

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Σύγχρονες αντιλήψεις και πρακτικές στην ψυχιατρική φροντίδα Αρχές οργάνωσης και αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η υιοθέτηση των αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και η ανάπτυξη των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΚΥΨΥ) έναντι της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ανέδειξε, σταδιακά, την ανάγκη αξιολόγησης της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων αλλά και της αποτελεσματικότητας-αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση προβάλλονται πλέον ως ένας εξ ίσου σημαντικός με την κλινική έκβαση δείκτης μιας αξιολογητικής διαδικασίας. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση των βασικών αρχών οργάνωσης και αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η ανάδειξη της ανάγκης για επανασχεδιασμό των μονάδων ψυχικής υγείας ώστε να αντιμετωπιστούν οι σύγχρονες προκλήσεις παροχής υπηρεσιών και να διασφαλιστεί η υψηλή ποιότητά τους.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πεδίο της ψυχικής υγείας συνιστά έναν από τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, ο οποίος έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Η ανάδειξη των αρνητικών επιπτώσεων της μακροχρόνιας νοσηλείας στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής των ασθενών σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας, της ψυχοθεραπείας και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων¹ και η διατύπωση ενός σαφούς νομοθετικού πλαισίου για τα δικαιώματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας έδωσαν το έναυσμα για τη μεταρρύθμιση στο πεδίο της ψυχιατρικής φροντίδας και τη μετατόπιση από το καθιερωμένο πλαίσιο θεσμικής φροντίδας/θεραπείας με τη μορφή εσωτερικής

νοσηλείας, στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης εντός της κοινότητας.²⁻⁴

Αν και η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία εξακολουθεί να συνιστά τη βασική υπηρεσία παρέμβασης, ειδικά σε περιπτώσεις οξείας επιδείνωσης της συμπτωματολογικής εικόνας των ασθενών, η μετατόπιση της κλινικής περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, τόσο σε περιόδους σχετικής σταθερότητας όσο και σε περιόδους υποτροπών, ενισχύθηκε από ερευνητικά δεδομένα τα οποία επαληθεύουν την αποτελεσματικότητα των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΚΥΨΥ) σε διαφορετικά επίπεδα της κλινικής πρακτικής. Συγκεκριμένα, τα σημαντικότερα ευρήματα της σύγχρονης βιβλιογραφίας αναφέρουν ότι, συγκριτικά με τη χρήση ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών, η

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2024, 41(6):841-847
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2024, 41(6):841-847

A. Κουρέτα,¹
A. Λεούση,¹
Σ. Ξυδιά,²
M. Γρηγοριάδου,³
A. Χατζημιχαηλίδη¹

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο»
Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Γενικό Νοσοκομείο Αττικής
«Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»,
Αθήνα

³Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος
Παντελεήμων», Πειραιάς

Contemporary concepts
and practices in psychiatric care.
Principles of organization
and evaluation of mental health
services

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητήριου

Αξιολόγηση
Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία
Ικανοποίηση
Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας
Ποιότητα ζωής

Υποβλήθηκε 9.10.2023

Εγκρίθηκε 11.11.2023

χρήση ΚΥΨΥ από ασθενείς με χρόνιες ψυχικές διαταραχές συνδέεται με (α) μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών,^{5,7} (β) υψηλότερα ποσοστά θεραπευτικής συμμόρφωσης,^{5,7} (γ) υψηλότερα μεγέθη επίδρασης στην πρόληψη των υποτροπών,^{5,7} (δ) χαμηλότερα ποσοστά αυτο-αναφερόμενης αίσθησης στιγματισμού,⁹ (ε) σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής,⁹⁻¹¹ (ζ) υψηλότερα επίπεδα γενικής λειτουργικότητας,¹² (η) μικρότερη επιβάρυνση των φροντιστών.¹³ Τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αποδοτικότητα των ΚΥΨΥ και την «υπεροχή» τους έναντι της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι περιορισμένα, αφορούν σε συγκεκριμένες υπηρεσίες και προέρχονται κυρίως από μελέτες «μεσαίας/χαμηλής ποιότητας» λόγω περιορισμών στον σχεδιασμό των μελετών αυτών.^{7,14}

