

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

*Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας*

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**Αξιολόγηση και Βελτίωση της Ποιότητας  
των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

**Λάμπρος Σαμαρτζής**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Μιχάλης Τάλιας**

**Οκτώβριος 2019**

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

**Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας**

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**Αξιολόγηση και Βελτίωση της Ποιότητας  
των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

**Λάμπρος Σαμαρτζής**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Μιχάλης Τάλιας**

**Οκτώβριος 2019**



## **ΤΙΤΛΟΣ**

### **Αξιολόγηση και βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

Λάμπρος Σαμαρτζής

## **Περίληψη**

### **Εισαγωγή**

Η ψυχική υγεία του πληθυσμού είναι σημαντικός πυλώνας για την ποιότητα ζωής, την οικονομία, την κοινωνία. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας φροντίζουν για την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής και μέσω αυτών για τη διατήρηση, αποκατάσταση και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Σκοπός της εργασίας η περιγραφή μεθοδολογίας ποιοτικής και ποσοτικής αξιολόγησης και βελτίωσης του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

### **Μέθοδος**

Πρόκειται για μελέτη ανασκόπησης. Για την αναζήτηση κριτηρίων, δεικτών και μεθοδολογίας αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σχετικών ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών, έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας σε μεγάλες βάσεις δεδομένων PubMed, GoogleScholar, CINAHL, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά τις λέξεις «mental», «health», «quality», «indicators», μόνες ή σε συνδυασμούς τους.

### **Αποτελέσματα**

Συγκεντρώθηκαν οι σημαντικοί δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και παρουσιάζονται, τροποποιημένοι όπου χρειάζεται. Σε κάθε δείκτη παρουσιάζεται η σημασία του, ο ορισμός και ο τρόπος υπολογισμού του. Κάθε δείκτης εντάσσεται σε μία από τις οχτώ διαστάσεις αξιολόγησης της ποιότητας: 1)Καταλληλόλητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, 2)προσβασιμότητα των ασθενών στις παρεχόμενες υπηρεσίες, 3)αποδοχή των υπηρεσιών από τους ασθενείς, 4)ικανότητα των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν τις υπηρεσίες, 5)αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας και γενικά των παρόχων, 6)συνέχεια της υπηρεσίας σε βάθος χρόνου

Αξιολόγηση και Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

(εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς), 7)αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας, 8)ασφάλεια (για τους ασθενείς και για τους επαγγελματίες υγείας).

## **Συζήτηση**

Οι δείκτες προσβασιμότητας και αποδοχής των υπηρεσιών είναι σημαντικοί για την ελκυστικότητα των υπηρεσιών η οποία σχετίζεται με τη χρήση τους από τον πληθυσμό. Οι δείκτες αποδοτικότητας είναι σημαντικοί οικονομικοί δείκτες που επηρεάζουν τη βιωσιμότητα και την αιφορία των υπηρεσιών, παράγοντες που συνυπολογίζονται πλέον σε κάθε πολιτική της υγείας. Όλοι οι αναφερόμενοι δείκτες σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, άμεσα ή έμμεσα, ενώ επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης. Η συστηματική μέτρηση και παρακολούθηση των δεικτών και η μέτρηση και ποσοτικοποίηση της ποιότητας μέσω αυτών, είναι η βάση για τεκμηριωμένες πολιτικές υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

## **ΑΓΓΛΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ**

### **Assessing and Improving Quality in Mental Health Services**

Lampros Samartzis

### **Αγγλική Περίληψη**

#### **Summary**

#### **Abstract**

#### **Background/Introduction**

The mental health of the population consists an important pillar of quality of life, economy, society. Mental health services take care of the prevention and treatment of mental disorders and through them to maintain, restore and improve the mental health of the population. The purpose of this study is to describe the methodology for qualitative and quantitative evaluation and improvement of the mental health service system.

## **Methods**

This is a review study. In order to search for criteria, indicators and methodology for evaluating and improving the quality of mental health services and related qualitative and quantitative indicators, a bibliography was searched in popular databases PubMed, GoogleScholar, CINAHL, using the keywords "mental", "health", 'quality', 'indicators', alone or in combinations thereof.

## **Results**

Important quality indicators of mental health services have been collected and presented, modified where appropriate. For each indicator is presented its importance, its definition, and method of calculation. Each indicators belongs to one of the eight dimensions of quality assessment: 1) Suitability of services, 2) Accessibility of patients to services, 3) Acceptance of services by patients, 4) Ability of healthcare professionals to provide services, 5) efficiency of health professionals and providers, 6) continuity of service over time (ensuring therapeutic continuity), 7) efficiency of health professionals and services, 8) safety (for patients and for health professionals).

## **Discussion/Conclusions**

Accessibility and acceptability of service indicators are important for the attractiveness of services related to their use by the population. Profitability indicators are important economic indicators that affect the viability and sustainability of services, factors that are now taken into account in any health policy. All of the indicators mentioned are related to public health, affecting quality of life, morbidity, mortality and life expectancy, directly or indirectly. The systematic measurement and monitoring of indicators and the measurement and quantification of quality through them, are the basis for evidence-based health policy for improvement of the quality of mental health services.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΙΤΛΟΣ.....	4
Αξιολόγηση και βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	4
Περίληψη .....	4
Εισαγωγή.....	4
Μέθοδος .....	4
Αποτελέσματα .....	4
Συζήτηση .....	5
ΑΓΓΛΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ .....	5
Assessing and Improving Quality in Mental Health Services.....	5
Αγγλική Περίληψη .....	5
Summary .....	5
Abstract.....	5
Background/Introduction .....	5
Methods.....	6
Results.....	6
Discussion/Conclusions.....	6
Εισαγωγή.....	11
Μέθοδος .....	13
Αποτελέσματα .....	14
1. Κριτήριο της Καταλληλότητας, ή αλλιώς Διάσταση της Καταλληλότητας. Δείκτες καταλληλότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Indicators of Appropriateness). .....	14
1.1 Αριθμός χρονίων ασθενών που νοσηλεύονται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αντί αποκατάστασης σε εξωνοσοκομειακή δομή. ....	14
1.2 Αριθμός περιστατικών που θα μπορούσαν να αποφύγουν την εισδοχή για νοσηλεία με κατάλληλη παρέμβαση σε εξωτερική βάση.....	15
1.3 Αριθμός περιστατικών νοσηλεύονται χωρίς απόλυτη ένδειξη.....	16
2. Κριτήριο της Προσβασιμότητας, ή αλλιώς Διάσταση Προσβασιμότητας. Δείκτες προσβασιμότητας και ισότιμης πρόσβασης (Indicators of Accessibility).....	17
2.1 Χρόνος αναμονής στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ).....	17
2.2 Μέρες αναμονής για αξιολόγηση στο εξωτερικό ιατρείο.....	18

2.3 Μέρες αναμονής για εισδοχή στην κλινική (λίστες αναμονής) .....	18
2.4 Ποσοστό του πληθυσμού που έχει πρόσβαση στο σύστημα υγείας.....	19
3. Κριτήριο Αποδοχής ή Διάσταση της Αποδοχής. Δείκτες αποδοχής/ευχαρίστησης ασθενών (Indicators of Acceptability).....	20
3.1 Μέση βαθμολογία στην κλίμακα ευχαρίστησης ασθενών .....	20
3.2 Καταγραφή εμπειριών ασθενών .....	21
3.3 Δικαιώματα ασθενών στην πληροφόρηση και την προστασία των προσωπικών δεδομένων τους.....	22
3.4 Δικαιώματα ασθενών για υπηρεσίες υγείας.....	22
3.5 Αριθμός ασθενών που φεύγουν από την κλινική με ενημερωτικό σημείωμα (discharge note).....	23
3.6 Αριθμός ασθενών που χρησιμοποίησαν το κουτί εισηγήσεων/παραπόνων. ....	23
4. Κριτήριο της Ικανότητας ή Διάσταση της Ικανότητας. Δείκτες Ικανότητας (Indicators of Competence).....	25
4.1 Πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας .....	25
4.2 Πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης με Σύστημα με Εκπαιδευτικές Μονάδες για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας .....	25
5. Κριτήριο της Αποτελεσματικότητας ή Διάσταση της Αποτελεσματικότητας. Δείκτες Αποτελεσματικότητας (Indicators of Effectiveness).....	26
5.1 Ποσοστό ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση ως αποτέλεσμα της θεραπείας .....	26
5.2 Επιπλέον θνητότητα στους ασθενείς με σχιζοφρένεια συνολικά και ανά φύλο. ....	27
5.3 Επιπλέον θνητότητα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή συνολικά και ανά φύλο. ....	27
5.4 Αριθμός ψυχιατρικών κλινών ανά 100.000 κατοίκους .....	28
5.5 Αυτοκτονίες εσωτερικών ασθενών .....	29
Η αυτοκτονία ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε ψυχιατρική κλινική είναι πολύ σπάνιο συμβάν. Παρόλα αυτά είναι το χειρότερο δυνατό που μπορεί να συμβεί. ..	29
5.6 Αυτοκτονίες ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική δομή τον τελευταίο μήνα και τον τελευταίο χρόνο .....	29
5.7 Αυτοκτονίες στη χώρα τον τελευταίο χρόνο .....	30
5.8 Ποσοστό ασθενών που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα θεραπείας της εξάρτησης.....	31
5.9 Ποσοστό ουσιοεξαρτημένων ασθενών που μείωσαν την κατανάλωση ως συνέπεια της θεραπείας .....	31



5.10 Ποσοστό ασθενών που έγιναν επανεισδοχή σε ένα μήνα. ....	32
5.11 Ποσοστό ασθενών που μετά την εσωτερική αποτοξίνωση συνέχισε θεραπεία πρόληψης υποτροπής σε εξωτερική βάση.....	33
5.12 Αριθμός στεγνών ημερών μετά την απόλυση από την κλινική (days until relapse)....	34
5.13 Αριθμός ημερών με κατανάλωση μεγαλύτερη από 2 μονάδες αλκοόλης (iu, international units) .....	34
5.14 Μέση κατανάλωση (αλκοόλ ή άλλης ευφορικής ουσίας) μετά την απόλυση από την κλινική.....	35
6. Κριτήριο του Θεραπευτικού Συνεχούς ή Διάσταση του Θεραπευτικού Συνεχούς. Δείκτες του Θεραπευτικού Συνεχούς (Indicators of Continuity). ....	36
6.1 Ποσοστό ασθενών που συνεχίζει σε εξωτερικό πρόγραμμα πρόληψης υποτροπής μετά την ολοκλήρωση του εσωτερικού προγράμματος.....	36
6.2 Ποσοστό ασθενών που προσέρχονται στο πρώτο ραντεβού παρακολούθησης ως εξωτερικοί ασθενείς, μετά από την απόλυση τους από την ψυχιατρική κλινική .....	36
6.3 ποσοστό ασθενών που προσήλθαν στο πρώτο ραντεβού παρακολούθησης μετά από απόλυση από κλινική εσωτερικών ασθενών για θεραπεία διαταραχής χρήσης ουσιών. ..	37
6.4 Ποσοστό ασθενών που ήρθαν στα δύο επόμενα ραντεβού μετά από την απόλυση από το νοσοκομείο.....	38
6.5 Αριθμός ασθενών που έρχονται σε 2 διαδοχικά ραντεβού.....	38
6.6 Αριθμός παραπομπών .....	39
7. Κριτήριο της Αποδοτικότητας ή Διάσταση της Αποδοτικότητας. Δείκτες Αποδοτικότητας (Indicators of Efficiency). ....	39
7.1 Αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανά 100.000 πληθυσμού.....	39
7.2 Ποσοστό του εργατικού δυναμικού της χώρας που εργάζεται στο σύστημα υγείας. ..	40
7.3 Αριθμός ασθενών ανά γιατρό ανά μέρα εξωτερικού ιατρείου .....	40
7.4 Μέση διάρκεια νοσηλείας.....	41
7.5 Μέσο κόστος νοσηλείας ασθενή ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο. ....	42
7.6 Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο.....	42
7.7 Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ασθενή και ανά μέρα νοσηλείας, ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο. ....	43
7.8 Μέσο κόστος διαγνωστικών εξετάσεων ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο .....	44
7.9 Κόστος ανά KEN/DRG .....	45
7.10 Κόστος ανά CPT.....	46

7.11 Γιατροί ανά νοσηλευτές.....	47
7.12 Γιατροί ανά νοσηλευτές ανά κλίνες .....	47
7.13 Οικονομική βιωσιμότητα και αειφόρος ανάπτυξη .....	48
7.14 Μέση πληρότητα κλινών .....	48
7.15 Μέσος ρυθμός εισροής (Μέσος αριθμός ασθενών ανά κλίνη ανά έτος).....	49
7.16 Μέσο διάστημα εναλλαγής (πόσες μέρες μένει άδεια μια κλίνη μέχρι να έρθει ο επόμενος ασθενής.....	50
7.17 Κόστος των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας συγκριτικά με το κόστος του Συστήματος Υγείας.....	50
7.18 Ύπαρξη Στρατηγικού Σχεδιασμού και Σχεδίου Δράσης.....	51
7.19 Δείκτης έρευνας στον τομέα της ψυχικής υγείας .....	51
8. Κριτήριο της Ασφάλειας ή Διάσταση της Ασφάλειας. Δείκτες Ασφάλειας (Indicators of Safety).....	52
8.1 Αριθμός περιστατικών λεκτικής βίας .....	52
8.2 Αριθμός περιστατικών σωματικής βίας .....	52
8.3 Αριθμός περιστατικών χρήσης παρανόμων ουσιών στην κλινική.....	53
8.4 Αριθμός περιστατικών χρήσης αλκοόλ στην κλινική .....	54
8.5 Ασφάλεια προσωπικών δεδομένων.....	54
8.6 Ύπαρξη θεσμοθετημένης εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών .....	55
Συζήτηση .....	56
Ευχαριστίες .....	60
Αναφορές.....	60

## Εισαγωγή

Το φορτίο νόσου από την ψυχική διαταραχή είναι μακράν το μεγαλύτερο μεταξύ του φορτίου όλων των άλλων προβλημάτων υγείας, σε παγκόσμια κλίμακα, και αντιστοιχεί στο 13% του συνολικού φορτίου νόσου από όλες τις παθήσεις (1). Ειδικότερα, με ακριβείς υπολογισμούς αποδίδεται στην ψυχική νόσο το 32.4% των ετών αναπηρίας (Years Lived with Disability, YLD) και το 13% των διορθωμένων για την αναπηρία χρόνων ζωής (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) που είναι το ακριβές μέτρο του φορτίου νόσου. Τα DALYs που αντιστοιχούν στο φορτίο της ψυχικής νόσου, είναι το άθροισμα των παραγωγικών χρόνων που χάνονται λόγω ψυχικής ασθένειας ή αναπηρίας (Years Lived with Disability, YLD) μαζί με τα χρόνια που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου από την ψυχική διαταραχή (Years Life Lost, YLL), δηλαδή  $DALYs=YLD+YLL$ . Σε επίπεδο κρατών-μελών της ΕΕ, το κόστος από την ψυχική διαταραχή έχει εκτιμηθεί ότι αντιστοιχεί σε 3-4% του ΑΕΠ, κυρίως μέσω χαμμένης παραγωγικότητας (2). Η παροχή ποιοτικής ψυχιατρικής φροντίδας στον ψυχικά ασθενή, ειδικά στα κράτη-μέλη της ΕΕ είναι υποχρέωση του κοινωνικού κράτους ή του κράτους πρόνοιας, καθήκον του επαγγελματία ψυχικής υγείας και δικαίωμα του ασθενή. Η ψυχική υγεία είναι δικαίωμα του πολίτη, κοινωνικό αγαθό και -σε άλλοτε άλλο βαθμό- ανεκπλήρωτη ανάγκη κάθε συστήματος υγείας.

Η ανεκπλήρωτη ανάγκη για ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών και να σέβονται το δικαίωμα των πολιτών στην ψυχική υγεία, μπορεί να καλυφθεί σε βάθος χρόνου μέσα από στρατηγικό σχεδιασμό, αξιολόγηση σε ετήσια βάση και στη βάση αυτής, στοχευμένη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εξάλλου, η ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση με δείκτες της ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη για να εντοπισθούν και να αποκαλυφθούν τυχόν ανισότητες πρόσβασης των μη-προνομιούχων κοινωνικών ομάδων, με σκοπό την πολιτική παρέμβαση προς την κατεύθυνση της εξασφάλισης καθολικής και ισότιμης πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες (3).

Η αξιολόγηση/μέτρηση της υπάρχουσας ποιότητας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση της: Ότι δε μπορεί να αξιολογηθεί και να μετρηθεί, δε μπορεί και να βελτιωθεί. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μιας χώρας, αλλά και διακρατικά, είναι ποιοτική και

ποσοτική. Είναι όμως δύσκολη διαδικασία, αφού δεν υπάρχει στο πεδίο αυτό κοινή επιστημονική γλώσσα, στόχοι και προτεραιότητες, ούτε κοινοί δείκτες, ενώ για τις περισσότερες χώρες –ακόμα και για τις αναπτυγμένες- υπάρχουν έκδηλες ανικανοποίητες ανάγκες στον τομέα αυτό (4).

Μεγάλες είναι οι διαφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από χώρα σε χώρα, που κλινικά παίρνουν τη μορφή της διαφορετικής απόστασης, σε κάθε σύστημα υγείας, μεταξύ των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών των διεθνών επιστημονικών εταιριών (clinical guidelines) και της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Οι κλινικές αποφάσεις για το ίδιο σύμπτωμα και την ίδια νόσο διαφέρουν από χώρα σε χώρα διότι το σύστημα μέσα στο οποίο ασκείται η ψυχιατρική είναι διαφορετικό και επομένως διαφορετικοί είναι και οι διαθέσιμοι πόροι και οι δυνατότητες για ποιοτική φροντίδα ψυχικής υγείας.

Μελέτες αξιολόγησης της ποιότητας των παρεμβάσεων δείχνουν ότι κατά κανόνα η καθημερινή κλινική πρακτική είναι πάντα υποδεέστερη του επιπέδου που ορίζουν οι εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (5). Συνεπώς η διαφορές προσήλωσης στις κατευθυντήριες οδηγίες, εξηγούνται αλλά και εξηγούν τους δείκτες ποιότητας. Η εστίαση στην αξιολόγηση και στη βελτίωση της ποιότητας μπορεί να μειώσει την ετερογένεια των κλινικών αποφάσεων και να βελτιστοποιήσει την έκβαση των υπό θεραπεία περιστατικών, σε κάποιο βαθμό, χωρίς να παραβλέπουμε ότι η ιατρική εκτός από επιστήμη είναι και τέχνη, όπως εξάλλου γλαφυρά περιγράφεται στον όρκο του Ιπποκράτη.

Για τη αξιολόγηση της ποιότητας στα συστήματα υγείας, υπάρχουν ορισμένα χρήσιμα σταθμισμένα γενικά εργαλεία που μπορούν αρχικά να βοηθήσουν (6), όπως είναι το WHO-AIMS (7) και το WHO-QualityRights (8), παρόλο που αυτά δεν είναι διαθέσιμα στην Ελληνική και σε πολλές άλλες γλώσσες. Η συνεισφορά τους συνίσταται σε γενική περιγραφική αξιολόγηση της ποιότητας του τομέα ψυχικής υγείας των συστημάτων υγείας.

Στην παρούσα μελέτη προτείνουμε και περιγράφουμε τη μεθοδολογία και τη διαδικασία ενδεδειγμένης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο συστήματος υγείας. Η αξιολόγηση είναι βασισμένη σε κριτήρια αξιολόγησης, ενώ κάθε κριτήριο περιλαμβάνει τους δικούς του ειδικούς δείκτες αξιολόγησης.

Ο σκοπός της εργασίας είναι διττός: αφενός η εισήγηση ενός ολοκληρωμένου μοντέλου αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αφετέρου η στοχοθέτηση συγκεκριμένων

παρεμβάσεων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε επίπεδο Γενικού Συστήματος Υγείας.

