

## Η Διασφάλιση ποιότητας στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.



### 1.1. έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η ποιότητα διαχρονικά έχει ορισθεί με πολλούς τρόπους (Reeves et Bednar, 1994) αποτελεί έννοια σύνθετη και υποκειμενική, η οποία παρακολουθεί τις εξελίξεις στην οικονομία και την κοινωνία ενσωματώνοντας τις πραγματικές (εκφρασμένες & συνεπαγόμενες) απαιτήσεις των εμπλεκόμενων μερών καθώς και τους οικονομικούς- κοινωνικούς αξιακούς προβληματισμούς.

Από την δεκαετία του 1980, Εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί ανέπτυξαν και εισήγαγαν διαφορετικές προσεγγίσεις για την διοίκηση της ποιότητας (Casey, 1993, Pfeffer&Coote, 1996: Ovretveit, 1999: Bohigas & Heaton, 2000: Herzlinger, 2002).

Η Διοίκηση της ποιότητας στον τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών έχει διανύσει δύο (2) σημαντικές περιόδους:

α) Την φάση της διασφάλισης ποιότητας με την εφαρμογή διεργασιοκεντρικών συστημάτων διοίκησης που συμπεριλαμβάνουν και τα πρότυπα διασφάλισης ποιότητας (Irvine & Donaldson, 1993: Morgan&Everett, 1990).

β) Η δεύτερη φάση με την ανάπτυξη μοντέλων διαπίστευσης & προγραμμάτων Διοίκησης ολικής ποιότητας (ΔΟΠ). Οι διαφορετικές προσεγγίσεις για την διοίκηση της ποιότητας στην υγεία συμπεριλαμβάνουν:

1<sup>ον</sup>: συστήματα διαπίστευσης

2<sup>ον</sup>: εφαρμογή προτύπων διοίκησης ποιότητας, όπως το ISO 9000:2000 &

3<sup>ον</sup>: Προγράμματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΛΠ), στο πλαίσιο των διεθνών βραβείων ποιότητας.

Οι προσεγγίσεις αυτές χρησιμοποιούνται σε κάποια Νοσοκομεία στην Ελλάδα και διεθνώς. Η δεύτερη προσέγγιση προέρχεται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization ISO) και παρέχει ένα συνεκτικό σύνολο προτύπων για την διοίκηση της ποιότητας.

Το πρότυπο ISO 9001:2000, περιλαμβάνει ένα σύνολο προαπαιτούμενων για την διοίκηση της ποιότητας, βάσει των οποίων οι οργανισμοί που το εφαρμόζουν, πρέπει να επιδείξουν την ικανότητα τους (ISO 9001: 2000/ Healthmark, 2002) στα εξής σημεία:

α) στην παροχή υπηρεσιών, που να καλύπτουν συνεπαγόμενες και εκφρασμένες ανάγκες των χρηστών  
καθώς και  
απαιτήσεις ρυθμιστικών, κανονιστικών ή / και νομοθετικών αρχών και

β) στη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών, αλλά και της εδραίωσης του ρόλου των δεδομένων και της πληροφορίας στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η σειρά προτύπων ISO 9000: 2000 έχει αποδειχθεί ότι παρέχει ένα δόκιμο πλαίσιο για την διοίκηση της ποιότητας (Garber, 2001: Crago et. al, 2001), που παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη χώρα μας.

Η διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας στοχεύει μεταξύ άλλων στη μείωση των διοικητικών αστοχιών και των Ιατρονοσηλευτικών λαθών κατά την παραγωγή υπηρεσιών υγείας που δύνανται να οδηγήσουν σε επιβάρυνση της υγείας των ασθενών.

## **1.2. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

Η έννοια της ποιότητας έχει καθιερωθεί πλέον σαν το βασικό κριτήριο καταναλωτικής και επιχειρηματικής συμπεριφοράς. Οι καταναλωτές αγαθών και υπηρεσιών στη παγκοσμιοποιημένη οικονομική συγκυρία, κατά τη διαδικασία επιλογής τους, ευαισθητοποιούνται ολοένα και περισσότερο στα θέματα της ποιότητας. Αντίστοιχα, οι επιχειρήσεις έχουν αναγάγει το θέμα της ποιότητας σε Λυδία λίθο για τη δημιουργία ανταγωνιστικών προϊόντων και υπηρεσιών.

Στη φροντίδα της ψυχικής υγείας, η ποιότητα είναι ένα μέτρο του κατά πόσον οι υπηρεσίες αυξάνουν τη πιθανότητα επιθυμητών εκβάσεων και του κατά πόσον οι υπηρεσίες αυξάνουν τη πιθανότητα επιθυμητών εκβάσεων και του κατά πόσον ακολουθούν σύγχρονες πρακτικές, οι οποίες βασίζονται σε στοιχεία.

Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει δύο σκέλη. Όσον αφορά τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τις οικογένειες τους και το πληθυσμό συνολικά, δίνει έμφαση στο ότι οι υπηρεσίες πρέπει να επιτυγχάνουν θετικές εκβάσεις. Όσον αφορά τους εργαζόμενους στη υγεία και τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και υπηρεσιών, δίνει έμφαση στη καλύτερη χρήση της σύγχρονης γνώσης και τεχνολογίας. (*Quality Improvement for Mental Health WHO, 2003*).

## **1.3. Η Διασφάλιση της ποιότητας στη Ψυχική Υγεία.**

Στο τομέα της υγείας, το θέμα της ποιότητας εμφανίστηκε αργότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας. Έτσι και με δεδομένο το περιορισμό των οικονομικών πόρων, οι αποφάσεις που καλείται να πάρει ένας οργανισμός που παρέχει υπηρεσίες υγείας γίνονται ολοένα και περισσότερο περίπλοκες και απαιτητικές.

Ειδικότερα, στο χώρο της ψυχικής υγείας τα θέματα της ποιότητας μόλις τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αρχίσει να απασχολούν σοβαρά τους φορείς παροχής τους. Οι λόγοι που δικαιολογούν το όψιμο ενδιαφέρον είναι πολλοί: Η αλλαγή στις μορφές οργάνωσης και χρήσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (*Tansella 1989*), η στροφή από τη κλειστή ασυλική στην κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, η ανάγκη για ορθολογικό σχεδιασμό και οργάνωση των υπηρεσιών με τρόπο που να απαντούν στις μεταλλαγμένες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους, η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες, η αυξανόμενη συνειδητοποίηση για ανάγκη συμμετοχής των χρηστών στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν κ.α.

Επιπρόσθετα και η έννοια της αξιολόγησης, που συνδέεται άρρηκτα με την ποιότητα, στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι σχετικά νέα, αν συγκριθεί με τη πορεία εξέλιξης που είχε η διαδικασία της αξιολόγησης σε άλλους τομείς της υγείας. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα, ενώ το ζήτημα της αξιολόγησης των Ιατρικών υπηρεσιών έχει τεθεί ήδη από το 19<sup>ο</sup> αι. (Holland, 1983) στο χώρο της ψυχικής υγείας μόλις το 1969 άρχισε ο καθορισμός των πρώτων standards πιστοποίησης (certification) και επικύρωσης (accreditation) αυτών των υπηρεσιών, ενώ μόνο το 1975 απαιτήθηκε από τα Κ.Κ.Ψ.Υ. η ετήσια αξιολόγηση των προγραμμάτων τους, προβλέποντας και συγκεκριμένη δαπάνη (το 2% του ετήσιου προϋπολογισμού τους) για το σκοπό αυτό (Cook & Shadish, 1982).

Οι πρώτοι που άρχισαν να ενδιαφέρονται για ζητήματα ποιότητας ήταν οι επαγγελματίες υγείας (Lohr & Brook 1984 & Maxwell κ.α. 1983). Το ενδιαφέρον αυτό δημιουργήθηκε από ένα αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης, η οποία καθοριζόταν είτε «ως δέσμευση για παροχή στους ασθενείς της καλύτερης δυνατής περίθαλψης» είτε ως αναγκαίο εργαλείο για τη διατήρηση υψηλών επαγγελματικών standards (Palmer, 1987) .

