

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Νίκη Χριστοφοράτου,¹ Αφροδίτη Ζιάννη²

Παρουσίαση στο 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής
Κως, 17-20 Μαΐου 2018

Η σχέση με την κοινότητα ως παράγοντας διασφάλισης της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας της ΚΜΨΥ



**Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας
Κεφαλονιάς-Ζακύνθου-Ιθάκης**
Φορέας: ΑμΚΕ ΜΕΤΑΒΑΣΗ

Η ΚΜΨΥ Κεφαλονιάς-Ζακύνθου-Ιθάκης, από την πρώτη στιγμή της λειτουργίας της το 2007, ήρθε να πατήσει πάνω σε πραγματικές και έντονες ανάγκες της Κοινότητας, όπου ουσιαστικά ήταν η απουσία κάθε δομής ψυχικής Υγείας και στα τρία νησιά εκείνο το διάστημα. Ξεκινώντας κυριολεκτικά από το μηδέν, το πλαίσιο το οποίο αποτέλεσε έμπνευση, αφετηρία και βάση για τη λειτουργία μας ήταν το θεωρητικό και ιδεολογικό υπόβαθρο της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Προσπαθήσαμε λοιπόν να δούμε το πώς αυτές οι αρχές μπορούν να εφαρμοστούν στην πράξη και πώς θα μπορέσουμε να τις υπηρετήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, στα πλαίσια των δυνατοτήτων μας. Για τον παραπάνω λόγο, δόθηκε εξαιρετική έμφαση στη σχέση και την επαφή με την Κοινότητα,

οργανικό κομμάτι της οποίας σταδιακά άρχισε να αποτελεί και η ΚΜΨΥ.

Η υπηρεσία εργάζεται κυριολεκτικά στην Κοινότητα. Είναι προσβάσιμη, βρίσκεται στο κέντρο της πόλης.

Λειτουργεί με Πρόσωπο Αναφοράς (ΠΑ). Μέλος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, που οργανώνει και συντονίζει τη θεραπευτική του δραστηριότητα και τη σφαιρική του φροντίδα, όπως αυτή προβλέπεται από το «ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα». Το ΠΑ συνήθως επιλέγεται και ορίζεται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο. Βασίζεται στη σημασία της ανθρώπινης σχέσης. Η θεωρία της συναισθηματικής πρόσδεσης εξηγεί την εγγενή τάση του ανθρώπου για σωματική και συναισθηματική εγγύτητα, ήδη από τη στιγμή της γέννησής του, ως αναγκαιότητα για επιβίωση και υγιή ανάπτυξη.

Η ασφάλεια και η αποδοχή μέσα στη θεραπευτική σχέση είναι και ο σκοπός.

Ως ΑΝΑΦΟΡΑ, στην ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια, χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε έκθεση παρατήρησης (αντικειμένου, προσώπου, γεγονόςτος) που διαβι-

¹Ψυχίατρος, ²Ψυχολόγος

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

βάζεται με οποιοδήποτε μέσο επικοινωνίας και με οποιονδήποτε τρόπο καταχώρησης, έχοντας πάντα συγκεκριμένη πρόθεση γνωστοποίησης και αποδέκτη.

Η απλούστερη αναφορά είναι ίσως και η σημαντικότερη για την ψυχική αλλαγή. *Είναι η σχέση που δημιουργείται.* Η μορφή μάλιστα αναφορών που αφορούν στην Ψυχική Υγεία, είναι κατά κάποιον τρόπο, η διασφάλισή της. Δεν λαμβάνει πάντα ιατροκεντρική χροιά.

Τα ΠΑ ως θετικός παράγοντας στη μείωση υποτροπής χρόνιων ψυχωσικών ατόμων.

- Βοηθούν στη στρατηγική των χορηγούμενων φαρμάκων (π.χ. στη διενέργεια Depot ή μνημοτεχνικά καθορισμένων φ.α.)
- Βοηθούν στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης θεραπευτών/θεραπευομένων, ως οι ίδιοι ειδικοί της Ψυχικής Υγείας
- Εφαρμόζουν ψυχοκοινωνικές θεραπείες στις οικογένειες των ασθενών
- Ενδυναμώνουν την κοινωνική αντίληψη των ασθενών (π.χ. πραγματοποιούν δράσεις μαζί τους), βοηθούν στην κοινωνική προσαρμογή
- Βοηθούν στον κύκλο της Σ/Χ
- Κάλυψη κοινωνικών και στεγαστικών αναγκών
- Βοήθεια σε μερική επαγγελματική αποκατάσταση
- Διασύνδεση με άλλους φορείς με κάλυψη προγραμμάτων στεγαστικών εναλλακτικών λύσεων (ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, οικοτροφεία, θετές οικογένειες και κοινωνική θεραπευτική λέσχη).