### **Μέθοδος**

Για την αναζήτηση κριτηρίων, δεικτών και μεθοδολογίας αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σχετικών ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών, έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας σε μεγάλες βάσεις δεδομένων PubMed, GoogleScholar, CINAHL, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά τις λέξεις «mental», «health», «quality», «indicators», μόνες ή σε συνδυασμούς τους. Αναζητήθηκαν άρθρα σε όλες τις γλώσσες που να είναι δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά που χρησιμοποιούν τη μεθοδολογία των κριτών (peer review journals). Επίσης έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων ψυχικής υγείας που διατηρούν οι οργανισμοί Eurostat, WHO και OECD.

Για την αξιολόγηση και τη μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στην παρούσα μελέτη προτείνουμε και περιγράφουμε μοντέλο 8 διαστάσεων. Κάθε μια από τις διαστάσεις αποτελεί ανεξάρτητο κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας. Το μοντέλο προέρχεται από το γενικό σύστημα αξιολόγησης του συστήματος υγείας του Καναδά αλλά είναι τροποποιημένο και εμπλουτισμένο από το συγγραφέα ειδικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει μόνο δείκτες που αφορούν την ψυχική υγεία (9). Άλλοι συγγραφείς έχουν χρησιμοποιήσει απλοποιημένα μοντέλα τριών διαστάσεων (10) όπου όλες οι διαστάσεις συμπεκνώνονται σε τρεις κατηγορίες: 1) κλινική βελτίωση, 2) ασφάλεια του ασθενούς, 3) συνολική εμπειρία του ασθενούς από τη θεραπεία/φροντίδα, τα οποία πληρούν της προϋποθέσεις αξιολόγησης σε επίπεδο δομής/κλινικής, όμως δεν είναι επαρκώς αναλυτικά για αξιολόγηση σε μακροσκοπικό επίπεδο συστήματος ψυχικής υγείας. Ο συγγραφέας θεωρεί ότι η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να γίνεται πολυδιάστατα και διεπιστημονικά, συνεπώς κρίθηκε απαραίτητη η συμπερίληψη και των οικονομικών διαστάσεων, αφού πλέον κάθε ανάπτυξη νέας υπηρεσίας αξιολογείται και σε επίπεδο κόστους και βιωσιμότητας και αειφορίας.

Οι 8 διαστάσεις (κριτήρια) στη βάση των οποίων αξιολογούμε τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι οι εξής: 1) καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, 2) προσβασιμότητα των ασθενών στις παρεχόμενες υπηρεσίες, 3) αποδοχή των υπηρεσιών από τους ασθενείς, 4) ικανότητα των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν τις υπηρεσίες, 5) αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών

υγείας και γενικά των παρόχων, 6)συνέχεια της υπηρεσίας σε βάθος χρόνου (εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς), 7)αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας, 8)ασφάλεια (για τους ασθενείς και για τους επαγγελματίες υγείας). Οι δείκτες κάθε διάστασης μπορούν περαιτέρω να χαρακτηρισθούν ως δείκτες δομής, δείκτες διαδικασίας και δείκτες έκβασης, όπως έχει προταθεί από άλλους ερευνητές της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (6).

Κάθε μια από τις διαστάσεις έχει πτυχές οι οποίες ονομάζονται δείκτες, τους οποίους περιγράφουμε αναλυτικά στο κείμενο. Ειδικότερα, σε κάθε δείκτη περιγράφουμε α)το γενικό σκεπτικό που αποτελεί το υπόβαθρο (background) του δείκτη, β)τον ορισμό (definition) που περιλαμβάνει και τον τρόπο υπολογισμού του δείκτη, και 3)το στόχο απόδοσης για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ποσοτικά αν είναι δυνατόν ή αλλιώς ποιοτικά: Ο στόχος απόδοσης είναι το σημείο αναφοράς (benchmark).

## **Αποτελέσματα**

### **1. Κριτήριο της Καταλληλότητας, ή αλλιώς Διάσταση της Καταλληλότητας. Δείκτες καταλληλότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Indicators of Appropriateness).**

#### **1.1 Αριθμός χρονίων ασθενών που νοσηλεύονται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αντί αποκατάστασης σε εξωνοσοκομειακή δομή.**

Πρόκειται για δείκτη δομής του συστήματος ψυχικής υγείας, που δείχνει την επάρκεια ή ανεπάρκεια των εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών δομών, που δημιουργήθηκαν παράλληλα με την αποϊδρυματοποίηση. Κατά τη διάρκεια της μακράς περιόδου αποασυλοποίησης και αποϊδρυματοποίησης, οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια ψυχική διαταραχή πήραν εξιτήριο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που για χρόνια διέμεναν και παραπέμφθηκαν για ψυχιατρική φροντίδα σε κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας ως εξωτερικοί ασθενείς. Αυτοί οι ασθενείς στην καλύτερη περίπτωση κατοικούν τώρα μόνοι σε ανεξάρτητα ή σε προστατευόμενα διαμερίσματα, μόνοι, με φίλους ή με συγγενείς τους, ενώ σε πολλές περιπτώσεις κατοικούν σε κατάλληλους εγκεκριμένους ξενώνες και παρακολουθούνται από κοινωνικό λειτουργό, κοινοτικό νοσηλευτή και ψυχίατρο της κοινοτικής νοσηλευτικής. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία συρρικνώθηκαν σε αριθμό κλινών και άλλαξαν μορφή και χρήση: Διατήρησαν τις κλινικές σύντομης νοσηλείας, τις κλινικές επειγόντων περιστατικών και τις κλινικές αποκατάστασης, ενώ έκλεισαν τις κλινικές μακράς διάρκειας

νοσηλείας οι οποίες αντικαταστάθηκαν από λιγότερο απομονωμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όχι μόνο για τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή αλλά και για τους ασθενείς με αναπτυξιακή αναπηρία.

Πρόκειται για δείκτη δομής του συστήματος ψυχικής υγείας. Αυτός ο δείκτης υπολογίζεται ως ένα κλάσμα όπου ο αριθμητής είναι ο αριθμός των ασθενών με χρόνια ψυχική διαταραχή και εκείνων με αναπτυξιακή αναπηρία που ζουν στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός των ασθενών του νοσοκομείου.

Ως στόχος απόδοσης είναι η βαθμιαία μείωση, χρόνο με το χρόνο, των ασθενών που ζουν μόνιμα στο νοσοκομείο, με ταυτόχρονη μεταφορά τους στις υπηρεσίες της κοινότητας. Συνεπώς ο δείκτης αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση της προόδου που κάνει ένα νοσοκομείο χρόνο με το χρόνο, εφόσον ο δείκτης υπολογίζεται σε ετήσια βάση. Επίσης ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για σύγκριση μεταξύ χωρών που έχουν παρόμοια ψυχιατρική θεραπευτική κουλτούρα και προσέγγιση στο θέμα της αποασυλοποίησης και αποϊδρυματοποίησης, όπως συμβαίνει στα κράτη μέλη της ΕΕ. Να σημειωθεί ότι σκοπός της εφαρμογής του δείκτη είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό τη βελτίωση τους και μέσω αυτών τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Για να συμβεί αυτό δεν αρκεί η απόλυση των ασθενών από το ψυχιατρείο αλλά απαιτείται και η επάρκεια κοινοτικών δομών. Συνεπώς ο δείκτης πρέπει να συναξιολογείται με την επάρκεια των κοινοτικών δομών, γιατί αλλιώς υπάρχει η πιθανότητα να βελτιώνεται ο δείκτης (με το κλείσιμο των ψυχιατρείων και την απόλυση των ασθενών), αλλά η ποιότητα ζωής, η νοσηρότητα και η θνητότητα ζωής των ασθενών να επιδεινώνεται (αν δεν έχει προηγηθεί επαρκής ανάπτυξη κοινοτικών δομών).

## **1.2 Αριθμός περιστατικών που θα μπορούσαν να αποφύγουν την εισδοχή για νοσηλεία με κατάλληλη παρέμβαση σε εξωτερική βάση**

Πρόκειται για δείκτη δομής, που εστιάζεται στην αξιολόγηση της επάρκειας κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας. Σε κάθε σύστημα ψυχικής υγείας, υπάρχει ανά έτος ένας αριθμός ασθενών που εισάγονται (μία ή περισσότερες φορές) στο νοσοκομείο λόγω έλλειψης διαθεσιμότητας αντίστοιχων υπηρεσιών σε εξωτερική βάση. Η αχρείαστη εισδοχή και νοσηλεία στο νοσοκομείο είναι δαπανηρή για το σύστημα και όχι απαραίτητα ωφέλιμη για τον ασθενή, αφού ο ασθενής δεν λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα.

Ο δείκτης αυτός είναι ένα κλάσμα όπου ο αριθμητής είναι ο αριθμός των νοσηλευόμενων που έγιναν εισδοχή λόγω ανεπάρκειας αντίστοιχης εξωνοσοκομειακής δομής και παρέμβασης, ενώ ο παρονομαστής είναι ο αριθμός των εσωτερικών ασθενών που έλαβαν περίθαλψη στην ίδια κλινική κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου ενός έτους.

Γίνεται αντιληπτό ότι στόχος απόδοσης είναι το κλάσμα να γίνεται χρόνο με το χρόνο ολοένα και μικρότερο. Όσο μεγαλύτερο είναι το κλάσμα τόσο μεγαλύτερη η ανεπάρκεια εξωνοσοκομειακών δομών (πχ κοινοτικής ψυχιατρικής, κοινοτικής νοσηλευτικής). Σε επίπεδο συστήματος, ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση της επάρκειας της εξωνοσοκομειακής φροντίδας ψυχικής υγείας, μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ.

### **1.3 Αριθμός περιστατικών νοσηλεύονται χωρίς απόλυτη ένδειξη**

Πρόκειται για δείκτη που αξιολογεί τη δομή των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και είναι ενδεικτικός της διαθεσιμότητας ειδικών δομών. Ειδικότερα, αξιολογεί αν ο ασθενής θεραπεύεται στην κατάλληλη για την πάθηση του δομή (νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή), δηλαδή αν λαμβάνει την κατάλληλη εξατομικευμένη θεραπεία. Στην ψυχιατρική είναι πολύ σημαντικό η παρεχόμενη θεραπεία να είναι εξατομικευμένη ανάλογα με τις ιδιαίτερες βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του κάθε ασθενούς, για αυτό πάντα λαμβάνεται υπόψη το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Η θεραπεία σε ακατάλληλη δομή μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη αυτής της δομής (πχ στην έλλειψη τμήματος για διατροφικές διαταραχές) ή στην πληρότητα αυτής της δομής (πχ ασθενής που νοσηλεύεται στο ψυχιατρείο λόγω πληρότητας της ψυχιατρικής κλινικής γενικού νοσοκομείου), ή τέλος λόγω έλλειψης οργάνωσης/εξειδίκευσης και ασάφειας ρόλων μεταξύ των τμημάτων (πχ ασθενής με κατάθλιψη και εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να νοσηλευτεί στην ειδική κλινική απεξάρτησης και αποκατάστασης από το αλκοόλ ή στην ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου ή στο ψυχιατρείο ή στην παθολογική κλινική).

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ως ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν την κατάλληλη φροντίδα στην κλινική που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου ενός έτους. Ο παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός των ασθενών που έλαβαν θεραπεία στην ίδια κλινική κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου.

Ο στόχος απόδοσης είναι όλοι οι ασθενείς να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία, δηλαδή όσο το δυνατόν η τιμή του κλάσματος να είναι κοντά στη μονάδα. Ο δείκτης πρέπει να υπολογίζεται



σε ετήσια βάση ώστε να φαίνεται ή πορεία βελτίωσης του συστήματος υγείας σε βάθος χρόνου, από τη σύγκριση πχ της φετινής βαθμολογίας με την περσινή βαθμολογία. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, όπου φαίνεται σε ποιο βαθμό η κλινική νοσηλεύει περιστατικά που δεν είναι της ειδικότητας της (πχ περιστατικά χωρίς ψύχωση που νοσηλεύονται εθελοντικά στο ψυχιατρείο λόγω έλλειψης κλινών στην ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου ή στην ψυχογηριατρική κλινική ή στην κλινική αποτοξίνωσης/απεξάρτησης από ουσίες. Ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για σύγκριση μεταξύ συστημάτων υγείας μεταξύ τους, πχ μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ.

## **2. Κριτήριο της Προσβασιμότητας, ή αλλιώς Διάσταση Προσβασιμότητας. Δείκτες προσβασιμότητας και ισότιμης πρόσβασης (Indicators of Accessibility).**

### **2.1 Χρόνος αναμονής στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ)**

Είναι σημαντικό για προγνωστικούς λόγους ο ψυχικά ασθενής, που προσέρχεται στο ΤΑΕΠ, να μην περιμένει πολύ μέχρι να εξεταστεί από τον ιατρό του ΤΑΕΠ (Επειγοντολόγο) και αργότερα από το Ψυχίατρο. Η μεγάλη αναμονή μπορεί να σχετίζεται με επιδείνωση της πρόγνωσης σε κάποιες περιπτώσεις. Κάποιοι από τους ασθενείς που έρχονται στο ΤΑΕΠ μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο για τη ζωή τους λόγω οξέος προβλήματος υγείας ή λόγω επιδείνωσης χρόνιας νόσου. Ειδικά για τους πάσχοντες από οξεία ψυχιατρική διαταραχή, ο μεγάλος χρόνος αναμονής μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα δυσμενή έκβαση, ειδικά για ασθενείς που παρουσιάζουν επιθετικότητα, αυτοκαταστροφικότητα, αυτοκτονικότητα.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που προσήλθαν στο ΤΑΕΠ και εξυπηρετήθηκαν σε λιγότερο από 4 ώρες και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών που προσήλθαν στα ΤΑΕΠ στο ίδιο χρονικό διάστημα ενός έτους.

Ως σημείο αναφοράς (benchmark) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο δημοσιευμένος από το Βρετανικό Σύστημα Υγείας στόχος απόδοσης. Ειδικότερα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (National Health System, NHS) έχει ορίσει ως στόχο απόδοσης το 95% των ασθενών που προσέρχονται στα ΤΑΕΠ να εξυπηρετούνται σε λιγότερο από 4 ώρες (11). Εξυπηρέτηση δε σημαίνει απλά έναρξη της εξέτασης, αλλά σημαίνει ότι μέσα στο τετράωρο πρέπει να ολοκληρωθεί η εξυπηρέτηση του ασθενούς από το ΤΑΕΠ, δηλαδή ο ασθενής να έχει γίνει εισδοχή

στο νοσοκομείο, παραπομπή σε άλλη δομή, ή να έχει απολυθεί από το ΤΑΕΠ για να πάει σπίτι του. Παρόλα αυτά ακόμη και το NHS που έβαλε αυτό τον υψηλό στόχο δεν μπορεί να τον πετύχει αφού για την ώρα μόνο 75% των περιστατικών πετυχαίνουν να εξεταστούν μέσα στο 4ωρο (12).

## **2.2 Μέρες αναμονής για αξιολόγηση στο εξωτερικό ιατρείο**

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Οι πολίτες είναι ισότιμοι σε ότι αφορά το δικαίωμα στην υγεία και αυτό σημαίνει ότι το σύστημα υγείας πρέπει να παρέχει στους πολίτες καθολική κάλυψη και ισότιμη πρόσβαση. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να μειώσουν την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας αλλά το πιο κοινό και το πιο σημαντικό είναι οι λίστες αναμονής. Άλλος εξίσου σημαντικός παράγοντας που μπορεί να μειώσει την προσβασιμότητα είναι η άνιση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Άλλος σημαντικός παράγοντας που μπορεί να μειώσει την προσβασιμότητα είναι το ίδιο το σύστημα υγείας, αφού μόνο τα μοντέρνα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών χαρακτηρίζονται από καθολική κάλυψη και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών.

Ο δείκτης αυτός είναι ένας αριθμός που δείχνει το μέσο μήκος των λιστών αναμονής (σε ημέρες) τόσο για γενικές όσο και για εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ο στόχος απόδοσης είναι η εξάλειψη των λιστών αναμονής από το σύστημα υγείας. Η ύπαρξη λιστών αναμονής οδηγεί σε απώλεια της εμπιστοσύνης των πολιτών προς το σύστημα υγείας. Οδηγεί επίσης τους δικαιούχους να μην κάνουν χρήση των υπηρεσιών που δικαιούνται και να αγοράζουν υπηρεσίες από ιδιώτες παρόχους που βρίσκονται εκτός του συστήματος υγείας, πληρώνοντας με άμεσες πληρωμές (out-of-pocket) ή πληρώνοντας επιπροσθέτως συμβόλαια επικουρικής ιδιωτικής ασφάλισης.

## **2.3 Μέρες αναμονής για εισδοχή στην κλινική (λίστες αναμονής)**

Οι ψυχιατρικές κλινικές μπορούν αδρά να χωριστούν σε δύο κατηγορίες, ανάλογα με τη διαδικασία εισδοχής ασθενών. Η μια κατηγορία είναι οι κλινικές επείγουσας ψυχιατρικής που νοσηλεύουν ασθενείς με διάταγμα προσωρινής ασφαλούς υποχρεωτικής νοσηλείας. Συνήθως αυτές οι κλινικές βρίσκονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και σπανιότερα σε γενικά νοσοκομεία. Η άλλη κατηγορία είναι οι ψυχιατρικές κλινικές που νοσηλεύουν ασθενείς μόνο σε εθελοντική βάση, μετά από αίτημα του ίδιου του ασθενούς και αφού πρώτα αυτός ενημερωθεί και υπογράψει το

έντυπο της ενήμερης συγκατάθεσης (inform consent). Οι ψυχιατρικές κλινικές της δεύτερης κατηγορίας συνήθως βρίσκονται σε γενικά νοσοκομεία και σπανιότερα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Υπάρχουν και μικτού τύπου κλινικές όπου νοσηλεύουν περιστατικά με υποχρεωτική και με εθελοντική νοσηλεία. Για τις υποχρεωτικές νοσηλείες δεν υπάρχουν λίστες αναμονής. Για τις εθελοντικές νοσηλείες, ενδεχομένως να υπάρχουν λίστες αναμονής, ενίοτε. Συνήθως οι μακροχρόνιες λίστες αναμονής αφορούν περιπτώσεις μακροχρόνιας εθελοντικής νοσηλείας, όπως για παράδειγμα συμβαίνει σε θεραπείες για διαταραχές προσωπικότητας ή ακόμα συχνότερα στα κέντρα αποτοξίνωσης και απεξάρτησης από αλκοόλ ή/και παράνομες ευφορικές εθιστικές ουσίες.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Ο δείκτης είναι ο μέσος αριθμός ημερών που ο ασθενής πρέπει να περιμένει μέχρι να έρθει η σειρά του και εισαχθεί στην κλινική. Οι λίστες αναμονής οφείλονται στην υποστελέχωση και συνεπάγονται μείωση της προσβασιμότητας των δικαιούχων. Η απουσία διαφάνειας στις λίστες αναμονής μπορεί να υποκρύπτει διαφθορά, δηλαδή χρήση δημόσιας εξουσίας για προσωπικό όφελος.

Στόχος απόδοσης είναι η πλήρης εξάλειψη των λιστών αναμονής ώστε να εξασφαλίζεται ισότιμη πρόσβαση των δικαιούχων στη θεραπεία.

#### **2.4 Ποσοστό του πληθυσμού που έχει πρόσβαση στο σύστημα υγείας**

Πρόκειται για δείκτη δομής του συστήματος που αφορά στην προσβασιμότητα των πολιτών στο σύστημα. Ιδανικά τα συστήματα υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν καθολική κάλυψη και ισότιμη πρόσβαση στους πολίτες της χώρας, αλλά και κατ' επέκταση σε όλους τους πολίτες της ΕΕ, στη βάση του ευρωπαϊκού κεκτημένου περί διασυννοριακής υγείας μεταξύ των κρατών μελών. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην Κύπρο (13, 14) και στην Ελλάδα (15, 16) το σύνολο του πληθυσμού έχουν πλέον πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας της χώρας. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάτοικοι (νόμιμοι ή παράνομοι) που δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες, επειδή δεν είναι πολίτες (δεν έχουν υπηκοότητα citizenship/nationality). Ειδικές ρυθμίσεις πρέπει να εφαρμόζονται για αυτές τις κατηγορίες, ώστε να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας όσοι πάσχουν από οξεία ή χρόνια ψυχική διαταραχή και ιδιαίτερα όσοι πάσχουν από χρόνια ουσιοεξάρτηση. Η αποκοπή πρόσβασης αυτού του πληθυσμού από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεπάγεται έξαρση κοινωνικών προβλημάτων και βιοψυχοκοινωνική δυσλειτουργία για τον ουσιοεξαρτημένο ασθενή.

Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των κατοίκων της χώρας που έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της χώρα και παρονομαστής είναι το σύνολο των κατοίκων της χώρας. Στο σύνολο των κατοίκων της χώρας πρέπει να περιλαμβάνονται οι νόμιμοι μόνιμοι κάτοικοι αλλά και οι μη-νόμιμοι κάτοικοι καθώς και οι προσωρινοί κάτοικοι, αφού όλοι επηρεάζονται και επηρεάζουν τη δημόσια υγεία. Οποσδήποτε υπάρχουν στατιστικές δυσκολίες στη μέτρηση του πληθυσμού που δεν είναι πολίτες της χώρας αφού αποτελούν κρυφό πληθυσμό που δεν καταγράφεται στις απογραφές πληθυσμού.

Το σημείο αναφοράς (benchmark) και ο στόχος απόδοσης είναι η πλήρης (100%) πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό φαίνεται να έχει επιτευχθεί σε κάποιες χώρες για τους πολίτες τους (πχ σε Κύπρο και Ελλάδα). Όμως ο στόχος για να επιτευχθεί πρέπει να υπάρχει προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και για τους κατοίκους που είναι πολίτες ΕΕ καθώς και για τους παράνομους μετανάστες/πρόσφυγες. Ανεξάρτητα αν κάποιος από αυτούς μπορεί στο μέλλον να απελαθούν, η χώρα διαμονής οφείλει να τους παρέχει υπηρεσίες υγείας για το χρονικό διάστημα που βρίσκονται στο έδαφος της, στα πλαίσια των δικαιωμάτων των ασθενών για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από το αν εκκρεμούν εναντίον τους νομικές υποθέσεις. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι το δικαίωμα των ασθενών στην Υγεία αναφέρεται στους ασθενείς που βρίσκονται στο έδαφος της χώρας και όχι μόνο στον υποπληθυσμό των ασθενών που είναι πολίτες της χώρας.

### **3. Κριτήριο Αποδοχής ή Διάσταση της Αποδοχής. Δείκτες αποδοχής/ευχαρίστησης ασθενών (Indicators of Acceptability).**

#### **3.1 Μέση βαθμολογία στην κλίμακα ευχαρίστησης ασθενών**

Οι ίδιοι οι ασθενείς, ως χρήστες των υπηρεσιών και «πελάτες», αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν από τον πάροχο. Οι ψυχικά πάσχοντες όταν είναι σε υποτροπή ενδεχομένως να μην έχουν ακέραιη κριτική ικανότητα να αξιολογήσουν την παρεχόμενη υπηρεσία, ειδικά εάν υποφέρουν από οξεία ψύχωση, χωρίς ή με μειωμένη εναισθησία, και νοσηλεύονται με διάταγμα προσωρινής ασφαλούς υποχρεωτικής νοσηλείας. Για το λόγο αυτό οι ψυχικά ασθενείς απαντούν τα ερωτηματολόγια ευχαρίστησης ασθενών με το πέρας της νοσηλείας του και ειδικότερα όταν κριθεί ότι έχει αποκατασταθεί η κριτική τους ικανότητα και μπορούν να αντιληφθούν επαρκώς τις ερωτήσεις.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι η μέση τιμή της βαθμολογίας των απαντήσεων που δίνουν οι ασθενείς στα ερωτηματολόγια/κλίμακες ευχαρίστησης ασθενών.

Η μέση τιμή των απαντήσεων μπορεί να αξιολογηθεί με δύο τρόπους. Πρώτον με άμεση σύγκριση με τις απαντήσεις που δίνουν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε άλλα αντίστοιχα κέντρα της χώρας ή του εξωτερικού. Δεύτερον με διαχρονική σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών του ίδιου κέντρου. Από την ανάλυση των απαντήσεων απορρέουν και καταγράφονται οι αδυναμίες του υπό αξιολόγηση κέντρου/υπηρεσίας και σχεδιάζονται βελτιώσεις, ενώ παράλληλα γίνονται συγκρίσεις των φετιμών απαντήσεων με τις απαντήσεις των προηγούμενων χρόνων. Αξιολογείται αν η συγκεκριμένη υπηρεσία βελτιώνεται στην πορεία του χρόνου. Νοείται ότι τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης ασθενών πρέπει να απαντώνται συστηματικά σε βάθος χρόνου από όλους τους ασθενείς που απολύονται και όχι να περιοριστούν σε συγκεκριμένη μελέτη συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Τέτοια ερωτηματολόγια εντάσσονται σε σύγχρονες προγράμματα συνολικής αξιολόγησης (360 μοιρών) όπου όλοι οι εμπλεκόμενοι σε υπηρεσίες υγείας αξιολογούν όλους και αξιολογούνται από όλους.

### **3.2 Καταγραφή εμπειριών ασθενών**

Η καταγραφή των εμπειριών των ασθενών σε μορφή ελεύθερου κειμένου είναι σημαντικός για την αξιολόγηση της ποιότητας αλλά και για το σχεδιασμό βελτιωτικών παρεμβάσεων. Η καταγραφή πρέπει να γίνεται σε συστηματική βάση σε βάθος χρόνου. Η καταγραφή πρέπει να είναι ανώνυμη και να γίνεται από όλους τους ασθενείς μετά από την απόλυση τους από την κλινική, ώστε να μην υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest). Κατάλληλη χρονική στιγμή για να απαντάει γραπτώς ο ασθενής την ερώτηση για την εμπειρία του είναι τη μέρα της απόλυσης, αμέσως μετά την απόλυση, αλλά πριν φύγει ο ασθενής από το νοσοκομείο.

Πρόκειται για δείκτη ποιοτικής αξιολόγησης των διαδικασιών αλλά και της έκβασης. Πρόκειται για ποιοτική καταγραφή της εμπειρίας που βίωσε ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του ή γενικότερα κατά τη θεραπεία του στην κλινική.

Ως στόχος απόδοσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μείωση του αριθμού των αρνητικών εμπειριών ασθενών σε σχέση με το προηγούμενο έτος, στην ίδια κλινική.

### **3.3 Δικαιώματα ασθενών στην πληροφόρηση και την προστασία των προσωπικών δεδομένων τους.**

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας, που αναφέρεται στην προσβασιμότητα του ψυχικά ασθενούς σε ιατρικές πληροφορίες που τον αφορούν. Ο ασθενής και μόνο αυτός δικαιούται να γνωρίζει ότι αφορά την υγεία του. Ο ιατρικός φάκελος ανήκει στον ασθενή. Τα παραπάνω ρυθμίζονται και από το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία των Δεδομένων (General Data Protection Rule, GDPR) (17). Τα κράτη μέλη έχουν ενσωματώσει το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων σε ξεχωριστή νομοθεσία, όπως ο νόμος για την ηλεκτρονική υγεία της Κυπριακής Δημοκρατίας (18).

Ο δείκτης είναι βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση του ασθενούς σχετικά με το σεβασμό από την υπηρεσία των προσωπικών δεδομένων του αλλά και το βαθμό στον οποίο γνωρίζει τα δικαιώματά του σε ότι αφορά τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του.

Ως στόχος απόδοσης ορίζεται είναι η βελτίωση των αποτελεσμάτων συγκριτικά με τα περσυνά αποτελέσματα στην ίδια υπηρεσία. Αυτό δείχνει βελτίωση χρόνου με το χρόνο της ενημέρωσης των ασθενών σε ότι αφορά τα δικαιώματά τους, αλλά δείχνει και προσαρμογή της υπηρεσίας ψυχικής υγείας στον Γενικό Κανονισμό Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων.

### **3.4 Δικαιώματα ασθενών για υπηρεσίες υγείας**

Οι δικαιούχοι των συστημάτων υγείας συχνά δε γνωρίζουν πλήρως τα δικαιώματά και τις υποχρεώσεις τους μέσα στο σύστημα υγείας. Πολλές φορές η προσβασιμότητα διαφέρει μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών στο ίδιο σύστημα υγείας, αλλά επίσης διαφέρουν και οι υποχρεώσεις των δικαιούχων, όπως και οι τυχόν οικονομικές υποχρεώσεις (συμπληρωμές, copayments). Η προσβασιμότητα επηρεάζεται επίσης από το εκπαιδευτικό επίπεδο του δικαιούχου, την οικονομική του κατάσταση, τη δυνατότητα πρόσβασης στο διαδίκτυο, την απόσταση από το κοντινότερο σημείο παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασιών. Ο δείκτης είναι μέση βαθμολογία απαντήσεων ασθενών σε ερωτηματολόγιο που με ερωτήσεις που αφορούν τα βασικά δικαιώματά ασθενών, όπως αυτά

παρέχονται στους δικαιούχους από το σύστημα υγείας αλλά και όπως προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους μέλους και από το ευρωπαϊκό κεκτημένο.

Ο στόχος απόδοσης είναι η βελτίωση του δείκτη συγκριτικά με τη μέση βαθμολογία ασθενών στο ίδιο ερωτηματολόγιο την προηγούμενη χρονιά.

### **3.5 Αριθμός ασθενών που φεύγουν από την κλινική με ενημερωτικό σημείωμα (discharge note)**

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, νοσηλεύονται εθελοντικά ή υποχρεωτικά. Ειδικότερα, μπορεί να νοσηλεύονται σε εθελοντική βάση έχοντας συνειδητοποιήσει την ανάγκη θεραπείας (εναισθησία) ή να νοσηλεύονται σε υποχρεωτική βάση χωρίς να έχουν συνειδητοποιήσει την ανάγκη θεραπείας (χωρίς εναισθησία). Στη δεύτερη περίπτωση ο ασθενής νοσηλεύεται με δικαστικό διάταγμα προσωρινής υποχρεωτικής ασφαλούς νοσηλείας και απολύεται όταν έχουν υποχωρήσει τα συμπτώματα και έχει επανέλθει η κριτική του ικανότητα. Συνεπώς και οι δύο κατηγορίες ασθενών (εκτός εξαιρέσεων) έχουν ανακτήσει την κριτική τους ικανότητα και δικαιούνται να ενημερωθούν γραπτώς για την κατάσταση της υγείας, λαμβάνοντας ενημερωτικό σημείωμα κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους και απόλυση τους από την κλινική.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας, που αφορά την προσβασιμότητα των ασθενών στην πληροφορία. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που απολύονται από την κλινική με ενημερωτικό σημείωμα και παρονομαστής ο συνολικός αριθμός ασθενών που απολύονται από την ψυχιατρική κλινική.

Ο στόχος απόδοσης είναι το σύνολο (100%) των ασθενών που φεύγουν από την κλινική να φεύγουν με ενημερωτικό σημείωμα.

### **3.6 Αριθμός ασθενών που χρησιμοποίησαν το κουτί εισηγήσεων/παραπόνων.**

Προκειμένου να εκτιμηθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας εύκολα μπορούν να εγκαταστήσουν ένα κουτί εισηγήσεων ή/και παραπόνων σε κάθε ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή δομή πχ εξωτερικό ιατρείο. Ακολούθως, οι λειτουργοί ψυχικής ενθαρρύνουν τους ασθενείς (ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς) να γράψουν μια επιστολή ή να συμπληρώσουν μια φόρμα με τις εισηγήσεις

τους για βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας (ή με τα παράπονα τους) και να την προσθέσουν το κουτί. Τα σημειώματα των ασθενών μπορεί να είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την ποιοτική - και όχι ποσοτική- αξιολόγηση της ποιότητας της κάθε δομής ψυχικής υγείας, επειδή περιέχουν περιγραφές της εμπειρίας που βίωσαν οι ασθενείς κατά τη θεραπεία του στο συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Αυτός ο δείκτης είναι ένα κλάσμα με αριθμητή τον αριθμό των ασθενών που χρησιμοποίησε το κουτί εισηγήσεων/παραπόνων κατά τη διάρκεια ενός έτους και παρονομαστή το συνολικό αριθμό των ασθενών που απολύθηκαν από την κλινική κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς (benchmark) για αυτόν τον δείκτη, διότι πρόκειται για δείκτη ποιοτικής αξιολόγησης. Τα γράμματα/σημειώματα που περιγράφουν τις εμπειρίες των ασθενών είναι χρήσιμα για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης. Η αύξηση του αριθμού των καταγγελιών ανά έτος μπορεί να δείχνει μείωση της ποιότητας λόγω υποστελέχωσης ή υποχρηματοδότησης.

Εναλλακτικά όλες οι δομές (ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές) θα μπορούσαν να προτείνουν σε όλους τους ασθενείς να γράψουν μια συνοπτική σημείωση ή να συμπληρώσουν μια φόρμα/ερωτηματολόγιο (τυπωμένη ή σε ηλεκτρονική μορφή) όπου θα αποκαλύπτουν τις θετικές και αρνητικές εμπειρίες τους από τη νοσηλεία, την ημέρα της προγραμματισμένης απόλυσης τους από την κλινική. Σε κάποια νοσοκομεία/κλινικές η συμπλήρωση της φόρμας/ερωτηματολογίου θα μπορούσε να είναι στις υποχρεώσεις του ασθενή, ενώ κάποια άλλα νοσοκομεία θα μπορούσαν να επιλέξουν να δίνουν κίνητρο στον ασθενή για να συμπληρώσει τη φόρμα/ερωτηματολόγιο. Το κίνητρο θα μπορούσε να είναι χρηματικό, με τη μορφή μείωσης της συμπληρωμής πχ σε φάρμακα που ενδέχεται να παραλάβει ο ασθενής από το φαρμακείο του νοσοκομείου πριν από την απόλυση του.



#### **4. Κριτήριο της Ικανότητας ή Διάσταση της Ικανότητας. Δείκτες Ικανότητας (Indicators of Competence).**

##### **4.1 Πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας**

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας η δια βίου εκπαίδευση είναι απαραίτητη προκειμένου να διατηρείται η ποιότητα των υπηρεσιών, η παραγωγικότητα, αλλά και η ικανοποίηση ασθενών και εργαζομένων.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που βρίσκονται σε πρόγραμμα δια βίου εκπαίδευσης και παρονομαστής είναι το σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ίδιο οργανισμό.

Ο στόχος είναι η αύξηση του δείκτη από χρόνο σε χρόνο, με απώτερο στόχο όλοι οι εργαζόμενοι στον οργανισμό να απολαμβάνουν δια βίου εκπαίδευση.

##### **4.2 Πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης με Σύστημα με Εκπαιδευτικές Μονάδες για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας**

Οι επιστημονικές εξελίξεις στο χώρο της ψυχικής υγείας τρέχουν με γρήγορους ρυθμούς, ενώ παράλληλα αλλάζει και το περιβάλλον. Συνεπώς υπάρχει ανάγκη συνεχούς τροποποίησης των βιοψυχοκοινωνικών διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων που πρέπει να παρέχει ο καλά καταρτισμένος επαγγελματίας υγείας. Για το σκοπό αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν δια βίου εκπαίδευση. Είναι καλή πρακτική η εκπαίδευση να είναι ποσοτικοποιημένη σε μονάδες ώστε να εξασφαλίζεται η απαιτούμενη εκπαίδευση σε ετήσια βάση.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας συγκεκριμένης ειδικότητας που ακολουθούν πρόγραμμα δια βίου εκπαίδευσης με μονάδες και παρονομαστής είναι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας της ίδιας ειδικότητας.

Στόχος είναι η αύξηση χρόνο με το χρόνο του δείκτη με απώτερο στόχο όλοι οι επαγγελματίες να ακολουθούν από σύστημα εκπαίδευσης ποιοτικά και ποσοτικά μετρήσιμο με εκπαιδευτικές μονάδες.

## **5. Κριτήριο της Αποτελεσματικότητας ή Διάσταση της Αποτελεσματικότητας. Δείκτες Αποτελεσματικότητας (Indicators of Effectiveness).**

### **5.1 Ποσοστό ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση ως αποτέλεσμα της θεραπείας**

Οι ασθενείς συνήθως εισάγονται σε κλινικές ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια οξείας ψυχικής διαταραχής ή κατά τη διάρκεια παροξυσμού χρόνιας διαταραχής ψυχικής υγείας. Αφού λάβουν τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις και βελτιωθούν επαρκώς, οι ασθενείς απολύονται από την κλινική. Οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι συνήθως ένας συνδυασμός βιολογικών παρεμβάσεων (ψυχοτρόπων φαρμάκων), μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (ψυχοθεραπείες, συμβουλευτική) και κοινωνικών παρεμβάσεων. Το «ποσοστό των ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση» είναι ένας χρήσιμος και για αυτό κοινός και δημοφιλής δείκτης ποιότητας της υπηρεσία ψυχικής υγείας (10).

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης ορίζεται ως το κλάσμα του οποίου αριθμητής είναι ο αριθμός των ασθενών που χαρακτηρίστηκαν στο εξιτήριο σημείωμα ως βελτιωμένοι και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός των ασθενών που απολύθηκαν από την ίδια κλινική ψυχικής υγείας κατά την ίδια χρονική περίοδο, συνήθως σε μια περίοδο ενός έτους. Η βελτίωση του ασθενούς μπορεί να αναφέρεται σε σύγκριση με τα αρχικά συμπτώματα που παρουσίαζε την ημέρα της εισδοχής, αλλά μπορεί επίσης να αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς όπως εκτιμάται με κλινική εξέταση ή με μια κλίμακα όπως η κλίμακα συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning, GAF) (19, 20).

Το ποσοστό των ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση μπορεί να διαφέρει από κλινική σε κλινική, αφού εξαρτάται από το είδος των διαγνώσεων και τη βαρύτητα των περιστατικών. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να παρουσιάζουν βελτίωση ως αποτέλεσμα της θεραπείας που παρέχεται στην κλινική. Συνίσταται όλες οι κλινικές να δημοσιεύουν το δείκτη "ποσοστό ασθενών που παρουσιάζουν βελτίωση" έτσι ώστε να μπορεί να γίνει παρακολούθηση της ποιότητας και σύγκριση με άλλες κλινικές σε βάθος χρόνου. Συχνός λόγος μη-βελτίωσης του ασθενούς, μπορεί να είναι η πρόωρη εθελούσια αποχώρηση του ασθενή από την κλινική παρά την αντίθετη γνώμη του ψυχίατρου να παραμείνει στην κλινική ως την ολοκλήρωση της θεραπείας του. Ο στόχος απόδοσης ποικίλει ανάλογα με τη βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύει η

κάθε κλινική, παρόλα αυτά ο δείκτης είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για τη βελτίωση της κλινικής μέσα από συγκρίσεις σε βάθος χρόνου.

### **5.2 Επιπλέον θνητότητα στους ασθενείς με σχιζοφρένεια συνολικά και ανά φύλο.**

Οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια έχουν μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Αυτή η μείωση είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως είναι η γνωσιακή έκπτωση, η φτώχεια, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η μειωμένη ικανότητα συνεργασίας σε θεραπείες που αφορούν σωματικές παθήσεις (πχ σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση) και η αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονίας.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Η επιπλέον θνητότητα στους ασθενείς που είναι διαγνωσμένοι με σχιζοφρένεια, ορίζεται ως ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι η συνολική θνητότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια και παρονομαστής είναι η συνολική θνητότητα του γενικού πληθυσμού. Τόσο στον αριθμητή όσο και στον παρονομαστή περιλαμβάνονται μόνο ασθενείς ηλικίας 15 με 74 ετών, σύμφωνα με τις συστάσεις του OECD (21).

Αυτός ο δείκτης πρέπει να παρουσιάζεται για άνδρες, για γυναίκες και για το συνολικό πληθυσμό. Κατά καιρούς έχουν δημοσιευτεί ορισμένα σημεία αναφοράς (21). Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία του OECD, η Λετονία έχει το χαμηλότερο δείκτη, δηλαδή 1.7 για τους άντρες και 2.4 για τις γυναίκες. Ο υψηλότερος δείκτης αναφέρεται από τη Φινλανδία και αντιστοιχεί σε 6.6 για τους άντρες και 6.1 για τις γυναίκες. Μόνο η Φινλανδία και η Δανία αναφέρουν υψηλότερο δείκτη για τους άντρες, ενώ άλλα OECD μέλη αναφέρουν υψηλότερο δείκτη για τις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες.