Σε μια επόμενη φάση, η ποιότητα απασχόλησε τη διοίκηση και τους προγραμματιστές, σε μια προσπάθεια συγκράτησης των διογκούμενων δαπανών και ελέγχου της χρήσης της τεχνολογίας ( υπέρογκες δαπάνες από χρήση μη κατάλληλης τεχνολογίας).

Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μόνο πρόσφατα άρχισαν να συνειδητοποιούν τα δικαιώματά τους και σήμερα η άποψή τους για τη ποιότητα των υπηρεσιών θεωρείται έγκυρη και γίνεται αποδεκτή, αν και σπάνια συμφωνεί με αυτή των επαγγελματιών.

Στη χώρα μας, τα πράγματα στο τομέα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών βρίσκονται ακόμη σε πολύ πρώιμο στάδιο. Είναι πάντως γεγονός ότι με το κανονισμό 815/84 δόθηκε μια «ιστορική» και «από τα έξω» ευκαιρία να αναπτυχθούν νέες δομές και Υ.Ψ.Υ. σε αρκετές περιοχές της χώρας. Εν τούτοις, η διαδικασία αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας δεν είχε ακόμη ξεκινήσει θεσμικά, δεδομένου ότι η διοικητική παρακολούθηση από τη 1<sup>η</sup> Δ/ση της Ευρωπαϊκής Ένωσης των προγραμμάτων του 815/84 αποτέλεσε μια γραφειοκρατική διαδικασία για τη λειτουργία του Κοινωνικού Ταμείου, απαραίτητη για την έγκριση της αναγκαίας χρηματοδότησης. («Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας στη ψυχική υγεία. Μεθοδολογικές παρατηρήσεις» Τετράδια Ψυχιατρικής, 1994 τεύχος 49 , Στ. Στυλιανίδης & Ν. Γκιωνάκης).

Μόνο για τις δομές παροχής υπηρεσιών Ψ. Υ. που χρηματοδοτούνται από το Γ΄ ΚΠΣ προβλέπονται κάποιες διαδικασίες αξιολόγησης, η μεθοδολογία των οποίων αναπτύσσεται αποσπασματικά είτε από τη Διαχειριστική Αρχή του ΕΠ «Υγεία- Πρόνοια», εστιάζοντας κυρίως στη διοικητική και οικονομική παρακολούθηση των έργων είτε από τις επιστημονικές ομάδες των φορέων υλοποίησης.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι ούτε οι υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ούτε βέβαια το Υπ. Υγείας, αλλά ούτε οι επιστημονικοί φορείς έχουν ακόμη θέσει ως στόχο τη πραγματοποίηση ενός προγράμματος συνολικής αξιολόγησης της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του παραγόμενου θεραπευτικού έργου.

Θα ήταν όμως παράλειψη να μην αναφερθούμε σε τρία σημαντικά, κατά τη γνώμη μας στοιχεία, που έχουν να κάνουν:

α) αφ΄ ενός με την υιοθέτηση από το Υπουργείο Υγείας του Πακέτου Οδηγιών του ΠΟΥ για τη Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

β) αφ΄ ετέρου με τη δραστηριοποίηση της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργώς – β΄ φάση) , με την ευθύνη του οποίου, από κοινού με τη Δ/ση Ψυχικής Υγείας, γίνονται προσπάθειες δημιουργίας μιας βάσης δεδομένων σχετικών με τη δραστηριότητα όλων των φορέων υλοποίησης προγραμμάτων και με το αριθ. 21/06

Προεδρικό Διάταγμα (ΦΕΚ 4/7/7-2-2006) συστάθηκε Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας και Τμήμα Προσβασιμότητας Ατόμων με Αναπηρίες στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η διεύθυνση αυτή είναι αρμόδια για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και την διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων για την ποιοτική βελτίωση της λειτουργίας του Υπουργείου και των Υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτό, σε σχέση με την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους.

#### **Η ανωτέρω Διεύθυνση συγκροτείται από τα παρακάτω Τμήματα:**

##### **1. Τμήμα Ερευνών και Μετρήσεων Αποδοτικότητας, στην αρμοδιότητα του οποίου υπάγονται τα θέματα που αφορούν:**

**α.** στην εφαρμογή συστημάτων και μεθόδων μέτρησης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των μονάδων του Υπουργείου και των υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτό, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης,

**β.** στη σχεδίαση συστημάτων, μεθόδων μέτρησης και στη διεξαγωγή ερευνών αποδοτικότητας των ανωτέρω υπηρεσιών,

**γ.** στον προσδιορισμό, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, δεικτών μέτρησης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

**δ.** στην εφαρμογή πολιτικών για την συγκριτική επίδοση των υπηρεσιών των μονάδων του Υπουργείου και των υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτό, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

**ε.** στην εισήγηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση μέτρων για τη διαρκή βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και την ανταπόκριση τους στις ανάγκες των πολιτών,

**στ.** στη σύνταξη εκθέσεων αποτελεσμάτων για τις επιμέρους αξιολογήσεις, όπως και στη σύνταξη ετήσιας έκθεσης απολογισμού της δράσης του η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης,

**ζ.** στην εισήγηση των αναγκαίων μέτρων για την καθιέρωση συστημάτων διοίκησης ολικής ποιότητας και διαδικασιών αυτοαξιολόγησης (κοινό πλαίσιο αξιολόγησης, διαδικασίες πιστοποίησης βάσει ISO),

**η.** στην εισήγηση σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την προώθηση της υπουργικής απόφασης του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με την οποία εξειδικεύονται περαιτέρω οι γενικοί και ορίζονται ειδικοί δείκτες, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 5 του ν 3230/2004 (ΦΕΚ 44 Α).

##### **2. Τμήμα Τεκμηρίωσης, Καλύτερων Πρακτικών και Διαχείρισης Παραπόνων, στην αρμοδιότητα του οποίου υπάγονται τα θέματα που αφορούν:**

**α.** στη συλλογή στοιχείων και δεδομένων που αναφέρονται στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των οργανικών μονάδων του Υπουργείου και των υπηρεσιών που υπάγονται σ' αυτό,

**β.** στην παρακολούθηση της εξέλιξης και επεξεργασίας τους, καθώς και στην προώθηση της ενημέρωσης των πολιτών σχετικά με τα ανωτέρω, αλλά και γενικότερα θέματα που αφορούν στις παρεχόμενες υπηρεσίες από το Υπουργείο,

**γ.** στη συνεργασία με άλλα κέντρα τεκμηρίωσης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών

**δ.** στην εισήγηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση μέτρων για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τους πολίτες υπηρεσιών, όπως και της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των μονάδων του Υπουργείου και των υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτό, όπως και της ανταπόκρισης των μονάδων αυτών στις ανάγκες των πολιτών,

**ε.** στον εντοπισμό των καλύτερων πρακτικών σε θέματα αρμοδιότητας του Υπουργείου και στην εισήγηση για την εφαρμογή τους από τις οικείες υπηρεσίες,

**στ.** στη συμμετοχή σε διαδικασίες βράβευσης σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης .

**ζ.** στην εισήγηση στη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για τη βράβευση των υπηρεσιακών μονάδων ή φορέων που διακρίνονται για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα τους.

**η.** στην οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης παραπόνων και υποδείξεων,

**θ.** στη συλλογή, καταγραφή, επεξεργασία, ανάλυση, αξιολόγηση και αξιοποίηση των ανωτέρω υποβαλλόμενων παραπόνων και υποδείξεων,

**ι.** στην εισήγηση στις αρμόδιες μονάδες που αφορούν τα παράπονα και οι υποδείξεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων>.

