

Ερευνητική εργασία

Πρόσβαση νέων ασθενών σε υπηρεσίες ψυχιατρικής παρακολούθησης: Βελτιώνοντας τους ποιοτικούς δείκτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Δήμητρα Μπουραζάνα, Ηλίας Βλάχος, Παναγιώτης Αριστοτελίδης, Αικατερίνη Κουρέτα, Ελένη Λεμπέση, Παρασκευή Χονδράκη, Σίσσυ Τσαντήλα, Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Μαρία Μαργαρίτη

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 24 Ιουλίου 2020/Αναθεωρήθηκε 16 Σεπτεμβρίου 2020/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 28 Μαΐου 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προσβασιμότητα των ασθενών στο σύστημα υγείας και η ταχεία και αποτελεσματική ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες των ασθενών συνιστούν βασικούς δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σημαντική παράμετρος της προσβασιμότητας είναι ο χρόνος αναμονής που απαιτείται για να εισέλθει ένας νέος ασθενής στο σύστημα υγείας. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της χρήσης ενός οργανωμένου συστήματος διαχείρισης νέων αιτημάτων για ψυχιατρική παρακολούθηση βασισμένο στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Το σύστημα αυτό, ενώ λαμβάνει υπόψη του τον διοικητικό καταμερισμό του συστήματος υγείας, παρεμβαίνει στους χρόνους αναμονής αξιολογώντας με ιατρικά και ηθικά κριτήρια, μέσω διαβαθμισμένης ιεράρχησης, τα αιτήματα. Βασικός στόχος ήταν η μείωση του χρόνου αναμονής και η βέλτιστη ανταπόκριση της υπηρεσίας μας στις ανάγκες των ασθενών μας. Εξετάστηκαν τα 1839 νέα αιτήματα για πρώτη ψυχιατρική εκτίμηση στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου του έτους 2019, σε σχέση με διάφορες παραμέτρους και η αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης στους χρόνους αναμονής. Η μέση ηλικία των αιτούντων ήταν 45,8 ($\pm 16,8$) με στατιστικά σημαντική επικράτηση των γυναικών έναντι των ανδρών ($N=1062$, 59,1%, $p<0,05$). Αξιοσημείωτη επίσης ήταν η αναζήτηση βοήθειας από τομείς ψυχικής υγείας άλλων περιοχών καθώς μόνο 332 (18,6%) των συνολικών αιτημάτων προερχόταν από τον τομέα ευθύνης του νοσοκομείου μας. Η αρχική επικοινωνία με τους αιτούντες και η αξιολόγηση των αιτημάτων έκανε εφικτή την ορθότερη διαχείριση με άμεση παραπομπή σε ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες ανάλογα με τη φύση των περιστατικών και ανακατεύθυνση κάποιων αιτημάτων στις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για 1057 (57,5%). Τα εναπομείναντα 595 (33,4%) αιτήματα, μετά την ιεράρχησή τους σε τρεις κατηγορίες διαβαθμισμένης προτεραιότητας, τοποθετήθηκαν στα τακτικά ιατρεία ψυχιατρικής παρακολούθησης με χρόνους αναμονής 25 ημέρες, 50 ημέρες και 76 ημέρες αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι η χρήση συστηματοποιημένης διαχείρισης των αιτημάτων για ψυχιατρική εξέταση, όταν είναι επιστημονικά και ηθικά τεκμηριωμένα, μπορεί να παρέχει πολλαπλό όφελος στις υπηρεσίες υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσβασιμότητα, ανταποκρισιμότητα, χρόνος αναμονής, δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τομεοποίηση ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Εισαγωγή

Ένα από τα αναγνωρισμένα προβλήματα στον χώρο της ψυχικής υγείας είναι η πολύμηνη αναμονή των ασθενών που απευθύνονται στις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με αίτημα την ψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση.¹⁻⁴ Η προσβασιμότητα και η ανταποκρισιμότητα είναι δύο έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η προσβασιμότητα (accessibility) των υπηρεσιών αναφέρεται στη δυνατότητα των χρηστών/ασθενών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στον σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους,^{5,6} ενώ η ανταποκρισιμότητα (responsiveness) αναφέρεται στη δυνατότητα μιας υπηρεσίας υγείας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων χρηστών της.⁷ Ένα από τα στοιχεία μέτρησης της προσβασιμότητας καθορίζεται από τον μέγιστο χρόνο αναμονής για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία,⁴ όπου αξιολογείται ο βαθμός ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στη ζήτηση.