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, ανεξαρτήτως κοινοτικών εναλλακτικών, η νοσηλεία –μέχρι και σήμερα– προβάλλει ως θεραπεία επιλογής στις περιπτώσεις εκείνες που συνυπάρχουν προβλήματα κατάχρησης οινόπνευματος ή ψυχοδραστικών ουσιών, αυτοκαταστροφική ή και ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, χαμηλός βαθμός εναισθησίας/ελλιπής συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ανεπαρκή κοινωνικά δίκτυα και μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις.¹⁵⁻¹⁸ Κατά την επιλογή θεραπευτικού μοντέλου, οι ανωτέρω προβλεπτικοί παράγοντες μιας ψυχιατρικής ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας θα πρέπει να συνυπολογίζονται με ορισμένους σημαντικούς περιορισμούς που μπορεί να συνοδεύουν μια κοινοτική θεραπευτική εναλλακτική, όπως το ότι η θεραπεία στο πλαίσιο της κοινότητας ενδέχεται να εγκυμονεί κινδύνους και να κρίνεται ανεπιθύμητη για ανθρώπους με χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας ή για ανθρώπους οι οποίοι στερούνται υποστηρικτικού περιβάλλοντος,¹⁹ καθώς επίσης στις περιπτώσεις εκείνες που δημιουργούνται προβλήματα στη συνέχεια στη φροντίδα, αλλά και στην αύξηση της συνολικής επιβάρυνσης των φροντιστών.^{20,21}

2. ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παράλληλα με την προσπάθεια μετατόπισης της φροντίδας από ένα πλαίσιο εσωτερικής νοσηλείας στο πλαίσιο της κοινότητας και στην υιοθέτηση νέων μοντέλων εντός της θεραπευτικής πρακτικής, έμφαση δόθηκε τόσο στον κατάλληλο σχεδιασμό και στην επαρκή οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με μια σειρά από παραμέτρους, όσο και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας-αποδοτικότητας των εν λόγω υπηρεσιών. Οι συγκεκριμένες παράμετροι, όπως καθορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ),²² περιλαμβάνουν (α) την ασφάλεια των χρηστών των υπηρεσιών, (β) την

προσβασιμότητα των υπηρεσιών και την ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή, (γ) την ίση κατανομή πόρων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο με βάση το είδος (οριζόντια ισότητα) και τη συνολική επιβάρυνση (κάθετη ισότητα) της διαταραχής, (δ) την επαρκή αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, (ε) τη μεγιστοποίηση της σχετιζόμενης αποδοτικότητας των υπηρεσιών με κριτήριο τα συνολικά οφέλη για την ψυχική υγεία του κοινωνικού συνόλου, (ζ) την αμεσότητα στην παροχή της φροντίδας και στην αποφυγή καθυστερήσεων, (η) τον συντονισμό και τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα κατά τη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο άλλο ανεξάρτητα από τον τόπο και τον χρόνο.

Ο καθορισμός και η υιοθέτηση των ανωτέρω παραμέτρων στοχεύει τόσο στη βελτίωση της κλινικής εικόνας και της λειτουργικότητας των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής τους.

3. ΣΗΜΕΙΑ ΕΚΒΑΣΗΣ

Η επίτευξη της οργάνωσης του συστήματος ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις ανωτέρω παραμέτρους ελέγχεται και καταγράφεται με την κατάλληλη εφαρμογή δεικτών ψυχικής υγείας, όπως οι δείκτες υπάρχουσας κατάστασης, οι δείκτες εισροών/διαδικασιών, οι δείκτες εισροών/αποτελεσμάτων και οι δείκτες επιπτώσεων.²³ Βασικό στοιχείο των συγκεκριμένων δεικτών αποτελεί η έννοια της έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Silvermann,²⁴ η καθιέρωση συστηματοποιημένων διαδικασιών αξιολόγησης της έκβασης των παρεμβάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς ορίζουν με σαφήνεια τα σημεία/ενδείξεις που χαρακτηρίζουν την επιτυχή ή ανεπιτυχή έκβαση της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Τα πλέον συνήθη αξιολογητικά σημεία/ενδείξεις των διαφόρων τύπων έκβασης συνιστούν: (α) οι κλινικά σημαντικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν τη συμπτωματολογική εικόνα των ασθενών, (β) η εξέλιξη και η μελλοντική πορεία των περιστατικών, όπως διατυπώνονται από τη συχνότητα των επανεισαγωγών, τη δέσμευση με τη θεραπευτική διαδικασία και τη σταθερή συνεργασία με τις υπηρεσίες και (γ) ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των χρηστών των υπηρεσιών.²⁵

Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες, με βάση τις θεωρήσεις της σύγχρονης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και με δεδομένη την πολυπλοκότητα των ψυχικών διαταραχών, τα αξιολογητικά μέτρα της έκβασης των σχετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων ξεφεύγουν της συμπτωματολογικής εστίασης. Συγκεκριμένα, οι σύγχρονες κατευθυντήριες γραμμές εντός των θεραπευτικών πλαισίων των υπηρεσιών ψυχικής

υγείας εστιάζουν, εκτός από την κλινική συμμόρφωση και τη βελτίωση της λειτουργικότητας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στην ταχεία ανάρρωση και στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη.²⁵ Κατά συνέπεια, η επιτυχής έκβαση και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στο πεδίο της ψυχικής υγείας, ορίζεται εξ ίσου από την αποτελεσματικότητά τους (α) να προστατεύουν την αξιοπρέπεια των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, (β) να παρέχουν την κατάλληλη και επιστημονικά δόκιμη κλινική και μη κλινική φροντίδα, με σκοπό τη μείωση της επιβάρυνσης που προκαλεί τη διαταραχή και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, (γ) να χρησιμοποιούν παρεμβάσεις που ενισχύουν τους χρήστες των υπηρεσιών να αντεπεξέλθουν μόνοι τους στις επαγόμενες από μια ψυχική διαταραχή δυσκολίες, (δ) να κάνουν αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρήση των ήδη περιορισμένων πόρων, (ε) να παρέχουν υποστήριξη στην οικογένεια και να ενισχύσουν την οικογενειακή συνοχή.²⁶

3.1. Η σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής

Κεντρικό στοιχείο στα διεθνή συστήματα ψυχικής υγείας είναι η προαγωγή και η διασφάλιση της ποιότητας ζωής των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν και η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από ποικίλους διαπολιτισμικούς και μεθοδολογικούς παράγοντες που διαμεσολαβούν στην ακριβή διατύπωση και αξιολόγηση του σχετικού όρου, φαίνεται να διέπεται σταθερά από τέσσερις εξατομικευμένες διαστάσεις: (α) την ψυχική κατάσταση, (β) τη σωματική κατάσταση, (γ) τις κοινωνικές συνθήκες και (δ) τις υλικές συνθήκες.²⁷⁻³⁰ Ο ΠΟΥ, σε μια προσπάθεια διατύπωσης ενός συνεκτικού και περιεκτικού ορισμού, ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της ζωής του σε σχέση με το πολιτισμικό του πλαίσιο, το σύστημα αξιών του, τους στόχους, τις προσδοκίες και τα πρότυπά του.³¹

Παράλληλα, τις τελευταίες δεκαετίες, η χρησιμότητα ενός ενοποιημένου όρου για τη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής απασχόλησε ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα.³² Την αναγκαιότητα διατύπωσης ενός συνεκτικού όρου για τη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής ευνόησε η υιοθέτηση του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου εντός της ψυχιατρικής πρακτικής και έρευνας.^{28,37} Αν και ο βασικός στόχος της ψυχιατρικής φροντίδας εξακολουθεί να εστιάζει στην ανακούφιση του ασθενούς από τη βαρύτητα της συμπτωματολογικής εκδήλωσης της αναφερόμενης διαταραχής και τη γενικότερη κλινική συμπτωματολογική πρόοδο,²⁷ η εισαγωγή του όρου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής οδήγησε

στη σταδιακή συμπτωματολογική αποκέντρωση της αξιολόγησης του θεραπευτικού πλαισίου και στην ανάδειξη σημαντικών άλλων παραμέτρων προς την κατεύθυνση αυτή.

Συγκεκριμένα, η ανάγκη για την απομάκρυνση από μια συμπτωματοκεντρική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προήλθε από την παρατηρούμενη σταθερή σχέση της ψυχοπαθολογίας με την αναπηρία.³³⁻³⁵ Οι ασθενείς που είναι αντιμέτωποι με μια χρόνια ψυχική διαταραχή καλούνται να αντιμετωπίσουν μακροχρόνιες αναπηρίες, προερχόμενες από τη νοσολογική τους κατάσταση.^{27,36} Οι συγκεκριμένοι ασθενείς καταφεύγουν λόγω κλινικής βαρύτητας και επιβάρυνσης σε εκτεταμένη ή σχεδόν μόνιμη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών εντάχθηκε ως αναπόσπαστο κριτήριο τόσο μιας ολοκληρωμένης κλινικής αξιολόγησης όσο και της εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων παρεμβάσεων.³⁷

