

Research Paper

Development and Implementation of Discharge Planning Service in Roozbeh Hospital



Hamidreza Toufighi¹, Vandad Sharifi², Javad Alaghband-Rad³, *Behrang Shadloo⁴

1. Resident of Psychiatry, Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Psychiatrist, Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Child and Adolescents Psychiatrist, Associate Professor, Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Psychiatrist, Assistant Professor, Department of Psychiatry, Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Toufighi H, Sharifi V, Alaghband-Rad J, Shadloo B. [Development and Implementation of Discharge Planning Service in Roozbeh Hospital (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018; 24(1):56-69. <https://doi.org/10.29252/NIRP.IJPCP.24.1.56>

doi: <https://doi.org/10.29252/NIRP.IJPCP.24.1.56>

Received: 07 Nov. 2016

Accepted: 19 Jun. 2017

ABSTRACT

Objectives Discharge Planning is a dynamic, collaborative and comprehensive process which is aimed to promote the continuity of care after discharge and providing necessary services and support to the client and his/her caregivers. Recently, the efficacy of discharge planning has been shown in multiple studies on factors like re-admission, treatment adherence, length of stay, treatment costs, symptoms resolution and patients' quality of life.

Methods We used an evidence-based service development model which contained five steps, including needs assessment, situation analysis, cost-effectiveness evaluation, prioritization and structural design.

Results Needs assessment studies and situation analysis showed that Roozbeh Hospital had some deficits in adherence to outpatient visit and length of stay indices. In the next step, prioritization among possible interventions and designing the structure and details of this service in Roozbeh Hospital performed based on the principles mentioned in the literature, needs of the center and feasibility of services, and finally a comprehensive, collaborative and continuous program designed which includes some steps which are patient data registration, needs assessment, coordinating services and checklists of the affairs.

Conclusion Development and implementation of the discharge planning service has been performed as the first one in Iran, in Roozbeh Hospital and requires to be evaluated and revised continuously, and we hope that this program be prominent to other psychiatric inpatient centers and also higher order mental health organizations.

Key words:

Mental disorders,
Patient discharge,
Health services

Extended Abstract

1. Introduction

Psychiatric disorders have a high prevalence and impose a huge burden to societies all over the world. Despite the recent trend to develop community-based psychiatry services, hospital-based services are still an inevitable part of treatment process, especially for patients in acute phases. Nowadays, interventions focusing on the transition phase

from inpatient to outpatient are gaining increasing attention. Each patient, after discharge from psychiatric inpatient ward, needs to be monitored for optimum adherence to outpatient pharmacological and non-pharmacological services. Discharge planning is a dynamic, collaborative and comprehensive process, which is aimed to promote the continuity of care after discharge and providing necessary services and support to the client and his/her caregivers. Recently, the efficacy of discharge planning has been shown in multiple studies on factors like re-admission, treatment adherence, length of stay, treatment costs, symptoms reso-

* Corresponding Author:

Behrang Shadloo, MD

Address: Department of Psychiatry, Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 55421155

E-mail: behrang.shadloo@gmail.com

lution and patients' quality of life. In line with the above, we decided to develop and implement a discharge planning service in Roozbeh Hospital.

2. Method

We used an evidence-based service development model which contained five steps, including needs assessment, situation analysis, cost-effectiveness evaluation, prioritization and structural design. In the first step, the researchers must perform a comprehensive review of literature in the target field, to estimate the level of necessity of the service for their goal. The second step contains the assessment of the current level of the services provided in the field, based on some standard indices. Cost-Effectiveness study of the service comes after that, and in the fourth step the researcher must prioritize the possible suggested interventions based on indicators like the burden of disease, cost-effectiveness, feasibility and affordability.

At the end, developing the service structure, process and details would happen. This is worth to mention that some authors refer to the fourth and fifth steps together as the implementation phase. Implementation is also defined as a series of specific activities directed to make a program with specific features work. This process contains determining the criteria for staff selection and education, providing pre-requisites, forms and devices, determining the data registry system, providing educational material, and choosing the corresponded and coordinator individuals for each step. The review of literature has been performed using international scientific databases including Medline, Elsevier and Cochrane; and domestic databases including Noormags, Magiran, SID and Medlib. The search performed on keywords including discharge planning, patient management, case management, service development, service implementation, and service planning, in English and Persian, with no time or study design restriction.