Ιδιαίτερα στον χώρο της ψυχικής υγείας, η έγκαιρη πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι καθοριστική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές⁴ και θεωρείται ζωτικής σημασίας για την επιτυχή πρόγνωση της πορείας της ψυχικής νόσου.^{8,9} Η αναμονή μπορεί να λειτουργήσει επιβαρυντικά στο άτομο, στην κοινωνία αλλά και στο σύστημα υγείας γενικότερα⁴ καθώς συνδέεται με αύξηση των ψυχιατρικών νοσηλείων, με επιβάρυνση της ψυχικής υγείας και την αυτοκτονικότητα.⁴ Η μακροχρόνια αναμονή σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά μη προσέλευσης των ατόμων στο καθορισμένο ραντεβού^{4,10-12} και έχει ως συνέπεια αφενός να δαπανάται πολύτιμος χρόνος από το προσωπικό των υπηρεσιών και αφετέρου να μειώνεται η αποτελεσματικότητα του συστήματος ψυχικής υγείας.^{10,4} Ιδιαίτερα δε για τους νέους ασθενείς που απευθύνονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, η αρχική αρνητική εντύπωση που μπορεί να οφείλεται στον μεγάλο χρόνο αναμονής, μπορεί να οδηγήσει σε απροθυμία αναζήτησης βοήθειας μελλοντικά.⁹

Η διαχείριση των αιτημάτων έχει απασχολήσει όλα τα συστήματα ψυχικής υγείας σε όλο τον κόσμο.^{5,4,13} Ως διαδικασία, εκ πρώτης όψης φαίνεται μια απλή και καθαρά διοικητική πράξη. Εντούτοις, είναι μια αρκετά περίπλοκη διαδικασία και η εφαρμογή της χρειάζεται ένα οργανωτικό πλαίσιο όπου θα πρέπει διοικητικά, επιστημονικά αλλά και ηθικά, να είναι τεκμηριωμένο.⁹

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, δεν υπάρχει συμφωνία για το ποιο είναι το αποδεκτό διάστημα αναμονής για ιατρικό ραντεβού, είτε πρόκειται για την πρωτοβάθμια φροντίδα είτε για εξειδικευμένη φροντίδα είτε για ραντεβού στο τομέα της ψυχικής υγείας.¹⁴ Περιορισμένη επίσης είναι η έρευνα σχετικά με τους

χρόνους αναμονής των εξυπηρετούμενων για πρώτη ψυχιατρική εκτίμηση.⁸ Από κάποιες μελέτες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι μπορούν να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των υπηρεσιών.¹⁵ Κάποιοι ερευνητές¹⁶ αναφέρουν ότι ο διάμεσος χρόνος για μια ψυχιατρική αξιολόγηση είναι μεταξύ 7 και 30 ημερών στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς διαφορές όσον αφορά στο επίπεδο βαρύτητας της παθολογίας, ενώ οι χρόνοι αναμονής που αναφέρονται στην πρόσβαση για ψυχοθεραπεία, συχνά απαιτούν περισσότερους από δύο μήνες. Στη Νορβηγία, για παράδειγμα, αναφέρεται ότι ο χρόνος αναμονής για την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα ψυχικής υγείας ενηλίκων είναι 55 ημέρες.¹⁷

Στην Ελλάδα, απ' όσο γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία για το διάστημα που χρειάζεται να περιμένει κάποιος ασθενής προκειμένου να εκτιμηθεί από ψυχίατρο και να έχει ενδεχομένως μια τακτική παρακολούθηση από το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας. Παρ' όλα αυτά, η καθημερινή εμπειρία τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών στις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ενδεικτική της υπερφόρτωσης του συστήματος με πολύμηνες αναμονές για εξέταση στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) των Νοσοκομείων και στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) που πολλές φορές μπορεί να ξεπερνά τους έξι μήνες, σύμφωνα με τις αναφορές των ίδιων των εξυπηρετούμενων.

Το σύστημα αξιολόγησης νέων περιστατικών στα Τακτικά ΕΙ της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ

Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) δεν λειτουργεί ως ηθμός στην πρόσβαση στην εξειδικευμένη θεραπεία των ασθενών και ως εκ τούτου τα αιτήματα για ψυχιατρική εξέταση σε μεγάλο βαθμό προέρχονται από τους ίδιους τους ασθενείς. Επιπλέον, ο καθορισμός των Τομέων Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ) και ο καταμερισμός των υπηρεσιών που αντιστοιχούν σε κάθε τομέα ολοκληρώθηκε μόλις τα τελευταία χρόνια¹⁸⁻²¹ και παρουσιάζονται ακόμη πολλά προβλήματα στη δυνατότητα ανταπόκρισης των υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης των.

Βάσει αυτού του καταμερισμού, η Ψυχιατρική κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου έχει στην ευθύνη της τον 8ο τομέα. Όμως, οι αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι δυσκολίες ανταπόκρισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας στις ανάγκες των ασθενών, οδήγησαν την Πανεπιστημιακή Κλινική, για ένα μεταβατικό διάστημα, στην επιλογή της εξυπηρέτησης ασθενών ανεξαρτήτως τομέα. Έως το 2016 τα αιτήματα εξυπηρετούνταν με απλή λίστα αναμονής από τη γραμματεία των ΕΙ. Η αύξηση όμως των

ασθενών που προσφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας την τελευταία 10ετία λόγω της οικονομικής κρίσης είχε ως αποτέλεσμα τον αυξημένο χρόνο αναμονής για πρώτη ψυχιατρική εξέταση.²² Αναλυτικότερα, οκτώ τακτικά ΕΙ λειτουργούν εβδομαδιαίως (10.000 περίπου συνολικές επισκέψεις κατ' έτος) με αριθμό 700 περίπου νέων περιστατικών ετησίως τα οποία κατανέμονται συνολικά σε 16 νέα περιστατικά ανά εβδομάδα. Η καταχώρηση των ασθενών στα ιατρεία χωρίς την ύπαρξη συστήματος διαχείρισης είχε ως συνέπεια χρόνο αναμονής για ένταξη σε ιατρείο ενός νέου ασθενούς 5–6 μήνες.