### **5.3 Επιπλέον θνητότητα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή συνολικά και ανά φύλο.**

Οι πάσχοντες από διπολική διαταραχή παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Αυτό είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, μεταξύ των οποίων ο αυξημένος αυτοκτονικός κίνδυνος συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, η αυξημένη συνοσυρότητα με διαταραχές χρήσης ουσιών, μειωμένο εισόδημα λόγω απώλειας εργασίας, παχυσαρκία, γνωσιακή έκπτωση ως συνέπεια της φυσικής πορείας της νόσου.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης «αυξημένη θνητότητα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή είναι ένα κλάσμα με αριθμητή τη συνολική θνησιμότητα σε ασθενείς με διπολική

διαταραχή (τύπου-1 ή τύπου-2) και παρονομαστή τη συνολική θνησιμότητα του γενικού πληθυσμού. Τόσο στον αριθμητή όσο και στον παρονομαστή περιλαμβάνονται ηλικίες από 15-74 ετών μόνων, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΟΟΣΑ, γιατί στο υπόλοιπο ηλικιακό φάσμα η θνησιμότητα δεν επηρεάζεται από τη διπολική διαταραχή (21).

Αυτός ο δείκτης πρέπει να παρουσιάζεται για άνδρες, γυναίκες, καθώς και το συνολικό πληθυσμό. Χαμηλότερες τιμές έχει παρουσιάσει το Ισραήλ, δηλαδή 2.8 για τους άντρες και 2.6 για τις γυναίκες. Ο οργανισμός OECD έχει δημοσιεύσει σημεία αναφοράς, σύμφωνα με τα οποία: Υψηλότερες τιμές για τις γυναίκες έχει παρουσιάσει η Φινλανδία, δηλαδή 5.2. Υψηλότερες τιμές για τους άντρες έχει παρουσιάσει η Κορέα, δηλαδή 3.7. Όλες οι χώρες με εξαίρεση το Ισραήλ, έχουν παρουσιάσει υψηλότερη θνησιμότητα για τη διπολική διαταραχή στις γυναίκες παρά στους άντρες (21).

#### **5.4 Αριθμός ψυχιατρικών κλινών ανά 100.000 κατοίκους**

Είναι ένδειξη της κατάστασης της ψυχικής υγείας σε μια χώρα. Πολύ μικρός αριθμός ψυχιατρικών κλινών σε μια χώρα μπορεί να σημαίνει ότι η χώρα δεν δίνει αρκετά χρήματα για την ψυχική υγεία, δηλαδή η ψυχική υγεία δεν είναι στις προτεραιότητες της χώρας. Από την άλλη μεριά όμως, πολύ μεγάλος αριθμός κλινών μπορεί να σημαίνει ότι η χώρα δεν έχει προχωρήσει επαρκώς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση-αποασυλοποίηση ή/και ότι δεν υπάρχει επαρκής αριθμός υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών της χώρας και παρονομαστής είναι ο αριθμός 100.000. Ο δείκτης δημοσιεύεται στη Eurostat σε ετήσια βάση από όλα τα κράτη μέλη.

Το σημείο αναφοράς είναι ο μέσος όρος ψυχιατρικών κλινών των κρατών μελών. Ο στόχος απόδοσης είναι τα συστήματα υγείας να συγκλίνουν προς τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο σε ότι αφορά τον αριθμό των ψυχιατρικών κλινών κάθε χώρας. Ο μέσος όρος ψυχιατρικών κλινών στην Ευρώπη των 28 είναι 69 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους (22). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι ψυχιατρικές κλίνες στην Κύπρο είναι μόνο 21/100.000 κατοίκους, στην Ελλάδα είναι 74/100.000, στο Βέλγιο 136/100/000, στη Γερμανία 128/100.000 και στη Γαλλία 84/100.000 κατοίκους, με βάση τα δημοσιευμένα στοιχεία στην Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) (22). Από την παρακολούθηση της πορείας του αριθμού ψυχιατρικών κλινών κάθε χώρας μπορούν να βγουν

χρήσιμα συμπεράσματα για την πορεία της μεταρρύθμισης της ψυχικής υγείας του κάθε κράτους-μέλους. Ο ακραία χαμηλός αριθμός ψυχιατρικών κλινών (μεγάλη απόκλιση από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο) δείχνει υποχρηματοδότηση στην ψυχική υγεία και ότι η ψυχική υγεία δεν αποτελεί προτεραιότητα για τη συγκεκριμένη χώρα. Από την άλλη μεριά, ο ακραία υψηλός αριθμός κλινών μπορεί να δείχνει ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σε κάποιες χώρες δεν έχει προχωρήσει αρκετά, αν και η πολιτική ψυχικής υγείας σε χώρες με μεγάλη επιστημονική παράδοση και έρευνα (αριθμός δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά ψυχιατρικής) έχει μεγάλη βαρύτητα.

### **5.5 Αυτοκτονίες εσωτερικών ασθενών**

Η αυτοκτονία ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε ψυχιατρική κλινική είναι πολύ σπάνιο συμβάν. Παρόλα αυτά είναι το χειρότερο δυνατό που μπορεί να συμβεί.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης "αυτοκτονίες εσωτερικών ασθενών είναι ένα κλάσμα, στο οποίο αριθμητής είναι ο αριθμός εσωτερικών ασθενών που αυτοκτόνησαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στην υπό μελέτη δομή (γενικό νοσοκομείο, ψυχιατρικό νοσοκομείο, νοσοκομείο φυλακών, φυλακή) και παρονομαστής ο αριθμός των ασθενών στην αντίστοιχη δομή οι οποίοι έχουν πρωτογενή ή δευτερογενή διάγνωση ψυχικής διαταραχής.

Η αυτοκτονία εσωτερικού ασθενούς είναι πολύ σπάνιο συμβάν, για αυτό και στόχος απόδοσης πρέπει να είναι το μηδέν. Το σημείο αναφοράς είναι κοντά στο μηδέν στις περισσότερες χώρες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τους χαμηλότερους δείκτες με ανέφερε η Τσεχία με 0.0% και η Ισπανία με 0.02% αυτοκτονίες εσωτερικών σε μελέτη που αφορά το έτος 2013. Για το ίδιο έτος το υψηλότερο ποσοστό έδωσε η Εσθονία .025%, το οποίο όμως είναι και αυτό πολύ χαμηλό (21).

### **5.6 Αυτοκτονίες ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική δομή τον τελευταίο μήνα και τον τελευταίο χρόνο**

Πρόκειται για ένα δείκτη που είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικός της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχεται σε κάθε χώρα. Είναι επίσης χαρακτηριστικός της συνέχειας της φροντίδας που παρέχεται στους δυνητικά αυτοκτονικούς ασθενείς που έχουν απολυθεί από τις κλινικές ψυχικής υγείας κάθε τύπου.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Αυτός ο δείκτης είναι ένα κλάσμα, όπου ο αριθμητής είναι ο αριθμός αυτοκτονιών που καταγράφηκαν τον τελευταίο μήνα και τους τελευταίους 12 μήνες, και

παρονομαστής είναι ο αριθμός ασθενών που απολύθηκαν με πρωτογενή ή δευτερογενή ψυχιατρική διάγνωση κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα και του τελευταίου 12μήνου αντίστοιχα. Για κάθε περιστατικό, η περίοδος παρακολούθησης αρχίζει κατά τη διάρκεια της τελευταίας παρακολούθησης.

Για τους δύο αυτούς τους δείκτες η Μεγάλη Βρετανία θεωρείται η χώρα σημείο αναφοράς, με λιγότερο από 0.2 αυτοκτονίες ανά 100 απολυμένους ασθενείς κάθε χρόνο, ή λιγότερο από 0.1% ρυθμό αυτοκτονιών για τον πρώτο μήνα μετά την απόλυση από το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Την υψηλότερη τιμή στο δείκτη αυτοκτονιών για τον πρώτο χρόνο μετά την απόλυση τον έχει η Σλοβενία, με περισσότερο από 0.8% ή περισσότερο από 0.3 για τον πρώτο μήνα μετά την απόλυση (21).

### **5.7 Αυτοκτονίες στη χώρα τον τελευταίο χρόνο**

Πρόκειται για δείκτη έκβασης που είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας του επιπέδου της ψυχικής υγείας του πληθυσμού της κάθε χώρας. Ο δείκτης δεν είναι σταθερός αλλά επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο δείκτης επηρεάζεται πολύ από το οικονομικό επίπεδο της χώρας, ενώ οι τιμές αυξάνονται κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης (23). Στην Ελλάδα οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν πολύ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (24).

Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός αυτοκτονιών στη χώρα σε ένα έτος ανά 100.000 πληθυσμού και παρονομαστής είναι οι 100.000 πληθυσμού. Εκτός από το συνολικό δείκτη έχει νόημα να παρουσιαστεί ξεχωριστά ο δείκτης για τους άντρες και για τις γυναίκες.

Η Ελλάδα και η Κύπρος αποτελούν σημεία αναφοράς για αυτό το δείκτη, με τη χαμηλότερη τιμή των 5 αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού ανά χώρα. Ο δείκτης θεωρείται τυπικός για το επίπεδο της Ψυχιατρικής και της Ψυχικής Υγείας κάθε χώρας. Η Λιθουανία έχει την υψηλότερη τιμή στο δείκτη με 30 αυτοκτονίες ανά έτος ανά 100.000 πληθυσμού. Λιχτενστάιν, Κύπρος, Ελλάδα και Ιταλία έχουν τις χαμηλότερες τιμές με 2,4,5,6 αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος αντίστοιχα. Για τα κράτη-μέλη της ΕΕ, η μέση τιμή είναι 11 αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος (25). Όμως συνολικά για την Ευρωπαϊκή περιοχή της ΠΟΥ που περιλαμβάνει και τα φτωχότερα ευρωπαϊκά κράτη εκτός ΕΕ (μαζί με τις 28 της ΕΕ σύνολο 53 χώρες), οι αυτοκτονίες είναι 21.2 ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος (26).

### **5.8 Ποσοστό ασθενών που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα θεραπείας της εξάρτησης**

Ο δείκτης αφορά θεραπείες εσωτερικών ασθενών σε ψυχιατρικές κλινικές εθελοντικής νοσηλείας ή σε κλινικές αποτοξίνωσης/απεξάρτησης. Κάθε ασθενής που εισάγεται σε τέτοιο θεραπευτικό πλαίσιο, μπορεί να ολοκληρώσει τη θεραπεία του και να απολυθεί κανονικά ή να διακόψει και να φύγει πριν ολοκληρώσει παρά την αντίθετη γνώμη του ιατρού να παραμείνει. Όταν πολλοί ασθενείς διακόπτουν την εθελοντική θεραπεία, αυτό μπορεί να είναι ενδεικτικό 1)ελλιπούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, 2)υπερβολικής αυστηρότητας του προγράμματος, 3)υπερβολικής βαρύτητας της νόσου των ασθενών που εισάγονται στη συγκεκριμένη κλινική (βαρέως πάσχοντες), 4)υποστελέχωση, το προσωπικό δεν επαρκεί για ποιοτική νοσηλεία/παρακολούθηση/παρέμβαση.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός εισδοχών στην ίδια κλινική στο ίδιο χρονικό διάστημα ενός έτους.

Ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση μεταξύ παρόμοιων κλινικών του ιδίου ή άλλων νοσοκομείων. Περισσότερο χρήσιμος είναι όμως για την παρακολούθηση της πορείας της ίδιας κλινικής σε βάθος χρόνου, με σύγκριση της φετινής με την περσινή βαθμολογία. Στη διεθνή βιβλιογραφία κάποιοι συγγραφείς προτιμούν αντ' αυτού να υπολογίζουν το δείκτη «ποσοστό ασθενών που διέκοψαν το πρόγραμμα» (dropout rate). Στόχος απόδοσης είναι η βελτίωση του δείκτη συγκριτικά με τις τιμές του προηγούμενου έτους στην ίδια κλινική.

### **5.9 Ποσοστό ουσιοεξαρτημένων ασθενών που μείωσαν την κατανάλωση ως συνέπεια της θεραπείας**

Η σύγχρονη προσέγγιση των θεραπειών των διαταραχών χρήσης ουσιών (αποτοξίνωσης, απεξάρτησης) δεν περιλαμβάνει μόνο τις θεραπείες που είναι προσανατολισμένες στην πλήρη αποχή. Παλιότερα η θεραπεία ήταν πάντα προσανατολισμένη στην πλήρη αποχή (abstinence oriented programs) και αυτές η προσεγγίσεις ήταν γνωστές ως "στεγνά θεραπευτικά προγράμματα" ή "στεγνές θεραπευτικές κοινότητες". Στη σύγχρονη εποχή επικρατεί η προσέγγιση «Μείωσης της Βλάβης» (Harm Reduction) όπου η πλήρης αποχή είναι επιθυμητή αλλά όχι απαραίτητη για την επίτευξη της θεραπείας. Η θεραπεία είναι η αύξηση της βιοψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, ακόμα και αν ο ασθενής παραμένει σποραδικός χρήστης της νόμιμης ή παράνομης ουσίας.

Αύξηση της βιοψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας σημαίνει αποκατάσταση σωματικών παθήσεων σχετικών με τη χρήση (πχ λοιμώξεις, ηπατοπάθεια κλπ), αποκατάσταση ψυχολογικής σταθερότητας (θεραπεία στερητικού συνδρόμου, κατάθλιψη κλπ), κοινωνική αποκατάσταση (επιστροφή στο σπίτι, στην οικογένεια, στην εργασία, επανασύνδεση διαπροσωπικών σχέσεων, μείωση άνομων ενεργειών και θεμάτων με το νόμο, αστυνομία, δικαστήρια, φυλακίσεις κλπ). Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, παλιότερα επιλέγονταν συντηρητικά κριτήρια (conservative endpoints) όπως είναι οι μέρες μέχρι την υποτροπή (days until relapse), οι οποίες αναφέρονται στις μέρες που έμεινε σε αποχή μετά την έξοδο του από το πρόγραμμα. Επίσης "το ποσοστό των ασθενών που ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα", αποτελεί κριτήριο που αναφέρεται στο ποσοστό των ασθενών που δεν διακόπτουν τη θεραπεία πριν ολοκληρωθεί. Πιο σύγχρονοι και λιγότεροι συντηρητικοί (less conservative) δείκτες αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων, που χρησιμοποιούνται στην προσέγγιση μείωσης βλάβης, είναι η «μέση ημερήσια κατανάλωση», καθώς και ο αριθμός ημερών όπου η ημερήσια κατανάλωση ξεπέρασε τις δύο μονάδες (2 international units ή άλλη ουδός που τίθεται από τον ψυχίατρο).

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που περιόρισαν την κατανάλωση μετά από το θεραπευτικό πρόγραμμα και παρονομαστής είναι ο αριθμός ασθενών που συμμετείχαν στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ο στόχος απόδοσης είναι μέσα από συνεχείς βελτιώσεις του προγράμματος η τιμή του δείκτη να πλησιάζει ολόένα και περισσότερο στη μονάδα. Ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο αυτοβελτίωσης του προγράμματος αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για τη σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων μεταξύ τους, όταν αυτά τα προγράμματα έχουν θεραπευτικό στόχο τη μείωση της κατανάλωσης.

### **5.10 Ποσοστό ασθενών που έγιναν επανεισδοχή σε ένα μήνα.**

Ο δείκτης αναφέρεται στο φαινόμενο της "περιστρεφόμενης πόρτας". Πρόκειται για ασθενείς με συνυπάρχοντα έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος που επιστρέφουν στην κλινική σύντομα μετά την απόλυση τους. Κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς πάσχουν από σοβαρές χρόνιες υποτροπιάζουσες παθήσεις και η συχνή επανεισδοχή



μπορεί να δείχνει ακαταλληλότητα της συγκεκριμένης δομής για την ιατρική τους φροντίδα, για παράδειγμα ασθενής με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας που νοσηλεύεται σε κλινική γενικού νοσοκομείου.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που έγιναν επανεισδοχή μέσα στον πρώτο μήνα μετά την απόλυση τους και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών που απολύθηκαν από την ψυχιατρική κλινική μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Ο στόχος είναι κανένας ασθενής να μη γίνεται επανεισδοχή στην ψυχιατρική κλινική μέσα στον πρώτο μήνα από την απόλυση του, αλλά να συνεχίζει τη θεραπεία του σε εξωνοσοκομειακή βάση. Αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη ή τη δημιουργία κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών κοινοτικής ψυχιατρικής και κλινικής ημερήσιας νοσηλείας.

#### **5.11 Ποσοστό ασθενών που μετά την εσωτερική αποτοξίνωση συνέχισε θεραπεία πρόληψης υποτροπής σε εξωτερική βάση.**

Η θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων, είτε πρόκειται για ουσιοεξαρτήσεις είτε για συμπεριφορικές εξαρτήσεις, αποτελούνται από δύο μεγάλες διακριτές φάσεις. Η πρώτη φάση είναι η αποτοξίνωση, δηλαδή η θεραπεία του στερητικού συνδρόμου και γίνεται με συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Η δεύτερη φάση είναι η πρόληψη υποτροπής, που διαρκεί πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και γίνεται επίσης με συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Συχνά η πρώτη φάση (αποτοξίνωση) γίνεται σε εσωτερική βάση, ενώ στην συνέχεια ο ασθενής απολύεται από την κλινική και ακολουθεί η δεύτερη φάση, της πρόληψης, υποτροπής σε εξωτερική βάση.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι το ποσοστό ασθενών που συνεχίζουν στη δεύτερη φάση μετά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης.

Ο στόχος απόδοσης είναι όλοι οι ασθενείς να συνεχίζουν στη δεύτερη φάση και να ολοκληρώνουν τη φάση αυτή. Ο λόγος που πολλοί δεν συνεχίζουν είναι ότι με την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης ήδη ο ασθενής βρίσκεται σε αποχή από το αλκοόλ ενώ έχει υφεί πλήρως η συμπτωματολογία του στερητικού συνδρόμου. Αυτό δίνει την ψευδαίσθηση στον ασθενή ότι έχει επανακτήσει πλήρως τον έλεγχο και ότι δεν έχει την ανάγκη περαιτέρω θεραπείας. Συνήθως οι ασθενείς που δεν μπαίνουν σε πρόγραμμα πρόληψης υποτροπής υποτροπιάζουν.

### **5.12 Αριθμός στεγνών ημερών μετά την απόλυση από την κλινική (days until relapse)**

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών, όπως η εξάρτηση από το αλκοόλ αλλά και από τις παράνομες ουσίες, αποτελούν χρόνιες υποτροπιάζουσες ψυχικές διαταραχές και ως τέτοιες ταξινομούνται στα συστήματα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών όπως είναι το DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (27) και το ICD-11 της Παγκόσμιας Οργάνωσης για την Υγεία (28). Εφόσον πρόκειται για χρόνιες υποτροπιάζουσες διαταραχές, αυτό σημαίνει ότι έχουν εξάρσεις και υφέσεις. Συνεπώς οι υποτροπή δεν πρέπει να ερμηνεύεται ως αποτυχία της θεραπείας αλλά εντάσσεται στη φυσική πορεία της νόσου. Σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση του αριθμού, της συχνότητας, της διάρκειας και της έντασης των υποτροπών.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ο μέσος αριθμός ημερών που παραμένει σε αποχή από το αλκοόλ ή από την εκάστοτε παράνομη ευφορική εξαρτησιογόνο ουσία ο ασθενής μετά από την ολοκλήρωση συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος. Το πρόγραμμα μπορεί να είναι για παράδειγμα ολιγοήμερο πρόγραμμα αποτοξίνωσης ή πολύμηνο πρόγραμμα κλειστής θεραπευτικής κοινότητας.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς. Ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση παρόμοιων προγραμμάτων μεταξύ τους, όπως και για την τεκμηρίωση της βελτίωσης θεραπευτικού προγράμματος σε βάθος χρόνου. Επίσης ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τελικό σημείο (endpoint) αξιολόγησης σε ερευνητικά πρωτόκολλα αξιολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων σε βάθος χρόνου (τυχαιοποιημένες κλινικές δομικές, randomised control trials, RCTs). Ο δείκτης αφορά θεραπευτικές παρεμβάσεις και θεραπευτικά προγράμματα που είναι προσανατολισμένα στην πλήρη αποχή (abstinence-oriented) και όχι τόσο τις σύγχρονες παρεμβάσεις μείωσης βλάβης.