Είναι πολύ δύσκολο το πέρασμα του λειτουργού ψυχικής υγείας από μια παραδοσιακή πατερνιστική μορφή, με τη θεραπεία προσανατολισμένη στη νοσηλεία ή στην καταστολή, σε ένα πρότυπο βασισμένο περισσότερο στην ανοχή, την υποστήριξη την ενεργό εμπλοκή, η οποία είναι προσανατολισμένη στην εξωνοσοκομειακή και εξατομικευμένη θεραπεία και που προϋποθέτει την αξιοποίηση δεξιοτήτων του ασθενούς για την επίλυση της κρίσης.

Η έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση, η διαφορική διάγνωση, η αξιολόγηση για αναγκαιότητα νοσηλείας, έχουν τεράστια σημασία. Εκτός όμως από την κλινική και θεραπευτική πρόκληση, υπάρχει και μια άλλη βαρύνουσα σημασία, η οργανωτική πρόκληση,

η οποία έχει να κάνει με τον σχεδιασμό υπηρεσιών που εξασφαλίζουν τη συνέχιση της θεραπείας και όχι να ενισχύουν το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας.

Σκοπός λοιπόν είναι να λειτουργήσει το πρότυπο παροχής επείγουσας ψυχιατρικής βοήθειας που βασίζεται σε τρία πεδία, όπως η «ταχεία εκτίμηση, αντιμετώπιση και παραπομπή» (*triangle model*) αλλά και το πρότυπο που εστιάζει στη θεραπευτική παρέμβαση (*treatment model*) και προϋποθέτει αξιόπιστη διάγνωση, ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, περιλαμβάνοντας και την έναρξη της θεραπείας ήδη από την παρέμβαση στο επίπεδο του επείγοντος.

Η ΚΜΨΥ λοιπόν χρησιμοποιεί πέντε κύρια μοντέλα επιμέλειας των περιστατικών της:

- *Το διασυνδεδετικό:* αξιολόγηση αναγκών, κατάλληλη διασύνδεση, παρακολούθηση και συντονισμό της θεραπείας. Εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό ασθενών με ολιγάριθμο προσωπικό. Προάγει, με δυσκολία το «συνεχές» της θεραπείας.
- *Το κλινικό:* Κλινική παρακολούθηση, ατομική ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, ψυχοεκπαίδευση, διασύνδεση με γιατρούς και νοσοκομεία, συνεργασία με την οικογένεια. Αποτρέπει το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας (συχνές επανανοσηλείες) και μειώνει τις ημέρες νοσηλείας.
- *Το υποστηρικτικό:* Επισκέψεις ασθενών στη Δομή, επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι. Η ψυχοθεραπευτική ομάδα που παρακολουθεί τον ασθενή υφίσταται μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση.
- *Το εντατικό:* Παρέμβαση σε κρίση (εναλλακτική δομή νοσηλείας) πολύ στενή διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή, λόγω μάλιστα πολλές φορές συντοπιότητας του ασθενούς με τον θεράποντα.
- *Το δυναμικό-αποκατάστασης:* Το προσωπικό συνεργάζεται στενά με τον ασθενή, ο ασθενής καθορίζει το είδος της παρέμβασης, η παρέμβαση γίνεται στην Κοινότητα. Προάγεται η κοινωνική επανένταξη, αποκατάσταση και παραμονή του στον τόπο του.

Πεδίο δράσης της ΚΜΨΥ είναι και η παρέμβαση στην κρίση. Ιδιαίτερη έμφαση δίνουμε στην έγκαιρη διάγνωση του πρώτου ψυχιατρικού επεισοδίου και

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

στη συμβολή στην αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού των νέων ασθενών έπειτα από την πρώτη τους συνάντηση με την πραγματικότητα της ψυχικής νόσου, αλλά και στην αποφυγή της ιδρυματοποίησης στην Κοινότητα των χρόνιων ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν συχνές υποτροπές.

Από τις περισσότερες βέβαια επιτόπιες έρευνες που ανιχνεύουν την επικράτηση της ψυχικής αρρώστιας στην Κοινότητα, φαίνεται ότι το τι είναι «επείγον» στην Ψυχιατρική καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Από τη μία, κρυμμένες ανάγκες της Κοινότητας έρχονται στο προσκήνιο, από την άλλη, ενισχύεται μια «καταναλωτική» στάση με την παρουσία μιας εύκολα προσβάσιμης υπηρεσίας και «βαπτίζονται» ως επείγοντα περιστατικά που δεν είναι.

Άλλοτε η παρουσία κρίσης είναι αυτονόητη και άλλοτε δυσδιάκριτη. Η παρέμβαση στην κρίση είναι μια κατά βάση ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, βραχείας διάρκειας, που έχει ως στόχο την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη λειτουργικότητά του χωρίς να επιδιώκει την επανάληψη της νόσου. Αν υφίσταται ένα υγιές υποστηρικτικό περιβάλλον, αν έχει αναπτυχθεί καλή θεραπευτική επαφή (rapport) και αν ο θεραπευτής μπορεί να είναι διαθέσιμος, τότε έχει θέση η παρέμβαση στην κρίση. Η πιθανότητα χορήγησης φαρμάκου πρέπει να αξιολογηθεί με προσοχή.

