}

- **Αύξηση του βαθμού κατανόησης των αναγκών**

Η συμπαραγωγή υπηρεσιών εξασφαλίζει αποτελεσματική αναγνώριση αναγκών και υψηλή εξατομίκευση,^{27,50} αυξάνοντας τον βαθμό ενσυναίσθησης.⁴⁸

- **Αλλαγή στάσεων των επαγγελματιών**

Μειώνονται οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και οι άμυνες μέσω της ανάπτυξης μίας σχέσης συνεργασίας σε ισότιμη βάση μεταξύ ληπτών και επαγγελματιών.⁵¹

- **Αποτελεσματικότερη χρήση πόρων και μείωση κόστους**

Η εμπλοκή μελών της κοινότητας (εθελοντές, ομοτίμοι, εκπαιδευόμενοι, κ.λπ.) στην παροχή υπηρεσιών επιτυγ-

χάνει αποτελεσματικότερη χρήση πόρων, αυξάνει την ανταποδοτικότητα και μειώνει το κόστος φροντίδας,⁴⁰ εξασφαλίζοντας μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα.⁴⁹

- *Παροχή πολιτισμικά κατάλληλων υπηρεσιών*

Σχεδιάζονται υπηρεσίες που όχι απλώς αποδέχονται αλλά αφομοιώνουν τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, τη φιλοσοφία και την κουλτούρα της τοπικής κοινότητας.^{39,52}

- *Ενίσχυση και ενδυνάμωση του προσωπικού*

Η εμπειρογνώμοσύνη των ληπτών, ενισχύει την τεχνογνωσία και διευρύνει τους γνωστικούς ορίζοντες του προσωπικού των δομών. Το προσωπικό της πρώτης γραμμής ενδυναμώνεται και τα μέλη του μετατρέπονται σε εξουσιοδοτημένους επαγγελματίες μιας πρωτοποριακής πρακτικής, με υψηλή αυτοπεποίθηση στη θετική ανάληψη ευθυνών.^{8,11}

Προκλήσεις κατά την εφαρμογή του συμπαραγωγικού μοντέλου

Κατά την εφαρμογή του συμπαραγωγικού μοντέλου, προκύπτουν περιορισμοί και προκλήσεις που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη ώστε να διασφαλιστούν η φυσιολογία και η αποτελεσματικότητα της προσέγγισης.

- *Αμφισβήτηση υφιστάμενων υπηρεσιών*

Η ενεργός συμμετοχή του λήπτη με τον ρόλο του εταίρου μπορεί να αμφισβητήσει τα υφιστάμενα πλαίσια παροχής υπηρεσιών και τους παραδοσιακούς κανόνες λογοδοσίας, προξενώντας στους επαγγελματίες στρες, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, ανασφάλειας και απώλειας ελέγχου, οδηγώντας αρκετές φορές τις δομές σε συγχυτικές λειτουργίες.^{40,53}

- *Κοινωνικό κεφάλαιο και κίνδυνος αποκλεισμού των πιο ευάλωτων κοινωνικά ομάδων*

Κατά τη διαμόρφωση πρωτοβουλιών, συμμετοχής και δεσμεύσεων, υπάρχει ο κίνδυνος να παραγκωνιστούν οι πιο ευάλωτες ομάδες (άστεγοι, άτομα σε ακραία φτώχεια, μειονότητες, κ.ά.) από τη συμπαραγωγική διαδικασία.^{54,55} Παρότι τα συμπαραγωγικά συστήματα οικοδομούν και ενισχύουν το κοινωνικό κεφάλαιο, υπάρχουν σαφείς περιορισμοί για τα άτομα αυτά να κατορθώσουν να συμπράξουν αποτελεσματικά χωρίς κατάλληλη υποστήριξη. Γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνουν περαιτέρω υποστήριξη ώστε να εξασφαλίζεται η ισότιμη συμπερίληψή τους.^{56,57}