### **5.13 Αριθμός ημερών με κατανάλωση μεγαλύτερη από 2 μονάδες αλκοόλης (iu, international units)**

Στη θεραπεία των εξαρτήσεων, η πλήρης αποχή ήταν παλιότερα η μόνη θεραπευτική επιλογή. Τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί και η θεραπευτική επιλογή της ελεγχόμενης χρήσης. Η επιλογή αυτή κυρίως προτείνεται σε εξαρτημένους σε νόμιμες ουσίες όπως το αλκοόλ και όχι σε εξαρτημένους σε παράνομες ουσίες. Παρόλα αυτά και στις παράνομες ουσίες η βλάβη είναι δόσοεξαρτώμενη, οπότε η μεγάλη και ανεξέλεγκτη κατανάλωση σίγουρα είναι βλαβερότερη από

τη μικρή και ελεγχόμενη κατανάλωση. Αυτό ισχύει και στις συμπεριφορικές εξαρτήσεις όπως ο τζόγος όπου ο ήπιος ελεγχόμενος στοιχηματισμός μπορεί είναι λιγότερο βλαβερός από τον ανεξέλεγκτο. Συνεπώς, η μείωση της κατανάλωσης συνοδεύεται από μείωση της βλάβης τόσο στις ουσιοεξαρτήσεις όσο και στις συμπεριφορικές εξαρτήσεις.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης αναφέρεται στο αλκοόλ όπου υπάρχει ποσοτικοποιημένη δόση. Ειδικότερα, μια διεθνής μονάδα αλκοόλ (international unit, iu) ισοδυναμεί με ποτό που περιέχει 12 γραμμάρια αιθανόλης, δηλαδή περίπου μια μικρή μπύρα, ένα ποτήρι κρασί ή ένα ποτήρι ουίσκι. Πρόκειται για δείκτη έκβασης όπου αξιολογεί τους ασθενείς που ολοκληρώνουν θεραπευτικό πρόγραμμα θεραπείας της εξάρτησης, με θεραπευτικό στόχο την ελεγχόμενη χρήση. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο μέσος αριθμός ημερών που οι ασθενείς καταναλώνουν περισσότερες από δύο μονάδες αλκοόλ και παρονομαστής είναι το σύνολο των ημερών ασθενών που ολοκλήρωσαν το υπό μελέτη θεραπευτικό πρόγραμμα.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς. Ο δείκτης είναι χρήσιμος για την αξιολόγηση θεραπευτικών προγραμμάτων που έχουν σκοπό την μείωση της κατανάλωσης δηλαδή την ελεγχόμενη χρήση. Πρόκειται για προγράμματα μείωσης βλάβης και όχι για προγράμματα προσανατολισμένα στην πλήρη αποχή. Ο δείκτης είναι επίσης χρήσιμος ως τελικό σημείο σε ερευνητικά προγράμματα μείωσης της βλάβης από το αλκοόλ.

#### **5.14 Μέση κατανάλωση (αλκοόλ ή άλλης ευφορικής ουσίας) μετά την απόλυση από την κλινική.**

Η θεραπεία της εξάρτησης είναι χρόνια υποτροπιάζουσα ψυχική διαταραχή, πράγμα που σημαίνει ότι οι υποτροπές συμπεριλαμβάνονται στη φυσική πορεία της νόσου. Πολλοί ουσιοεξαρτημένοι ασθενείς ξεκινούν θεραπεία έχοντας γνήσιο εσωτερικό κίνητρο. Άλλοι όμως έχοντας μόνο εξωτερικό κίνητρο, το οποίο κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνονται προσπάθειες από τους θεραπευτές για τη μετατροπή του σε εσωτερικό κίνητρο. Κάποιοι ασθενείς δε θέλουν, δεν είναι έτοιμοι ή δε μπορούν να κόψουν τη χρήση, οπότε η μείωση της κατανάλωσης είναι μια προσωρινή παρέμβαση μείωσης της βλάβης, αφού η βλάβη είναι δοσοεξαρτώμενη.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι η μέση κατανάλωση αλκοόλ ανά ημέρα για το επόμενο έτος μετά την ολοκλήρωση θεραπευτικού προγράμματος. Αναλόγως ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για παράνομες ευφορικές ουσίες.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς. Ο δείκτης είναι σημαντικός για την αξιολόγηση θεραπευτικών προγραμμάτων ή/και μεμονωμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ερευνητικά πρωτόκολλα μείωσης βλάβης ή αξιολόγησης φαρμάκων που στοχεύουν στη μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ.

## **6. Κριτήριο του Θεραπευτικού Συνεχούς ή Διάσταση του Θεραπευτικού Συνεχούς. Δείκτες του Θεραπευτικού Συνεχούς (Indicators of Continuity).**

### **6.1 Ποσοστό ασθενών που συνεχίζει σε εξωτερικό πρόγραμμα πρόληψης υποτροπής μετά την ολοκλήρωση του εσωτερικού προγράμματος**

Τα θεραπευτικά προγράμματα αποτοξίνωσης και απεξάρτησης από τις νόμιμες και παράνομες εθιστικές ουσίες (drug and alcohol detoxification and rehabilitation units) αποτελούνται συχνά από δύο διακριτές φάσεις θεραπείας. Στην πρώτη φάση γίνεται –συνήθως μέσα στην κλινική- η αποτοξίνωση, δηλαδή η διακοπή της εξαρτησιογόνου ουσίας και η πρόληψη/θεραπεία του επερχόμενου στερητικού συνδρόμου. Στη δεύτερη φάση –συνήθως σε εξωτερική βάση- γίνεται η πρόληψη υποτροπής, μέσω της πρόληψης/θεραπείας της έντονης/ακατάσχετης επιθυμίας για χρήση (craving). Πολλοί ασθενείς εγκαταλείπουν το πρόγραμμα μετά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης της θεραπείας, εκτιμώντας λανθασμένα ότι απέκτησαν τον έλεγχο της κατανάλωσης και συνεπώς ότι δε χρειάζονται άλλη θεραπεία για πρόληψη υποτροπής.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι το ποσοστό των ασθενών που συνεχίζει σε εξωτερικό πρόγραμμα μετά την ολοκλήρωση της αποτοξίνωσης, και παρονομαστής είναι το σύνολο το ασθενών που ξεκίνησαν τη θεραπεία αποτοξίνωσης.

Ο στόχος απόδοσης είναι όλοι οι ασθενείς που ολοκληρώνουν την εσωτερική φάση να συνεχίζουν σε εξωτερική βάση το πρόγραμμα για την πρόληψη υποτροπής.

### **6.2 Ποσοστό ασθενών που προσέρχονται στο πρώτο ραντεβού παρακολούθησης ως εξωτερικοί ασθενείς, μετά από την απόλυση τους από την ψυχιατρική κλινική**

Στην ψυχιατρική, κατά κανόνα όταν ο ασθενής ολοκληρώσει τη νοσηλεία του και απολυθεί από την κλινική, συνεχίζει την παρακολούθηση ως εξωτερικός ασθενής στο εξωτερικό ιατρείο. Η προσέλευση στο πρώτο ραντεβού είναι ενδεικτική της συμμόρφωσης/συνεργασιμότητας ή αλλιώς της συνέπειας του ασθενή στη θεραπεία, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με την ψυχική του

κατάσταση τη στιγμή της απόλυσης, καθώς και με τη θεραπευτική σχέση που έχει εγκατασταθεί μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή κατά τη διάρκεια της εσωτερικής φάσης της θεραπείας.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των απολυμένων ασθενών που προσήλθαν στο πρώτο προγραμματισμένο ραντεβού μετά την απόλυση και παρονομαστής είναι ο αριθμός των ασθενών που προσήλθαν μαζί με αυτούς που δεν προσήλθαν στο πρώτο προγραμματισμένο ραντεβού.

Γενικά για τους ασθενείς με πρόβλημα ψυχικής υγείας που τους δόθηκε πρώτο ραντεβού μια βδομάδα μετά την ολοκλήρωση της εσωτερικής θεραπείας και την απόλυση από την κλινική, ικανοποιητικός στόχος απόδοσης είναι η προσέλευση του 80% των ασθενών, σύμφωνα με δημοσιευμένα δεδομένα (29).

### **6.3 ποσοστό ασθενών που προσήλθαν στο πρώτο ραντεβού παρακολούθησης μετά από απόλυση από κλινική εσωτερικών ασθενών για θεραπεία διαταραχής χρήσης ουσιών.**

Ο εθισμός/εξάρτηση ή αλλιώς διαταραχή χρήσης ουσιών είναι χρόνια υποτροπιάζουσα ψυχική διαταραχή. Συνήθως αυτός ο πληθυσμός ασθενών υποφέρει από συνοσυρότητες, κυρίως με διαταραχές προσωπικότητας και αυτό είναι που μειώνει την προσήλωση και τη συνεργασιμότητα τους στη θεραπεία.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των ασθενών που ολοκλήρωσαν και απολύθηκαν από το πρόγραμμα αποτοξίνωσης/απεξάρτησης οι οποίοι προσήλθαν στο πρώτο εξωτερικό ραντεβού. Παρονομαστής είναι ο αριθμός των απολυμένων ασθενών που προσήλθαν μαζί με αυτούς που δεν προσήλθαν στο πρώτο προγραμματισμένο εξωτερικό ραντεβού.

Για το γενικό πληθυσμό των ασθενών που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και έχουν το πρώτο ραντεβού επαναξιολόγησης μια βδομάδα μετά την απόλυση, ο στόχος προσέλευσης είναι 59% σύμφωνα με δημοσιευμένα δεδομένα (29). Αυτό το ποσοστό προσέλευσης για τους πάσχοντες από διαταραχή χρήσης ουσιών είναι σημαντικά μικρότερο από το γενικό πληθυσμό των ασθενών με ψυχική διαταραχή, οι οποίοι έρχονται στο πρώτο ραντεβού μετά την απόλυση σε ποσοστό 82.4%, σύμφωνα με τα ευρήματα της ίδιας μελέτης. Η μεγάλη διαφορά μπορεί να οφείλεται στην μειωμένη συμμόρφωση/συνεργασιμότητα της υποομάδας ψυχικά ασθενών που πάσχουν από διαταραχή χρήσης ουσιών.

#### **6.4 Ποσοστό ασθενών που ήρθαν στα δύο επόμενα ραντεβού μετά από την απόλυση από το νοσοκομείο**

Το φαινόμενο ασθενείς να χάνουν τα ραντεβού τους στο εξωτερικό ιατρείο παρατηρείται σε άλλοτε άλλη συχνότητα. Δεν παρατηρείται όμως με την ίδια συχνότητα σε όλες τις περιοχές του Γενικού Συστήματος Υγείας. Τα χαμένα ραντεβού δείχνουν δυσκολία της συγκεκριμένης δομής να διατηρήσει το θεραπευτικό συνεχές, πράγμα που είναι απαραίτητο για τη βελτίωση της πρόγνωσης.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα, όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των περιστατικών που ήρθαν στα επόμενα δύο ραντεβού μετά την απόλυση. Παρονομαστής είναι το σύνολο των απολύσεων από την κλινική στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς. Σκοπός του δείκτη είναι η αυτοβελτίωση της κλινικής. Χαμηλή βαθμολογία σημαίνει ότι η κλινική δυσκολεύεται να διατηρήσει τους ασθενείς για μακροχρόνια παρακολούθηση, δηλαδή να διατηρήσει το θεραπευτικό συνεχές. Τα αίτια πρέπει να αναζητηθούν και να διορθωθούν. Στην αναζήτηση των αιτίων για τα χαμένα ραντεβού είναι σημαντικό να ερωτηθούν και οι ασθενείς, με ερωτηματολόγιο, συνέντευξη ή γραπτό ελεύθερο κείμενο. Η γνώμη των ασθενών πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη.

#### **6.5 Αριθμός ασθενών που έρχονται σε 2 διαδοχικά ραντεβού**

Η συνέχεια της θεραπευτικής φροντίδας είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας του συστήματος. Συμβάλλει στη ολοκλήρωση της θεραπείας, στη μείωση των επιπλοκών, στην πρόληψη υποτροπής και στη βελτίωση της πρόγνωσης του ψυχικά ασθενούς.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών με χρόνια νόσο που ήρθαν σε δύο διαδοχικά ραντεβού και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών.

Στόχος απόδοσης είναι η αύξηση χρόνου με το χρόνο των ασθενών που δεν χάνουν τα ραντεβού τους, δηλαδή που έχουν χρόνια σταθερή παρακολούθηση στο σύστημα υγείας.

## 6.6 Αριθμός παραπομπών

Ο αριθμός αναφορών δείχνει τη συνέχεια της φροντίδας (θεραπευτικό συνεχές) αλλά δείχνει επιπλέον και το βαθμό κατά τον οποίο μια υπηρεσία ψυχικής υγείας λειτουργεί διεπαγγελματικά/διεπιστημονικά.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που έλαβε παραπεμπτικό από το γιατρό του τη μέρα της απόλυσης του από την κλινική. Παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών που απολύθηκαν από την κλινική κατά τη διάρκεια του ίδιου χρονικού διαστήματος.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένος στόχος απόδοσης για το ποσοστό παραπεμπτικών, αλλά ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους κλινικούς διευθυντές ως εργαλείο για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων και των διαφορετικών επιστημονικών πεδίων, καθώς και ως δείκτης αξιολόγησης του θεραπευτικού συνεχούς.

## 7. Κριτήριο της Αποδοτικότητας ή Διάσταση της Αποδοτικότητας. Δείκτες Αποδοτικότητας (Indicators of Efficiency).

### 7.1 Αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανά 100.000 πληθυσμού

Ο αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά 100.000 πληθυσμού πχ Ψυχίατροι ανά 100.000 πληθυσμού, νοσηλευτές ψυχικής υγείας ανά 100.000 πληθυσμού, διαφέρει από χώρα σε χώρα και σε πολλές περιπτώσεις αυτό είναι ενδεικτικό της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να επηρεάζει και την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πρόκειται για δείκτη δομής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα που αποτελείται από τον αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας (πχ ψυχίατροι) ανά 100.000 πληθυσμού.

Ειδικά για τους ψυχιάτρους, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO) στην ευρωπαϊκή περιοχή του Που αντιστοιχούν 13 ψυχίατροι ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ ειδικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 κρατών μελών αντιστοιχούν πολλοί περισσότεροι (30). Στόχος απόδοσης για κάθε κράτος μέλος είναι ο δείκτης να συγκλίνει προς τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 43.5 επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανά 100.000 πληθυσμού. Ενδεικτικά χαμηλή τιμή του δείκτη στην

Αφρική και Νότια Ασία, όπου ο WHO καταγράφει μόνο 1.4 και 4.8 επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανά 100.000 κατοίκους αντίστοιχα (31). Ειδικότερα, στην Ευρωπαϊκή περιοχή της WHO, σε κάθε 100 επαγγελματίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνονται 10 ψυχίατροι, 1 παιδοψυχίατρος, 3 γιατροί άλλων ειδικοτήτων, 23 νοσηλευτές ψυχικής υγείας, 5 ψυχολόγοι, ένας κοινωνικός λειτουργός, μισός εργοθεραπευτής και μισός λογοθεραπευτής (26).

## **7.2 Ποσοστό του εργατικού δυναμικού της χώρας που εργάζεται στο σύστημα υγείας.**

Στα κράτη μέλη της ΕΕ το σύστημα υγείας αποτελεί μεγάλο εργοδότη: Μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας απασχολείται σε δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Συγκρίνοντας μεταξύ τους τη στελέχωση των διαφόρων συστημάτων υγείας μπορεί να βγουν διάφορα συμπεράσματα, ειδικά όταν παράλληλα συγκρίνουμε και δείκτες δημόσιας υγείας. Χαμηλή βαθμολογία σε αυτό το δείκτη μπορεί να ερμηνεύει χαμηλή προσβασιμότητα των δικαιούχων σε κάποιες περιοχές του συστήματος υγείας.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο σύστημα υγείας και παρονομαστής είναι το σύνολο του εργατικού δυναμικού του κράτους μέλους.

Στόχος απόδοσης είναι το κλάσμα σε κάθε κράτος μέλος να είναι κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η απόκλιση από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο μπορεί να δείχνει την ανάγκη διορθώσεων, είτε της υποστελέχωσης είτε την παραγωγικότητας. Η WHO έχει δημοσιεύσει στοιχεία σύμφωνα με τα οποία στην Ευρωπαϊκή περιοχή εργάζονται στο πεδίο της ψυχικής υγείας 50 επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανά 100.000 πληθυσμού (26). Σύμφωνα με την ίδια έκθεση, ειδικά για τη λίστα τις πλούσιες χώρες όπως αυτές ορίζονται από την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank) –μεταξύ των οποίων βρίσκεται και η Ελλάδα και η Κύπρος- ο αντίστοιχος αριθμός είναι 71.7 επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανά 100.000 πληθυσμού (26).

## **7.3 Αριθμός ασθενών ανά γιατρό ανά μέρα εξωτερικού ιατρείου**

Η Ψυχιατρική αξιολόγηση, συμβουλευτική και παρέμβαση απαιτεί τη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης και ποιοτικής επικοινωνίας μεταξύ ψυχίατρου και ασθενούς, σε κάθε συνεδρία, και αυτό είναι κάτι που απαιτεί χρόνο, δε μπορεί να γίνει βιαστικά. Ο χρόνος είναι περιοριστικός παράγοντας στον αριθμό ασθενών που μπορεί να δει ο κάθε ψυχίατρος ανά μέρα εξωτερικού



ιατρείου. Όταν είναι πολλοί ασθενείς ανά ψυχίατρο ανά μέρα εξωτερικού ιατρείου, ο διαθέσιμος χρόνος ανά ασθενή είναι λίγος, με αποτέλεσμα την πτώση της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι το σύνολο ασθενών που είδε ο ψυχίατρος στο εξωτερικό του ιατρείο κατά τη διάρκεια της χρονιάς, και παρονομαστής ο αριθμός ημερών του εξωτερικού ιατρείου.

Ο στόχος απόδοσης είναι ο αριθμός ασθενών να είναι περίπου 10 ανά μέρα ιατρείου και σίγουρα όχι πάνω από 20, δηλαδή κάθε συνεδρία να έχει μέση διάρκεια 40 λεπτά περίπου, με μικρά διαλείμματα μεταξύ των συνεδριών. Για την Κύπρο η αρμόδια Συντεχνία (Union) των νοσοκομειακών ιατρών του δημοσίου (Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών, ΠΑ.ΣΥ.Κ.Ι.) έχει ορίσει ως 20 το μέγιστο αριθμό ασθενών που δεν θα πρέπει να ξεπεράσει ένας ειδικός ιατρός σε μια ολοκληρωμένη μέρα εξωτερικού ιατρείου (εξωνοσοκομειακή δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα). Παρόλα αυτά ειδικότητες όπως η Ψυχιατρική πολλές φορές δεν είναι εύκολη η διαχείριση δύσκολων περιστατικών με ρυθμό μεγαλύτερο από έναν ασθενή ανά εργατοώρα.

#### **7.4 Μέση διάρκεια νοσηλείας**

Ασθενείς με την ίδια διάγνωση σε διαφορετικές κλινικές χρειάζονται διαφορετικό (μεγαλύτερο ή μικρότερο) αριθμό ημερών νοσηλείας μέχρι να ολοκληρωθεί η νοσηλεία τους. Αυτό έχει να κάνει με τη στελέχωση, την εμπειρία, το φόρτο εργασίας της κλινικής, τη διαθεσιμότητα εργαστηριακών και απεικονιστικών εργαστηρίων και με πολλές άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα υλικοτεχνικών και ανθρώπινων πόρων.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Αριθμητής είναι ο συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας της κλινικής ανά έτος και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική στην ίδια χρονική διάρκεια.