Η παρέμβαση στην κρίση σε ψυχωσικό ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη της υποτροπής και νοσηλείας, καθώς και για την ανάπτυξη της εναισθησίας του. Η παρέμβαση είναι τροποποιημένη συγκριτικά με τις μη ψυχωσικές καταστάσεις.

Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος η «ταχεία ιατρική αντιμετώπιση», με βασικό άξονα την «επίγουσα φαρμακοθεραπεία». Τα πλεονεκτήματα της δεύτερης αφορούν στη γρήγορη ανακούφιση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του και στο σχετικά μικρό κόστος της παρέμβασης.

Είναι πλέον γνωστό πως οι πολλαπλές ακούσιες νοσηλείες κάθε άλλο, παρά θεραπευτικό χαρακτήρα έχουν. Το φαινόμενο της «περιστροφόμενης πόρτας» έχει ως αποτέλεσμα την αθροιστική επιβάρυνση του ασθενούς, τόσο εγκεφαλικά, («εγκεφαλοτοξικότητα» νοσηλειών), όσο και ψυχολογικά και

κοινωνικά και συντελούν στην ιδρυματοποίηση και τον διαχρονικό κοινωνικό του στιγματισμό.

Στα παραπάνω αρνητικά των ακούσιων νοσηλειών θα πρέπει να συνυπολογίσουμε και το τεράστιο κόστος τους, τόσο σε οικονομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο διάθεσης ανθρώπινων πόρων («άμεσο» και «έμμεσο» κόστος).

Είναι ξεκάθαρα τα οφέλη της *κατ' οίκον νοσηλείας*, όπου εμπλέκεται το σύνολο της θεραπευτικής ομάδας (με πρωταγωνιστικό τον ρόλο του ΠΑ) και αξιοποιούνται όλοι οι διαθέσιμοι πόροι στην Κοινότητα για την αντιμετώπιση της κρίσης και την παραμονή του ασθενούς στο περιβάλλον του, καθώς για εμάς η *ψυχιατρική νοσηλεία δεν είναι μονόδρομος*.

Πρακτικά *παρέμβαση στην κρίση-κατ' οίκον νοσηλεία* σημαίνει:

- Έγκαιρη διάγνωση πρώτου ψυχιατρικού επεισοδίου ή διάγνωση ψυχιατρικής υποτροπής εν τη γενέσει της.
 - Άμεση ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής (ΦΑ).
 - Σταθερή εποπτεία της συμμόρφωσης-λήψης της ΦΑ, σε συνεργασία με το περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, γειτονιά).
 - Σταθερή και τακτική *κατ' οίκον παρακολούθηση* από το Πρόσωπο Αναφοράς του ασθενούς για έλεγχο της πορείας έκβασης των συμπτωμάτων ("Follow up").
 - Εντατική ψυχολογική υποστήριξη για ανακούφιση και ενδυνάμωση τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειας από το συναισθηματικό φορτίο της κρίσης.
 - Συνοδεία του ασθενούς στην εμπειρία της κρίσης με σεβασμό στην αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του ανθρώπου που νοσεί.
 - Ψυχοεκπαίδευση οικογένειας πάνω στην κρίση-υποτροπή.
 - Άμεση διασύνδεση με δίκτυο υπηρεσιών και δομών στην Κοινότητα αλλά και με το "άτυπο" κοινοτικό δίκτυο, όπως θα αναφερθεί παρακάτω.
- Θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε τα *οφέλη της κατ' οίκον νοσηλείας* στα εξής:
- Άμεση συμβολή στην αποφυγή ακούσιας νοσηλείας-παραμονή του ατόμου στο περιβάλλον του.

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

- Ελαχιστοποίηση του ψυχικού, πρακτικού και οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η μετακίνηση εκτός Νομού.
- Μείωση αρνητικών αθροιστικών συνεπειών που επιφέρουν οι πολλαπλές νοσηλείες.
- Προστασία αξιοπρέπειας και δικαιωμάτων του ατόμου που νοσεί.
- Αποφυγή κοινωνικού στιγματισμού για τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Ποιοτικότερο επίπεδο παρεχόμενης ψυχιατρικής φροντίδας σε πολλά επίπεδα.
- Καλύτερη πρόγνωση στην έκβαση της ψυχικής νόσου, μεγαλύτερες πιθανότητες επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας μετά την κρίση, ειδικά έπειτα από το πρώτο ψυχιατρικό επεισόδιο.
- Συμβολή στην πρόληψη.

Η σημασία της κατ' οίκον νοσηλείας θεωρούμε ότι αυξάνεται για περιφερειακές δομές Ψυχικής Υγείας όπως η δική μας, καθώς η νοσηλεία συνεπάγεται μεταφορά του ασθενούς εκτός Νομού Κεφαλονιάς (συνήθως στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου ή του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, αλλά και σε κεντρικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝΑ Δαφνί, Δρομοκαϊτειο, κ.ά.) και σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές (με το τεράστιο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται στον ιδιωτικό τομέα).