Οι αρχικές προσπάθειες συγκράτησης του χρόνου αναμονής με αύξηση του αριθμού των νεοεισερχόμενων ανά ιατρείο, δημιουργούσαν ασφυκτικές πιέσεις με δυσμενή επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών χωρίς να επιλύουν το πρόβλημα. Η ανάγκη οργάνωσης του συστήματος ήταν επιβεβλημένη και για αυτό από το 2017 σχεδιάσαμε και θέσαμε σε εφαρμογή ένα σύστημα διαχείρισης αιτημάτων βασισμένο στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων στο πλαίσιο λειτουργίας μιας ειδικής υπηρεσίας. Την ευθύνη λειτουργίας της υπηρεσίας αναλαμβάνει Κοινωνικός Λειτουργός/Κοινωνιολόγος με ιδιαίτερη εμπειρία στην αξιολόγηση ασθενών. Στην παγκόσμια βιβλιογραφία η ιεράρχηση των αιτημάτων βάσει του βαθμού προτεραιότητας έχει ήδη περιγραφεί στις χειρουργικές διαδικασίες,^{9,23} στο πλαίσιο όμως των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αν και έχουν σημειωθεί οφέλη από τα συστήματα ιεράρχησης και ταξινόμησης δεν έχει υιοθετηθεί ευρέως.^{9,12,24}

Βασική αρχή της λειτουργίας του συστήματος είναι η ανταπόκριση σε όλα τα αιτήματα με τον προσφορότερο τρόπο. Ο χρόνος όμως αναμονής καθορίζεται με κριτήρια πρωτίστως ιατρικά και δεοντολογικά αντί της προτεραιότητας που δίδεται από έναν τυχαίο διοικητικό αριθμό. Σε όλους τους εξυπηρετούμενους αρχικά παρέχονται πληροφορίες για τις εναλλακτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με βάση τον τόπο κατοικίας τους, έτσι ώστε να καλύπτεται η ηθική ευθύνη της υπηρεσίας για πληροφόρηση ως προς τις εναλλακτικές υπηρεσίες που κάθε πολίτης έχει διαθέσιμες.⁹ Καθώς όμως η πλειοψηφία των αιτημάτων παραμένει στην υπηρεσία ακόμη μετά από την παραπάνω διαδικασία, διερευνάται και η καταλληλότητα ως προς τη δυνατότητα ένταξης σε κάποιο από τα Ειδικά Ιατρεία (ΕΙ) της Ψυχιατρικής Κλινικής (π.χ. Συναισθηματικών διαταραχών, Γυναικών, Νευροψυχιατρικής, Ψυχογηριατρικής κ.ά.) με βάση κριτήρια τα οποία έχουν τεθεί από τους υπεύθυνους των ειδικών αυτών ιατρείων (π.χ. υπάρχουσα διάγνωση, ηλικία κ.ά.). Παράλληλα όμως με την αξιολόγηση των αιτημάτων και το απαραίτητο "triage", τίθεται σε λειτουργία ένα σύστημα ιεράρχησης προτεραιοτήτων για τα περιστατικά που θα ενταχθούν στα τακτικά ΕΙ το οποίο παρουσιάζεται στον πίνακα 1. Τέλος, διατηρείται αρχείο καταγρα-

φής των βασικών πληροφοριών του αιτήματος και της έκβασής του.

Οι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι: (α) Η παρουσίαση της αποτελεσματικότητας του συστήματος διαχείρισης που υιοθετήθηκε, στη βελτίωση των δεικτών προσβασιμότητας των ασθενών στην υπηρεσία, (β) η προσφορά πολύτιμων στοιχείων αναφορικά με την ανταποκρισιμότητα του συστήματος ψυχικής υγείας της χώρας στις ανάγκες των ασθενών και (γ) η συμβολή σε έναν γόνιμο διάλογο για τη βέλτιστη αντιμετώπιση του προβλήματος της προσβασιμότητας των ασθενών στο σύστημα ψυχικής υγείας.

Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για προοπτική μελέτη η οποία στηρίχτηκε στα αιτήματα εξυπηρετούμενων που κατεγράφησαν στη γραμματεία των εξωτερικών ιατρείων για ολόκληρο το έτος 2019. Στοιχεία που ελήφθησαν κατά την επικοινωνία κωδικοποιήθηκαν ανώνυμα και παράλληλα καταχωρήθηκαν σε ψηφιακή βάση δεδομένων. Οι πληροφορίες αφορούσαν: φύλο, ηλικία, πηγή παραπομπής, αίτημα, λόγος προτίμησης του Αιγινήτειου, έκβαση, βαθμός προτεραιότητας, άτομο επικοινωνίας, ημερομηνία καταγραφής αιτήματος, ημερομηνία επικοινωνίας, ημερομηνία ραντεβού (εάν η έκβαση ήταν ραντεβού στα τακτικά ιατρεία του Αιγινήτειου). Ο μελετώμενος πληθυσμός ήταν το σύνολο (100%) των αιτημάτων ενώ οι μεταβλητές αφορούσαν: φύλο, ηλικία, εάν η επίσκεψη σε υπηρεσία ψυχικής υγείας γίνεται για πρώτη φορά, πηγή παραπομπής, τομέας προέλευσης, αίτημα, λόγος προτίμησης του Αιγινήτειου, έκβαση, βαθμός προτεραιότητας, άτομο επικοινωνίας. Το πρωτόκολλο της έρευνας έλαβε άδεια από την επιτροπή Βιοηθικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Για την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση με τις μεθόδους της περιγραφικής στατιστικής των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών IBM SPSS έκδοσης 25. Για όλες τις αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. Ελέγχθηκε η κανονικότητα των κατανομών (υπολογίζοντας την τιμή «z-score» της ασυμμετρίας και της κύρτωσης)²⁵ και χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος Student's t-test και ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για τον έλεγχο των στατιστικών διαφορών μεταξύ διαφόρων μεταβλητών.