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη αξιολόγηση χαρακτηρίζεται από υψηλότερη ευαισθησία στις διαφορετικές μορφές παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας, συγκριτικά με άλλες κλινικές αξιολογήσεις,³⁸ και ο βαθμός της μεθοδολογικής εγκυρότητας και αξιοπιστίας που εισάγει συνεισφέρει σημαντικά στη σαφή και ακριβή αποτίμηση των διαφορετικών υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας (ενδο-/εξωνοσοκομειακή).²⁷ Τέλος, το υποκειμενικό βίωμα των ασθενών σχετικά με την ποιότητα ζωής τους θεωρείται σημαντικό μεθοδολογικό πλεονέκτημα σε πλαίσιο αυτο-αναφερόμενης αξιολόγησης.²⁷

Εκτός όμως από την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών κρίθηκε σκόπιμη και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών τους. Η εν λόγω τάση ενισχύθηκε από τη συνειδητοποίηση ότι η ασθένεια και η θεραπεία δεν επηρεάζουν μόνο τους ασθενείς αλλά και το κοινωνικό τους δίκτυο λόγω της εγγύτητας της επαφής.⁴⁰⁻⁴³

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής των χρηστών των υπηρεσιών συνιστά μια πρόκληση παγκοσμίως για δύο βασικούς λόγους. Πρώτον, επειδή η ποιότητα της ψυχικής υγείας μπορεί να διαφέρει με βάση την οργάνωση των υπηρεσιών από χώρα σε χώρα. Δεύτερον, γιατί οι ανάγκες των ασθενών περιλαμβάνουν υπηρεσίες εκτός από την υγειονομική περίθαλψη (π.χ. απασχόληση, εκπαίδευση, στέγαση) και η ποιότητα της φροντίδας σχετικά με τις εν λόγω υπηρεσίες σπάνια μετρίεται και ακόμη σπανιότερα συνδέεται με τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την ανάρρωση.²⁵

3.2. Η ικανοποίηση ως δείκτης αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στη σύγχρονη Ιατρική, περιλαμβανομένης και της Ψυχιατρικής, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τόσο των νοσηλευόμενων όσο και εκείνων που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση, αναδεικνύεται σε σημαντικό στοιχείο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁴⁴⁻⁴⁷ Η συμπερίληψη των απόψεων των ασθενών και των φροντιστών τους στις αξιολογήσεις των υπηρεσιών αποκτά διαρκώς ιδιαίτερη βαρύτητα και εφαρμόζεται ως ένας επί πλέον δείκτης της ποιότητας/αποτελεσματικότητας της ιατρικής περίθαλψης σε συνδυασμό με κλινικά αλλά και οικονομικά κριτήρια.⁴⁸

Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας συνιστά μια πολυδιάστατη έννοια. Η πολυδιάστατη φύση της σημαίνει ότι ένα άτομο μπορεί να είναι πολύ ικανοποιημένο με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας και ταυτόχρονα δυσαρεστημένο με κάποιες άλλες.⁴⁹ Σύμφωνα με τους Heidegger et al,⁵⁰ ικανοποίηση είναι ο βαθμός που οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών.

Τρία είναι τα σημαντικά ζητήματα που εμπλέκονται στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών, προσδίδοντας στη μέτρηση της ικανοποίησης μια γνωστική αλλά και συναισθηματική διάσταση:⁵¹ (α) Οι προσδοκίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται ως πρότυπο και ως εκ τούτου η ικανοποίηση συναρτάται άμεσα με τον βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες επαληθεύονται. (β) Ο τομέας των υπηρεσιών που επιδιώκεται να διερευνηθεί και (γ) οι διαστάσεις του τομέα που θα εστιάσει η αξιολόγηση. Οι διαστάσεις διακρίνονται σε δύο σύνολα: το πρώτο περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας και το δεύτερο τα κριτήρια τα οποία οι χρήστες των υπηρεσιών χρησιμοποιούν για να κρίνουν τα σχετικά χαρακτηριστικά της υπηρεσίας.