Αυξάνεται επίσης λόγω της κάλυψης των δυσπρόσιτων περιοχών του νησιού, όπου ο ψυχιατρικός ασθενής, εκτός από την έλλειψη εναισθησίας έχει να αντιμετωπίσει και έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει άμεσα την πρόγνωση της νόσου: είναι εντελώς αποκομμένος και πρακτικά κυριολεκτικά εγκλωβισμένος στην αδυναμία μετακίνησης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Η εμπειρία μας στην παρέμβαση στην κρίση και στην κατ' οίκον νοσηλεία μάς έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα πως ο αποδοτικότερος τρόπος νοσηλείας των ασθενών είναι το ίδιο τους το σπίτι, η παραμονή τους στην Κοινότητα, σε αντίθεση με την τραυματική απομάκρυνση του ασθενούς από το περιβάλλον του. Και αυτό έχουμε δει στην πράξη ότι είναι εφικτό.

Όπως παρουσιάζεται και στο παράρτημα της συγκεκριμένης εργασίας, ύστερα από στατιστική ανάλυση που αφορά σε 90 ενεργούς ψυχιατρικούς

ασθενείς της ΚΜΨΥ με Ψύχωση (F20) και Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή (F31), με ιστορικό πολλαπλών υποτροπών και νοσηλειών, αποδεικνύεται η συνολική μείωση των νοσηλειών που είχαν οι συγκεκριμένοι ασθενείς έπειτα από την παρακολούθησή τους από την ΚΜΨΥ από 140 σε 26. Έχουμε δηλαδή ποσοστιαία μείωση των ακούσιων νοσηλειών μετά την παρέμβαση της ΚΜΨΥ κατά 81,4%.

Στην υλοποίηση των παραπάνω, τόσο ο ρόλος του ΠΑ, όσο και η σχέση με την Κοινότητα, αποδεικνύονται καθοριστικής σημασίας.

Επίπεδα παρέμβασης της ΚΜΨΥ στην Κοινότητα:

Αντισταθμιζόμενοι τη σημασία της σχέσης με την Κοινότητα, στα 11 χρόνια της λειτουργίας μας επιχειρήσαμε να συμβάλουμε στη βελτίωση του επιπέδου της Αγωγής Υγείας της Κοινότητας μέσα από τις δράσεις ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης της Κοινότητας σχετικά με την ψυχική νόσο και το κοινωνικό στίγμα που τη συνοδεύει.

Επιχειρήσαμε επίσης να βελτιώσουμε τον βαθμό προσβασιμότητας στις δομές Ψυχικής Υγείας μέσω της ενημέρωσης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στον Νομό, με τις οποίες υπάρχει συχνή και συστηματική επαφή εκ μέρους μας, ανατροφοδοτώντας τακτικά και συστηματικά την επαφή αυτή.

Οι δράσεις αυτές διασφαλίζουν τη σταθερή σχέση και σύνδεση με την Κοινότητα και τη δημιουργία αντίστοιχων δεσμών, μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση μαζί της.

Η ουσιαστική σχέση με την Κοινότητα, περιλαμβάνει τη σχέση με το «τυπικό» και το «άτυπο» κοινοτικό δίκτυο. Στο «τυπικό» κοινοτικό δίκτυο περιλαμβάνονται οι δομές Υγείας, Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας (ΠΦΥ, Γενικό Νοσοκομείο Αργοστολίου και Ληξουρίου, Κέντρα Υγείας Σάμης και Ιθάκης, αγροτικοί ιατροί περιοχών, ΚΨΥ, Κέντρο Ημέρας, Κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, Πρόνοια, ΟΚΑΠ, Πρόγραμμα ΒΣΣ ανά περιοχή, το δίκτυο δομών και υπηρεσιών στην Κοινότητα, (Τοπική Αυτοδιοίκηση, Αστυνομία, κ.ά.),

Στο «άτυπο κοινοτικό δίκτυο» περιλαμβάνονται οι σύνδεσμοι «κλειδιά» στην επαφή μας με την Κοινότητα, η σχέση με τους οποίους αντανακλά δείκτη ευαισθητοποίησης και Αγωγής Υγείας, αλλά και

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

δεσμούς εμπιστοσύνης και αλληλεγγύης που έχουν δημιουργηθεί στα 11 χρόνια της λειτουργίας μας. Ως παραδείγματα του άτυπου κοινοτικού δικτύου θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής: ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, γειτονιά, καφενεία περιοχών, φαρμακεία, εθελοντές, μεμονωμένους ευαισθητοποιημένους πολίτες, αλλά και φορείς και συλλογικότητες.

Δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε πως δεν ήταν λίγες οι φορές που συνειδητοποιήσαμε πως *οι δεσμοί μας με το άτυπο αυτό κοινοτικό δίκτυο λειτούργησαν τόσο άμεσα και αποτελεσματικά για την ενημέρωσή μας σχετικά με πρώτα ψυχιατρικά επεισόδια ή για υποτροπές ασθενών, που η ενημέρωση αυτή μπορεί να στάθηκε πιο αποτελεσματική ακόμη και από το τυπικό κοινοτικό δίκτυο σε κάποιες περιπτώσεις.*

Στα 11 χρόνια λειτουργίας μας έχουμε δει στην πράξη πως *μόνο η ύπαρξη ζωντανών και ουσιαστικών δεσμών με την Κοινότητα, ο κοινοτικός και διασυνδεδετικός τρόπος δουλειάς στην πράξη, διασφαλίζει τον περιορισμό των ακούσιων νοσηλείων, την παραμονή του ασθενούς στο περιβάλλον του, την καταπολέμηση του «κοινωνικού στίγματος», την προληπτική παρέμβαση και όχι απλώς τη «μείωση της βλάβης». Διασφαλίζει τελικά την ίδια την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ΚΜΨΥ.*

Σε όλη αυτή μας την προσπάθεια βέβαια δεν μπορούμε να τα καταφέρουμε μόνοι μας. Μέσα από τη βελτίωση του *συντονισμού και της διασύνδεσης του δικτύου των δομών, αλλά και της αξιοποίησης των δυνατοτήτων της Κοινότητας* όταν λειτουργεί σαν πραγματική κοινότητα με δεσμούς, συνοχή και αλληλεγγύη, πιστεύουμε ότι μπορούμε να καταφέρουμε να συμβάλουμε από καλύτερη θέση στην υπόθεση της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών μας σε μια ποιοτικότερη ζωή με αξιοπρέπεια, δικαιώματα και προοπτική.

Ακόμη, το μεγάλο εύρος αναγκών που η ΚΜΨΥ καλείται να καλύψει, ξεκινώντας με προτεραιότητα την κάλυψη των ψυχιατρικών αναγκών (μειζων ψυχοπαθολογία) σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές (όπου η προσβασιμότητα των ασθενών περιορίζεται αναγκαστικά σε σημαντικό βαθμό) και την κατ' οίκον νοσηλεία, φτάνοντας μέχρι

και την κάλυψη γενικότερων αναγκών στην Κοινότητα που δεν αφορούν πάντα σε μείζονα ψυχοπαθολογία (άπαξ ψυχιατρική εκτίμηση, βραχεία ψυχοθεραπεία - συμβουλευτική για διαχείριση άγχους, πένθους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, διαταραχών προσωπικότητας, κ.ά.) *δεν καταργεί τη διακριτότητα του ρόλου των υπηρεσιών και την ανάγκη της πλήρους στελέχωσής τους, ώστε να λειτουργεί σωστά και ολοκληρωμένα όλο το δίκτυο των δομών στην Κοινότητα.*¹

Σε αυτήν την κατεύθυνση διεκδικούμε σταθερή χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό για όλες τις δομές Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, μαζικές προσλήψεις μόνιμου προσωπικού όλων των ειδικοτήτων, όπως και τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου, κεντρικά σχεδιασμένου, δημόσιου χαρακτήρα δικτύου που παρέχει δωρεάν υπηρεσίες για έγκαιρη πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση ώστε να καταφέρουμε να υπηρετήσουμε τις βασικές αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην πράξη.

**Οι ακούσιες ψυχιατρικές νοσηλείες
δεν είναι μονόδρομος,
η ολοκληρωμένη ψυχιατρική φροντίδα
στην Κοινότητα όμως είναι!**

Βιβλιογραφία

Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη ΜΙ-Κονταξάκη, Χριστοδούλου ΓΝ. *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005

1. Για παράδειγμα είναι ιδιαίτερα έντονη η απουσία Ψυχιάτρου στο ΚΨΥ όλο το προηγούμενο διάστημα, η πλήρης έλλειψη κοινωνικής υπηρεσίας στην πιο απομακρυσμένη περιοχή του νησιού, την Έρικο, η υποχρεωτική μετακίνηση των γιατρών της ΠΦΥ από τα αγροτικά περιφερειακά ιατρεία των περιοχών για την κάλυψη πάγιων και διαρκών αναγκών στο Γενικό Νοσοκομείο, κ.ά.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στατιστικά Νοσηλειών

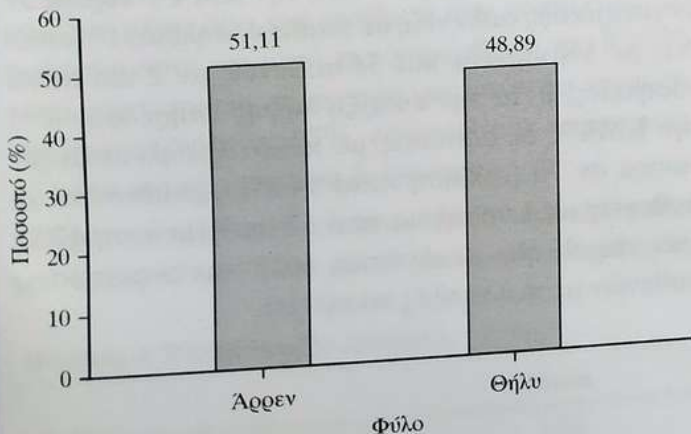
Εισαγωγή:

Θέλοντας να εξάγουμε συμπεράσματα για τον αντίκτυπο των υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Κεφαλονιάς-Ζακύνθου-Ιθάκης από ένα αντικειμενικά μετρήσιμο δείκτη, συγκεντρώσαμε στοιχεία σχετικά με τις νοσηλείες των ασθενών. Συγκεκριμένα μετρήσαμε από τα ιστορικά των χρόνιων ασθενών της ΚΜΨΥ που πάσχουν από Ψύχωση (F20) και Διπολική Διαταραχή (F31) τον αριθμό των νοσηλειών που είχαν πριν την έναρξη της παρακολούθησής τους από την ΚΜΨΥ και τον αριθμό των νοσηλειών που είχαν μετά.

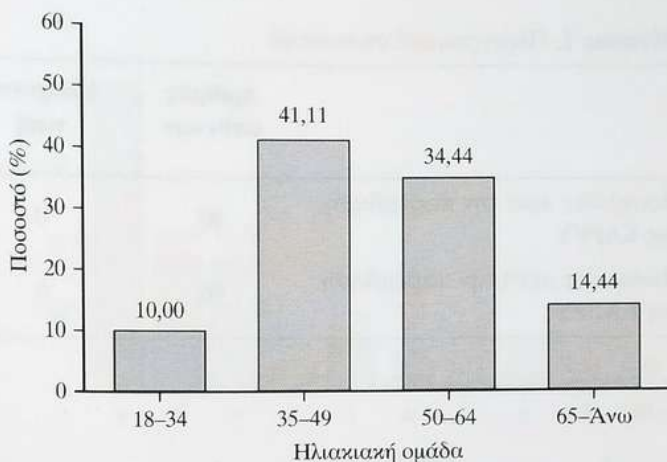
Δείγμα:

Το δείγμα μας αποτελείται από 90 χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς που ξεκίνησαν να παρακολουθούνται μέσα στη δεκαετία 2007-2017 που λειτουργεί η ΚΜΨΥ στο κλιμάκιο της Κεφαλονιάς (αφού στο κλιμάκιο της Ζακύνθου δεν υπήρχε μόνιμος ψυχίατρος έως πέρυσι) και είναι ενεργοί λήπτες των υπηρεσιών της ΚΜΨΥ έως σήμερα.

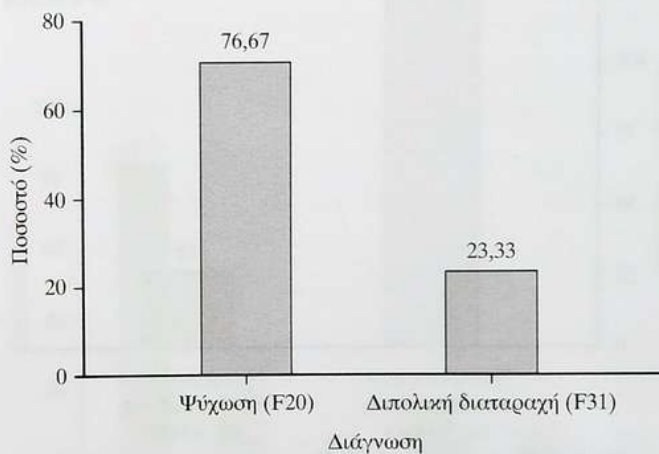
Το δείγμα αποτελείται από 46 άνδρες και 44 γυναίκες, ηλικιών από 20 έως 74 ετών, 69 ασθενείς με διάγνωση Ψύχωση (F20) και 21 ασθενείς με διάγνωση Διπολική Διαταραχή (F31) και διαμένουν μόνιμα στην Κεφαλονιά.



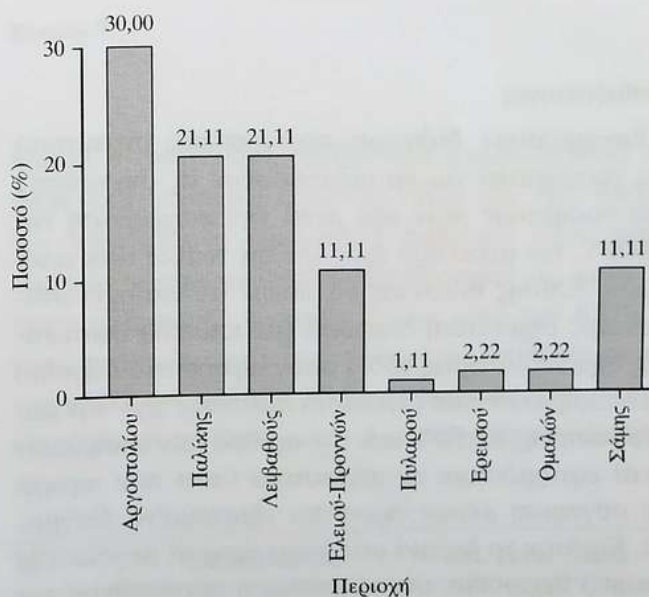
Εικόνα 1.