Ο σκοπός είναι η γρήγορη, αλλά όχι βιαστική διαχείριση των περιστατικών. Για το λόγο αυτό ο δείκτης πρέπει να χρησιμοποιείται για τη σύγκριση μεταξύ κλινικών ίδιας ειδικότητας και ίδιας βαρύτητας περιστατικών.

### **7.5 Μέσο κόστος νοσηλείας ασθενή ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο.**

Το μέσο κόστος νοσηλείας είναι σημαντική παράμετρος για τον οικονομικό σχεδιασμό, την οικονομική διαχείριση του νοσοκομείου και τη βιωσιμότητα του. Το μέσο κόστος νοσηλείας μπορεί να υπολογιστεί ανά ασθενή, ανά διάγνωση εισόδου, ανά γιατρό, ανά κλινική, ανά τομέα και ανά νοσοκομείο.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης, που επηρεάζεται από τις μέρες νοσηλείας του κάθε περιστατικού. Το συνολικό κόστος λειτουργίας του νοσοκομείου, τομέα, κλινικής, διαιρείται με τις συνολικές μέρες νοσηλείας και υπολογίζεται το κόστος ανά μέρα νοσηλείας σε κάθε περίπτωση. Στη συνέχεια το ποσό πολλαπλασιάζεται με το μέσο αριθμό ημερών νοσηλείας των ασθενών και έτσι υπολογίζεται το μέσο κόστος ανά ασθενή. Κατ'αντιστοιχία υπολογίζεται και το μέσο κόστος ανά ασθενή ανά γιατρό, αφού για ασθενείς με την ίδια διάγνωση οι μέρες νοσηλείας διαφέρουν μεταξύ διαφορετικών θεραπόντων ιατρών αλλά και μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων αλλά και μεταξύ διαφορετικών κλινικών του ίδιου νοσοκομείου. Το μέσο κόστος ανά νοσηλεία υπολογίζεται και ανά διάγνωση/θεραπεία με τη μέθοδο των DRGs (Disease Related Groups), με βάση τα οποία καθορίζεται συγκεκριμένη αμοιβή του νοσοκομείου για κάθε DRG. Η μέθοδος των DRGs επί του παρόντος δεν είναι διαθέσιμη σε όλα τα νοσοκομεία.

Δεν είναι εύκολο να οριστεί το σημείο αναφοράς που αποτελεί στόχο απόδοσης, διότι το κόστος πρέπει να συσχετιστεί με την έκβαση των περιστατικών με τη χρήση δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι πολύ χρήσιμος για τη σύγκριση του κόστους νοσηλείας μεταξύ νοσοκομείων της ίδιας χώρας. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί και για διακρατικές συγκρίσεις αν το κόστος νοσηλείας διορθωθεί για τη διαφορά στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) μεταξύ των δύο κρατών μελών. Παρόλα αυτά σε κάθε σύστημα υγείας πρέπει να υπολογίζεται το μέσο κόστος και οι κλινικές, νοσοκομεία, γιατροί που αποκλίνουν από αυτό θα πρέπει να κινητοποιηθούν προς τη σύγκλιση.

### **7.6 Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο.**

Το μέσο κόστος ανά ασθενή διαφέρει μεταξύ κλινικών, τομέων, νοσοκομείων για διάφορους λόγους. Για τη διαχείριση ασθενών με την ίδια διάγνωση μπορεί να υπάρχει μεγάλη διαφορά στις ημέρες νοσηλείας αλλά και στο είδος και κόστος εξετάσεων που διενεργούνται μεταξύ διαφορετικών κλινικών, τομέων, νοσοκομείων. Η βιωσιμότητα του συστήματος και η αειφορία,

αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά για όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας, τουλάχιστον σε ότι αφορά τα κράτη μέλη της ΕΕ. Συνεπώς το κόστος ανά μέρα νοσηλείας είναι σημαντική παράμετρος.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης, που αφορά το κόστος της κάθε μέρας νοσηλείας. Το συνολικό κόστος του νοσοκομείου, τομέα, κλινικής, διαιρείται με τις συνολικές μέρες νοσηλείας και υπολογίζεται το κόστος ανά μέρα νοσηλείας σε κάθε περίπτωση. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι το συνολικό κόστος λειτουργίας της κλινικής για ένα έτος (μισθοί, κτήριο, φάρμακα, αναλώσιμα κλπ) και παρονομαστής είναι οι συνολικές μέρες νοσηλείας ασθενών για ένα έτος στην κλινική.

Πολύ χρήσιμος δείκτης με βάση τον οποίο μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους ως προς το κόστος κλινικές και γιατροί της ίδια ειδικότητας. Παρόλα αυτά η αξιολόγηση δε μπορεί να γίνεται μόνο με δείκτες κόστους αλλά πρέπει να συνυπολογίζονται μαζί με άλλους δείκτες έκβασης. Δεν είναι εφικτό να γίνουν άμεσες συγκρίσεις κόστους μεταξύ διαφορετικών κλινικών και διαφορετικών χωρών, διότι υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί παράγοντες, μισθολογικοί, διαδικασιών, είδος περιστατικών που εισάγονται, θεραπευτικά πρωτόκολλα που καθορίζουν τις μέρες νοσηλείας σε κάθε περίπτωση. Ο δείκτης είναι πολύ χρήσιμος για τη σύγκριση κόστους μεταξύ ιδίων κλινικών που βρίσκονται σε διαφορετικά νοσοκομεία του ίδιου κράτους μέλους. Για παράδειγμα σύγκριση κόστους ανά μέρα νοσηλείας μεταξύ της Ψυχιατρικής Κλινικής δύο Γενικών Νοσοκομείων σε δύο διαφορετικές πόλεις.

### **7.7 Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ασθενή και ανά μέρα νοσηλείας, ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο.**

Με τα σύγχρονα λογισμικά ηλεκτρονικού φακέλου που εμπεριέχονται στο Ολοκληρωμένο Σύστημα Πληροφορικής του Νοσοκομείου (ΟΠΣΝ), μπορεί υπολογιστεί στο συνολικό κόστος φαρμάκου για όλο το νοσοκομείο ανά έτος και ακολούθως να υπολογιστεί ανά ασθενή, κλινική ή/και ανά γιατρό. Το φαρμακευτικό κόστος ανά ασθενή εξαρτάται κυρίως από τη διάγνωση, εξαρτάται όμως και από άλλες παραμέτρους, όπως η υπερσυνταγογράφηση και η επιλογή ακριβών πρωτοτύπων στη θέση φθηνών γενοσίμων. Συνεπώς το φαρμακευτικό κόστος της θεραπείας του ίδιου περιστατικού μπορεί να διαφέρει μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων ή/και διαφορετικών ιατρών.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι το μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ασθενή, γιατρό, κλινική, τομέα νοσοκομείο. Για το υπολογισμό του, αρχικά υπολογίζουμε τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη κάθε νοσοκομείου, κλινικής, τομέα, ιατρού, με χρήση κατάλληλου φίλτρου από το λογισμικό. Ακολούθως διαιρούμε με το συνολικό αριθμό ασθενών ή ημερών νοσηλείας ασθενών που έλαβαν θεραπεία από το αντίστοιχο νοσοκομείο, κλινική, τομέα, ιατρό και έτσι υπολογίζεται το μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης.

Όπως κάθε δείκτης κόστους πρέπει να συναξιολογείται με την πρόγνωση και την έκβαση των ασθενών. Είναι αναμενόμενο όταν μια κλινική νοσηλεύει πολλούς βαρέως πάσχοντες, να έχει μεγάλη φαρμακευτική δαπάνη ανά ασθενή και πολλές μέρες νοσηλείας ανά ασθενή. Παρόλα αυτά οι δείκτες φαρμακευτικής δαπάνης είναι χρήσιμοι για σύγκριση γιατρών και κλινικών της ίδιας ειδικότητας, καθώς και για την προσέγγιση μοτίβων συνταγογράφησης. Ο δείκτης είναι κατάλληλος για τον προσδιορισμό στόχου απόδοσης για τον οικονομικό προγραμματισμό της κάθε δομής, ειδικά στις δομές που περιορίζονται από κλειστούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς (global budgets). Επίσης μπορεί να βοηθήσει τις κλινικές και τους ιατρούς που απέχουν πολύ από το μέσο όρο να περιορίσουν τη φαρμακευτική δαπάνη τους.

### **7.8 Μέσο κόστος διαγνωστικών εξετάσεων ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο**

Κάθε νοσοκομείο έχει διαφορετική δυνατότητα επιτέλεσης κλινικών, εργαστηριακών και βιοχημικών εξετάσεων. Κάποιοι γιατροί γράφουν περισσότερες και κάποιοι λιγότερες εξετάσεις, ειδικά σε συστήματα υγείας όπου δεν υπάρχουν πρωτόκολλα που να καθορίζουν σε ποιον και πότε γίνεται η κάθε εξέταση. Εξάλλου πολλές φορές η διενέργεια ή όχι μιας εξέτασης περιορίζεται από το πακέτο ιδιωτικής ασφάλειας που έχει ο κάθε ασθενής, ειδικά σε χώρες με πολυασφαλιστικό σύστημα.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι το συνολικό κόστος διαγνωστικών εξετάσεων και παρονομαστής είναι συγκεκριμένος αριθμός ασθενών που μπορεί αφορά ολόκληρη κλινική, εξωτερικό ιατρείο, τομέα, ιατρό, νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα του δείκτη μπορούν να παρουσιαστούν με όλους αυτούς τους τρόπους ώστε να γίνονται εφικτές συγκρίσεις μεταξύ κλινικών, ιατρών, νοσοκομείων, αλλά και να παρακολουθείται η πορεία της αύξησης ή μείωσης του κόστους χρόνο με το χρόνο.

Δεν υπάρχει διεθνώς αποδεκτό σημείο αναφοράς λόγω των μεγάλων διαφορών στο κόστος αυτών των υπηρεσιών μεταξύ των κρατών μελών. Θα μπορούσε να γίνει σύγκριση μεταξύ κρατών μελών αφού πρώτα γίνει στάθμιση των στοιχείων για παράδειγμα στη βάση του κατά κεφαλή ΑΕΠ (GDP per capita). Πιο εύκολα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο δείκτης για ενδονοσοκομειακές και διανοσοκομειακές συγκρίσεις.

### **7.9 Κόστος ανά KEN/DRG**

Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια – KEN (Disease Related Groups, DRGs) είναι μεθοδολογία ελέγχου και περιορισμού των δαπανών υγείας, που αναπτύχθηκε στο πανεπιστήμιο Yale και πρωτοεφαρμόσθηκε στην Αμερική και ιδιαίτερα στο σύστημα υγείας Medicare, γρήγορα όμως διαδόθηκε και εφαρμόσθηκε (αυτούσιο ή τροποποιημένο) σε πολλές άλλες χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Η λογική είναι ότι η κάθε διάγνωση με βάση το σύστημα ICD-10 αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο KEN το οποίο με τη σειρά του αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο κόστος για το νοσοκομείο το οποίο έχει προσεγγισθεί και καθορισθεί εκ των προτέρων. το νοσοκομείο για κάθε νοσηλεία ασθενούς θα αποζημιώνεται στη βάση του KEN όπως αυτό προκύπτει από τη διάγνωση που αναφέρεται στο εξιτήριο σημείωμα του ασθενούς. Ο ιατρός βάζει τη διάγνωση με κωδικό ICD-10 και το λογισμικό του λογιστηρίου την αντιστοιχεί στο κατάλληλο KEN, στη βάση πινάκων αντιστοίχισης. Για κάθε KEN το λογιστήριο του Νοσοκομείου θα λάβει την αντίστοιχη αποζημίωση από την πηγή χρηματοδότησης του Νοσοκομείου (πχ Υπουργείο Υγείας, ασφαλιστική εταιρία, ασφαλιστικός οργανισμός κλπ).

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας που είναι ενδεικτικός της οικονομικής οργάνωσης του συστήματος υγείας. Ο δείκτης παίρνει τις τιμές ΝΑΙ/ΟΧΙ όπου δείχνει αν εφαρμόζεται σύστημα KEN-DGRs στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας ή στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Στην περίπτωση που ο δείκτης λαμβάνει την τιμή ΝΑΙ, θεωρείται χρήσιμη περαιτέρω ποσοτικοποίηση της εκτίμησης, δηλαδή τι ποσοστό της χρηματοδότησης του νοσοκομείου γίνεται μέσα από πληρωμές KEN-DGRs.

Τα σημαντικότερα KEN-DRGs για την ψυχιατρική –που αποτελούν σημείο αναφοράς- είναι αυτά της Ψύχωσης, δηλαδή η χρηματοδότηση του νοσοκομείου με Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια για τη νοσηλεία και θεραπεία πασχόντων από ψυχωσική διαταραχή.

### 7.10 Κόστος ανά CPT

Η ύπαρξη και χρήση από το σύστημα υγείας συγκεκριμένης και κωδικοποιημένης ορολογίας για τις ιατρικές πράξεις (Current Procedural Terminology, CPT) είναι πολύ χρήσιμη για την αποθήκευση και επικοινωνία της πληροφορίας σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες και διαδικασίες. Ειδικότερα, η εν λόγω διαδικασία είναι χρήσιμη για λόγους διοικητικούς, οικονομικούς και αναλυτικούς. Η CPT είναι επομένως μια κοινή γλώσσα που συμβάλει στην αμοιβαία κατανόηση μεταξύ γιατρών, ασθενών, ασφαλιστικών εταιριών (τόσο σε μονοασφαλιστικό όσο και σε πολυασφαλιστικό περιβάλλον) και των πληρωτών (payers) των παρεχόμενων υπηρεσιών (32).

Για παράδειγμα στην Κύπρο όπου το Σύστημα Υγείας (Γενικό Σύστημα Υγείας, ΓεΣΥ) είναι μονοασφαλιστικό, όλες οι δαπάνες περνάνε μέσα από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας ΟΑΥ (Health Insurance Organization, HIO) που είναι μονοπληρωτής (single-payer) μονοασφαλιστικός οργανισμός. Ο ΟΑΥ πρόσφατα δημοσίευσε τις προτεινόμενες αποζημιώσεις για τις ιατρικές πράξεις της κάθε ειδικότητας στη βάση του συστήματος CPT (33). Με βάση το ανωτέρω μοντέλο που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά παραδείγματα ιατρικών πράξεων και αμοιβών για κάθε ιατρική ειδικότητα, ο κάθε γιατρός μπορεί να κάνει παραδοχές και προβλέψεις για το μέσο εισόδημα που θα έχει, αλλά και το σύστημα μπορεί να υπολογίσει το μέσο εισόδημα των γιατρών και έτσι να προστατευτεί και να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Ενδεικτικά, μια τυπική ψυχιατρική επίσκεψη (με CPT κωδικό CY001 και βαρύτητας 2 μονάδων) μαζί με αξιολόγηση ή/και ψυχιατρική συμβουλευτική (με κωδικό CPT 99242 και βαρύτητας 2,7 μονάδων) συνολικής διάρκειας μισής ώρας έχει συνολική CPT βαρύτητα 3.8 μονάδες. Με τιμή μονάδας 15 ευρώ, η εν λόγω ψυχιατρική συνεδρία διάρκειας μισής ώρας και βαρύτητας 3.8 μονάδων, αποζημιώνεται με  $3.8 \times 15 = 57$  ευρώ (33).

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο Δείκτης απαντάται με ΝΑΙ/ΟΧΙ ανάλογα αν το συγκεκριμένο σύστημα νοσοκομείο λειτουργεί με CPT αποζημιώσεων και ακολούθως παρατίθεται πίνακες με το κόστος ανά CPT. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να γίνουν συγκρίσεις στη βάση του κόστους μεταξύ νοσοκομείων αλλά και μεταξύ συστημάτων υγείας.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένος στόχος απόδοσης διότι το κόστος κάθε ιατρικής πράξης σε κάθε χώρα είναι πολυπαραγοντικό και δύσκολα μπορούν να γίνουν έγκυρες διακρατικές συγκρίσεις. Παρόλα

αυτά ο δείκτης είναι χρήσιμος για την παρακολούθηση του κόστους σε βάθος χρόνου καθώς και για το σχεδιασμό της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

### **7.11 Γιατροί ανά νοσηλευτές**

Η αναλογία αριθμού γιατρών προς νοσηλευτές είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας της κλινικής. Η χαμηλή ποιότητα μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη νοσηλευτών με επάρκεια γιατρών και επομένως χαμηλή ποιότητα νοσηλείας, ή σε έλλειψη γιατρών και επάρκεια νοσηλευτών, οπότε τότε η χαμηλή ποιότητα οφείλεται στην προσπάθεια επιτέλεσης ιατρικής χωρίς γιατρούς.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Αριθμητής είναι ο αριθμός ιατρών της κλινικής και παρονομαστής είναι ο αριθμός νοσηλευτών της ίδιας κλινικής, νοσοκομείου, συστήματος.

Ως σημείο αναφοράς εδώ μπορεί να οριστεί η δημοσιευμένη βαθμολογία της ΠΟΥ (WHO) για τον εν λόγω δείκτη (34). Ενδεικτικά, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (National Health System, NHS) αντιστοιχούν 1 ψυχίατρος για κάθε 5 νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ) αντιστοιχούν 1 ψυχίατρος για κάθε 4 νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του δημοσίου τομέα του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο (ΓεΣΥ) αντιστοιχούν 1 ψυχίατρος ανά 14 νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ενώ στον τομέα Ψυχιατρικής των Εξαρτήσεων των εν λόγω Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας αντιστοιχεί 1 ψυχίατρος ανά 28 νοσηλευτές ψυχικής υγείας (35).

### **7.12 Γιατροί ανά νοσηλευτές ανά κλίνες**

Μετά από την πρόσφατη οικονομική κρίση που ταρακούνησε τα συστήματα υγείας της Ευρώπης, έγινε αντιληπτό ότι οι πόροι είναι περιορισμένοι και πρέπει να αξιοποιούνται κατά το δυνατό καλύτερα, ώστε να εξασφαλίζεται η βιωσιμότητα και η αειφορία του συστήματος.

Πρόκειται για δείκτη δομής. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός των ιατρών και παρονομαστής ο αριθμός των κλινών της κλινικής. Ο δείκτης πολλαπλασιάζεται με συντελεστή που δείχνει τη μέση κάλυψη κλινών της κλινικής (μέση πληρότητα της κλινικής). Δηλαδή για μέση ετήσια κάλυψη 80% ο δείκτης πρέπει να πολλαπλασιαστεί με το 0.8 για να αυξηθεί η ακρίβεια της αξιολόγησης. Αναλόγως ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση της στελέχωσης της κλινικής από παραϊατρικό προσωπικό και άλλους επαγγελματίες.

Ο δείκτης χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της στελέχωσης και την εύρεση περιοχών υποστελέχωσης αλλά και ενδεχόμενης υπερστελέχωσης στο σύστημα υγείας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση μεταξύ κλινικών του ίδιου ή διαφορετικών νοσοκομείων αλλά και μεταξύ νοσοκομείων της ίδιας χώρας ή και μεταξύ διαφορετικών χωρών, ειδικά μεταξύ κρατών-μελών της ΕΕ, ως στόχος απόδοσης στα πλαίσια πολιτικών σύγκλισης των συστημάτων και των υπηρεσιών υγείας.

### **7.13 Οικονομική βιωσιμότητα και αειφόρος ανάπτυξη**

Η οικονομική βιωσιμότητα ή αλλιώς αειφορία αναφέρεται στο στρατηγικό σχεδιασμό του συστήματος ψυχικής υγείας με τρόπο που να εξασφαλίζεται η αέναη χρηματοδότηση και παραγωγή υπηρεσιών, με τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο κατάρρευσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η αειφόρος ανάπτυξη προβλέπει επιπλέον από τη βιωσιμότητα και το σχεδιασμό για την ανάπτυξη και εξέλιξη του συστήματος σε βάθος χρόνου.