Αποτελέσματα

Στην περίοδο του έτους 2019 κατεγράφησαν 1839 νέα αιτήματα από τα οποία 466 (25,9%) ήταν αιτήματα εξυπηρετούμενων οι οποίοι αναζήτησαν βοήθεια για πρώτη φορά (δημόσια ή ιδιωτικά). Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τα γενικά χαρακτηριστικά αυτών.

Πίνακας 1. Ιεραρχικό σύστημα διαχείρισης των αιτημάτων.

Ιεράρχηση αιτημάτων	Εκτιμώμενος χρόνος αναμονής*	Τελικός χρόνος αναμονής**
A Προτεραιότητα		
Συμπεριλαμβάνονται στον 8ο ΤΟΨΥ με αίτημα για ψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση.		
Ανήκουν σε διαφορετικό ΤΟΨΥ αλλά έχουν σύσταση από τα ιατρεία επείγοντων της ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινήτειου για παρακολούθηση στα ΤΙ της κλινικής. Προέρχονται από περιοχές χωρίς επαρκείς ψυχιατρικές υπηρεσίες.	Έως 1 μήνα	25 ημέρες
B Προτεραιότητα		
Ανήκουν στον 8ο τομέα και το κύριο αίτημά τους είναι:		
<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη πιστοποιητικού ψυχικής υγείας για διοικητικούς λόγους, • Η ψυχιατρική εκτίμηση για 2η γνώμη (ασθενείς που ήδη παρακολουθούνται αλλού). 	Έως 2 μήνες	50 ημέρες
Ανήκουν σε διαφορετικό ΤΟΨΥ με ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά λόγω πτωχής φαρμακευτικής ανταπόκρισης επιθυμούν αξιολόγηση από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.		
Γ Προτεραιότητα		
Έχουν ήδη παρακολούθηση αλλά επιθυμούν τακτική παρακολούθηση στο Αιγινήτειο.	Έως 3 μήνες	76 ημέρες
Έχουν αποκλειστικό αίτημα τη λήψη πιστοποιητικού ψυχικής υγείας		

*Αφορά στο διάστημα αναμονής που τέθηκε εξαρχής ως στόχος. **Αφορά στο διάστημα αναμονής που επιτεύχθηκε.

Πίνακας 2. Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικά	Κατηγορίες	N(%)	ΜΟ Ηλικίας (ΤΑ)	1η επαφή με ψυχίατρο N(%)
Φύλο	Άνδρες	734 (40,8%)	43,0 (±16,8%)	163 (30,6%)
	Γυναίκες	1062 (59,1%)	47,8 (±16,6%)	303 (36,9%)
Ηλικία	Έως 19	78 (4,50%)		16 (29,1%)
	20–29	290 (16,9%)		102 (42,7%)
	30–39	271 (15,8%)		65 (30,1%)
	40–49	356 (20,7%)		90 (37,5%)
	50–59	325 (18,9%)		78 (29,5%)
	60–69	241 (14,0%)		67 (31,5%)
	70+	157 (9,10%)		48 (37,5%)
Ατομο αναφοράς	Ενδιαφερόμενος	1181 (69,6%)		
	Συγγενής 1ου βαθμού	450 (26,5%)		
	Φίλος-Συγγενής	30 (1,8%)		
	Κρατικός λειτουργός	35 (2,1%)		
Παραπέμπων	Υπηρεσίες Αιγινήτειου	231 (13,8%)		
	Κοινοτικές Υπηρεσίες/Υπηρεσίες Υγείας	214 (12,8%)		
	Ιδιώτης ιατρός/Επαγγελματίας Υγείας	107 (6,4%)		
	Παρέμβαση συγγενών/φίλων	378 (22,6%)		
	Ιδία πρωτοβουλία	742 (44,4%)		

Ο μέσος όρος ηλικίας του συνολικού πληθυσμού ήταν 45,8 ($\pm 16,8$) έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στα δύο φύλα ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών ήταν μικρότερος των γυναικών. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την 1η εξέταση ($p = 0,017$). Συγκεκριμένα οι άνδρες (30,6%) αναζητούσαν λιγότερο συχνά βοήθεια για 1η φορά σε σχέση με τις γυναίκες (36,9%).

Έκβαση των αιτημάτων

Τα αποτελέσματα από τη διαχείριση αιτημάτων παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Από τα στοιχεία της αρχικής διαχείρισης των αιτημάτων προκύπτει ότι για 595 (33,4%) των εξυπηρετούμενων προγραμματίστηκε ραντεβού σε ιατρείο της υπηρεσίας μας από τους οποίους 380 (56,8%) ανήκαν σε ΤΟΨΥ διαφορετικό του τομέα ευθύνης του Νοσοκομείου.