Εικόνα 2.



Εικόνα 3.

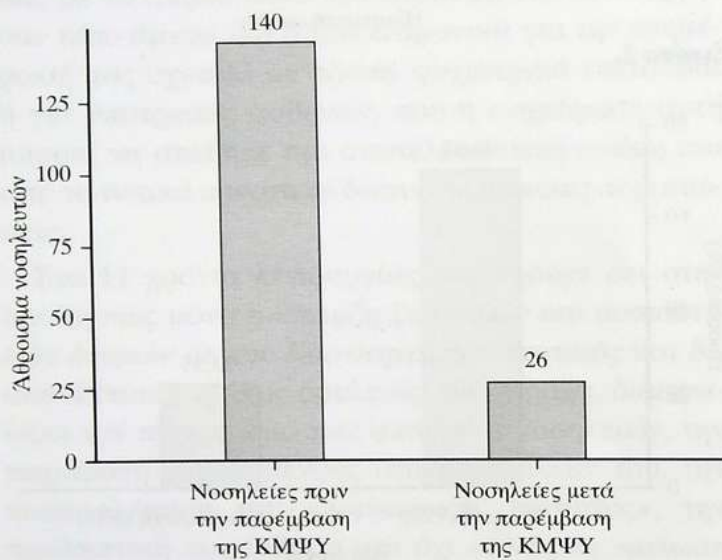


Εικόνα 4.

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά.

	Αριθμός ασθενών	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Άθροισμα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Νοσηλείες πριν την παρέμβαση της ΚΜΨΥ	90	0	10	140	1,56	2,136
Νοσηλείες μετά την παρέμβαση της ΚΜΨΥ	90	0	5	26	0,29	0,851



Εικόνα 5.

Μεθοδολογία:

Εφαρμόσαμε διάφορα περιγραφικά στατιστικά και γραφήματα για να μελετήσουμε τις συχνότητες των νοσηλειών πριν και μετά την παρέμβαση της ΚΜΨΥ, τον μέσο όρο τους και την τυπική τους απόκλιση. Επίσης θέλοντας να δούμε αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά (με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%) όσον αφορά στον αριθμό των νοσηλειών που έκαναν οι ασθενείς πριν την παρέμβαση της ΚΜΨΥ και τον αριθμό των νοσηλειών μετά εφαρμόσαμε το στατιστικό t-test που αφορά σε σύγκριση μέσου όρου για εξαρτημένα δείγματα. Εφόσον το δείγμα μας είναι αρκετά μεγάλο (90 άτομα) θεωρούμε ότι πληρείται η προϋπόθεση της κανονικότητας της κατανομής του δείγματος και της διακύμανσής του.

Υποθέσεις έρευνας:

H0: Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στον μέσο όρο των νοσηλειών των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.

H1: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στον μέσο όρο των νοσηλειών των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας.

Ανάλυση:

Από τον ακόλουθο πίνακα και το αντίστοιχο γράφημα παρατηρούμε εκ πρώτης όψεως ότι το άθροισμα των νοσηλειών των 90 ασθενών του δείγματος μειώνεται από τις 140 νοσηλείες που είχαν πριν τη λήψη υπηρεσιών από την ΚΜΨΥ σε 26 νοσηλείες. Παρατηρούμε δηλαδή μια μείωση των νοσηλειών κατά 81,4%.

Όσον αφορά στον αριθμό των νοσηλειών, παρατηρούμε στους ακόλουθους πίνακες ότι ενώ πριν την έναρξη λήψης υπηρεσιών από την ΚΜΨΥ είχαμε 39 ψυχιατρικούς ασθενείς με καμία νοσηλεία, 17 ασθενείς με 1 νοσηλεία και 34 ασθενείς με 2 και πάνω νοσηλείες, μετά την έναρξη λήψης υπηρεσιών από την ΚΜΨΥ οι ασθενείς με καμία νοσηλεία αυξάνονται σε 76 (αύξηση κατά 94,8%), μειώνονται οι ασθενείς με 1 νοσηλεία από 17 σε 9 (μείωση 47%) ενώ παράλληλα μειώνονται πολύ και περιπτώσεις ασθενών με πολλαπλές νοσηλείες.

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Πίνακας 2. Νοσηλείες πριν από την παρέμβαση της ΚΜΨΥ.