Ωστόσο, η εκτίμηση της ικανοποίησης φαίνεται να παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές σε μεγάλο βαθμό ανακύπτουν κατά την ανάλυση της σχέσης μεταξύ των αντικειμενικών μέτρων της ποιότητας στη φροντίδα (όπου η ποιότητα στη φροντίδα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο η υγειονομική περίθαλψη συναντά αυτό που ορίζεται ως πρότυπο αποδεκτής ή καλής φροντίδας) και της υποκειμενικής ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.⁵² Επιπρόσθετα, η μέτρηση της ικανοποίησης αναδεικνύεται σε ένα δυσχερές έργο, καθώς τα παγκόσμια μέτρα ικανοποίησης επηρεάζονται, εκτός από την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών, και από πολλούς άλλους παράγοντες, περιλαμβανομένων της διάγνωσης,⁵³⁻⁵⁶ της χρονιότητας της νόσου⁵⁵ και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών.⁵⁷⁻⁵⁹

Παρά τα προαναφερόμενα προβλήματα στον καθορισμό ενός απτού ορισμού της έννοιας της «ικανοποίησης» και των δυσκολιών στη μέτρησή του, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών συνεχίζει να αυξάνεται με την πάροδο των ετών,⁶⁰ ενώ επιδιώκεται πλέον να χρησιμοποιηθεί ως ανεξάρτητη μεταβλητή που θα προβλέπει τη μελλοντική συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών αναφορικά με τη συνεργασία τους με κάποια υπηρεσία, τη συμμόρφωσή τους με την προτεινόμενη θεραπεία^{61,62} και την πορεία τους προς την ανάρρωση. Ειδικότερα, στον χώρο της Ψυχιατρικής η διασφάλιση υψηλών επιπέδων ικανοποίησης συνιστά ουσιαστικό στόχο για οποιαδήποτε υπηρεσία ψυχικής υγείας, καθώς τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συνδέονται με τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα,^{63,64} ενώ τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης συχνά ενοχοποιούνται για τη διακοπή συνεργασίας με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας^{65,66} και κατά συνέπεια τις υποτροπές και τις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο.

Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι η έμφαση που παρατηρείται πλέον στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι σύμφωνη με τη σύγχρονη τάση για την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τους χρήστες των υπηρεσιών και συνάδει με την προσπάθεια αξιολόγησης της στροφής που πραγματοποιείται, τις τελευταίες δεκαετίες, στην κοινοτική ψυχιατρική περίθαλψη.^{67,68}

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κεντρικοί ιδεολογικοί άξονες για την παροχή στην κοινότητα υψηλής ποιότητας, αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπευτικών παρεμβάσεων φαίνεται ότι δεν έχουν πλήρως εφαρμοστεί,⁶⁹ παρά τις σημαντικές εξελίξεις, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στον τομέα της ψυχιατρικής φροντίδας.

Αν και η υιοθέτηση μιας περισσότερο προσωποκεντρικής φροντίδας –με παράλληλη στόχευση τόσο στη συμπτωματολογική εικόνα, στη λειτουργικότητα, στην ποιότητα ζωής όσο και στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες– συνέβαλε σε σημαντικές αλλαγές στη θεραπευτική πρακτική,⁷⁰ εν τούτοις δεν φάνηκε επαρκής για την εξασφάλιση αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων σε κοινοτικό επίπεδο.

Η διασφάλιση ότι η κοινοτική φροντίδα θα συνδεθεί με αξιολογικά θεραπευτικά αποτελέσματα και θα συμβάλει σημαντικά στη συμπτωματολογική και κοινωνική ανάρρωση των ασθενών έχει δύο ακόμη βασικές προϋποθέσεις: (α) τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και (β) τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση σε κοινωνικές παροχές, όπως η στέγαση και η απασχόληση.⁷¹

Ωστόσο, τέτοιου είδους παροχές, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην πλειοψηφία των λοιπών ευρωπαϊκών χωρών, σπάνια ενσωματώνονται στην τυπική περίθαλψη, ενώ σημαντικές δυσκολίες διαπιστώνονται, μέχρι και σήμερα, στη διασύνδεση και στη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών απασχόλησης.^{72,73}

Το γεγονός αυτό «αποδυναμώνει» συχνά την αποτελεσματικότητα των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά δημιουργεί και πρόσθετες δυσκολίες στην αξιολόγηση της έκβασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Την ίδια στιγμή, η επιλογή και η εφαρμογή κατάλληλων δεικτών