Ο Δείκτης είναι η απάντηση ΝΑΙ/ΟΧΙ στο ερώτημα αν στο σύστημα ψυχικής υγείας έχει γίνει μελέτη βιωσιμότητας και αν ο στρατηγικός σχεδιασμός του συστήματος περιλαμβάνει ξεχωριστό κεφάλαιο στρατηγικού σχεδιασμού και αειφόρου ανάπτυξης.

Ο στόχος απόδοσης είναι να υπάρχει μελέτη βιωσιμότητας/αειφορίας αλλά και ξεχωριστό κεφάλαιο για την αειφόρο ανάπτυξη του συστήματος ψυχικής υγείας στο εγχειρίδιο του στρατηγικού σχεδιασμού, τα οποία να αποτελούν και να χρησιμοποιούνται ως το σημείο αναφοράς. Εκτός από το σύστημα υγείας, ο δείκτης θα μπορούσε να αξιολογηθεί και σε επίπεδο των επιμέρους οργανισμών που περιλαμβάνονται και συνιστούν το σύστημα, αλλά και σε επίπεδο νοσοκομείων ή/και κλινικών.

### **7.14 Μέση πληρότητα κλινών**

Η πληρότητα των κλινών μιας κλινικής ή ενός νοσοκομείου δείχνει κατά πόσο αξιοποιούνται επαρκώς οι διαθέσιμοι πόροι αλλά δείχνει και κατά πόσο υπάρχει ανάγκη επέκτασης του αριθμού των κλινών άρα και επέκτασης της στελέχωσης. Χρήσιμος δείκτης που βοηθά να απαντηθεί το ερώτημα πόσοι γιατροί και νοσηλευτές απαιτούνται για τη συγκεκριμένη κλινική. Ο δείκτης επίσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για συγκρίσεις μεταξύ κλινικών του ίδιου νοσοκομείου όσο και για συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων.



Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο αριθμητής είναι ο συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας ανά έτος της κλινικής. Αυτό ισούται με τον αριθμό κλινών επί τον μέσο αριθμό ημερών νοσηλείας των ασθενών. Παρονομαστής είναι ο μέγιστος δυνατός αριθμός ημερών νοσηλείας της κλινικής, δηλαδή ο αριθμός κλινών της κλινικής επί το μέσο αριθμό ημερών νοσηλείας. Παραπλήσιος δείκτης είναι και το μέσο διάστημα εναλλαγής, δηλαδή πόσες μέρες μένει άδειο ένα κρεβάτι, ο οποίος μπορεί να υπολογιστεί έμμεσα από την μέση πληρότητα και τον αριθμό κλινών.

Ως σημείο αναφοράς μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μέση πληρότητα κλινών στα νοσοκομεία των κρατών της Ευρώπης η οποία είναι 87% (36, 37). Πληρότητα κάτω από 80% μπορεί να δείχνει σπατάλη πόρων, ενώ πληρότητα 90% και πάνω μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και σε αυξημένο κόστος για το νοσοκομείο λόγω πολλών εφημεριών. Σκοπός είναι να μη μένουν άδειες οι κλίνες. Οπωσδήποτε αυτό δε σημαίνει 100% πληρότητα, αλλά σίγουρα κοντά στο 100%, αφού υπάρχουν διάφοροι λόγοι όπου μια κλίνη μπορεί εκτάκτως να αδειάσει (πχ θάνατος, μεταφορά σε άλλη κλινική, ακύρωση προγραμματισμένης εισδοχής, εθελοντική πρόωρη αποχώρηση ασθενή από την κλινική χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η νοσηλεία του).

### **7.15 Μέσος ρυθμός εισροής (Μέσος αριθμός ασθενών ανά κλίνη ανά έτος)**

Ο όγκος δουλειάς μιας κλινικής δε φαίνεται μόνο από τη μέση πληρότητα αλλά και από το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών στις κλίνες. Για παράδειγμα δύο κλινικές με τον ίδιο αριθμό κλινών, όπου η μία νοσηλεύει διπλάσιο αριθμό ασθενών ανά έτος από την άλλη.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται στην κλινική ανά έτος και παρονομαστής είναι ο αριθμός κλινών της εν λόγω κλινικής.

Με βάση δημοσιευμένα δεδομένα του ΠΟΥ ως σημείο αναφοράς, μπορεί να υπολογιστούν οι ανάγκες σε κλίνες για μια περιοχή ανάλογα με τον πληθυσμό της. Ειδικότερα, στην Ευρωπαϊκή περιοχή της ΠΟΥ (WHO) αντιστοιχούν 60 κλίνες και 453 εισδοχές ασθενών ανά έτος για κάθε 100.000 πληθυσμού. Αυτό αντιστοιχεί σε 7.6 ασθενείς ανά κλίνη ανά έτος, δηλαδή 1.6 μήνα ή 48 μέρες μέση διάρκεια νοσηλείας (26). Ο δείκτης διαφέρει ανάλογα με τις διαγνώσεις και τη βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύει μια κλινική. Οπωσδήποτε υπάρχει ενδεικτικός αριθμός ημερών νοσηλείας για τους ασθενείς που πάσχουν από συγκεκριμένη διάγνωση και αυτός

περιγράφεται στις λίστες KEN/DRGs. Με σύγκριση κλινικών μεταξύ τους με αυτό το δείκτη μπορεί κάθε κλινική να συγκλίνει προς το μέσο όρο βαθμολογίας των υπολοίπων κλινικών της ίδιας ειδικότητας. Ειδικά για τις κλίνες ψυχιατρικών κλινικών γενικών νοσοκομείων, για την Ευρώπη το σημείο αναφοράς είναι 34.3 κλίνες και 89.6 νοσηλείες ανά κλίνη ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος. Ενώ για τις ψυχιατρικές κλίνες των ψυχιατρικών νοσοκομείων, αντιστοιχούν 12.3 κλίνες και 160.5 νοσηλείες ανά κλίνη ανά 100.00 πληθυσμού ανά έτος (26).

### **7.16 Μέσο διάστημα εναλλαγής (πόσες μέρες μένει άδεια μια κλίνη μέχρι να έρθει ο επόμενος ασθενής.**

Η βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων μια κλινικής και ιδιαίτερα των κλινών δεν εύκολη υπόθεση και απαιτεί υψηλού βαθμού οργάνωση. Συχνά κάποιες κλίνες παραμένουν άδειες και αυτό μειώνει την αξιοποίηση των πόρων της κλινική, για παράδειγμα όταν μια κλινική κάνει καθημερινά απολύσεις ασθενών αλλά κάνει εισδοχές μόνο συγκεκριμένες μέρες που έχει επαφή με εξωτερικούς ασθενείς από την εφημερία και από το εξωτερικό ιατρείο.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Αριθμητής είναι ο αριθμός ημερών που έμειναν άδειες κλίνες (προφανώς μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 365) και παρονομαστής ο μέσος αριθμός ασθενών ανά κλίνη ανά έτος.

Στόχος απόδοσης για κάθε κλινική είναι να περιορίσει κατά το δυνατό τις ημέρες που απομένει άδεια κλίνη, και με τον τρόπο αυτό να μειώσει το κόστος.

### **7.17 Κόστος των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας συγκριτικά με το κόστος του Συστήματος Υγείας**

Το κόστος των συστημάτων υγείας στα κράτη-μέλη της ΕΕ είναι περίπου 10% του ΑΕΠ της κάθε χώρας. Από αυτά ένα ποσοστό αναλογεί στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ο δείκτης δείχνει το κόστος της ψυχικής υγείας ως ποσοστό του συνολικού κόστους του συστήματος υγείας της χώρας.

Ο δείκτης εντοπίζει τις ανικανοποίητες ανάγκες (unmet needs) στην ψυχική υγεία. Δείχνει επίσης περιοχές όπου η ψυχική υγεία δεν αποτελούσε ως τώρα προτεραιότητα, άρα πρέπει να αυξηθεί η χρηματοδότηση για ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δεν υπάρχουν δημοσιευμένα σημεία αναφοράς για το δείκτη. Παρόλα αυτά ο δείκτης μπορεί να υπολογιστεί έμμεσα, αφού υπάρχουν

δημοσιευμένα στοιχεία από την WHO για την κατά κεφαλή δαπάνη των κυβερνήσεων για την ψυχική υγεία σε κάθε χώρα. Για την Ευρωπαϊκή περιοχή του WHO (54 χώρες) η κατά κεφαλή δαπάνη είναι 21.7 δολάρια ΗΠΑ ανά έτος, ενώ η αντίστοιχη παγκόσμια κατά κεφαλή δαπάνη είναι μόλις 2.5 δολάρια ΗΠΑ (26). Σύμφωνα με την ίδια έκθεση της WHO, στην Ευρωπαϊκή περιοχή ολόκληρη η δαπάνη καλύπτεται από το κράτος με ελάχιστη ή/και καθόλου συμμετοχή του ασθενή από την τσέπη του (out of pocket) για υπηρεσίες ψυχικής υγείας (26) .

### **7.18 Ύπαρξη Στρατηγικού Σχεδιασμού και Σχεδίου Δράσης**

Ο Στρατηγικός Σχεδιασμός και το Σχέδιο Δράσης είναι απαραίτητα στοιχεία της Πολιτικής της Υγείας αφού καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό της ποιότητα των υπηρεσιών στο παρόν και στο μέλλον. Ο εν λόγω δείκτης συστήνεται και από την ΠΟΥ (7).

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ποιοτικός και απαντάται με ΝΑΙ/ΟΧΙ στα 2 βασικά ερωτήματα 1)ύπαρξη Στρατηγικού Σχεδιασμού και 2)ύπαρξη σχεδίου δράσης. Αυτά να απαντώνται συνολικά για την υπηρεσία αλλά και για κάθε δομή ξεχωριστά. Επιπλέον απαντώνται και τα υποερωτήματα 1)αν υπάρχουν χρονοδιαγράμματα, 2)αν υπάρχει γραπτή λογοδοσία στο τέλος κάθε ακαδημαϊκού/κλινικού έτους, 3)αν υπάρχει καθορισμένος προϋπολογισμός (budget).

Ο στόχος απόδοσης είναι η απάντηση ΝΑΙ σε όλα τα ερωτήματα. Ο προϋπολογισμός πρέπει να είναι ξεχωριστός για κάθε δομή και να περιγράφεται και ποσοστό του συνολικού κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία. Επιπλέον πρέπει να καθορίζεται η δαπάνη για την ψυχικής υγείας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης του συστήματος υγείας (που περιλαμβάνει συνολικά τη δημόσια και την ιδιωτική ψυχική υγεία). Δεν αρκεί μόνο ο ορισμός των προϋπολογισμών, αλλά κάθε επιμέρους προϋπολογισμός πρέπει να συνοδεύεται και από τις πηγές χρηματοδότησης.

### **7.19 Δείκτης έρευνας στον τομέα της ψυχικής υγείας**

Η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να αξιολογηθεί και από το τον αριθμό των υπό εξέλιξη ερευνών, ερευνητικών πρωτοκόλλων, διατριβών μεταπτυχιακού επιπέδου και διδακτορικών διατριβών, ως ποσοστό επί του συνόλου των αντίστοιχων μελετών που σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Επίσης από σύνολο των δημοσιευμένων άρθρων σε επιστημονικά περιοδικά που λειτουργούν με το σύστημα των κριτών (peer review journals).

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι το ποσοστό ερευνών ψυχικής υγείας ως προς το σύνολο των ερευνών υγείας που γίνονται στη χώρα ή στο σύστημα υγείας ή στο συγκεκριμένο γενικό νοσοκομείο. Ακόμα εγκυρότερο κριτήριο είναι η συνολική επιρροή της έρευνας στην ψυχική υγεία όπως προκύπτει από το συνολικό δείκτη επιρροής (impact factor) των δημοσιευμένων μελετών για την ψυχική υγεία σε βάθος πενταετίας.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς αλλά στόχος είναι η έρευνα στην ψυχική υγεία να είναι τουλάχιστον ποσοτικά ανάλογη με το ποσοστό χρηματοδότησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως προς τη συνολική χρηματοδότηση.

## **8. Κριτήριο της Ασφάλειας ή Διάσταση της Ασφάλειας. Δείκτες Ασφάλειας (Indicators of Safety).**

### **8.1 Αριθμός περιστατικών λεκτικής βίας**

Η λεκτική βία και η λεκτική κακοποίηση ασθενών ή προσωπικού δεν επιτρέπονται στις κλινικές ψυχικής υγείας. Συνήθως, οι ασθενείς που εισάγονται σε εθελοντική βάση, ενημερώνονται γραπτώς και υπογράφουν σχετικό έντυπο γραπτής ενημέρωσης συγκατάθεσης, το οποίο τους δεσμεύει ότι δε θα εκδηλώσουν λεκτική ή άλλου είδους βία, απέναντι στο προσωπικό και τους συνασθενείς τους, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στην κλινική ή και τη θεραπεία τους στο εξωτερικό ιατρείο.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός περιπτώσεων λεκτικής βίας/κακοποίησης από ασθενείς προς άλλους ασθενείς ή προς το προσωπικό της κλινικής, κατά τη διάρκεια ενός έτους. Ο παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός εισδοχών κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους.

Δεν υπάρχουν δημοσιευμένοι αποδεκτοί στόχοι για τα αποδεκτά ποσοστά βίαιων περιστατικών. Όσο χαμηλότερα, τόσο το καλύτερο.

### **8.2 Αριθμός περιστατικών σωματικής βίας**

Η σωματική βία ή/και η λεκτική κακοποίηση προς τους ασθενείς ή το προσωπικό δεν επιτρέπεται στις κλινικές ψυχικής υγείας, όπως εξάλλου και στις υπόλοιπες κλινικές. Οι ασθενείς που εισάγονται στην κλινική σε εθελοντική βάση, κατά κανόνα υπογράφουν έγγραφο ενημέρωσης

συγκατάθεσης (ενημερωμένη συναίνεση) με βάση την οποία δεσμεύονται ότι κατά τη νοσηλεία τους θα αποφύγουν κάθε μορφή βίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ή της θεραπείας τους στο εξωτερικό ιατρείο.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι οι περιπτώσεις σωματικής ή λεκτικής βίας από ασθενείς προς άλλους ασθενείς ή προς το προσωπικό, κατά τη διάρκεια του έτους. Παρονομαστής είναι ο αριθμός εισδοχών ασθενών κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο αποδεκτό ποσοστό περιστατικών βίας εσωτερικών ασθενών ανά έτος. Στόχος απόδοσης είναι η συνεχής μείωση των περιστατικών βίας, σε ότι αφορά τη συχνότητα την ένταση και τη διάρκεια αυτών.

### **8.3 Αριθμός περιστατικών χρήσης παρανόμων ουσιών στην κλινική**

Η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ψυχική διαταραχή. Οι συνοσυρότητες είναι συχνές, για αυτό οι ασθενείς μπορούν να νοσηλεύονται –αναλόγως του πρωτεύοντος προβλήματος- σε γενική ψυχιατρική κλινική, ή σε περισσότερο εξειδικευμένες κλινικές που ονομάζονται θεραπευτικά κέντρα αποτοξίνωσης και αποκατάστασης, απλά κλινικές θεραπείας της εξάρτησης. Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο για το νοσηλευόμενο εθισμένο σε παράνομες ευφορικές ουσίες ασθενή, να προσπαθήσει να φέρει και να χρησιμοποιήσει εντός της κλινικής την ουσία στην οποία είναι εξαρτημένος (πχ ηρωίνη). Η συχνότητα αυτών των μη-επιθυμητών συμπεριφορών αποτελεί δείκτη ασφάλειας και ποιότητας της φροντίδας υγείας, αφού σχετίζονται με τον αριθμό, την ικανότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, και την εμπειρία του προσωπικού.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός ασθενών που τεκμηριωμένα έκαναν χρήση παράνομης ουσίας εντός της κλινικής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός ασθενών που έγιναν εισδοχή στην κλινική κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου.

Δεν βρέθηκαν κοινώς αποδεκτά δημοσιευμένα στοιχεία σχετικά με μια αποδεκτή συχνότητα αυτών των μη-επιθυμητών συμβαμάτων. Όσο λιγότερα τόσο το καλύτερο. Ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της κλινικής χρόνο με το χρόνο.

#### **8.4 Αριθμός περιστατικών χρήσης αλκοόλ στην κλινική**

Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα ψυχική διαταραχή. Οι πάσχοντες συχνά παρουσιάζουν συνοσυρότητες, οπότε η κλινική στην οποία θα νοσηλευτούν εξαρτάται από το πρόβλημα υγείας που προεξάρχει και μπορεί να είναι η ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, η παθολογική κλινική, ή το κέντρο αποτοξίνωσης και αποκατάστασης από το αλκοόλ. Δεν είναι σπάνιο ο εξαρτημένος στο αλκοόλ νοσηλευόμενος ασθενής να προσπαθήσει να φέρει και να καταναλώσει αλκοόλ μέσα στην κλινική. Η συχνότητα τέτοιων μη επιθυμητών συμπεριφορών αποτελεί δείκτη ασφάλειας και ποιότητας της φροντίδας, και σχετίζεται με τον αριθμό την ικανότητα, την εκπαίδευση και την εμπειρία του προσωπικού.

Πρόκειται για δείκτη έκβασης. Ο δείκτης είναι ένα κλάσμα όπου αριθμητής είναι ο αριθμός περιπτώσεων χρήσης αλκοόλ στην κλινική και παρονομαστής είναι ο συνολικός αριθμός εισδοχών στην κλινική κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου.

Δεν υπάρχει δημοσιευμένο σημείο αναφοράς, αλλά ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί με στόχο απόδοσης τη βελτίωση χρόνο με το χρόνο της ποιότητας της κλινικής.

#### **8.5 Ασφάλεια προσωπικών δεδομένων**

Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (General Data Protection Rule) όπως εγκρίθηκε και υιοθετήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο το 2016 (17) έχει επιφέρει πολλές αλλαγές αρχεία δεδομένων (data) των ασθενών με ψυχική διαταραχή, στον τρόπο άσκησης της ψυχιατρικής και των άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και στον ευρύτερο τομέα της ψυχικής υγείας γενικότερα. Τα προσωπικά δεδομένα του ασθενούς περιλαμβάνουν κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο πρόσωπο του κάθε ατόμου, όπως: όνομα, ηλικία, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, φυλετική προέλευση, πολιτικά φρονήματα, θρήσκευμα, ιδεολογίες (πολιτικές, φιλοσοφικές), συνδικαλιστική δράση, κατάσταση υγείας (διαγνώσεις, θεραπείες), ερωτική ζωή και ερωτικές προτιμήσεις, ποινικό ιστορικό (μητρώο διώξεων και καταδικών). Όλα τα παραπάνω μπορεί να περιλαμβάνονται σε ένα ιατρικό φάκελο ψυχικής υγείας αφού συχνά απορρέουν ως απάντηση του ασθενούς σε ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις κατά την ψυχιατρική συνέντευξη και αξιολόγηση. Πολλά από τα παραπάνω δεδομένα έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για το σχηματισμό της εικόνας της προσωπικότητάς του ατόμου για αυτό ονομάζονται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Αυτά είναι κατάσταση υγείας (διαγνώσεις,

φάρμακα, νοσηλείες), δεδομένα κοινωνικής πρόνοιας (επιδόματα, οικονομική κατάσταση), ποινικό ιστορικό (διώξεις, καταδίκες), η εθνότητα (ethnicity), εθνικότητα (nationality, citizenship), φυλή, πολιτικές επιλογές, θρησκευτικές/φιλοσοφικές πεποιθήσεις, συμμετοχή σε ένωση (union), σωματείο, συνδικαλιστική οργάνωση (συντεχνία), ερωτική ζωή (οικογενειακή κατάσταση, σεξουαλικές προτιμήσεις).

Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ρυθμίζει πως γίνεται στο χώρο της υγείας η συλλογή, καταχώριση, οργάνωση, διατήρηση/αποθήκευση για ορισμένο χρονικό διάστημα, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, διαβίβαση, διάδοση, διάθεση, συσχέτιση με άλλες βάσεις δεδομένων, συνδυασμός βάσεων δεδομένων, διασύνδεση βάσεων δεδομένων, δέσμευση (κλείδωμα), διαγραφή, καταστροφή των προσωπικών δεδομένων. Ειδικότερα καθορίζει αναλυτικά τις προϋποθέσεις για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, ενώ επιπλέον για τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα καθορίζει ότι η συλλογή και επεξεργασία τους μπορεί να γίνει μόνο μετά από άδεια από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Απαιτείται επίσης συγκατάθεση του υποκειμένου ατόμου τα δεδομένα του οποίου θα διατηρηθούν στο αρχείο.