3. Results

In brief, the majority of references found the discharge planning service efficient on improving factors like re-admission rate, treatment adherence, length of stay, costs of the treatment, symptom resolution, quality of life, suicide rate, and patients' satisfaction. Needs assessment studies and situation analysis showed that Roozbeh Hospital had some deficits in both measured indicators. Based on the Health Information System of the hospital, we reviewed the adherence of the discharged patients to their outpatient visit, with more than half (56%) of the patients had no outpatient follow-up visit after discharge, and 37% had come just one

time. Although 44% of our patients showed some degrees of follow-up visit adherence and it is about the average (21-76%) in other centers, this could be improved up to 47-95% like the centers developed discharge planning services. The other indicator was the length of stay, and its mean in Roozbeh Hospital (Based on the HIS data) was 28 days, and is above the national average (20.7 days), and far from other countries like Belgium (10.2 days), Italy (13.9 days) and Turkey (15 days).

In the next step, prioritization among possible interventions and designing the structure and details of this service in Roozbeh Hospital performed based on special needs of the center and feasibility of services, considering the principles mentioned in the literature such as continuity of care, availability of the service, comprehensiveness of domains, maximal patient and his/her family collaboration, and the patients' individuality. Finally, a discharge planning program designed which includes following steps: patient data registration, needs assessment, coordinating services and checklists of the services. Although the discharge planning is a team-based service which includes the psychiatrist, psychologist, social worker, nurse, day center staff, and surely the patient and his/her caregivers, every patient would have a specific contact-person called treatment mediator, whom is one of the nurses of the admission ward.

The content of discharge planning service in the time of admission ideally includes four sessions. The session zero contains welcoming the patient by the nurse and reminding the ward rules. The first session would be on needs assessment and planning for them, and the second session would be on specific educations for the patient and the caregivers. In the last session at the time of discharge, the forms and checklists will be fulfilled.

4. Discussion

Discharge planning service development is proven to be efficient in many ways, and even seems to be an ethical necessity. We had some limitations in our study such as lacking a good relationship with extra-organizational structures and social support systems, and having no prior experience in this field in the country. Meanwhile, the results of integration of the service in other services of the hospital would be gathered and published later. Development and implementation of the discharge planning service has been performed for the first time in Iran, in Roozbeh Hospital and requires to be evaluated and revised continuously, and we hope that this program be prominent to other psychiatric inpatient centers and also higher order mental health organizations.

Ethical Considerations

Funding

This paper was extracted from the PhD dissertation of the first author in Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

We wish to thank Dr. Zahra Mirsepasi, Dr. Valentin Artou-nian, Dr. Fatemeh Ranjbar-Kermani and the staff of Rooz-beh Hospital day center for their invaluable contribution in our study.

طراحی و پیاده‌سازی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه

حمیدرضا توفیقی^۱، ونداد شریفی^۲، جواد علاقیند راد^۳، *بهرنگ شادلو^۴

۱. دستیار تخصصی روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. روان‌پزشک، دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. روان‌پزشک، استادیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

حکده

تاریخ دریافت: ۱۷ آبان ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش: ۲۹ خرداد ۱۳۹۶

اهداف: برنامه‌ریزی ترخیص فرایندی پویا و جامع و مشارکتی است که هدف آن تعیین ادامه روند درمان مراجعه‌کنندگان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت‌های لازم به مراجعه‌کننده و مراقبان او است. اخیراً تأثیر مثبت برنامه‌ریزی ترخیص بر شاخص‌هایی چون بستری مجدد، پایبندی به درمان، طول بستری، هزینه‌های درمان، بهبود علائم و کیفیت زندگی بیماران در مطالعات متعدد و معتبر نشان داده شده است. هدف از این مطالعه طراحی و راه‌اندازی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کیفی و در قالب طراحی خدمت است و در آن از الگوی طراحی خدمات مبتنی بر شواهد، شامل مراحل پنج‌گانه نیازسنجی، تحلیل وضعیت کنونی، تعیین هزینه، اثربخشی خدمات، اولویت‌بندی بین مداخلات موجود و درنهایت طراحی ساختار و جزئیات خدمت مدنظر استفاده شده است.