Ο μέσος χρόνος αναμονής που περίμενε ο εξυπηρετούμενος προκειμένου να ανταποκριθεί η υπηρεσία στο αίτημά του ήταν 3 εργάσιμες ημέρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο μέσος χρόνος αναμονής που προκύπτει για ραντεβού μετά την αρχική διαχείριση των αιτημάτων και χωρίς την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, για κάθε πρώτο νέο περιστατικό είναι 45 ημερολογιακές ημέρες, ενώ κατόπιν της διαδικασίας ιεράρχησης οι χρόνοι αναμονής που προέκυψαν ήταν 25 ημερολογιακές ημέρες για αιτήματα Α προτεραιότητας, 50 ημέρες για τα αιτήματα Β προτεραιότητας και 76 ημέρες για τα αιτήματα Γ προτεραιότητας. Αυξημένη προτεραιότητα (Α) δόθηκε σε 282 (48%) αιτήματα, μέτρια (Β) σε 173 (29%) αιτήματα και ήπια (Γ) σε 140 (23%) αιτήματα.

Πίνακας 3. Διαχείριση των αιτημάτων.

Έκβαση	N (%)
1. Ραντεβού σε Τακτικό Ιατρείο	595 (33,4%)
2. Παραπομπή σε Ειδικό Ιατρείο	140 (7,9%)
3. Παραπομπή σε εξειδικευμένη υπηρεσία Αιγινήτειου	49 (2,8%)
4. Παραπομπή σε Υπηρεσία ΤΟΨΥ προέλευσης	638 (35,8)
5. Ακύρωση αιτήματος	113 (6,3%)
6. Τηλεφωνική πληροφόρηση/συμβουλευτική	44 (2,5%)
7. Παραπομπή σε Εφημερεύον Νοσοκομείο	28 (1,6%)
8. Παραπομπή εκ νέου στη Γραμματεία ΕΙ/Επανεξέταση	14 (0,8%)
9. Παραπομπή στα Επείγοντα Ψυχιατρικής	86 (4,8%)
10. Δεν απαντήθηκαν οι κλήσεις από τους ενδιαφερόμενους	74 (4,2%)

Στοιχεία από τους τομείς προέλευσης

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τα στοιχεία προέλευσης και ανταπόκρισης στα αιτήματα από όλα τα ΤΟΨΥ (Αττικής και Επικράτειας) με έκβαση ραντεβού σε ιατρείο της υπηρεσίας μας. Σύμφωνα με τη διεύθυνση του τόπου κατοικίας των εξυπηρετούμενων, ο τομέας εξυπηρέτησης της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ (8ος τομέας) καταλαμβάνει μόλις 332 (18,6%) αιτήματα ενώ ισχυρή παρουσία αιτημάτων υπήρχε από τους όμορους (γειτονικούς) τομείς (7ο, 9ο, 10ο).

Λόγοι που ζητήθηκε η εξέταση και προτιμήθηκε η Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου

Οι κατηγορίες των αιτημάτων παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Η πλειοψηφία τους αφορούσε σε αιτήματα για ψυχιατρική εξέταση και παρακολούθηση λόγω υφιστάμενης ψυχοπαθολογικής διαταραχής.

Κατά την εξέταση του λόγου για τον οποίο προτιμήσαν την υπηρεσία μας, η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε ότι επέλεξε την υπηρεσία μας λόγω της ιδιότητάς του ως Πανεπιστημιακό/Εξειδικευμένο Νοσοκομείο. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις που έδωσαν οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι.

Συζήτηση

Αυτή η μελέτη παρουσιάζει τα αποτελέσματα της επιλογής ενός συστήματος οργανωμένης διαχείρισης νέων

Πίνακας 4. Στοιχεία προέλευσης και ικανοποίησης αιτημάτων ανά Τομέα Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ).

ΤΟΨΥ προέλευσης αιτημάτων	Αριθμός Αιτημάτων (%)	Ένταξη αιτημάτων* στα Τακτικά Ιατρεία ανάλογα με τους ΤΟΨΥ προέλευσης (%)
1ος	110 (6,2%)	27 (24,5%)
2ος	71 (4,0%)	7 (9,9%)
3ος	57 (3,2%)	14 (24,6%)
4ος	108 (6,0%)	30 (27,8%)
5ος	111 (6,2%)	26 (23,4%)
6ος	99 (5,5%)	31 (31,3%)
7ος	292 (16,3%)	76 (26,0%)
8ος	332 (18,6%)	215 (64,8%)
9ος	208 (11,6%)	52 (25,0%)
10ος	199 (11,1%)	45 (22,6%)
11ος	101 (5,7%)	31 (30,7%)
Επαρχία	97 (5,4%)	40 (41,2%)
Εξωτερικό	1 (0,1%)	1 (100%)
Σύνολο	1786 (96,95%)	595 (33,4%)

*Μετά από την αρχική διαχείριση των αιτημάτων

Πίνακας 5. Κατηγορίες αιτημάτων.