- *Δέσμευση*

Η εφαρμογή του συμπαραγωγικού μοντέλου απαιτεί αφοσίωση, συνεχή εγρήγορση, ευελιξία και σταθερή δέσμευση όλων των εμπλεκόμενων, με σαφή τήρηση και συν-αξιολόγηση των διαδικασιών.^{17,33}

- *Ανθρώπινο δυναμικό*

Η συμπαραγωγή απαιτεί την επιλογή και εμπλοκή επαγγελματιών κατάλληλων τόσο σε γνωστικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο πεποιοτήσεων για την αλλαγή προσέγγισης παροχής υπηρεσιών και την ουσιαστική υιοθέτηση κουλτούρας ισότιμης συναλλαγής με τους λήπτες των υπηρεσιών.⁵¹ Σημαντικό είναι το προσωπικό να λαμβάνει υποστήριξη, ειδικά κατά τα πρώτα στάδια της συμπαραγωγικής διαδικασίας που θα χρειαστεί να συμφιλιωθεί με νέες προτεραιότητες.¹⁴

- *Διαφορετικές κοινότητες*

Η συμπαραγωγή είναι αποτελεσματική όταν στηρίζεται στη στενή συνεργασία μελών εντός της ίδιας κοινότητας, ενώ όταν λειτουργεί σε μια βάση συνέργειας διαφορετικών κοινοτήτων αυτή επηρεάζεται. Οι διαφορετικές κοινότητες παρουσιάζουν αρκετές φορές διαφορετικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη εξ αρχής, ώστε αυτά να γίνουν αποδεκτά ως ποικιλόμορφα φυσιολογικά στοιχεία σε μια λειτουργική συνεργασία και όχι να αποτελέσουν εμπόδια συνύπαρξης.^{8,33}

Συζήτηση

Παρόλο που η συμπαραγωγή βασίζεται σε μία πολύ απλή παραδοχή, τα άτομα που λαμβάνουν υπηρεσίες να συνεργάζονται και για την ανάπτυξη και παροχή των υπηρεσιών, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν δυσκολίες στην εφαρμογή αυτής στον χώρο της ψυχικής υγείας. Οι αντιστάσεις απορρέουν κυρίως από την παραδοσιακή κουλτούρα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κατ'επέκταση τη δυσκολία των επαγγελματιών να απαγκιστρωθούν από παγιωμένους θεσμικούς ρόλους.¹⁷ Η επικράτηση της αντίληψης ότι το άτομο με ψυχικά προβλήματα είναι αβοήθητο και ότι ο ειδικός «γνωρίζει καλύτερα», συντηρεί τον πατερναλιστικό χαρακτήρα των υπηρεσιών και θέτει εμπόδια στην αναδιανομή της εξουσίας μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών.^{58,59} Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ασκούν τον έλεγχο στη φροντίδα γιατί εξακολουθούν να τη βιώνουν ως μία δεσμευτική συνθήκη, ως την υποχρέωση που τους ορίζει το καθήκον της ιδιότητάς τους και η οργανωτική κουλτούρα του πεδίου απασχόλησης.⁶⁰

Επίσης, ενώ υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι οι λήπτες των υπηρεσιών έχουν επαρκή κίνητρα να συνεργαστούν στη διαδικασία σχεδιασμού, η ανεπαρκής ανταλλαγή πληροφοριών και οι ανεπαρκείς ευκαιρίες για κοινή λήψη αποφάσεων δημιουργούν σημαντικά εμπόδια,^{61,62} αφήνοντας τους λήπτες να αισθάνονται περιθωριοποιημένοι και αδύναμοι⁶³ και τους φροντιστές αμέτοχους.⁶⁴

Στην Ελλάδα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τα βασικά προβλήματα των ενώσεων που αντιπροσωπεύουν λήπτες και φροντιστές αυτά αφορούν στον διαθέσιμο α-

ποτελεσματικό χώρο για συναντήσεις, την παροχή υπηρεσιών, τους διοικητικούς σκοπούς, την τεχνική ικανότητα, τη δυσκολία στην αποσαφήνιση και ιεράρχηση σκοπών και στόχων, τη δυσκολία στην προσέλκυση ενεργών μελών και την αμφιθυμία απέναντι στο κράτος και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.²³ Όλα τα παραπάνω αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην ενδυνάμωση της φωνής των ληπτών υπηρεσιών, στη λειτουργική αυτο-οργάνωσή τους, και κατ' επέκταση αποδυναμώνουν τις προσδοκίες για δημιουργία συμπαραγωγικών σχέσεων.