## **2. Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1. Η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας και η προβληματική της αξιολόγησης της.**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ξεχωριστή σημασία, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Κατά τις επιταγές των υποδειγμάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, οι στόχοι προσανατολίζονται σε τρεις κατευθύνσεις, επιδιώκονται ταυτόχρονα και έχουν να κάνουν με:

- Τη συνεχώς βελτιούμενη ικανοποίηση των πελατών/ χρηστών
- Τη δημιουργία ικανοποιητικού περιβάλλοντος εργασίας που προωθεί την επαγγελματική αναβάθμιση και τη συνεχή βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και
- Την εξασφάλιση της επιβίωσης του οργανισμού μέσα στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Από τα παραπάνω καθίσταται προφανής η αναγκαιότητα μιας συνεχούς αξιολογητικής διαδικασίας σε όλα τα επίπεδα λειτουργιών. Η αναγκαιότητα, όμως για αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας δεν έχει το ίδιο ενδιαφέρον για όλους τους εμπλεκόμενους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έτσι, για παράδειγμα για τους χρήστες η αξιολόγηση αποσκοπεί στη παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους και να βελτιώνουν τη ποιότητα της ζωής τους, ενώ για τη Διοίκηση το βάρος πέφτει στην εγγύηση της ολοκληρωμένης παροχής (Comprehensiveness) και την υγειονομική κάλυψη όλου του πληθυσμού με παράλληλη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών.

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, τόσο η έννοια της αξιολόγησης όσο και αυτή της ποιότητας, προσεγγίζονται με πιο διαφορετικούς τρόπους.

Οι επιστημολογικές, επιστημονικές, θεωρητικές, μεθοδολογικές, ερευνητικές και πρακτικές συνέπειες της διαδικασίας της αξιολόγησης, παρά το πολύπλοκο και πολλές φορές αντιφατικό και συγκρουσιακό χαρακτήρα που μπορεί να έχουν οι προβληματισμοί που κατατίθενται, έχουν δείξει τη σημασία ου αυτή η έννοια έχει.

Η «αναγωγή» του ρόλου της αξιολόγησης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας από το θεωρητικό σε πρακτικό επίπεδο, μας υποχρεώνει να θέσουμε πάνω σε νέα βάση τα προβλήματα που αφορούν τη ψυχική ασθένεια, το κοινωνικό της ρόλο και πάνω απ' όλα το κοινωνικό ρόλο των υπηρεσιών και των παρεμβάσεων. Έτσι, σύμφωνα με τους Saraceno & Bolongaro αξιολόγηση είναι «μια σύγκριση ανάμεσα σε αυτό που παρατηρούμε και σε αυτό που εκείνη τη στιγμή θεωρείται ως η καλύτερη παρέμβαση.

Πρέπει, δηλαδή, να συγκρίνουμε αυτό που η υπηρεσία παρέχει στη καθημερινή της πρακτική, με κριτήρια ποιότητας που θα ορίζουν πως μια συγκεκριμένη παρέμβαση θα έπρεπε να πραγματοποιείται. Η αξιολόγηση είναι δυνατή μόνο αφού συγκρίνουμε αυτό που κάνουμε καθημερινά με αυτά που θα έπρεπε να γίνουν». (Saraceno & Bolongaro, 1990, σελ. 184). Αυτή η σύγκριση προϋποθέτει από τη μια μεριά μια αξιόπιστη και ολοκληρωμένη περιγραφή της πραγματικότητας και από την άλλη τον προσδιορισμό των κριτηρίων ποιότητας, σύμφωνα με τα οποία θα γίνεται η σύγκριση.

## **2.2 Μεθοδολογικά μοντέλα αξιολόγησης στο τομέα της υγείας.**

Τα μεθοδολογικά μοντέλα που έχουν προταθεί είναι πολλά.

Από τα γνωστότερα είναι «Δραστηριότητες Διασφάλισης της Ποιότητας» (Quality Assurance Activities) και «Έρευνα Υπηρεσιών Υγείας». (Health Services Research).

Τα μοντέλα αυτά που αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ αφορούν τη διασφάλιση της ποιότητας όχι μόνο σε ξεχωριστές υπηρεσίες, αλλά συνολικές πολιτικές υγείας και ψυχικής Υγείας, τόσο σε πολιτειακό όσο και σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Έτσι, ο στόχος της διασφάλισης της ποιότητας στις ΗΠΑ είναι η αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γενικά ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας των πολιτών και η σχέση κόστους-αποτελέσματος.

Η μέθοδος αυτή, που ακολουθείται στις ΗΠΑ σχετίζεται με την ανάπτυξη μιας υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, που έχει υψηλό κόστος, με τη προσπάθεια εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιριών να ελέγξουν το κόστος αυτό και με τη προσπάθεια του κράτους να παράσχει υπηρεσίες υγείας σε ασθενέστερες οικονομικά τάξεις (Medicare-Medicaid).

Άλλα παραδείγματα κρατών που έχουν υψηλά επίπεδα ανάπτυξης συστημάτων διασφάλισης ποιότητας είναι ο Καναδάς και η Αυστραλία. Στην Ευρωπαϊκή ήπειρο, τα κράτη

που έχουν να επιδείξουν ανάλογα συστήματα είναι η Αγγλία, η Γαλλία, η Δανία, η Ισπανία και η Ιταλία.

Ενδεικτικά παρατίθενται τα δομικά στοιχεία για δύο από τα πιο γνωστά μοντέλα αξιολόγησης:

**ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ JOINT COMMISSION (JCAHO).**

**Τα πρότυπα του συστήματος κατηγοριοποιούνται σε δύο άξονες:**

A. 1. Πρόσβαση στη φροντίδα και συνέχιση της

2. Τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους

3. Εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών

4. Φροντίδα ασθενών

5. Εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους.

B. 1. Ποιοτική Διοίκηση και Βελτίωση

2. Πρόληψη και έλεγχος μολύνσεων

3. Διοίκηση και Ηγεσία

4. Διαχείριση υποδομών και Ασφάλεια

5. Προσόντα προσωπικού και Εκπαίδευση

6. Διαχείριση Πληροφοριών

## **ΜΟΝΤΕΛΟ ANAES**

**Οι στρατηγικές κατευθύνσεις είναι τέσσερις:**

**A. Ανάπτυξη και εφαρμογή μεθόδων και εργαλείων που θα επιτρέπουν στον οργανισμό υγείας να βελτιώσει τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με**

1. Αναφορές αξιολόγησης

2. Εφαρμογή διαδικασιών πιστοποίησης

3. Εφαρμογή της πιστοποίησης στις επαγγελματικές πρακτικές

## **B. Ενθάρρυνση της χρησιμοποίησης αποτελεσματικών πρακτικών και εργαλείων από τους επαγγελματίες υγείας**

1. Διασφαλίζοντας ευρεία διάθεση των προϊόντων του φορέα πιστοποίησης
2. Συμβάλλοντας στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών και δίνοντας συγκεκριμένη κουλτούρα για την ανάπτυξη ποιότητας
3. Συνοδεύοντας τη χρησιμοποίηση των αναφορών με τη χρήση των τεχνικών βελτίωσης της ποιότητας.

## **Γ. Η εκτίμηση της επίδρασης των ενεργειών του φορέα πιστοποίησης στη ποιότητα παρεχόμενων φροντίδων**

1. Μετρώντας την επίδραση των ενεργειών του φορέα πιστοποίησης
2. Με μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας

## **Δ. Η παροχή των μέσων που θα οδηγήσουν στην εφαρμογή του πλαισίου ANAES**

1. Αναπτύσσοντας συμβαλλόμενα μέρη
2. Αξιολογώντας τους ανθρώπινους πόρους
3. Χρησιμοποιώντας κατάλληλα εργαλεία πληροφορικής
4. Θέτοντας σε εφαρμογή τα απαραίτητα τεχνικά μέσα για την εκπλήρωση των στόχων του.
5. Ξεκινώντας τη διαδικασία διασφάλισης της ποιότητας εκ των έσω.