یافته‌ها: مطالعات نیازسنجی و تحلیل وضعیت کنونی بیمارستان روزبه، نشان‌دهنده پایین بودن پایبندی به معاینات سرپایی و زیاد بودن مدت بستری بود. همچنین اولویت‌بندی بین مداخلات موجود و طراحی ساختار و جزئیات این خدمات بر اساس اصول ذکرشده در ادبیات علمی و نیازهای مرکز و نیز امکانات در دسترس انجام شد و درنهایت برنامه‌های جامع، مشارکتی و پیوسته طراحی شد که شامل مراحل ثبت مشخصات، ارزیابی نیازها، هماهنگ کردن خدمات و چکلیست اقدامات لازم بود.

نتیجه‌گیری: طراحی و پیاده‌سازی این خدمت برای اولین بار در کشور در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه انجام شده و لازم است به طور مداوم ارزیابی و بازنگری شود. امید است دیگر مراکز بستری روان‌پزشکی و نیز مسئولان سلامت روان کشور به طراحی چنین خدماتی توجه کنند.

کلیدواژه‌ها:

برنامه‌ریزی ترخیص، طراحی خدمت، اختلالات روان‌پزشکی

مقدمه

پیوستگی مراقبت^۲، اهمیت بسزایی در کیفیت خدمات دارد [۶]. مداخلاتی مانند کاهش مدت بستری بیماران، ایجاد مراکز سلامت روان جامعه‌نگر^۳، ایجاد مراکز روزانه^۴ و خدمت برنامه‌ریزی ترخیص^۵ از جمله برنامه‌هایی هستند که در نقاط مختلف جهان برای تعدیل این عوارض و هزینه‌ها به کار گرفته شده‌اند. در ایران نیز طراحی و اجرای خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر اخیراً صورت گرفته است [۷].

مراجعه‌کنندگان به روان‌پزشک، بعد از ترخیص ممکن

اختلالات روان‌پزشکی در جامعه ایران [۱] و نیز دیگر جوامع [۲] بسیار شایع است و سهم زیادی از بار بیماری‌ها^۱ در جامعه [۳] و نیز هزینه‌های نظام سلامت [۴] را به خود اختصاص می‌دهد. از اواسط قرن بیستم، خدمات سلامت روان تغییر بنیادینی کرد و از آن زمان به ارائه خدمات در سطح جامعه بیشتر تمرکز شده است [۵] با وجود این، خدمات بستری بخشی اجتناب‌ناپذیر در مراقبت از بیماران، به‌ویژه بیماران فاز حاد به شمار می‌رود. در همین راستا، گذار از خدمات بستری به خدمات سرپایی و جامعه‌نگر مورد توجه خاص قرار گرفته است و مداخلات متمرکز بر افزایش

2. Continuity of care
3. Community Mental Health Centers (CMHC)
4. Day Centers
5. Discharge Planning Services

1. Burden of Diseases

* نویسنده مسئول:

دکتر بهرنگ شادلو

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روان‌پزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد.

تلفن: ۵۵۴۲۱۱۵۵ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: behrang.shadloo@gmail.com

منابع با استفاده از شیوه‌های آمار توصیفی به صورت نمودارهایی ارائه می‌شود و سپس تحلیل وضعیت خدمات کنونی موجود در مرکز با استفاده از شاخص‌های تعیین‌شده با روش کیفی انجام خواهد شد. مرحله بعد بررسی هزینه-اثربخشی^۹ خدمتی است که قرار است طراحی شود. قدم بعدی اولویت‌بندی بین مداخلات و گزینه‌های موجود با استفاده از معیارهای بار بیماری، هزینه-اثربخشی، امکانات موجود و قابلیت اجراست و در مرحله آخر هم ساختار و جزئیات خدمت مدنظر طراحی می‌شود.

گفتنی است دو مرحله اخیر (اولویت‌بندی و طراحی مداخلات) همان چیزی است که برخی مؤلفان از آن با عنوان پیاده‌سازی^{۱۰} خدمات نام می‌برند. پیاده‌سازی، مجموعه فعالیت‌های خاصی است که باید برای عملیاتی کردن یک طرح یا برنامه با خصوصیات معلوم انجام شود [۱۴]. برای این فرایند، مراحل شامل تعیین معیارهای انتخاب نیروها، انتخاب و آموزش نیروها، تهیه مقدمات، فرم‌ها و لوازم کار، تعیین نظام ثبت اطلاعات، آماده‌سازی بسته‌های آموزشی و تعیین فرد مسئول در هر یک از مراحل گفته‌شده و نیز افراد هماهنگ‌کننده در نظر گرفته می‌شود.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در قالب بخش‌های پنج‌گانه‌ای که ذکر شد، آورده شده است.