Αλλά ακόμη και σε μία θεωρούμενη συμπαραγωγική σχέση, όπου φαινομενικά διακρίνονται οι ισότιμες εταιρικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών, υπάρχουν σημεία τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διατηρηθούν επί της ουσίας τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσέγγισης κατά την εφαρμογή της. Η συμπαραγωγή συνεπάγεται την ισότητα όχι μόνο με την έννοια των προσώπων ή των καταστάσεων, αλλά και στο επίπεδο του πώς εκτιμάται η ίδια η γνώση. Για παράδειγμα, ενώ η γνώση των επαγγελματιών τεκμηριώνεται από το επιστημονικό υπόβαθρο, η εμπειρογνωμοσύνη των ληπτών (expertise by experience) παρουσιάζει δυσκολίες στη νομιμοποίηση και την ίση συμπερίληψή της⁶⁵ παρόλο που οι μελέτες υπογραμμίζουν την εξαιρετικά σημαντική συμβολή της γνώσης που προέρχεται από τη βιωμένη εμπειρία στη διερεύνηση αναγκών, στον εύστοχο σχεδιασμό και προσανατολισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.^{66,67}

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει ένας κοινός και ενιαίος ορισμός της συμπαραγωγής με τον οποίο όλοι συμφωνούν επειδή η προσέγγιση εξακολουθεί να αναπτύσσεται και να αλλάζει σε ένα κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον που επίσης μεταβάλλεται⁶⁸ και η ίδια η έννοια ακολουθεί μετασχηματιστικό χαρακτήρα.⁶⁹ Αυτή η απουσία αυστηρού εννοιολογικού πλαισίου, περιορίζει επίσης και τη δυνατότητα όσων εφαρμόζουν συμπαραγωγικές μεθόδους να κατανοήσουν το είδος των αποδεικτικών στοιχείων που θα πρέπει να συγκεντρώσουν ώστε να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή τους.⁷⁰

Συμπεράσματα

Η συμπαραγωγή δεν αποτελεί νέο μηχανισμό παροχής υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας, αλλά πρόκειται για μια προσέγγιση που υποστηρίζει έναν ενεργό και παραγωγικό ρόλο για τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες και προωθεί την αξία των συνεργατικών σχέσεων για την επίτευξη αποτελεσμάτων.⁴² Δίνει έμφαση στη «σχεσιακή» παροχή των υπηρεσιών και όχι στη «συναλλακτική» παράδοσή τους^{11,41} λειτουργώντας ως μία μακροπρόθεσμη διαδικασία μέσα από την οποία επέρχονται ώριμες αλλαγές στα ισχύοντα πλαίσια και τους ακολουθούμενους κανόνες των δομών και των υπηρεσιών και όχι ως μία λύση ad hoc.⁸ Αν αυτή αντιμετωπιστεί ως υποχρέωση δεν είναι πλέον συμπαραγωγή, αλλά άλλη μία μορφή εξαναγκασμού.⁷¹

Κατά την πρόσφατη αναζήτηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την έννοια της συμπαραγωγής, και ειδικά της σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία, στη μεγαλύτερη βάση δεδομένων για τις επιστήμες υγείας, PubMed, διαπιστώνεται ένας σχετικά περιορισμένος αριθμός δημοσιευμένων μελετών,^{17,28,40,52,65,67,69,71-83} καθώς και ένα αντίστοιχο κενό αξιολόγησης αυτού του μοντέλου, με κάποιες αναφορές περίπτωσης (case reports) ή περιορισμένες ποιοτικές μελέτες.^{70,80,81}