αξιολόγησης προβάλλει ως ιδιαίτερα σημαντική στη διασφάλιση μιας αποτελεσματικής αξιολογητικής διαδικασίας προκειμένου να βελτιωθεί το παραγόμενο έργο και να αυξηθεί η απαντητικότητα των υπηρεσιών στις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τους συναδέλφους μου, Γιώτα Κατσίκη και Μαρία Τζεδάκη για τις πολύτιμες και εύστοχες παρατηρήσεις τους επί του κειμένου και τη σημαντική συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

ABSTRACT

Contemporary concepts and practices in psychiatric care. Principles of organization and evaluation of mental health services

A. KOURETA,¹ A. LEOUSSI,¹ S. XIDIA,² M. GRIGORIADOU,³ A. CHATZIMICHAILIDI¹

¹First Department of Psychiatry, "Eginition" Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²"Sismanogleio" General Hospital, Athens, ³"Agios Panteleimon" General Hospital of Nikea, Pireus, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2024, 41(6):841–847

The last decades, in an effort to transform the mental health system, the adoption of social psychiatry principles and the development of Community Mental Health Services (CMHS) over inpatient hospitalization have gradually highlighted the need to evaluate the outcome of therapeutic interventions, as well as the effectiveness-efficiency of the services provided. Quality of life and satisfaction are now projected as an equally important indicator of an evaluation process, as is clinical outcome. The purpose of this article is to present the basic principles of the organization and the evaluation of mental health services and to highlight the need for a redesign of the mental health system in order to address the challenges of providing services and to ensure their high quality.

Key words: Community mental health services, Evaluation, Hospitalization, Quality of life, Satisfaction

Βιβλιογραφία

1. LEHTINEN V, KATSCHNIG H, KOVESH-MASFÉTYV, GOLDBERG D. Developments in the treatment of mental disorders. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (eds) *European Observatory on Health Systems and Policies Series. Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Open University Press, Berkshire, 2007:126–145. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/mental-health-policy-and-practice-across-europe-the-future-direction-of-mental-health-care>
2. CALDAS ALMEIDA JM, MATEUS P, TOMÉ G. Joint Action on Mental Health and Well-being: Towards community-based and socially inclusive mental health care. Situation analysis and recommendations for action. European Union, 2015. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf
3. FULFORD M, FARHALL J. Hospital versus home care for the acutely mentally ill? Preferences of caregivers who have experienced both forms of service. *Aust N Z J Psychiatry* 2001, 35:619–625
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health atlas. WHO, Geneva, 2011
5. ABDULMALIK J, THORNICROFT G. Community mental health: A brief, global perspective. *Neurol Psychiatry Brain Res* 2016, 22:101–104
6. RUGGERI M, SALVI G, PERWANGER V, PHELAN M, PELLEGRINI N, PARABIAGHI A. Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:302–309
7. SEMRAU M, BARLEY EA, LAW A, THORNICROFT G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011, 10:217–225