### **2.3. Βασικές έννοιες στη Μεθοδολογία Αξιολόγησης & Διασφάλισης της ποιότητας στη ψυχική υγεία.**

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο όρος «αξιολόγηση» θεωρείται ο κοινός παρονομαστής ενός ευρέως φάσματος προσεγγίσεων που «συμπεριλαμβάνουν την αξιολόγηση των αναγκών των χρηστών και το σχεδιασμό των υπηρεσιών, τις κατευθύνσεις των εθνικών πολιτικών υγείας, τις μελέτες αξιολόγησης εξειδικευμένων απαντήσεων και προγραμμάτων, τις μεθοδολογικές προτάσεις και πρακτικές, τις έρευνες σχετικά με τις απόψεις και την ικανοποίηση των χρηστών και τις στάσεις των ειδικών, τους τρόπους τεκμηρίωσης της κλινικής δραστηριότητας, τις δαπάνες και τέλος την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων αποκατάστασης» (Rossi, 1994)

### **Σύμφωνα με τους Saraceno & Bolongaro, πρέπει να διακρίνουμε τρεις διαστάσεις της ποιότητας:**

- v Την Κοινωνική Ποιότητα, την οποία μπορούμε να μετρήσουμε σε όρους προσβασιμότητας (accessibility) της παροχής υπηρεσιών κι αυτό, όχι μόνο από την άποψη της οργάνωσης της εργασίας, αλλά και από την άποψη του κόστους που η προσβασιμότητα έχει για το χρήστη, όπως κόστος συναισθηματικό, πολιτισμικό και οικονομικό. Μπορούμε ακόμη, να τη μετρήσουμε σε όρους αποδεκτικότητας (acceptability) της παροχής, δηλαδή του βαθμού ικανοποίησης του χρήστη.



- v Την Οικονομική Ποιότητα, η οποία μπορεί να ορισθεί σε όρους αποδοτικότητας (efficiency), μετρήσιμης ως σχέση ανάμεσα στη συνολική δαπάνη και το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας.
- v Την Ιατροτεχνική ποιότητα, την οποία μπορούμε να μετρήσουμε σε όρους ορθότητας και καταλληλότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Saraceno & Bolongaro, 1988).

Αντικείμενο των μελετών αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας είναι η περιγραφή του τρόπου με τον οποίο οι διαθέσιμες γνώσεις και οι πόροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ένα συγκεκριμένο χώρο φροντίδας, χρησιμοποιούνται πραγματικά για να αντιμετωπισθούν προβλήματα υγείας στο επίπεδο του ξεχωριστού ατόμου ή ολόκληρων κοινοτήτων.

Σύμφωνα με τον Donabedian, υπάρχει η διάκριση ανάμεσα σε δομή(structure), διαδικασία (Process), και έκβαση (outcome), αναφορικά με τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται στη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας (Donabedian 1978, 1988 a, 1988 b). Έτσι λέγοντας «δομή» εννοούμε όλα όσα αναφέρονται στη ποιότητα και στη ποσότητα των υπηρεσιών και του προσωπικού της οργάνωσης. Με τον όρο «διαδικασία» εννοούμε όλα όσα αναφέρονται στη ποιότητα και τη ποσότητα των πράξεων του προσωπικού της οργάνωσης, ενώ με τον όρο «έκβαση» ότι αναφέρεται στη κατάσταση υγείας ως αποτέλεσμα των υγειονομικών παρεμβάσεων και την ικανοποίηση του χρήστη.

Κατά τον ΠΟΥ, τα βήματα που γίνονται για τη βελτίωση της ποιότητας διαγράφουν ένα κύκλο. Εφόσον καθοριστούν οι πολιτικές, τα κριτήρια και οι διαδικασίες πιστοποίησης, η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας απαιτεί διαρκή παρακολούθηση των υπηρεσιών και την ενσωμάτωση των στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών. Έτσι, η μεθοδολογία που προτείνεται, διαμορφώνεται σε βήματα ως εξής:

#### **1<sup>ο</sup> βήμα: Προσαρμογή της πολιτικής στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας.**

Περιλαμβάνει *Διαβούλευση* με όλους τους εμπλεκόμενους, έτσι ώστε να επιτευχθεί εισαγωγή στοιχείων, διάδοση πληροφοριών και δημιουργία κοινής αντίληψης για το «επιθυμητό» και για το πώς αυτό θα πραγματοποιηθεί. *Συνεργασίες* με επιστημονικούς και επαγγελματικούς συλλόγους, ακαδημαϊκά ιδρύματα, ομάδες συνηγορίας και άλλους τομείς υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών.

*Νομοθεσία* που να αντικατοπτρίζει το ενδιαφέρον για τη ποιότητα

*Χρηματοδότηση* μέσω καλού σχεδιασμού, που να μεγιστοποιεί τη ποιότητα.

Η βελτίωση της αποδοτικότητας που αποτελεί βάση για τη βελτίωση της ποιότητας οδηγεί στη περιστολή των δαπανών.

*Σχεδιασμός* για τη θέση προτεραιοτήτων και τη διάθεση των πόρων, στη

βάση των διαδικασιών που αφορούν στη ποιότητα, έτσι ώστε να

δημιουργείται ένας κορμός γνώσης για αποτελεσματικές πρακτικές.

#### **2<sup>ο</sup> βήμα: Εκπόνηση κριτηρίων.**

Δημιουργία Ομάδας Εργασίας με σκοπό τη μέσω διαβούλευσης, κατάρτιση συνολικού καταλόγου κριτηρίων, που να καλύπτουν όλες τις πλευρές των υπηρεσιών Ψ.Υ., όπως αυτές εξειδικεύονται σε τομείς. Τα κριτήρια καθορίζονται για κάθε επιθυμητό επίπεδο που έχει συμφωνηθεί ως στόχος και πρέπει να περιέχουν ένα τρόπο βαθμολόγησης των υπαρχουσών υπηρεσιών. Η βαθμολόγηση πρέπει να συμπληρώνεται με επιθεώρηση της ποιότητας όλων των πλευρών της φροντίδας της ψυχικής υγείας.

**3° βήμα: Καθορισμός διαδικασιών πιστοποίησης.**

Εφοδιάζει με τη κατάλληλη νομική κατοχύρωση και παρέχει δυνατότητα Αξιολόγησης.

**4° βήμα: Παρακολούθηση των υπηρεσιών με χρήση μηχανισμών ποιότητας με**

*χρήση κριτηρίων*

*χρήση διαδικασιών πιστοποίησης για την αποτίμηση και πιστοποίηση νέων υπηρεσιών*

*τακτική συλλογή πληροφοριών από συστήματα πληροφόρησης και μέσω δεικτών επίδοσης και εκβάσεων*

*διαβούλευση με χρήστες και ομάδες συνηγορίας.*

**5° βήμα: Ενσωμάτωση της βελτίωσης της ποιότητας στη τρέχουσα παροχή και**

**διαχείριση υπηρεσιών**, με στόχο τη διαρκή βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας . Προτείνεται η πραγματοποίηση της με:

*ετήσιες επισκοπήσεις της ποιότητας των υπηρεσιών*

*ένταξη της βελτίωσης της ποιότητας στη κλινική πρακτική, καθώς έτσι*

*εξασφαλίζεται και συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη*

*ελέγχους με την έννοια μιας συνεχούς διαδικασίας*

**6° βήμα: Συστηματική μεταρρύθμιση για τη βελτίωση των υπηρεσιών**, με την έννοια

του συντονισμού και του κοινού σχεδιασμού διαφόρων τομέων. Η συστη-

ματική προσέγγιση έχει δείξει ότι είναι η περισσότερο κατάλληλη, ειδικά για μεταρρυθμίσεις μεγάλης κλίμακας.