Ειδικότερα στην Ελλάδα, εντοπίζονται τόσο δημοσιεύσεις^{4,22,23,26} όσο και καλές πρακτικές⁸⁴⁻⁸⁶ που αναφέρονται σε εννοιολογικά πλαίσια και συναφείς προσεγγίσεις της συμπαραγωγής, που προάγουν την ανάγκη ενδυνάμωσης της «φωνής» του ατόμου που λαμβάνει υπηρεσίες με στόχο την ενεργό εμπλοκή του στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη ζωή του. Η υιοθέτηση της συμπαραγωγικής προσέγγισης στη χώρα μας θα μπορούσε να αποφέρει εξαιρετικά σημαντικά οφέλη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσδίδοντάς τους έναν περαιτέρω μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα εδραϊώνοντας μία ισότιμη σχέση μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών.

Βιβλιογραφία

1. Cayton H. Patient-engagement and patient decision-making in England. In Kingdom: *Strategies for Change and Action*. The Commonwealth Fund 2004 (Cited 19 July 2020). Available from <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2004/mar/patient-engagement-and-patient-decision-making-england>
2. Gillard S, Turner K, Ferlie E. Staying native: Coproduction in mental health services research. *International Journal of Public Sector Management* 2010, 23:567-577, doi: 10.1108/09513551011069031
3. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014, 9:94670, doi: 10.1371/journal.pone.0094670
4. Chondros P, Stylianidis S, Lavdas M. *Participation of users and families in mental health services*. Topos Publications, Athens, 2014 (in Greek)
5. DeChillo N, Koren PE, Schultze KH. From paternalism to partnership: family and professional collaboration in children's mental health. *Am J Orthopsychiatry* 1994, 64:564-576, doi: 10.1037/h0079572
6. Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, Bauer MS. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Curr Psychiatry Rep* 2013, 15:383, doi: 10.1007/s11920-013-0383-2
7. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. *J Med Imaging Radiat Sci* 2017, 48:207-216, doi: 10.1016/j.jmir.2017.02.071