نیازسنجی

همان‌طور که بیان شد، در این مرحله ابتدا بررسی جامعی درباره برنامه‌ریزی ترخیص و طراحی خدمات و پیاده‌سازی خدمات در پایگاه‌های اطلاعات علمی خارجی شامل مدلاین^{۱۱} و السویر^{۱۲} و کاکرن^{۱۳} و نیز پایگاه‌های داخلی شامل پایگاه مجلات تخصصی نور^{۱۴}، پایگاه اطلاعات نشریات کشور^{۱۵}، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^{۱۶} و بانک جامع مقالات پزشکی^{۱۷} انجام شد که حاصل آن در ادامه به تفصیل آورده شده است. واژگان جست‌وجوشده شامل برنامه‌ریزی ترخیص، مدیریت بیمار، مدیریت مورد^{۱۸}، طراحی خدمت، پیاده‌سازی خدمت، برنامه‌ریزی خدمت و معادل‌های انگلیسی آن‌ها بود. جست‌وجو بدون محدودیت زمانی و بدون محدودیت در نوع مطالعه انجام شد.

9. Cost-Effectiveness
10. Implementation
11. Medline
12. Elsevier
13. Cochrane
14. <http://www.noormags.ir/>
15. <http://www.magiran.com/>
16. <http://sid.ir/>
17. <http://www.medlib.ir>
18. Case management

است نیازمند ارائه و پیگیری مداخلاتی از قبیل مصرف داروها، ویژگی‌های سرپایی، شرکت در گروه‌های خودیاری و پیشگیری از عود، مشاوره‌های فردی و گروهی و غیره باشند. برنامه‌ریزی ترخیص در حقیقت نوعی حلقه ارتباطی بین بخش بستری و مداخلات ذکرشده است [۸]. به عبارت دیگر، برنامه‌ریزی ترخیص مداخله‌ای برای نگهداری و مراقبت از دستاوردهایی است که حین بستری به دست آمده‌اند [۹]. برنامه‌ریزی ترخیص را می‌توان فرایندی پویا و جامع و مشارکتی دانست که باید از زمان بستری آغاز شود و هدف آن تعیین روند ادامه درمان مراجع‌کنندگان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت‌های لازم به مراجع‌کننده و مراقبان^۶ او است [۱۰].

بر اساس مطالعات مروری جامع و متعددی که در ادامه آورده شده‌اند، می‌توان گفت که ارائه خدمت برنامه‌ریزی ترخیص می‌تواند در کاهش هزینه‌های نظام سلامت نقش داشته باشد و سهم مهمی در روند بستری‌زدایی^۷ بیماران روان‌پزشکی ایفا کند. تأثیر برنامه‌ریزی ترخیص بر شاخص‌های بستری مجدد، پایبندی به درمان، مدت بستری، هزینه‌های درمان، بهبود علائم و کیفیت زندگی بیماران در چند مطالعه نشان داده شده است. با وجود اینکه می‌دانیم اثربخشی این خدمات ارتباط زیادی با شرایط زمینه‌ای هر کشور دارد، تنها دو مطالعه داخلی در این حوزه یافت شد که این موضوع و ضرورت انجام مطالعات بیشتر و جامع‌تر را به طور واضح نشان داده‌اند [۱۱، ۱۲].

بیمارستان روزبه، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و قدیمی‌ترین مرکز آموزشی روان‌پزشکی کشور، جای خالی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص را احساس کرده است. بر این اساس با هدف اصلی طراحی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص و پیاده‌سازی آن برای بیماران روان‌پزشکی بیمارستان روزبه، این طرح بر مبنای روشی مبتنی بر شواهد^۸ در این مرکز دانشگاهی انجام شده است. اطلاعات آماری به دست آمده از منابع با استفاده از شیوه‌های آمار توصیفی به صورت نمودارهایی ارائه می‌گردد و سپس تحلیل وضعیت خدمات کنونی موجود در مرکز با استفاده از شاخص‌های تعیین‌شده با روش کیفی انجام خواهد شد.