**7<sup>ο</sup> βήμα: Αναθεώρηση των μηχανισμών ποιότητας**, με κριτήριο την επίτευξη των

στόχων, ενδεικτικά ανά πενταετία.

(*Quality Improvement for Mental Health, WHO 2003*).

Σύμφωνα με παλαιότερες θέσεις της ίδιας Οργάνωσης, όπως αυτές αναπτύσσονται στο πρόγραμμα της Quality Assurance in Mental Health προτείνεται η αξιολόγηση να είναι μία απαρτιωμένη διαδικασία στην οποία είναι αναγκαίο να προσδιορισθούν τουλάχιστον τρία (3) επίπεδα που βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους:

- Πολιτικές Ψυχικής Υγείας
- Προγράμματα Ψυχικής Υγείας και
- Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Στη προτεινόμενη μεθοδολογία υπογραμμίζεται η ανάγκη καθορισμού, για κάθε επίπεδο, των βασικών για τη διεξαγωγή της ανάλυσης συστατικών, δηλαδή των πιο καταλλήλων κριτηρίων και δεικτών. Τα κριτήρια που προτείνονται από τον ΠΟΥ για τις Πολιτικές Ψ.Υ. είναι:

- Η αποκέντρωση
- Η τομεοποίηση
- Η απαρτίωση
- Η ισότητα
- Η συνέχεια της φροντίδας και
- Η συμμετοχή των χρηστών

Για τα προγράμματα Ψ.Υ. κριτήρια είναι εκείνα που επιτρέπουν τη πραγματοποίηση των διαφόρων φάσεων της αξιολόγησης,

- Του ορισμού των στόχων,
- Του συντονισμού και
- Της χρηματοδότησης,

Για τις Υπηρεσίες Ψ.Υ, το μοντέλο του ΠΟΥ, βασίζεται στη κλασσική διάκριση

- Δομής
- Διαδικασίας
- Έκβασης

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η αξιολόγηση πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία και όχι μια περιστασιακή και βραχύχρονη δραστηριότητα στην οποία πρέπει να συμμετέχουν οι υπεύθυνοι των υπηρεσιών (*WHO 1991 a & WHO 1991 b*)

Σε ότι αφορά στους δείκτες και σε μια προσπάθεια να συμπεριληφθούν όσο το δυνατό περισσότερες πτυχές της πραγματικότητας στη διαδικασία αξιολόγησης, η ομάδα του *M. Negri*, κάνοντας μια συνολική πρόταση, δίνει μια σειρά από αυτούς που θεωρεί ως απαραίτητους και χρήσιμους:

- *Δείκτες πολιτικής (policy indicators)*: περιγραφή των στόχων, των θεωρητικών βάσεων, των στρατηγικών της υπηρεσίας που αξιολογείται.
- *Δείκτες πλαισίου (Framework/context indicators)*: περιγραφή του πληθυσμού ευθύνης μέσα από περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, δεικτών ψυχικής υγείας, της ψυχιατρικής νοσηρότητας κλπ
- *Δείκτες πόρων (resources indicators)*: περιγραφή του εύρους των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων
- *Δείκτες προγράμματος (program indicators)*: περιγραφή της οργάνωσης της προσβασιμότητας και της διατομεακότητας τους (intersectoriality)
- *Δείκτες εκροής (output indicators)*: ποσοτική εκτίμηση των δραστηριοτήτων της υπηρεσίας
- *Δείκτες κόστους (cost indicators)*: οικονομική περιγραφή δαπανών
- *Δείκτες δομής (structure indicators)*: περιγραφή των τρόπων υποδοχής, των follow up, με έμφαση στις ηθικές και δεοντολογικές πτυχές ( πχ δικαιώματα των ασθενών)
- *Δείκτες έκβασης (outcome indicators)*: κλινική έκβαση, βαθμός ανικανότητας (disability) και κοινωνικής λειτουργικότητας.
- *Δείκτες ικανοποίησης (satisfaction indicators)*: η ποιότητα της ζωής, έτσι όπως αυτή βιώνεται από τους χρήστες και τις οικογένειες τους.
- *Δείκτες επίδρασης (impact indicators)*: βαθμός επίδρασης στις στάσεις και τις νοοτροπίες της κοινότητας απέναντι στη ψυχική ασθένεια, μείωση του στίγματος, αύξηση της στήριξης των ασθενών από τη κοινότητα και τους φορείς της (*Saraceno et.al., 1993*).

#### **2.4. Η αξιολόγηση και η διασφάλιση ποιότητας στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και ειδικότερα στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.**

Η φροντίδα στο χώρο της Ψ.Υ. εμφανίζεται ως μια έννοια με αρκετά διαφορετικό περιεχόμενο απ' ότι στην υπόλοιπη υγεία. Τα προβλήματα των ψυχικών ασθενειών (ιδιαίτερα οι ψυχώσεις) είναι πολύ πιο πολύπλοκα από αυτά που θέτουν οι σωματικές ασθένειες και γίνονται ακόμη πολυπλοκότερα αν περάσουμε από τη θεώρηση της ασθένειας στη θεώρηση του πάσχοντος υποκειμένου, στη προβληματική της ψυχικής οδύνης, του πλέγματος των κοινωνικών σχέσεων και της ποιότητας της ζωής. Αντίστοιχα, είναι κοινά αποδεκτό ότι οι υπηρεσίες Ψ.Υ. δεν εξαντλούν τις παρεμβάσεις τους στην εφαρμογή μιας ειδικής θεραπευτικής τεχνικής, αλλά αντίθετα ασχολούνται, ειδικά στη περίπτωση των ψυχωσικών ασθενών, σχεδόν με τη ζωή τους στο σύνολο της.

Στην Ψυχιατρική, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θεωρείται στρατηγική τριτοβάθμιας πρόληψης της αναπηρίας, που προέρχεται από την ψυχική αρρώστια.

Αναπτύχθηκε και εδραιώθηκε ως θεωρία αλλά και πρακτική εφαρμογή στις δεκαετίες του '70 και '80 με στόχο τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ψυχικά αρρώστων. Κατοχυρώθηκε δε με νομοθετικούς μηχανισμούς πολλών κρατών και αποφάσεις μεγάλων διεθνών οργανισμών (*Saraceno et al. 1993*)

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προσανατολίζονται αφενός μεν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του ψυχικά πάσχοντος και αφετέρου στην ανάπτυξη των πόρων, που θα τον υποστηρίξουν για την επαγγελματική και κοινωνική του επανένταξη. Βασικός στόχος τους είναι, εξάλλου η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος και το στενό περιβάλλον του (οικογένεια κ.α.)

Κατά την αξιολόγηση προγραμμάτων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκτιμάται η αποτελεσματικότητα (effectiveness) και η αποδοτικότητα (efficiency) Η τελευταία καθορίζεται με συνεκτίμηση αποτελεσματικότητας και κόστους και αποδίδεται με το πηλίκο των θεωρητικά ελάχιστων δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη των αντικειμενικών στόχων, προς εκείνες που δαπανήθηκαν στην πραγματικότητα.