8. Needham C, Carr S. *SCIE Research briefing 31: co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation*. Social Care Institute for Excellence 2009 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/>
9. Watson V. Co-production and collaboration in planning – The difference. *Plan theory pract* 2014, 15:62–76, doi: 10.1080/14649357.2013.866266
10. Rycroft-Malone J, Burton CR, Bucknall T, Graham ID, Hutchinson AM. Collaboration and Co-Production of Knowledge in Healthcare: Opportunities and Challenges. *Intern J Health Policy Managem* 2016, 5:221–223, doi:10.15171/ijhpm.2016.08
11. Boyle D, Harris M. *The Challenge of Co-Production*. New Economic Foundation, The Lab, NESTA 2009 (Cited 19 July 2021). Available from https://neweconomics.org/uploads/files/312ac8ce93a00d5973_3im-6i6t0e.pdf
12. Realpe A, Wallace L. *What is co-production?* The Health Foundation inspiring improvement 2010 (Cited 19 July 2021). Available from https://personcentredcare.health.org.uk/sites/default/files/resources/what_is_co-production.pdf
13. New Economics Foundation. *Commissioning for outcomes and co-production: A practical guide for local authorities*. 2014 (Cited 19 July 2021). Available from https://b3cdn.net/nefoundation/974bfd0fd635a9ffc-d_j2m6b04bs.pdf
14. Boyle D, Clark S, Burns S. *Co-production by people outside paid employment*. Joseph Rowntree Foundation 2006 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.jrf.org.uk/report/co-production-people-outside-paid-employment>
15. Parks RB, Baker PC, Kiser L, Oakerson R, Ostrom E, Ostrom V. Consumers as Coproducers of Public Services: Some Economic and Institutional Considerations. *Policy Studies Journal* 1981, 9:1001–1011, doi: 10.1111/j.1541-0072.1981.tb01208.x
16. UK Department of Health. *Putting people first: a shared vision and commitment to the transformation of adult social care*. 2007 (Cited 19 July 2021). Available from http://www.cpa.org.uk/cpa/putting_people_first.pdf
17. Gordon S, O'Brien AJ. Co-production: Power, problems and possibilities. *Int J Ment Health Nurs* 2018, 27:1201–1203, doi: 10.1111/inm.12504
18. Wise M, Sainsbury P. Democracy: the forgotten determinant of mental health. *Health Promot J Austr* 2007, 18:177–183, doi: 10.1071/he07177
19. Morselli PL. Present and future role of Mental Illness Advocacy Associations in the management of the mentally ill: realities, needs and hopes at the edge of the third millennium. *Bipolar Disord* 2000, 2:294–300, doi: 10.1034/j.1399-5618.2000.20310.x
20. World Health Organization Regional Office for Europe. *Mental health, human rights and standards of care*. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. 2018 (Cited 19 July 2021). Available from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf
21. World Health Organization. *Advocacy for mental health*. Mental Health Policy and Service Guidance Package 2003 (Cited 19 July 2021). Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333227>
22. Stylianidis S. *Empowerment and Advocacy. For a Mental Health Democracy*. Topos Books, Athens, 2015 (in Greek)
23. Stylianidis S, Chondros P, Boinis R. Empowering dialogues: the problems of service users, family members and carers' associations in Greece. *Dialogues in Clinical Neuroscience and Mental Health* 2018, 1:108–114, doi: 10.26386/obrela.v1i3.98
24. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012, 27:1361–1367, doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
25. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014, 13:12–20, doi: 10.1002/wps.20084
26. Stylianidis S. *Social and Community Psychiatry. Towards a Critical, Patient-Oriented Approach*. Springer, Berlin, 2016
27. Slay J, Stephens L. *Co-Production in Mental Health: A Literature Review*. New Economics Foundation 2013 (Cited 19 July 2021). Available from https://b3cdn.net/nefoundation/ca0975b7cd88125c3e_ywm6bp311.pdf
28. Dalgarno M, Oates J. The meaning of co-production for clinicians: An exploratory case study of Practitioner Trainers in one Recovery College. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018, 25:349–357, doi: 10.1111/jpm.12469
29. Carrera M, Sangiorgi D, Foglieni F, Lucchi F. *Developing recovery oriented services and co-production in mental healthcare: Building- up on existing promising organisational practices*. Service Design Proof of Concept 2018 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.ep.liu.se/ecp/150/033/ecp18150033.pdf>
30. WHO Regional Office for Europe. *Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges*. 2008 (Cited 19 July 2021). Available from http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1
31. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
32. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010, 122:232–238, doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065
33. Boyle D, Coote A, Sherwood C, Here SJR, Now R. *Co-production: Right here, Right now*. National Endowment for Science Technology and the Arts 2013 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.nesta.org.uk/report/co-production-right-here-right-now/>
34. Roper G, Grey F, Cadogan E. *Co-production: Putting principles into practice in mental health contexts*. Health Sciences University of Melbourne 2018 (Cited 19 July 2021). Available from https://healthsciences.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0007/3392215/Coproductionputting-principles-into-practice.pdf
35. Mersey Care NHS Foundation Trust. *A Toolkit for Co-production. Equality in Learning* 2015 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.equilocoproduction.eu/project/wp-content/uploads/2017/11/IO4-En-Toolkit.pdf>
36. Social Care Institute for Excellence. *Co-production in social care: What it is and how to do it*. SCIE Guide 2013 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/>
37. Richardson L. DIY community action: Neighbourhood problems and community self-help Bristol. *Policy Press* 2008, 9:355–362, doi: 10.1080/14616710903138809
38. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001, 25:134–141, doi: 10.1037/h0095032