Κατηγορία αιτήματος	N	(%)
1. Ψυχιατρική παρακολούθηση	1155	(69,0%)
2. Ψυχιατρική εκτίμηση για Πιστοποιητικό	244	(14,6%)
3. Ψυχιατρική εκτίμηση για ψυχολογικά tests	23	(1,4%)
4. Ψυχιατρική εκτίμηση για ψυχοθεραπεία	76	(4,5%)
5. Συμβουλευτική/ψυχολογική υποστήριξη	56	(3,3%)
6. Ψυχιατρική εκτίμηση για 2η γνώμη	51	(3,0%)
7. Λάθος αίτημα	70	(4,2%)

Πίνακας 6. Λόγος προτίμησης Ψυχιατρικής Κλινικής Αιγινήτειου.

Αναφερόμενοι λόγοι	N	(%)
1. Οικονομικοί λόγοι/Δημόσιος φορέας	338	(20,4%)
2. Πανεπιστημιακό /Εξειδικευμένο Νοσοκομείο	804	(48,6%)
3. Προσωπικοί λόγοι	95	(5,7%)
4. Σύσταση από επείγοντα Ψυχιατρικής	79	(4,8%)
5. Σύσταση από δομή Αιγινήτειου	53	(3,2%)
6. Ανήκει στον τομέα εξυπηρέτησης (8ο ΤΟΨΥ)	270	(16,3%)
7. Μακρινό ραντεβού στο ΤΟΨΥ εξυπηρέτησης (>3 μήνες)	15	(0,9%)

αιτημάτων για ψυχιατρική εξέταση στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ και την επίδρασή του στους ποιοτικούς δείκτες υπηρεσιών αναφορικά με την προσβασιμότητα και την ανταποκρισιμότητα της υπηρεσίας μας. Σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι ότι μπορεί να αναπροσαρμοστεί ανάλογα με τις οργανωτικές προτεραιότητες που θέτει η υπηρεσία, χωρίς να υπάρχει συσσώρευση αιτημάτων, μεγάλοι χρόνοι αναμονής και σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού.

Το σύστημα αυτό, συγχρόνως με τη διαχείριση και την ανακατεύθυνση των αιτημάτων εμπεριέχει μια σύντομη ψυχοκοινωνική παρέμβαση. Τα οφέλη αυτών των παρεμβάσεων που απορρέουν από τις διαδικασίες διαχείρισης αιτημάτων είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένα.⁹

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο χρόνος αναμονής των ασθενών μειώθηκε σημαντικά σε σχέση με το χρόνο που απαιτείτο χωρίς το σύστημα διαχείρισης. Χωρίς τη λειτουργία του συστήματος και δεδομένου ότι η δυνατότητα για πρώτη ψυχιατρική εξέταση σε τακτικό ιατρείο ήταν 16 νέα περιστατικά/εβδομάδα, το νοσοκομείο μας θα μπορούσε να ανταποκρίνεται στα αιτήματα αυτά με έναν μέσο χρόνο αναμονής τουλάχιστον 6 μηνών και ανακόπτοντας κατά διαστήματα τη ροή των νέων αιτημάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση του συστήματος διαχείρισης χωρίς την ιεράρχηση προτεραιοτήτων θα είχε ως αποτέλεσμα μέσο χρόνο αναμονής

για κάθε ασθενή τις 45 ημέρες, που μπορεί να θεωρηθεί επαρκής. Θέτοντας όμως σε λειτουργία το σύστημα ιεράρχησης προτεραιοτήτων, επιτεύχθηκε ακόμη μεγαλύτερη μείωση του χρόνου αναμονής σε 25 ημέρες για αιτήματα Α προτεραιότητας δηλαδή για ασθενείς που είχαν αυξημένες ιατρικές ανάγκες.

Η χρήση επιπλέον του συστήματος αυτού, έδωσε την ευκαιρία σε έναν σημαντικό αριθμό ασθενών να παραπεμφθούν ανάλογα με τη φύση του προβλήματός τους, σε ειδικές υπηρεσίες είτε του νοσοκομείου είτε άλλων νοσοκομείων. Χωρίς αυτήν την υπηρεσία ένας σημαντικός αριθμός ασθενών (27,4% του συνόλου των αιτημάτων) θα καθυστερούσε σημαντικά να λάβει την κατάλληλη θεραπεία καθώς θα παρεμβάλετο η ένταξη στα τακτικά ιατρεία ενώ συγχρόνως θα υπήρχε άσκοπη επιβάρυνση της υπηρεσίας των ΤΕΙ.

Από τα στοιχεία που προέκυψαν επίσης από τη μελέτη συνάγεται ότι σε σχέση με τα προερχόμενα αιτήματα με βάση το φύλο, σημαντική ήταν η υπεροχή των αιτημάτων από γυναίκες ως προς την αναζήτηση βοήθειας. Η έρευνα ενισχύει προγενέστερες έρευνες, όπου το φύλο είναι ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας.^{26,27} Παρατηρήθηκε επίσης ότι 1 στους 4 απευθυνόταν σε υπηρεσία ψυχικής υγείας πρώτη φορά. Σε ανάλογη έρευνα που έγινε το 2010 από το Κέντρο ψυχικής Υγείας Ζωγράφου, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν (39,5%).²⁶ Σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι νεότερες ηλικίες αναζητούν περισσότερο βοήθεια σε σχέση με τις μεγαλύτερες.

Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία μας το 44,4% αναζήτησε βοήθεια με δική του πρωτοβουλία, ενώ το 87,2% ανέφερε ότι δεν είχε παραπεμφθεί από κάποια υπηρεσία. Τα στοιχεία αυτά είναι ενδεικτικά του χαμηλού επιπέδου ένταξης των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα που έχει ως αποτέλεσμα οι πολίτες να αναζητούν μόνοι χωρίς βοήθεια την κατάλληλη υπηρεσία για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Σημαντική επίσης είναι η προτροπή από το προσωπικό, άμεσο κοινωνικό δίκτυο (22,6%) στην αναζήτηση βοήθειας που επαληθεύει τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών.²⁶

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία αναφορικά με τους ΤΟΨΥ προέλευσης των εξυπηρετούμενων. Σημαντικός αριθμός αιτημάτων έχει προέλευση από όμορους ΤΟΨΥ (7ος, 9ος, 10ος) σε ίδιο σχεδόν ποσοστό με τον ΤΟΨΥ εξυπηρέτησης της κλινικής μας (8ος ΤΟΨΥ). Παρατηρούνται επίσης αρκετά αιτήματα από όλους σχεδόν τους τομείς της Αττικής αλλά και από τομείς της υπόλοιπης επικράτειας. Η κάλυψη των αιτημάτων που παρείχε η υπηρεσία μας σε σχέση με τους ΤΟΨΥ ήταν πλήρης για τον 8ο ΤΟΨΥ ενώ αιτήματα από τους 1ο, 4ο, 5ο, 6ο, 7ο, 9ο, 10ο, 11ο ΤΟΨΥ της Αττικής καλύφθηκαν περίπου κατά 25%, αιτήματα από τον 2ο

και 3ο ΤΟΨΥ έως 14% και από την επαρχία 42,3%. Αν λάβουμε υπόψη ότι η πολιτική διαχείρισης που ακολούθησαμε ήταν να καλύπτουμε όλα τα αιτήματα μετά την πληροφόρηση και την προτροπή να απευθυνθούν στις αντίστοιχες υπηρεσίες του τομέα τους, τα αναφερόμενα ποσοστά είναι ενδεικτικά του βαθμού ανταπόκρισης των ΤΟΨΥ στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης των.

Πράγματι, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι κοινοτικές υπηρεσίες του συστήματος ψυχικής υγείας αδυνατούν στις περισσότερες των περιπτώσεων να ανταποκριθούν έγκαιρα στις ανάγκες των ασθενών όπως φάνηκε να ισχύει για τους περισσότερους ΤΟΨΥ, όπως επίσης ότι υπάρχει σημαντικό έλλειμμα ενημέρωσης του πληθυσμού για τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί ο πολίτης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Βιβλιογραφία

- Canadian mental health Association. *Kids can't wait. Report in wait list and wait times for child and youth mental health care in Ontario*. Children's mental health Ontario, 2020 (Cited 15 May 2020) Available from: <https://cmho.org>
- IOM (Institute of Medicine). *Transforming health care scheduling and access: Getting to Now* (Brief Report). Washington, DC: The National Academies Press, 2015 (Cited 10 May 2020) Available from: <https://www.nap.edu>
- Brunner J, Schweizer CA, Canelo IA, Leung LB, Strauss JL, Yano EM. Timely access to mental health care among women Veterans. *Psychol Serv* 2019, 16:498–503, doi: 10.1037/ser0000226
- Williams ME, Latta J, Conversano P. Eliminating the wait for mental health services. *J Behav Heal Serv Res* 2008, 35:107–114, doi: 10.1007/s11414-007-9091-1
- First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators. The Commonwealth Fund, 2004 (Cited 2 June 2020) Available from: <https://www.commonwealthfund.org>
- Canadian Institute for Health Information. Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework. Ottawa, ON: CIHI 1999, 10 May 2020) Available from: <https://secure.cihi.ca>
- World Health Organization. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. WHO, 2013 (Cited 3 May 2020) Available from: <https://www.who.int>
- Kowalewski K, McLennan JD, McGrath PJ. A preliminary investigation of wait times for child and adolescent mental health services in Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011, 20:112–119, PMID: 21541100
- Brown SA, Parker JD, Godding PR. Administrative, clinical, and ethical issues surrounding the use of waiting lists in the delivery of mental health services. *J Behav Health Serv Res* 2002, 29:217–228, doi: 10.1007/BF02287708
- Galucci G, Swartz W, Hackerman F. Impact of the wait for an initial appointment on the rate of kept appointments at a mental health center. *Psychiatr Serv* 2005, 56:344–346, doi: 10.1176/appi.ps.56.3.344
- Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatr Treat* 2007, 13:423–434, doi: 10.1192/apt.bp.106.003202
- Reitzel LR, Stellrecht NE, Gordon KH, Lima EN, Wingate LRR, Brown JS, et al. Does Time Between Application and Case Assignment Predict Therapy Attendance or Premature Termination in Outpatients? *Psychol Serv* 2006, 3:51–60, doi: 10.1037/1541-1559.3.1.51
- Lakin KC. On the outside looking in: attending to waiting lists in systems of services for people with developmental disabilities. *Ment Retard* 1998, 36:157–162, doi:10.1352/0047-6765(1998)036<0157:OTO-LIA>2.0.CO;2
- IOM (Institute of Medicine). *Transforming health care scheduling and access: Getting to now*. Washington, DC, The National Academies Press, 2015, 1–143, doi.org/10.17226/20220
- Hussey PS, Ringel JS, Ahluwalia S, Price RA, Buttorff C, Concannon TW, et al. Resources and Capabilities of the Department of Veterans Affairs to Provide Timely and Accessible Care to Veterans. *Rand Heal Q* 2016, 5:14, PMID: 28083424
- Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F, Lora A, Caldas De Almeida M. *EU compass for action on mental health and well-being access to mental health in Europe-Scientific Paper 2014* (Cited 7 May 2020) Available from: <https://ec.europa.eu>
- Biringer E, Sundfør B, Davidson L, Hartveit M, and Borg M. Life on a waiting list: How do people experience and cope with delayed access to a community mental health center? *Scand Psychol* 2015, 2, doi: 10.15714/scandpsychol.2.e6
- Official Government Gazette of the Hellenic Republic, Second Issue No 1512 3rd May 2018: Establishment of Mental Health Sectors for Adults in Attica and integration of Mental Health Units. (Common Ministerial Decision No. C3a, b/GP.oik. 30510), (in Greek)
- Official Government Gazette of the Hellenic Republic, Second Issue No 1518 4rd May 2018: Establishment of Mental Health Sectors for Adults in Attica and integration of Mental Health Units. (Common Ministerial Decision No. C3a, b/GP. oik. 31460), (in Greek)
- Official Government Gazette of the Hellenic Republic, Second Issue No 1029 27rd March 2019: Establishment of Mental Health