Βασική είναι διάκριση της αξιολόγησης σε ποιοτική και ποσοτική. Η ποσοτική αξιολόγηση περιλαμβάνει εκτιμήσεις δεδομένων που επιδέχονται αριθμητικούς-ποσοτικούς προσδιορισμούς και μπορεί να καλύψει στοιχεία που αφορούν την ανάπτυξη των υπηρεσιών σε επίπεδο μονάδας (είδος μονάδας, διάρθρωση και στελέχωση της, μέση κάλυψη κρεβατιών κ.α.) ή και σε εθνικό επίπεδο (αριθμός ενδονοσοκομειακών –εξωνοσοκομειακών μονάδων αριθμός κρεβατιών, κατανομή προσωπικού κ.α.) Κατά την ποιοτική αξιολόγηση είναι απαραίτητο να συγκριθούν οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε μια υπηρεσία με τις ενέργειες εκείνες που θα έπρεπε να γίνουν και οι οποίες θεωρούνται ως άριστες. Στόχος, δηλαδή, της ποιοτικής αξιολόγησης είναι η αριστοποίηση των παρεμβάσεων. Για τον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας απαιτείται ο καθορισμός κριτηρίων και δεικτών. Τα κριτήρια ποιότητας βοηθούν στη διάκριση καλής ή κακής πρακτικής και διατυπώνονται, συνήθως, με τη βοήθεια της βιβλιογραφίας, από διασκέψεις κοινής συμφωνίας και από επισκέψεις εμπειρογνομόνων στις υπηρεσίες που αξιολογούνται. Οι δείκτες, που αποτελούν το εργαλείο-κλειδί της αξιολόγησης, αναφέρονται σε ποσοτικές πληροφορίες που βοηθούν στο σχηματισμό ακριβούς εικόνας της πραγματικότητας.

Ο Anthony και οι συνεργάτες του θεωρούν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ως συνεχές με τρία διαδοχικά στάδια: Τη *διάγνωση*, τον *προγραμματισμό* και την *παρέμβαση*.

#### **Στο στάδιο της διάγνωσης επιδιώκονται:**

- Ο προσδιορισμός των κύριων στόχων της αποκατάστασης, με την σύμπνοια ασθενούς και θεραπευτή, σχετικά με τις στεγαστικές, εκπαιδευτικές και εργασιακές επιλογές του πρώτου.
- Η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και της λειτουργικότητας του ασθενούς, των διαθέσιμων πόρων, καθώς και της δυνατότητας χρήσης των πόρων αυτών από τον ασθενή.

#### **Κατά το στάδιο του προγραμματισμού:**

- Κατατάσσονται σε σειρά προτεραιότητας οι στόχοι που αφορούν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων και των πόρων, με γνώμονα τις πληροφορίες που έχουν συλλέγει κατά το προηγούμενο στάδιο.
- Σχεδιάζονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την επίτευξη κάθε στόχου
- Καθορίζονται τα χρονικά όρια
- Καταμερίζονται οι υπευθυνότητες

#### **Τέλος στο στάδιο της παρέμβασης επιζητούνται:**

- Η βελτίωση των υπαρχουσών δεξιοτήτων

- Η εκπαίδευση για την απόκτηση νέων δεξιοτήτων
- Ο συντονισμός των προσφερόμενων πόρων
- Η ανάπτυξη νέων πόρων
- Η συνεχής και τακτική παρακολούθηση της προόδου του έργου της παρέμβασης για την αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων
- Η συνέχιση ή τροποποίηση παρεμβάσεων και στόχων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.

Όπως είναι εμφανές, στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κυρίως κατά το στάδιο της παρέμβασης, η αξιολόγηση αποτελεί βασική λειτουργία.

Η αξιολόγηση κατά την Weiss, συνιστάται στον προσδιορισμό τόσο του επιπέδου επιτυχίας ενός προγράμματος ως προς τους προκαθορισμένους στόχους, όσο και των παραγόντων που επηρεάζουν την επιτυχία ή την αποτυχία. Διαφέρει, δηλαδή από την απλή παρακολούθηση εφαρμογής των ενεργειών ενός προγράμματος (monitoring) , που είναι κυρίως διαδικασία ελέγχου. Τα στάδια της αξιολόγησης είναι:

- Η επισήμανση των αντικειμενικών στόχων του προγράμματος
- Η επιλογή των κριτηρίων με τα οποία θα αξιολογηθεί η επιτυχία
- Η διαμόρφωση της υπόθεσης γύρω από την ανάλυση
- Ο καθορισμός της μεθοδολογίας
- Ο καθορισμός και η ερμηνεία του βαθμού επιτυχίας
- Η εκτίμηση της επίπτωσης των αποτελεσμάτων εκείνων που δρουν ως μηχανισμός ανάδρασης στις περιπτώσεις αλλαγών στο πρόγραμμα

Κατά την προσέγγιση του θέματος της ποιοτικής αξιολόγησης του έργου μιας υπηρεσίας ο Donabedian έχει προτείνει το μεθοδολογικό τρίπτυχο δομή- διαδικασία- αποτέλεσμα, καθώς και τους αντίστοιχους δείκτες.

Η αξιολόγηση της δομής αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του πλαισίου όπου παρέχονται οι υπηρεσίες, όπως η υλική, τεχνική και κτιριακή υποδομή, τα μηχανήματα και το στελεχικό προσωπικό. Οι πληροφορίες αυτές είναι σαφείς και μετρήσιμες. Η αξιολόγηση της διαδικασίας αφορά στις δραστηριότητες των ασθενών στο πλαίσιο της αναζήτησης φροντίδας και στις ενέργειες των επαγγελματιών υγείας ως προς την επιλογή και την εφαρμογή συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος σχετίζεται με τις επιδράσεις των παρεχομένων υπηρεσιών στη κατάσταση της υγείας των ασθενών και στη ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι Saraceto & Barbato θεωρούν ότι οι δείκτες του προαναφερόμενου τρίπτυχου δεν αποτυπώνουν την πολύπλοκη σχέση μεταξύ των υπηρεσιών, των χρηστών και των πόρων και προτείνουν την χρησιμοποίηση των εξής δεικτών:

- *Δείκτες πολιτικής:* Αφορούν τη περιγραφή της φιλοσοφίας, των στόχων και των στρατηγικών της δομής / υπηρεσίας που αξιολογείται

- *Δείκτες πλαισίου:* Περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού που εξυπηρετείται και αναφέρονται, επίσης σε εξειδικευμένους δείκτες ψυχικής υγείας και νοσηρότητας.
- *Δείκτες πόρων:* Περιγραφή ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, επισημαίνοντας τη σημασία των μη ορατών πόρων όπως είναι τα επίπεδα ικανοποίησης των επαγγελματιών οι προσδοκίες τους κλπ
- *Δείκτες προγράμματος:* Περιγραφή της οργάνωσης των πόρων, της διαθεσιμότητας και της διατομεακότητας τους
- *Δείκτες μεγέθους των δραστηριοτήτων:* Ποσοτική εκτίμηση των δραστηριοτήτων της δομής/ υπηρεσίας
- *Δείκτες κόστους:* Οικονομική καταγραφή δαπανών
- *Δείκτες διαδικασίας:* Αφορούν τη περιγραφή των τρόπων υποδοχής φροντίδας και μετα-παρακολούθησης (με έμφαση σε ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα)
- *Δείκτες επίδρασης:* Αποδίδουν το βαθμό επίδρασης που έχουν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων στις στάσεις της κοινότητας απέναντι στη ψυχική ασθένεια
- *Δείκτες αποτελέσματος:* Αποδίδουν τη κλινική έκβαση, το βαθμό (αν)ικανότητας και λειτουργικότητας των ασθενών και την επιβάρυνση της οικογένειας
- *Δείκτες ικανοποίησης:* Αποδίδουν τη ποιότητα ζωής, όπως αυτή βεβαιώνεται από τους χρήστες και το βαθμό ικανοποίησης τους από τη παρεχόμενη φροντίδα.

Είναι προφανές ότι στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η αξιολόγηση αφορά το άτομο που μετέχει σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, αλλά και στην υπηρεσία που υλοποιεί το πρόγραμμα.