39. Hyde P, Davies HTO. Service design, culture and performance: Collusion and co-production in health care. *Human Relations* 2004, 57:1407–1426, doi: 10.1177/0018726704049415
40. Bovaird T. Beyond engagement and participation: user and community co-production of public services. *Publ Admin Rev* 2007, 67:846–860, doi: 10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x
41. Parker S. We need to insist on collaboration not merely as an ideal, but as a basic design element for government. *Demos* 2007 (Cited 19 July 2021). Available from <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/The%20collaborative%20state.pdf>
42. Hunter S, Ritchie P. *Co-Production and Personalisation in Social Care Changing Relationships in the Provision of Social Care*. Research Highlights in Social Work, US, 2007
43. Carr S. *Position paper: are mainstream mental health services ready to progress transformative co-production?* National Development Team for Inclusion 2016 (Cited 19 July 2021). Available from https://www.ndti.org.uk/assets/files/MH_Coproductio_position_paper.pdf
44. Mayer C, McKenzie K. '...it shows that there's no limits': the psychological impact of co-production for experts by experience working in youth mental health. *Health Soc Care Community* 2017, 25:1181–1189, doi: 10.1111/hsc.12418
45. Campbell C, Burgess R. The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcult Psychiatry* 2012, 49:379–395, doi: 10.1177/1363461512454643
46. Ley A, Roberts G, Willis D. How to support peer support: evaluating the first steps in a healthcare community. *Journal of Public Mental Health* 2010, 9:16–25, doi: 10.5042/jpmh.2010.0160
47. Hatzidimitriadou E, Mantovani N, Keating F. *Evaluation of coproduction processes in a community-based mental health project in Wandsworth*. Kingston University of London 2012 (Cited 19 July 2021). Available from <https://repository.canterbury.ac.uk/item/873xv/evaluation-of-co-production-processes-in-a-community-based-mental-health-project-in-wandsworth>
48. National Collaborating Centre for Mental Health. *Working Well Together: Evidence and Tools to Enable Co-production in Mental Health Commissioning*. RC Psych 2019 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/working-well-together/working-well-together-evidence-and-tools-to-enable-coproduction-in-mental-health-commissioning.pdf>
49. Charles A, Ham C, Baird B, Alderwick H, Bennett L. *Reimagining Community Services: Making the Most of Our Assets*. The King's Fund 2018 (Cited 19 July 2021). Available from https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/201801/Reimagining_community_services_report.pdf
50. Beresford P. *The changing roles and tasks of social work from service users' perspectives: A literature-informed discussion paper*. Shaping Our Lives National User Network 2007 (Cited 19 July 2021). Available from <https://shapingourlives.org.uk/wp-content/uploads/2015/03/TheChangingRolesandTasksOfSocialWork.doc>
51. Burns S, Smith K. *Co-production works! The win:win of involving local people in public services*. New Economics Foundation 2004 (Cited 19 July 2021). Available from https://neweconomics.org/uploads/files/312ac-8ce93a00d5973_3im6i6t0e.pdf
52. Lwembe S, Green SA, Chigwende J, Ojwang T, Dennis R. Co-production as an approach to developing stakeholder partnerships to reduce mental health inequalities: an evaluation of a pilot service. *Prim Health Care Res Dev* 2017, 18:14–23, doi: 10.1017/S1463423616000141
53. Joshi A, Moore M. Institutionalised Co-production: Unorthodox Public Service Delivery in Challenging Environments. *Journal of Development Studies* 2004, 40:31–49, doi: 10.1080/00220380410001673184
54. Carr S. *Has service user participation made a difference to social care services?* Social Care Institute for Excellence 2004 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp03.asp>
55. Barnes M, Skelcher C, Beirens H. *Designing citizen-centred governance*. Joseph Rowntree Foundation 2008 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.jrf.org.uk/system/files/2205-governance-citizens-engagement.pdf%5Cfile:///Users/jbshahin/Documents/research/Papers>
56. Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018, 53:107–119, doi: 10.1007/s00127-017-1469-7
57. Kim C, Nakanishi H, Blackman D, Freyens B, Benson A. The Effect of Social Capital on Community Co-production: Towards Community-oriented Development in Post-disaster Recovery. *In Procedia Engineering* 2017, 180:901–911, doi: 10.1016/j.proeng.2017.04.251
58. Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002, 11:186–191, doi: 10.1017/s1121189x00005704
59. Bladon H. Avoiding Paternalism. *Issues Ment Health Nurs* 2019, 40:579–584, doi: 10.1080/01612840.2019.1570405
60. Carr S. Enabling risk and ensuring safety: self-directed support and personal budgets. *J Adult Prot* 2011, 13:122–136, doi: 10.1108/14668201111160723
61. Bee P, Price O, Baker J, Lovell K. Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *Br J Psychiatry* 2015, 207:104–114, doi: 10.1192/bjp.bp.114.152447
62. McDermott G. The care programme approach: a patient perspective. *Nurs Times* 1998, 94:57–59, PMID: 9544069
63. Grundy AC, Bee P, Meade O, Callaghan P, Beatty S, Olleveant N. Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service user perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016, 23:12–21, doi: 10.1111/jpm.12275
64. Cree L, Brooks HL, Berzins K, Fraser C, Lovell K, Bee P. Carers' experiences of involvement in care planning: a qualitative exploration of the facilitators and barriers to engagement with mental health services. *BMC Psychiatry* 2015, 15:208, doi: 10.1186/s12888-015-0590-y
65. Rose D, Kalathil J. Power, Privilege and Knowledge: the Untenable Promise of Co-production in Mental "Health". *Front Sociol* 2019, 4:57, doi: 10.3389/fsoc.2019.00057
66. Starcevic V. Mental health services for "experts by experience"? *Aust N Z J Psychiatry* 2015, 49:186, doi: 10.1177/0004867414549965
67. Mathias K, Pillai P, Gaitonde R, Shelly K, Jain S. Co-production of a pictorial recovery tool for people with psycho-social disability informed by a participatory action research approach—a qualitative study set in India. *Health Promot Int* 2020, 5:486–499, doi: 10.1093/heapro/daz043
68. Brandsen T, Honingh M. Distinguishing different types of coproduction: A conceptual analysis based on the classical definitions. *Public Adm Rev* 2016, 76:427–435, doi: 10.1111/puar.12465
69. Fotaki M. Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens and/or co-producers in health and social care in England and Sweden. *Public Adm* 2011, 89:933–955, doi: 10.1111/j.1467-9299.2010.01879.x