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης καθορίζει αν ακολουθείται στη συγκεκριμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και απαντάται με ΝΑΙ/ΟΧΙ. Ακολούθως σε μορφή ελεύθερου κειμένου μπορεί να δοθούν αναλυτικές επεξηγήσεις σχετικά με περιοχές του GDPR που δεν εφαρμόζονται στην συγκεκριμένη δομή/υπηρεσία και γιατί.

Ο στόχος απόδοσης είναι η πλήρης εφαρμογή του GDPR σε όλες τις περιοχές της Ψυχικής Υγείας. Επιπροσθέτως, ετήσια αναλυτική περιγραφή των περιοχών του GPDR που δεν εφαρμόζονται, ώστε να φαίνεται η πρόοδος μέχρι την πλήρη εφαρμογή του.

## **8.6 Ύπαρξη θεσμοθετημένης εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών**

Τα δικαιώματα των ασθενών καθορίζονται από διεθνείς συμβάσεις, από το ΟΗΕ και από το ευρωπαϊκό κεκτημένο. Η αξιολόγηση της κατάστασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών πρέπει να αξιολογείται γραπτώς μέσα από θεσμοθετημένες διαδικασίες σε επίπεδο 1)ενδοϋπηρεσιακό, 2)εθνικό, 3)διεθνές. Σημαντικός θεσμός του Συμβουλίου της Ευρώπης που

αξιολογεί τα δικαιώματα των ασθενών σε δομές υποχρεωτικής θεραπείας και κράτησης είναι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης και Εξευτελιστικής Θεραπείας ή Τιμωρίας (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT). Το CPT ακολουθεί πολιτική διαφάνειας αφού δημοσιεύει στην ιστοσελίδα του τις εκθέσεις για κάθε κράτος-μέλος της ΕΕ που επισκέπτεται και αξιολογεί (38).

Πρόκειται για δείκτη διαδικασίας. Ο δείκτης είναι ποιοτικός και απαντάται με ΝΑΙ/ΟΧΙ στα ερωτήματα αν υπάρχει θεσμοθετημένη διαδικασία γραπτής αξιολόγησης των δικαιωμάτων των ασθενών σε ετήσια βάση α)σε εσωτερικό ενδοϋπηρεσιακό επίπεδο, β)σε εθνικό επίπεδο (πχ ανεξάρτητη επιτροπή αξιολόγησης των δικαιωμάτων των ασθενών, γ)σε διεθνές επίπεδο (από ανεξάρτητο διεθνή οργανισμό). Επίσης πρέπει να σημειωθεί αν οι εκθέσεις αυτές δημοσιεύονται στο διαδίκτυο ώστε να υπάρχει διαφάνεια και πρόσβαση σε αυτές από τους ασθενείς και το ευρύ κοινό.

Σε έρευνα του ΠΟΥ μόνο το 28% των χωρών έχουν τακτική αξιολόγηση σε ετήσια βάση από ειδική εντεταλμένη επιτροπή ή από ανεξάρτητο σώμα, που να προβαίνει σε αξιολόγηση σχετικά με το αν η νομοθεσία είναι προσαρμοσμένη με τις διεθνείς συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα (26). Στόχος απόδοσης είναι η θεσμοθέτηση τέτοιας διαδικασίας, με χρονοδιαγράμματα και διαφάνεια στη δημοσίευση των εκθέσεων/πορισμάτων των αξιολογήσεων.

## Συζήτηση

Η αξιολόγηση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατη διαδικασία και δύσκολη στην υλοποίηση της. Η δυσκολία αυξάνεται λόγω της έλλειψης βιολογικών δεικτών στην ψυχιατρική αξιολόγηση πράγμα που δυσκολεύει την ποσοτική καταγραφή της ενδεχόμενης βελτίωσης μετά από νοσηλεία η γενικότερα μετά από νοσοκομειακές ή εξωνοσοκομειακές φαρμακοθεραπευτικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η καταλληλότητα της δομής και της θεραπείας είναι σημαντική διάσταση της ποιότητας. Παρά την ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης στα συστήματα ψυχικής υγείας των περισσότερων κρατών μελών της ΕΕ, εντούτοις η αποφυγή εγκλεισμού στο ψυχιατρείο συχνά παραμένει πρόκληση, όπως και η κατά το δυνατόν γρήγορη απόλυση με άμεση αποκατάσταση του ασθενούς στην κοινότητα. Για να συμβεί αυτό απαιτείται η ύπαρξη κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών,



πράγμα που δεν είναι πάντα δεδομένο, αφού πολλές χώρες προχώρησαν σε βιαστική υπερβολική «αποασυλοποίηση» που είχε ως αποτέλεσμα επιδείνωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής για υποομάδα χρονίων ασθενών των οποίων αυξήθηκε η νοσηρότητα και μειώθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι τρεις δείκτες για την ποιοτική αξιολόγηση της καταλληλότητας που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση ποσοτικοποιούν επαρκώς την προγραφείσα διάσταση των υπηρεσιών.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες είναι καθοριστική για την έγκαιρη έναρξη θεραπείας, συνεπώς και για την πρόγνωση. Η προσβασιμότητα σχετίζεται και με πολιτισμικούς δείκτες όπως τα επίπεδα του στίγματος. Το στίγμα έχει τρεις διαστάσεις: είναι το σύνολο των αρνητικών νοοτροπιών προκαταλήψεων και διακρίσεων που σχετίζονται με την ψυχική νόσο. Το στίγμα προέρχεται και αφορά τους πολίτες γενικά και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ειδικά, αλλά και ειδικότερα τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες και τους συγγενείς τους. Το στίγμα αποθαρρύνει τον ασθενή να πάει στο γιατρό για έγκαιρη έναρξη θεραπείας, ενώ αργότερα υπονομεύει την ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση και την κοινωνική του επανένταξη. Όμως πέρα από το στίγμα, η προσβασιμότητα εξαρτάται και από την επάρκεια και τη διαθεσιμότητα κατάλληλων νοσοκομειακών και κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, καθώς και από την απουσία λιστών αναμονής για αξιολογήσεις, νοσηλείες και εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως μπορεί να μετρηθεί από τους περιγραφόμενους δείκτες.

Στην αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πολύτιμος ο βαθμός αποδοχής και γενικά η γνώμη των χρηστών των υπηρεσιών και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Η αξιολόγηση από τους χρήστες είναι ποιοτική μέσω συνεντεύξεων και κουτιών παραπόνων/εισηγήσεων αλλά και ποσοτική μέσω σταθμισμένων ερωτηματολογίων που μπορούν να απαντούν συστηματικά οι χρήστες, για παράδειγμα τη μέρα της απόλυσης τους από την κλινική. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δίνεται στην αξιολόγηση από τους ασθενείς της εμπειρίας που βίωσαν κατά τη νοσηλεία σχετικά με το βαθμού εφαρμογής του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (General Data Protection Rule, GDPR).

Η ικανότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας περιλαμβάνεται στην αξιολόγηση και αξιολογείται μέσα από την ανάπτυξη προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης.

Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι σημαντικό στοιχείο της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αξιολογείται μέσα από δείκτες αξιολόγησης της έκβασης των

θεραπειών αλλά και γενικότερα της πρόγνωσης των ασθενών με συγκεκριμένες διαγνώσεις, αλλά και δομικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών.

Η εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς είναι σημαντικό στοιχείο ποιότητας και αξιολογείται τόσο με την απρόσκοπτη παραπομπή, κινητικότητα και προσβασιμότητα των ασθενών προς τις πιο κατάλληλες κάθε φορά υπηρεσίες υγείας, όσο και με την ομαλή μετάβαση από την ενδονοσοκομειακή φροντίδα προς τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πολυπαραγοντική διαδικασία ελέγχου της ποιότητας. Περιλαμβάνει δείκτες κυρίως οικονομικού ενδιαφέροντος που είναι σημαντικοί για τη βιωσιμότητα και την αειφόρο ανάπτυξη των δομών, των υπηρεσιών και του συστήματος ψυχικής υγείας. Στελέχωση, χρηματοδότηση και αξιοποίηση πόρων είναι οι σημαντικές πτυχές που πρέπει να περιλαμβάνονται ευκρινώς στο στρατηγικό σχεδιασμό και στο σχέδιο δράσης του οργανισμού.

Η ασφάλεια είναι σημαντικό στοιχείο της ποιότητας και περιλαμβάνει την ασφάλεια των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας. Πέρα από την ασφάλεια των προσώπων, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων τους. Τα προσωπικά δεδομένα που αφορούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και η προστασία τους ρυθμίζεται αυστηρά από το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΕ.

Η ανασκόπηση περιλαμβάνει τους σημαντικότερους κατά τον συγγραφέα δείκτες ποιότητας που καλύπτουν σφαιρικά όλες τις διαστάσεις της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έχει ληφθεί υπόψιν η σύγχρονη τάση στη μέτρηση της ποιότητας ψυχικής υγείας, όπου το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει πλέον μετατοπιστεί από τη μέτρηση δομών και υπηρεσιών προς τη μέτρηση πρόγνωσης, έκβασης και αποτελέσματος (39). Δεν έχει διαφύγει της προσοχής μας όμως ούτε το γεγονός ότι με την υπερβολική εστίαση στα αποτελέσματα συχνά παραβλέπονται πληθυσμιακές ομάδες που έχουν χαμηλή προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κυρίως λόγω της μη-προνομιούχας κοινωνικοοικονομικής της κατάστασης (40). Έγινε προσπάθεια ώστε τα ευρήματα να μπορούν να γενικευτούν ώστε να αποτελούν εργαλείο αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας.

Παρόλα αυτά αποτελεί περιοριστικό στοιχείο το γεγονός ότι οι δείκτες που παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη εστιάζονται κυρίως σε θέματα που είναι σημαντικά σε ανεπτυγμένες χώρες όπως

η Κύπρος, η Ελλάδα και τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ, όχι σε φτωχές υποανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες. Φτωχές και υποανάπτυκτες χώρες ενδεχομένως να έχουν άλλες προτεραιότητες, όπως για παράδειγμα απλά να εξασφαλίζουν σίτιση και στέγη των ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα λόγω ψυχικής διαταραχής. Παρόλο που ακόμα και η εξασφάλιση στέγης για άστεγο με σοβαρή ψυχική διαταραχή κάποιες φορές δεν είναι απλή διαδικασία αλλά αποτελεί πρόκληση ακόμα και για το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και τις ανεπτυγμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας των πλούσιων ευρωπαϊκών χωρών. Παρόλα αυτά η επένδυση στην ψυχική υγεία, ανεξάρτητα από το ΑΕΠ της χώρας, έχει χαρακτηριστεί να έχει άριστη σχέση αξίας-τιμής «value for money» (41) και συνίσταται ως επένδυση «best buy».

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης είναι το γεγονός ότι η ανασκόπηση δεν είναι συστηματική (systematic review) αλλά είναι αφηγηματικού τύπου (narrative review) με εστίαση στους κλινικά σημαντικούς δείκτες, αυτούς δηλαδή που θα εξασφαλίσουν την κλινική ποιότητα. Ειδικότερα, από το σύνολο πολλών δεικτών που έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία επιλέχθηκαν αυτοί με τη μεγαλύτερη κλινική σημαντικότητα, που έχουν άμεση κατά το δυνατό επίδραση στη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας που απολαμβάνει ο ασθενής και όχι δείκτες που έχουν εξειδικευμένο οικονομικό, πολιτικό ή ερευνητικό ενδιαφέρον. Επίσης, για λόγους περιορισμών στην έκταση, δεν έχει δοθεί έμφαση σε δείκτες προληπτικής ψυχιατρικής και ποιότητας ζωής του υγιούς, μη-κλινικού πληθυσμού, παρά το γεγονός ότι τέτοιοι δείκτες είναι διαθέσιμοι στη βιβλιογραφία αφού η σημασία της πρόληψης είναι μεγάλη και καλά τεκμηριωμένη.

Για να αξιοποιηθούν στην πράξη οι ανωτέρω δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας, με σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πρέπει να μετατραπούν ηλεκτρονική μορφή για να μετρώνται αυτόματα και συστηματικά από κατάλληλο λογισμικό e-health. Έτσι θα μπορεί να υπολογιστεί αυτόματα και να είναι διαθέσιμη στη Διοίκηση ανά πάσα στιγμή η τιμή τους. Η ύπαρξη ολοκληρωμένου συστήματος πληροφορικής για συλλογή στοιχείων και δεικτών ψυχικής έχει θεωρηθεί επιβεβλημένη, ενώ έχει προταθεί ως επείγουσα ανάγκη η θεσμοθέτηση ειδικού ανεξάρτητου Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια της ΕΕ (42). Σε τοπικό επίπεδο κράτους-μέλους, στα πλαίσια της διοικητικής διαφάνειας στην αξιοποίηση των πόρων, που είναι πλέον ζητούμενο στη δημόσια διοίκηση, θα ήταν ωφέλιμο οι τιμές των δεικτών να δημοσιεύονται κάθε χρόνο στο διαδίκτυο με ανοιχτή πρόσβαση για το κοινό. Έτσι αφενός θα εξασφαλίζεται η πολιτική διαφάνεια στη χρήση κρατικών πόρων αλλά και θα μπορούν να

χρησιμοποιηθούν ερευνητικά τα στοιχεία από συγγραφείς που εργάζονται στο τομέας της πολιτικής υγείας και του σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας (health policy and planning).

Η ψυχική υγεία είναι σημαντικότερη κοινωνική παράμετρος που σχετίζεται με την ευημερία, την ευεξία και την ποιότητα ζωής, τα ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά και με την οικονομία, τη δημιουργικότητα, την παραγωγικότητα, τη βιωσιμότητα και την αειφόρο ανάπτυξη. Είναι επομένως η ψυχική υγεία κοινωνικό αγαθό και ευθύνη του κοινωνικού κράτος η διατήρηση και βελτίωση της, μέσα από ποιοτικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και μέσω διεπαγγελματικών προγραμμάτων αγωγής υγείας και προληπτικής ψυχιατρικής. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προϋποθέτει την αξιολόγηση της υπάρχουσας ποιότητας και τη μέτρηση και ποσοτικοποίηση αυτής, ώστε να μπορούν να γίνονται συγκρίσεις σε βάθος χρόνου, σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο. Μέσα από την αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας με τους προτεινόμενους δείκτες, αποκαλύπτονται οι περιοχές του συστήματος ψυχικής υγείας που πρέπει να δοθεί έμφαση, βελτιστοποιείται η αξιοποίηση των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων και της χρηματοδότησης, ενθαρρύνεται η πολιτική ψυχικής υγείας και ο σχεδιασμός υπηρεσιών στη βάση επιστημονικά τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας και σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας.

### **Ευχαριστίες**

Για την καθοδήγηση στο σχεδιασμό και υλοποίηση αυτής της μέλετης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Μιχάλη Τάλια, Επίκουρο Καθηγητή Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

### **Αναφορές**

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171-8.
2. Wahlbeck K. Recommendation on mental health monitoring for EU. *European Psychiatry*. 2007;22(7).
3. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World psychiatry*. 2018;17(1):30-8.
4. Seddon M, Marshall M, Campbell S, Roland M. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *BMJ Quality & Safety*. 2001;10(3):152-8.

5. Ruggeri M. Why measuring quality of mental health care is still an unmet challenge and how to meet it. *World Psychiatry*. 2018;17(1):45.
6. Lund C. Improving quality of mental health care in low-resource settings: lessons from PRIME. *World Psychiatry*. 2018;17(1):47.
7. World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) v2.2 [13th of July 2019]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/).
8. World Health Organization, WHO, WHO QualityRights Tool Kit.
9. Information CfH. A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System (Updated November 2013): Canadian Institute for Health Information; 2013.
10. Razzouk D. *Mental health economics: the costs and benefits of psychiatric care*: Springer; 2017.
11. Department of Health and Social Care and Public Health England. *Handbook to the NHS Constitution for England, 2019*. [13th of July 2019]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/supplements-to-the-nhs-constitution-for-england>.
12. NHS England. *A&E Attendances and Emergency Admissions 2019-20* [13th of July 2019]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ae-waiting-times-and-activity/ae-attendances-and-emergency-admissions-2019-20/>.
13. Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2017 [cited 2018 5th of May]. Available from: [http://www.cylaw.org/nomoi/indexes/2001\\_1\\_89.html](http://www.cylaw.org/nomoi/indexes/2001_1_89.html).
14. Ο περί Ίδρυσης Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας Νόμος του 2017 (73(I)/2017) Available from: [http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2017\\_1\\_73/index.html](http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2017_1_73/index.html).
15. Νόμος 4368/2016 Υποκεφάλαιο Ε1 Μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού. [14η Ιουλίου 2019].
16. Απόδοση ΑΜΚΑ σε ξένους υπηκόους, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. οικ. 7791/245/80321/1-4-2009 Κοινή Υπουργική Απόφαση.
17. The EU General Data Protection Regulation (GDPR). Available from: <https://eugdpr.org/>.
18. Νόμος που προνοεί για την ηλεκτρονική υγεία Ν. 59(I)/2019 [14th of July 2019]. Available from: [http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2019\\_1\\_059.pdf](http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2019_1_059.pdf).
19. Hall RC. Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics*. 1995;36(3):267-75.
20. Ramirez A, Ekselius L, Ramklint M. Axis V–Global Assessment of Functioning Scale (GAF), further evaluation of the self-report version. *European Psychiatry*. 2008;23(8):575-9.
21. Organisation for Economic Co-operation and Development OHaag, 2015. *Health at a Glance*. OECD Paris; 2015.
22. Eurostat. European Commission. [20th of October 2019]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>.
23. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*. 2013;347:f5239.
24. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*. 2013;12(1):53-9.
25. Suicide rate in the EU Member States, 2015 [20th of October 2019]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1>.

26. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization, 2018.
27. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
28. International Classification of Diseases 11th Revision - ICD-11. World Health Organization. [20th of October 2019]. Available from: <https://icd.who.int/en>.
29. Hermann RC, Chan JA, Provost SE, Chiu WT. Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2006;57(10):1461-7.
30. How many Psychiatrists in the EU? Eurostat 2015. [21st of October 2019]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1?fbclid=IwAR0jL-GwXUFQ7HP2Xd1TbtfnFTWdtoYL8rlJnPH14wbarICsErYdmIbWjAM>.
31. World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization, 2015.
32. Current procedural terminology, CPT. American Medical Association. [cited 14th of October 2019]. Available from: <https://www.ama-assn.org/amaone/cpt-current-procedural-terminology>.
33. Catalogs of medical procedures in the General Health System of Cyprus. Health Insurance Organization (HIO) [13th of October 2019]. Available from: [https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el\\_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hioactivitycatalogues](https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hioactivitycatalogues).
34. Human resources data by country. Global Health Observatory data repository. World Health Organization. [22nd of October 2019]. Available from: [apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en).
35. Psychiatrists and nurses working in mental health sector per 100.000 population, 2014-2016. World Health Organization. [21st of October 2019]. Available from: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mental\\_health/psychiatrists\\_nurses/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mental_health/psychiatrists_nurses/atlas.html).
36. Bed occupancy rate. World Health Organization, European Health Information Gateway. [12th of October 2019].
37. Statistical press notice 23rd of November 2017, National Health System (NHS) [12th of October 2019].
38. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT. Available from: <https://www.coe.int/en/web/cpt/home>.
39. Druss BG. Mental health quality improvement goes global. *World Psychiatry*. 2018;17(1):44.
40. Alegría M, Nakash O, NeMoyer A. Increasing equity in access to mental health care: a critical first step in improving service quality. *World Psychiatry*. 2018;17(1):43.
41. Wahlbeck K. Exploiting routine data for international benchmarking of quality in mental health care. *World Psychiatry*. 2018;17(1):41.
42. Wahlbeck K. European comparisons between mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(1):15-8.