- Sectors for Adults in Attica and integration of Mental Health Units. (Common Ministerial Decision No. C3a, b/GP. oik. 19725), (in Greek)
21. Official Government Gazette of the Hellenic Republic, Second Issue No 244 5rd February 2019: Establishment of Mental Health Sectors for Adults in the country (except Attica) and integration of Mental Health Units (Common Ministerial Decision No. C3a/GP. oik. 5679), (in Greek)
 22. Margariti M. "Impact of the economic crisis in mental health. Comparative data from the outpatient department of Psychiatric Clinic of Eginition hospital in Athens (2005–2008) vs. (2009–2012)" Paper presented at the International and Monothematic Congress of the Hellenic Psychiatric Association "Crises and Disasters: Psychosocial Consequences" 06 – 09 March 2013 Athens, Greece
 23. Martin DK., Walton N, Singer PA. Priority setting in surgery: Improve the process and share the learning. *World J Surg* 2003, 27:962–966, doi: 10.1007/s00268-003-7100-y
 24. Jones E, Lucey C, Wadland L. Triage: A waiting list initiative in a child mental health service. *Psychiatr Bull* 2000, 24:57–59, doi: 10.1192/pb.24.2.57
 25. Ghasemi A, Zahedias I S. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab* 2012, 10:486–489, doi: 10.5812/ijem.3505
 26. Zartaloudi A, Madianos M. Help-seeking from a Community Mental Health Centre. *Psychiatriki* 2010, 21:126–135, PMID: 22214919
 27. Addis ME, Mahalik JR. Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *Am Psychol* 2003, 58:5–14, doi: 10.1037/0003-066x.58.1.5

Research article

New patients' access to psychiatric treatment services: Improving the quality indicators of mental health services

Dimitra Mpourazana, Ilias Vlachos, Panagiotis Aristotelidis,
Aikaterini Koureta, Eleni Lempesi, Paraskevi Chondraki,
Sisi Tsantila, Charalampos Papageorgiou, Maria Margariti

First Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 24 July 2020 / Revised 16 September 2020 / Published Online 28 May 2021

ABSTRACT

Accessibility of patients to the health system as well as the system's rapid and effective response to patients' needs constitute basic quality indices of health services. Major parameter of accessibility is the required waiting time for a new patient to enter the health system. We present the results of the use of an organized system for the management of new requests for psychiatric treatment, which is based on the triage and evaluation of priorities. While taking into consideration the administrative distribution of the health services, our system intervenes in the waiting time by evaluating the requests in terms of medical and moral criteria, via gradual prioritization. Principal aim is waiting time reduction as well as the optimal response of our service to the needs of our patients. This perspective study was based on the new requests. The 1839 (100%) requests for first psychiatric evaluation at the outpatient clinic of Eginition University Hospital in 2019 were studied in relation to different parameters, as well as the efficacy of the system in terms of waiting-time management. Mean age of the petitioners was 45.8 (± 16.8), with statistically significant rate of women over men ($N=1062$, 59.1%, $p<0.05$). The initial communication with the petitioners and the evaluation of the requests rendered the correct management feasible via immediate referrals to special psychiatric services depending on the nature of the cases, as well as redirection to their local psychiatric services for 1057 (57.5%) of the requests, where needed. The remaining 595 (33.4%) requests, after their assortment into three categories of graded prioritization, were placed in outpatient psychiatric clinics after waiting time of 25 days, 50 days and 76 days, respectively. In conclusion, the results of the study show that the systematic management of psychiatric treatment requests, when scientifically and ethically substantiated, may provide mental health services with manifold benefits.

KEYWORDS: Mental health services, accessibility, responsiveness, waiting time, indices of quality in mental health services, sectorization of mental health services.