70. Durose C, Mangan C, Needham C, Rees J. *Evaluating co-production: pragmatic approaches to building the evidence base*. For Co-production Panel, Political Studies Association Conference, 4 June 2014. Manchester, Summary Paper, pp 1–24
71. Fisher P. Co-production: what is it and where do we begin? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016, 23:345–346, doi: 10.1111/jpm.12281
72. Lignou S, Capitaio L, Hamer-Hunt JM, Singh I. Co-Production: An Ethical Model for Mental Health Research? *Am J Bioeth* 2019, 19:49–51, doi: 10.1080/15265161.2019.1619877
73. PARTNERS2 writing collective. Exploring patient and public involvement (PPI) and co-production approaches in mental health research: learning from the PARTNERS2 research programme. *Res Involv Engagem* 2020, 6:56, doi: 10.1186/s40900-020-00224-3
74. Pocobello R, El Sehity T, Negrogno L, Minervini C, Guida M, Venerito C. Comparison of a co-produced mental health service to traditional services: A co-produced mixed-methods cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs* 2020, 29:460–475, doi: 10.1111/inm.12681
75. Kirkegaard S, Andersen D. Co-production in community mental health services: blurred boundaries or a game of pretend? *Sociol Health Illn* 2018, 40:828–842, doi: 10.1111/1467-9566.12722
76. Reeve J, Cooper L, Harrington S, Rosbottom P, Watkins J. Developing, delivering and evaluating primary mental health care: the co-production of a new complex intervention. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:470, doi: 10.1186/s12913-016-1726-6
77. Vaeggemose U, Ankersen PV, Aagaard J, Burau V. Co-production of community mental health services: Organising the interplay between public services and civil society in Denmark. *Health Soc Care Community* 2018, 26:122–130, doi: 10.1111/hsc.12468
78. Filipe A, Renedo A, Marston C. The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care. *PLoS Biol* 2017, 15:2001403, doi: 10.1371/journal.pbio.2001403
79. Davies J, Sampson M, Beesley F, Smith D, Baldwin V. An evaluation of Knowledge and Understanding Framework personality disorder awareness training: can a co-production model be effective in a local NHS mental health Trust? *Personal Ment Health* 2014, 8:161–168, doi: 10.1002/pmh.1257
80. Farr M, Pithara C, Sullivan S, Edwards H, Hall W, Gadd C, Walker J, Hebden N, Horwood J. Pilot implementation of co-designed software for co-production in mental health care planning: a qualitative evaluation of staff perspectives. *J Ment Health* 2019, 28:495–504, doi: 10.1080/09638237.2019.1608925
81. Fusco F, Marsilio M, Guglielmetti C. Co-production in health policy and management: a comprehensive bibliometric review. *BMC Health Serv Res* 2020, 20:504, doi: 10.1186/s12913-020-05241-2
82. Graffigna G, Barelllo S, Palamenghi L, Lucchi F. “Co-production Compass” (COCO): An Analytical Framework for Monitoring Patient Preferences in Co-production of Healthcare Services in Mental Health Settings. *Front Med (Lausanne)* 2020, 7:279, doi: 10.3389/fmed.2020.00279.
83. Mayer C, McKenzie K. It shows that there’s no limits: the psychological impact of co-production for experts by experience working in youth mental health. *Health Soc Care Community* 2017, 25:1181–1189, doi: 10.1111/hsc.12418
84. Stylianidis S. Recovery. Part II: Greek experiences. *Synopsis* 2018, 49:50–96 (in Greek)
85. PanHellenic Association for Psychosocial Rehabilitation and Work Integration. Constitution of Regional Networking Cores of Mental Health Service Users 2007–2013 (Cited 19 July 2021) (in Greek). Available from <http://www.pepsaee.gr>
86. Association of Mental Health Services Users “Self-representation”. Mental Health Services Users Empowerment Seminars 2021 (Cited 19 July 2021) (in Greek). Available from <http://www.pepsaee.gr>