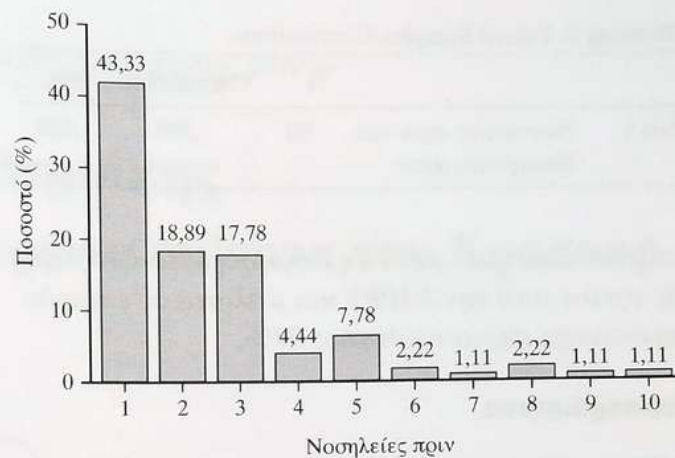
Αριθμός νοσηλειών	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
0	39	43,3	43,3
1	17	18,9	62,2
2	16	17,8	80,0
3	4	4,4	84,4
4	7	7,8	92,2
5	2	2,2	94,4
6	1	1,1	95,6
8	2	2,2	97,8
9	1	1,1	98,9
10	1	1,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Πίνακας 3. Νοσηλείες μετά την παρέμβαση της ΚΜΨΥ.

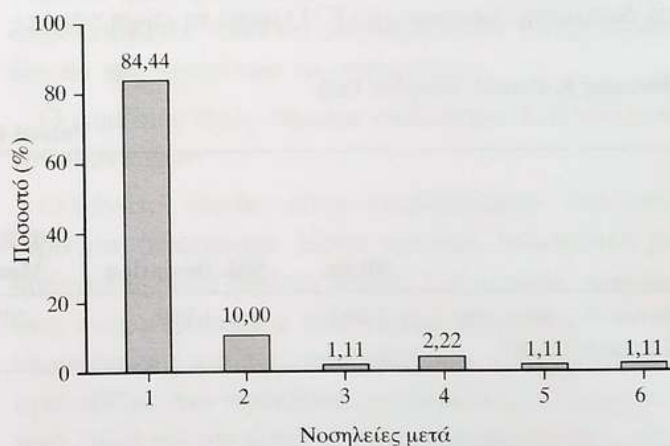
Αριθμός νοσηλειών	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
0	76	84,4	84,4
1	9	10,0	94,4
2	1	1,1	95,6
3	2	2,2	97,8
4	1	1,1	98,9
5	1	1,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Τέλος, για να εξακριβώσουμε αν αυτή η διαφορά στον μέσο όρο του αριθμού των νοσηλειών των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση της ΚΜΨΥ είναι στατιστικώς σημαντική, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%, εφαρμόσαμε το στατιστικό t-test για εξαρτημένα δείγματα.

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι η τιμή του t-test είναι 6,134 με 89 βαθμούς ελευθερίας



Εικόνα 6.



Εικόνα 7.

και με p-value (sig)=0,000 άρα απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση έρευνας (H0) ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στον μέσο όρο των νοσηλειών των ασθενών πριν και μετά τη λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΚΜΨΥ και αποδεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση έρευνας (H1) ότι δηλαδή υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στον μέσο όρο των νοσηλειών των

Πίνακας 4. Paired Samples Statistics.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	1,56	90	2,136	,225
	,29	90	,851	,090

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Πίνακας 5. Paired Samples Correlations.

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Νοσηλείες πριν και Νοσηλείες μετά	90	,399	,000

ασθενών πριν και μετά τη λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΚΜΨΥ και μάλιστα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 99%.

Συμπεράσματα

Τόσο από τα περιγραφικά στατιστικά, όσο και από τα γραφήματα, η εικόνα που βλέπουμε είναι ότι υπάρχει σημαντική μείωση του αριθμού των ψυχιατρικών νοσηλειών στους ασθενείς με Ψύχωση (F20) και Διπολική Διαταραχή (F31) μετά τη λήψη υπηρε-

σιών ψυχικής υγείας από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κεφαλονιάς-Ζακύνθου-Ιθάκης. Ασθενείς με πολλαπλές νοσηλείες κάνουν πολύ λιγότερες ενώ ασθενείς που δεν είχαν νοσηλείες διατηρούνται στο να μην κάνουν. Η εικόνα αυτή επιβεβαιώνεται και στατιστικά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 99% από το t-test για εξαρτημένα δείγματα.

Η ύπαρξη ζωντανών και ουσιαστικών δεσμών με την Κοινότητα, ο κοινοτικός και διασυνδεδετικός τρόπος δουλειάς στην πράξη, διασφαλίζει τον περιορισμό των ακούσιων νοσηλειών, την παραμονή του ασθενούς στο περιβάλλον του, την καταπολέμηση του «κοινωνικού στίγματος», την προληπτική παρέμβαση και όχι απλώς τη «μείωση της βλάβης». Διασφαλίζει τελικά την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της ΚΜΨΥ.

Πίνακας 6. Paired Samples Test.

	Mean	Std. Deviation	Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
			Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
				Mean	Lower			
Νοσηλείες πριν και Νοσηλείες μετά	1,267	1,959	,207	,856	1,677	6,134	89	,000