روش

برای طراحی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص از الگوی طراحی خدمات مبتنی بر شواهد استفاده شد که شامل مراحل پنج‌گانه بود [۱۳]. ابتدا برای طراحی خدمت در مرکز مدنظر باید نیازسنجی انجام می‌شد. برای این منظور معمولاً باید متون موجود در پایگاه‌های اطلاعات علمی داخلی و خارجی به طور جامع بررسی و نتایج آن جمع‌بندی شود. اطلاعات آماری به دست آمده از

6. Caregivers
7. Deinstitutionalization
8. Evidence Based

و همکاران در مطالعه موردی شاهدی تأثیر برنامه‌ریزی درمان دارویی را بر اطلاعات دارویی، پایبندی به درمان و تکرار بستری سنجیده و آن را مثبت ارزیابی کرده‌اند [۲۱]. لاکستون و همکاران برای ارائه طرح ارسال پیام‌هایی برای پیشگیری از خودکشی (بعد از ترخیص) در سربازان ارتش آمریکا مطالعه‌ای انجام داده‌اند و از نتایج پژوهش‌های قبل در زمینه برنامه‌ریزی ترخیص بهره برده‌اند [۲۲]. مطالعه میسیو و همکاران هم نقش برنامه‌ریزی ترخیص را در کاهش بستری مجدد تصریح کرده است [۲۳]. نلسون و همکاران تأثیر انجام معاینه اولیه بعد از ترخیص را بر کاهش بستری مجدد سنجیده و آن را مؤثر دانسته‌اند [۲۴]. ماروهاول، عواملی همچون تداوم مراقبت‌ها و درگیر کردن خانواده را به همراه همکاری بیمار در بهبودی او دخیل دانسته است [۲۵]. آلمن برگزاری جلسات مشارکتی برنامه‌ریزی ترخیص حین بستری را بر پایبندی به درمان مؤثر دانسته است [۲۶]. دسترسی به امکانات اقامتی می‌تواند از افزایش بی‌دلیل مدت بستری بیماران جلوگیری کند. این امر یکی از مواردی است که در برنامه‌ریزی ترخیص باید به آن توجه کرد [۲۷]. در مطالعه ریکورد و همکاران در سال ۲۰۱۵ نیز تأثیر پیگیری تلفنی بیماران بعد از ترخیص، بر افزایش رضایت آنان و نیز کاهش مراجعات آنان به اورژانس در ماه بعد از ترخیص نشان داده شده است [۲۸].

در ایران نیز دو مطالعه در این زمینه یافت شد. پژوهش رنجبر و همکاران روی بیماران اسکیزوفرنی [۱۲] نشان داده است که برگزاری جلسات برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان و سپس ویزیت در منزل به افزایش آگاهی بیماران و کاهش نشانه‌های بالینی آنان و نیز کاهش بستری مجدد منجر می‌شود. البته در این مطالعه، اثر دو قسمت مداخله انجام‌شده (درون بیمارستانی و برون بیمارستانی) از هم تفکیک نشده است. مطالعه ونکی و همکاران [۱۱] که در حوزه غیر از روان‌پزشکی صورت گرفته نیز تأثیر برنامه‌ریزی ترخیص را بر افزایش رضایت بیماران تأیید کرده است.

با وجود این حقیقت که اثربخشی این گونه خدمات، ارتباط زیادی با شرایط زمینه‌ای هر کشور دارد، تنها دو مطالعه داخلی درباره برنامه‌ریزی ترخیص یافت شد. این امر لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر و کامل‌تر در کشور را یادآور می‌شود. در مجموع و بر مبنای مطالعات متعدد جهانی که تأثیر مثبت برنامه‌ریزی ترخیص را بر شاخص‌هایی چون بستری مجدد، پایبندی به درمان، مدت بستری، هزینه‌های بستری، علائم روان‌پزشکی و کیفیت زندگی بیماران نشان داده است، به نظر می‌رسد طراحی و اجرای خدمت برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزه نیز اقدامی منطقی و مقرون به صرفه و حتی لازم بوده است و امید است این برنامه بتواند به تمام یا بخشی از نتایج مثبت ذکر شده در مطالعات اشاره شده دست پیدا کند.