Σύμφωνα με τη Farkas, κατά την αξιολόγηση ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πρέπει να εξετάζονται:

- ο *Η δομή του προγράμματος* (στοιχεία που αφορούν τη διάγνωση, το προγραμματισμό και τη παρέμβαση σε κάθε στάδιο της αποκατάστασης)
- ο *Τα χαρακτηριστικά των μελών / πελατών* (πρόοδος ως προς τις δεξιότητες, παρουσιολόγιο, δραστηριότητες, συμμετοχή τους στο συνολικό προγραμματισμό κ.α.)
- ο *Τα χαρακτηριστικά και η συμπεριφορά του προσωπικού* (επίπεδο εκπαίδευσης, εξειδίκευση, ωράριο, στάσεις κ.α.)
- ο *Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος* (συμπτωματολογία, δεξιότητες για ανεξάρτητη διαβίωση, απασχόληση, ποιότητα ζωής οικογενειακή ατμόσφαιρα, οικογενειακή επιβάρυνση κ.α.)

Με δεδομένη την ανθρωποκεντρική προσέγγιση στο χώρο της υγείας, η ποιότητα ζωής αναδεικνύεται σε βασική μέριμνα της ιατρικής πράξης και αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης των σύνθετων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο δείκτης αυτός καλύπτει ποικίλες διαστάσεις, όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι

Κοινωνικές σχέσεις, οι προσωπικές πεποιθήσεις, καθώς και η σχέση του ατόμου με το περιβάλλον.

(«Ζητήματα αξιολόγησης στη Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» Ε. Τριανταφύλλου, Β. Αντωνοπούλου, Ν. Αποστολάκης, Μ. Κοκκώση, Μ. Μαργαρίτη, Μ. Οικονόμου, Δ. Πλουμπίδης)

Πρέπει να αναφερθεί ότι μεθοδολογικά αναδεικνύεται σε πολύ σημαντικό ζήτημα η επιλογή του προσώπου/ φορέα που θα διενεργήσει την αξιολόγηση. Στη «εσωτερική αξιολόγηση» η ίδια η υπηρεσία που υλοποιεί το πρόγραμμα διενεργεί και τη αξιολόγηση, με πλεονέκτημα τη καλή γνώση του προγράμματος και τις αυξημένες πιθανότητες χρησιμοποίησης των πορισμάτων της. Κύριο μειονέκτημα είναι η υποκειμενικότητα. Κατά την «εξωτερική αξιολόγηση» τρίτοι, εξωυπηρεσιακοί αξιολογητές αναλαμβάνουν το έργο με κύριο πλεονέκτημα την αντικειμενικότητα τους και κύριο μειονέκτημα την ελλιπή πληροφόρηση κυρίως λόγω της επιφυλακτικότητας εκ μέρους της υπηρεσίας για ενδελεχή ενημέρωση.

Στη διεθνή πρακτική η εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση δεν είναι δύο διαζευκτικές διαδικασίες. Είναι διαδικασίες που μπορεί και ίσως να πρέπει, να εφαρμόζονται παράλληλα, δεδομένου ότι η χρήση εσωτερικών αξιολογητικών μηχανισμών βοηθά στον εντοπισμό τόσο των προβλημάτων στο πρόγραμμα ή τη λειτουργία της δομής, όσο και του είδους των αναθεωρήσεων που χρειάζονται για την επίλυση τους.

### **3. Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### *3.1. Η αξιολόγηση και η διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας στις ελληνικές υπηρεσίες Ψ.Υ.*

Στη χώρα μας, η δεκαετία του '80 ήταν η εποχή των σημαντικών αλλαγών στο χώρο της ψυχικής υγείας, με την ανάπτυξη δομών ανοιχτής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής μέριμνας. Από το τέλος της 10ετίας του '90 και εντεύθεν, οι κατευθύνσεις της πολιτικής και οι βασικοί άξονες δράσης στον τομέα εκσυγχρονισμού της ψυχιατρικής περίθαλψης αφορούν:

α) στην περαιτέρω μείωση των ψυχικά ασθενών που νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

β) Στην βελτίωση των παρεχόντων υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών που παραμένουν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

γ) Στην πρόληψη και διατήρηση της ψυχικής υγείας μέσα από την ανάπτυξη νέων εναλλακτικών δομών που αποσκοπούν στην ψυχοκοινωνική και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, όπως η ίδρυση ψυχιατρικών τομέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η προσπάθεια αυτή για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προβλέπεται να εξασφαλισθεί με τις δραστηριότητες τις ενέργειες και τα μέτρα που θα ληφθούν σ' έναν ορίζοντα δεκαετίας (ως το 2010) με το εθνικό πρόγραμμα <ΨΥΧΑΡΓΩΣ>.

Το θέμα όμως της αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας, τόσο σε αυτές όσο και γενικότερα στις υπηρεσίες Ψ.Υ. στη χώρα μας δεν έχει τύχει κάποιας σοβαρής μεθοδολογικής προσέγγισης

*«Η ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από φαινόμενα κατακερματισμού, θεσμικής και επιστημονικής ασυνέχειας, σύγχυσης στόχων και μέσων, απουσίας προγραμματισμού και κατεύθυνσης. Αν είναι δεδομένη αυτή η πραγματικότητα, τότε το ζήτημα της ποιότητας τίθεται με ακόμη μεγαλύτερη οξύτητα: είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όχι ως διοικητική περιγραφή επίτευξης κάποιων προκαθορισμένων στόχων πλήρωσης θέσεων ή δημιουργίας υπηρεσιών, αλλά στη βάση της ποιότητας φροντίδας που παρέχουν» (Σ. Στυλιανίδης, 1993).*



Μία μόνο νότα αισιοδοξίας διαφαίνεται μέσα από την εφαρμογή του ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια» όπου αρχίζουν να «επιβάλλονται» θεσμικά διαδικασίες αξιολόγησης κυρίως διαχειριστικού χαρακτήρα, οι οποίες, όμως εφαρμόζονται ακόμη αποσπασματικά, δεδομένου ότι δεν εντάσσονται σε κάποιο συνολικό σχεδιασμό για ανάπτυξη ενός οργανωμένου συστήματος. Η έννοια της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας εξαντλείται κυρίως στη μέτρηση της σε όρους απορρόφησης κονδυλίων και παρακολούθησης χρονοδιαγραμμάτων. Η πλούσια εμπειρία της Λέρου, για παράδειγμα θα μπορούσε να τύχει κάποιας θεωρητικοποίησης, έτσι ώστε να αποτελέσει βάση και εφαλτήριο για μία ουσιαστική μεθοδολογική προσέγγιση.

Σήμερα, μεσούσης της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας στη ψυχιατρική, αιτήματα όπως τα παραπάνω δεσπάζουν πλέον επιβλητικά. Με το εχέγγυο των υφιστάμενων δομών από το κανονισμό 815/84 και με πάρα πολλά έργα ενταγμένα στο ΕΠ «Υγεία- Πρόνοια» σε εξέλιξη θα λέγαμε ότι η ωριμότητα της συνθήκης είναι τέτοια που επιβάλλει την αρχή του διαλόγου ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα, τη πολιτεία και τους εμπλεκόμενους, έτσι ώστε να τεθούν οι βάσεις για την οικοδόμηση μιας ενιαίας διαδικασίας αξιολόγησης, προσανατολισμένης στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών Ψ.Υ. αν όχι για τίποτα άλλο, για την εξασφάλιση της συνέχειας της μεταρρυθμιστικής αυτής διαδικασίας και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Η εξέλιξη των διαφόρων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δεν είναι σε καμία περίπτωση δεδομένη. Θα εξαρτηθεί από τη γενικότερη εξέλιξη του συστήματος της ψυχιατρικής φροντίδας. Το ερώτημα που τίθεται σχετικά με το μέλλον είναι συνολικό: Θα έχουν οι εξωνοσοκομειακές δομές την οικονομική και διοικητική στήριξη που χρειάζονται? Ποια θα είναι η σύνδεση τους με το Ψυχιατρείο και πόσο θα εξαρτώνται από τους δύσκαμπτους γραφειοκρατικούς μηχανισμούς τους? Θα οργανωθεί ένα συνολικότερο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στο οποίο θα ενταχθούν? (Μεταξά Μ., «Η σημασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για μια νέα αντίληψη της ψυχιατρικής φροντίδας», Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.83, 2003).