8. THORNICROFT G, TANSELLA M. What are the arguments for community-based mental health care? Health Evidence Network report. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363767>
9. BEECHAM J, HALLAM A, KNAPP M, CARPENTER J, CAMBRIDGE P, FORRESTER-JONES R ET AL. Twelve years on: Service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospital. *J Ment Health* 2004, 13:363–377
10. BOND GR, DRAKE RE, MUESER KT, LATIMER E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Dis Manage Health Outcomes* 2001, 9:141–159
11. LEFF J, DAYSON D, GOOCH C, THORNICROFT G, WILLS W. Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatr Serv* 1996, 47:62–67
12. LAMB RH. Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harv Rev Psychiatry* 1998, 6:1–10
13. BURNS-LYNCH B, MURPHY AA, GILL KJ, BRICE G Jr. Persons in recovery, family members, and staff perspectives of psychiatric crisis needs. *Am J Psychiatr Rehabil* 2014, 17:114–127
14. THORNICROFT G, TANSELLA M, LAW A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008, 7:87–92
15. BOWERS L, SIMPSON A, ALEXANDER J, HACKNEY D, NIJMAN H, GRANGE A ET AL. The nature and purpose of acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *J Ment Health* 2005, 14:625–635
16. HASSELBERG N, GRÅWE RW, JOHNSON S, ŠALTYTĖ-BENTH J, RUUD T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: A prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2013, 13:117
17. KENT S, YELLOWLEES P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital & Community Psychiatry* 1994, 45:347–350
18. MROCZEK JM, LANGE SP. Managing the psychiatric crisis. National Center of Continuing Education Inc, Lakeway, Texas, 2017. Available at: https://nursece.com/pdfs/2025_Managing_Psych_Crisis_V3.pdf
19. JOHNSON S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry* 2007, 6:339–342
20. KHALIFEH H, MURGATROYD C, FREEMAN M, JOHNSON S, KILLAPSY H. Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: A qualitative study. *Psychiatr Serv* 2009, 60:634–639
21. KLEVAN T, DAVIDSON L, RUUD T, KARLSSON B. “We are different people”: A narrative analysis of carers’ experiences with mental health crisis and support from crisis resolution teams. *Soc Work Ment Health* 2016, 14:658–675
22. SAYERS J. The world health report 2001 – mental health: New understanding, new hope. *Bull World Health Organ* 2001, 79:1085
23. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Ψυχαργώς Γ’ (2011–2020): Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργώς. ΥΥΚΑ, Αθήνα, 2011. Διαθέσιμο στο: [http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93%27%20\(2011-2020\).pdf](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%91%CE%A1%CE%93%CE%A9%CE%A3%20%CE%93%27%20(2011-2020).pdf)
24. SILVERMAN WH. Planning for crisis intervention with community mental health concepts. *Psychother Theory Res Pract* 1977, 14:293–297
25. 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, 17:30–38
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality improvement for mental health. WHO, Geneva, 2003
27. GLADIS MM, GOSCH EA, DISHUK NM, CRITS-CHRISTOPH P. Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999, 67:320–331
28. KATSCHNIG H, KRAUTGARTNER M. Quality of life: A new dimension in mental health care. In: Sartorius N, Gaebel W, López-Ibor JJ, Maj M (eds) *Psychiatry in society*. John Wiley & Sons Ltd, Vienna, 2002:171–191
29. KNAPP M, McDAID D. Financing and funding mental health care services. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (eds) *European Observatory on Health Systems and Policies Series. Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Open University Press, Berkshire, 2007:60–99. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/mental-health-policy-and-practice-across-europe-the-future-direction-of-mental-health-care>
30. SCHIPPER H, CLINCH J, OLWENY CL. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In: Spilker B (ed) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996:11–23
31. ANONYMOUS. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment. *World Health Forum* 1996, 17:354–356
32. NABER D, KAROW A, LAMBERT M. Psychosocial outcomes in patients with schizophrenia: Quality of life and reintegration. *Curr Opin Psychiatry* 2002, 15:31–36
33. HAYS RD, WELLS KB, SHERBOURNE CD, ROGERS W, SPRITZER K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1–9
34. ORMEL J, VonKORFF M, USTUN TB, PINI S, KORTEN A, OLDEHINKEL T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994, 272:1741–1748
35. SHERBOURNE CD, WELLS KB, JUDD LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996, 153:213–218
36. TROMPENAARS FJ, MASTHOFF ED, VAN HECK GL, DE VRIES J, HODIAMONT PP. Relationships between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Int J Soc Psychiatry* 2007, 53:36–47
37. OWCZAREK K. The concept of quality of life. *Acta Neuropsychol* 2010, 8:207–213
38. BARRY MM, CROSBY C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996, 168:210–216
39. MASTHOFF ED, TROMPENAARS FJ, VAN HECK GL, HODIAMONT PP, DE VRIES J. Quality of life and psychopathology: Investigations into their relationship. *Aust NZ J Psychiatry* 2006, 40:333–340
40. BATISTA CF, BANDEIRA M, OLIVEIRA DR. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de