Special article

The model of co-production in mental health services

Evanthia Sakellari,^{1,2,*} Konstantinos Tsoukas,^{1,3,*} Gerasimos Kolaitis,⁴ Areti Lagiou^{1,2}

¹Department of Public and Community Health, Faculty of Public Health, University of West Attica, Athens,

²Laboratory of Hygiene and Epidemiology, Department of Public and Community Health, Faculty of Public Health, University of West Attica, Athens,

³PanHellenic Association for Psychosocial Rehabilitation and Work Integration, Athens,

⁴Department of Child Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens, Greece

* These authors contributed equally to this work

ARTICLE HISTORY: Received 2 April 2021/Revised 27 June 2021/Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Service users' right to be involved in decisions concerning their health and quality of life is not only an ethical issue, but also a key aspect for the efficiency and effectiveness of services in modern health systems. Through co-production, service users have an equal partner position in a comprehensive process that includes services design, provision and evaluation. The co-production model is not a new concept but an emerging idea for health services and in particular mental health services. This model is governed by basic principles and values, such as recognizing individuals as active and equal participants with valuable experiences, taking advantage of existing opportunities, sharing and mutual understanding, peer support, tackling discrimination, and facilitation instead of just services provision. The benefits are many and important, both for users (i.e. enhancing trust in services, reducing stigma), and for health professionals and settings (i.e., extroversion and dissemination, increasing needs understanding, changing professionals' attitudes, more efficient use of resources). However, there are limitations which should be considered when co-production is implemented. Regarding co-production, the literature is relatively limited; while there is a plethora of publications on the concepts related to co-production and its principles (e.g., empowerment, advocacy, recovery, etc.). The adoption of the co-production approach in Greece could benefit significantly the mental health services, within the psychiatric reform by establishing an equal relationship between professionals and service users.

KEYWORDS: Co-production, mental health, service users, mental health professionals.