Εμείς θα συμπληρώναμε ότι η απάντηση και σε αυτό το γενικότερο προβληματισμό είναι η *ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας*.

## **Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α**

Η ποιότητα αποτελεί έννοια σύνθετη, που διατρέχει την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και σε μεγάλο βαθμό επαναπροσδιορίζεται και επανατροφοδοτείται σύμφωνα με την άποψη των χρηστών.

Τελικό ζητούμενο είναι η «μετρήσιμη και συνεχώς βελτιούμενη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας». Η ποιότητα αποτελεί ανεξάρτητη μεταβλητή μιας σύνθετης Επιστημονικής συνάρτησης, που διατρέχει την λειτουργική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και αφορά στο σύνολο των συντελεστών παραγωγής στις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, τεχνικό προσωπικό κλπ)

Τα συστήματα διοίκησης και ποιότητας κατά την τελευταία δεκαετία επισημαίνουν αυτό το γεγονός.

Η ποιότητα αφορά στα δεδομένα (ποιότητα δεδομένων) στην πληροφορία (ποιότητα πληροφορίας) στο ίδιο το πληροφοριακό σύστημα των υπηρεσιών υγείας και στις ηλεκτρονικές πύλες υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας, οι Διοικητικές Υγειονομικές περιφέρειες καθώς και οι διοικήσεις των Νοσοκομείων θέτουν ως κύριο άξονα της Μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας την βελτίωση της ποιότητας.

Ειδικότερα για το χώρο της Ψυχικής Υγείας θα πρέπει όλες οι υπηρεσίες να λειτουργούν σε ένα σύγχρονο διοικητικό πλαίσιο ανεξαρτήτων του φορέα τους.

Η εφαρμογή του μοντέλου Διοίκησης ολικής ποιότητας ως μια σύγχρονη διοικητική φιλοσοφία με θεαματικά αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας των παραγομένων υπηρεσιών, την αύξηση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας των οργανισμών στους οποίους έχει εφαρμοστεί μοιάζει να αποτελεί τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο διαχείρισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Επομένως θα πρέπει να δοθεί η απαραίτητη σημασία στις προϋποθέσεις που απαιτεί με τέτοια διαδικασία, οι οποίες είναι:

- Εκτεταμένη πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση για θέματα ποιότητας όλου του προσωπικού σε όλες τις ειδικότητες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Εκτεταμένη χρήση πληροφοριακών συστημάτων
- Ενσωμάτωση της ποιοτικής διοίκησης στη καθημερινή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
- Εστίαση των δραστηριοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αναγνώριση της ιδιαιτερότητας του λόγω των χαμένων δεξιοτήτων του από την ψυχική νόσο.

Είναι βέβαιο ότι τα προτεινόμενα αντιμετωπίζουν και θα αντιμετωπίσουν αρκετά εμπόδια ιδίως στο χώρο των Ψυχικών Νοσ/μείων .

Είναι επομένως απαραίτητη η σταδιακή αλλαγή της νοοτροπίας και των τεχνικών διαχείρισης.

Με δεδομένο ότι όλα σχεδόν τα ψυχιατρεία στη χώρα μας φέρουν τη βαριά κληρονομιά του σπιγματισμού, πιστεύουμε ότι μέσα από τη διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα πρέπει να μετατραπούν από διαχειριστές της ασυλικής ψυχιατρικής σε ένα σύγχρονο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τις ανάγκες της κοινωνίας.

Είναι ακόμα αντιληπτό ότι το Ιατροκεντρικό μοντέλο στην οργάνωση και διαχείριση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τις ανάγκες της κοινωνίας .

Είναι ακόμα αντιληπτό ότι το Ιατροκεντρικό μοντέλο στην οργάνωση και διαχείριση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει ν' αλλάζει και να γίνει πιο ευέλικτο με την συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η διατομεακή δράση όλων των επαγγελματιών που εμπλέκονται στο σύστημα παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (συμπεράσματα ημερίδας, Περιοδικό Κοινωνία & Υγεία τεύχος 3 – Σεπτέμβριος –Δεκέμβριος 2004 , Ευθυμίου Χρ.), θα εξασφαλίσει ποιοτικές υπηρεσίες προς όφελος των χρηστών και όχι του συστήματος.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

1. **Α. Χαϊδεμένος, Α. Αβραμίδης, Ε. Μαυροπούλου** «Το οικοτροφείο είναι εξωνοσοκομειακή δομή που βοηθά στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των φιλοξενουμένων» Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 85, σελ. 104-109, 2004

2. **Δαμίγος Δ.**, Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνα ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Πρακτικά Συμποσίου: <Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη . Τρεις Ευρωπαϊκές Εμπειρίες: Η σημασία μιας παράλληλης πορείας της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της Αποασυλοποίησης> 16, 18 Μαΐου 2002, Πάντειο Πανεπιστήμιο ΑΘΗΝΑ
3. **Διπλ. Εργασία:** “Συστήματα πιστοποίησης ποιότητας σε φορείς υπηρεσιών υγείας. Μοντέλο της Joint Commission. Συγκριτική ανάλυση , Ευάγγελος Τριανταφύλλης Αθήνα 2003
4. **Διπλ. Εργασία:** “Υποδείγματα ποιότητας υγείας στη Ευρωπαϊκή Ένωση στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα, Σεμετζίδης Χ. Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
5. **Μαδιανός Μ.**, «Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS). Η αξιοπιστία και η εγγυρότητα της στον ελληνικό χώρο» *Εγκέφαλος* 1987, 24: 97-100
6. **Σ. Στυλιανίδης, Ν. Γκιωνάκης**, «Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας στη ψυχική υγεία: Μεθοδολογικές παρατηρήσεις» *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 49, σελ. 22-34, 1993 .

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Anthony W, Cohen M, Cohen B**, *The philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach*, *New Directions in Mental Health* 1983, 17: 67-79
2. **Bohigas L & Heaton C. (2000)** *Methods for external evaluation of health Care institutions*, *international journal for Quality in Health Care* vol 12(3) PP 231-238
3. **Casey J. (1993)** “*Into Battle with Total Quality Management* *international journal of Health Care Quality Assurance*
4. **Crago M, Brown J, & Merry M (2001)** *from Compliance to Excellence: Patient safety foundation for Healthy Communities*, *New Hampshire Hospital Association Concord, New Hampshire* .
5. **Farkas M, O’Brien W, Nemeo P**, *A graduate level curriculum in psychiatric rehabilitation: feeling a need*, *Psychological Rehabilitation Journal* 1988, 12: 53-56
6. **Garber A (2001)**, *Evidence –based coverage policy*, *Health Affairs*
7. **Herzlinger R (2002)** *Let’s Put Consumers in charge of Health Care*, *Harvard Business Review* July 2002
8. **Homes are for living in**, Department of Health, Social Services Inspectorate London: HMSO, 1993.
9. **Irvine, D & Donaldson L (1993)**, *Quality and standards in health care*, *Proceedings of the Royal Society of Edinburgh* vol 1 (101B) pp 1-30
10. **ISO 9001: 2000 / Healthmark (2002)** *Guidance notes for Hospitals* Published by SGSUnited Kingdom Ltd.
11. **Pierluigi Morosini, Massimo Casacchia, Rita Roncone** “*Qualita dei Servizi di Salute Mentale*” *Il Pensiero Scientifico Editore* 2000
12. **Rosaria Pioli, Giuseppe Rossi, Perluigi Morosini** “*Accreditamento volontario tra peri delle structure residenziali riabilitative in salute mentale*” *Psichiatria di Comunita* 8, *Centro Scientifico Editore* 2003
13. **Saraceno B, Barbato A**, “*Avaluation of psychiatric rehabilitation*, *International Journal of Mental Health* 1995, 24: 98-99.