- pacientes psiquiátricos [Factors associated with the overburden of male and female caregivers of psychiatric patients]. *Cien Saude Colet* 2015, 20:2857–2866
41. BULLINGER M, HASFORD J. Evaluating quality-of-life measures for clinical trials in Germany. *Control Clin Trials* 1991, 12(Suppl 4):91S–105S
 42. HSIAO CY, TSAI YF. Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *J Clin Nurs* 2015, 24:1546–1556
 43. SOUZA ALR, GUIMARÃES RA, ARAÚJO VILELA D, ASSIS RM, ALMEIDA CAVALCANTE OLIVEIRA LM, SOUZA MR ET AL. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017, 17:353
 44. FORTIN M, BAMVITA JM, FLEURY MJ. Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *Can J Psychiatry* 2018, 63:103–114
 45. GIGANTESCO A, PICARDIA A, CHIAIA E, BALBI A, MOROSINI P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur Psychiatry* 2002, 17:139–147
 46. SENIĆ V, MARINKOVIĆ V. Patient care, satisfaction and service quality in health care. *Int J Consum Stud* 2012, 37:312–319
 47. ZANDBELT LC, SMETS EMA, OORT FJ, GODFRIED MH, HAES HCJM. Satisfaction with the outpatient encounter: A comparison of patients' and physicians' views. *J Gen Intern Med* 2004, 19:1088–1095
 48. SITZIA J, WOOD N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997, 45:1829–1843
 49. ROUSH SE, SONSTROEM RJ. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys Ther* 1999, 79:159–170
 50. HEIDEGGERT, SAAL D, NUEBLING M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2006, 20:331–346
 51. PASCOE GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983, 6:185–210
 52. EDLUND MJ, YOUNG AS, KUNG FY, SHERBOURNE CD, WELLS KB. Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Serv Res* 2003, 38:631–645
 53. HERMANN RC, ETTNER SL, DORWART RA. The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Med Care* 1998, 36:720–727
 54. HOFF RA, ROSENHECK RA, METERKO M, WILSON NJ. Mental illness as a predictor of satisfaction with inpatient care at Veterans Affairs hospitals. *Psychiatr Serv* 1999, 50:680–685
 55. LEHMAN AF, ZASTOWNY TR. Patient satisfaction with mental health services: A meta-analysis to establish norms. *Eval Program Plann* 1983, 6:265–274
 56. ROSENHECK RA, WILSON NJ, METERKO M. Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatr Serv* 1997, 48:1553–1561
 57. BLENKIRON P, HAMMILL CA. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J* 2003, 79:337–340
 58. HOLIKATTI P, KAR N, MISHRA A, SHUKLA R, SWAIN SP, KAR S. A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian J Psychiatry* 2012, 54:327–332
 59. YIMER S, YOHANNIS Z, GETINET W, MEKONEN T, FEKADU W, BELETE H ET AL. Satisfaction and associated factors of outpatient psychiatric service consumers in Ethiopia. *Patient Prefer Adherence* 2016, 10:1847–1852
 60. CROW R, GAGE H, HAMPSON S, HART J, KIMBER A, STOREY L ET AL. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002, 6:1–244
 61. PRIEBE S, MIGLIETTA E. Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry* 2019, 18:30–31
 62. WARE JE JR, DAVIES-AVERY AR, STEWART AL. The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature. CA: Rand Corporation, Santa Monica, CA, 1977. Available at: <https://www.rand.org/pubs/papers/P6036.html>
 63. KALMAN TP. An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1983, 34:48–54
 64. JIANG F, RAKOFSKY J, ZHOU H, HU L, LIU T, WU S ET AL. Satisfaction of psychiatric inpatients in China: Clinical and institutional correlates in a national sample. *BMC Psychiatry* 2019, 19:19
 65. HANSEN AM, HOOGDUIN CA, SCHAAP C, DE HAAN E. Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behav Res Ther* 1992, 30:547–550
 66. ZENDJIDJIAN X, BAUMSTARCK K, AUQUIER P, LOUNDOU A, LANÇON C, BOYER L. Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: Why should clinicians care? *Patient Prefer Adherence* 2014, 8:575–583
 67. DEAN C, PHILLIPS J, GADD EM, JOSEPH M, ENGLAND S. Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *Br Med J* 1993, 307:473–476
 68. ELBECK M, FECTEAU G. Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990, 41:998–1001
 69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. WHO, Geneva, 2021
 70. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Policies and practices for mental health in Europe: Meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008
 71. LLOYD-EVANS B, LAMB D, BARNBY J, ESKINAZI M, TURNER A, JOHNSON S. Mental health crisis resolution teams and crisis care systems in England: A national survey. *BJPsych Bull* 2018, 42:146–151
 72. CHRISTODOULOU G. Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry* 2009, 8:121–122
 73. ROSANO A, DI PADOVA P. The role of different form of social capital on health status: A comparative study in 22 European countries. In: *EAPS health, morbidity and mortality Working Group Workshop*. Budapest, 2023. Available at: https://oa.inapp.org/xmlui/bitstream/handle/20.500.12916/4029/Rosano_diPadova-Role-different-form-social-capital-health-status_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Corresponding author:*
A. Koureta, 76a Parnithos street, 111 46 Athens, Greece
e-mail: a.koureta@yahoo.gr