تحلیل وضعیت موجود

برای توصیف وضعیت کنونی بیمارستان روزه از نظر نیاز به

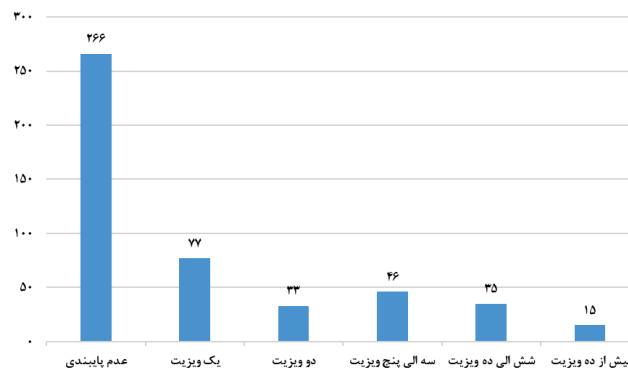
با توجه به تعداد کم مقالات، نیازی نشد از میان مقالات انتخاب شود و همه مطالعات مروری و کارآزمایی‌های بالینی یافت‌شده بررسی شدند.

بر اساس مطالعه مروری استفن و همکاران که ۱۱ مطالعه را بررسی کرده‌اند، برنامه‌ریزی ترخیص در بهبود شاخص‌هایی چون بستری مجدد، پایبندی به درمان، طول بستری، هزینه‌های سلامت، بهبود علائم روان‌پزشکی و کیفیت زندگی مفید و کاراست [۱۵]. نورجناح و همکاران در مقاله مروری دیگری، با بررسی ۱۹ پژوهش در این زمینه مؤثر بودن برنامه‌ریزی ترخیص را تأیید کردند و در آن بر لزوم وجود ارتباط خوب بین متخصصان درمان با مراجعه‌کننده و خانواده او تأکید کرده‌اند [۱۶]. مطالعه مروری شپرد و همکاران روی کارآزمایی‌های بالینی صورت گرفته است. آن‌ها نتایج انجام نوعی برنامه‌ریزی ترخیص را با روال عادی ترخیص در بیماران بستری در حیطه‌های مختلف پزشکی مقایسه کرده‌اند. ۲۱ مطالعه که شرایط ذکر شده را داشتند، بررسی شدند که از میان آن‌ها ۲ مطالعه با حوزه سلامت روان مرتبط بودند. تحلیل‌ها کاهش مختصری^{۱۹} را در مدت بستری و نیز میزان بستری مجدد در بیماران مسن نشان داد، اما تأثیرات برنامه‌ریزی ترخیص بر خروجی‌هایی مانند مرگ‌ومیر، سلامتی و هزینه‌های درمانی نامشخص بودند [۱۷].

در مطالعه مروری نیوتون و همکاران [۱۸]، تداوم و انتقال مداخلات از بخش بستری تا پس از ترخیص، برجسته‌ترین عامل در بهبود نتایج درمانی در اطفال مراجعه‌کننده به اورژانس روان‌پزشکی به علل مرتبط با خودکشی و نیز پایبندی به درمان آنان شناخته شده است. مطالعه مروری فونتانا روزا و همکاران [۱۹] نیز اثربخشی برنامه‌ریزی ترخیص را در بهبود نتایج درمانی بیماران مهاجم بزرگسال زندانی که به جامعه برگردانده می‌شوند، تأیید کرده است. القضاوی و همکاران [۹] بر مرور مطالعات موجود درباره برنامه‌ریزی ترخیص با تأکید بر پیشگیری از بستری مجدد تمرکز کرده‌اند. آن‌ها کوشیده‌اند مطالعاتی با سطح شواهد بالا^{۲۰} را برای تهیه یک دستورالعمل کارا و مبتنی بر شواهد برای ترخیص بیماران روان‌پزشکی گردآوری کنند، اما مطالعاتی که یافت شد بیشتر مروری بر ادبیات^{۲۱} و نظرهای متخصصان^{۲۲} و مطالعات توصیفی^{۲۳} بودند.

مطالعات دیگری نیز در ادبیات علمی وجود داشتند که هر یک ابعادی از فواید برنامه‌ریزی ترخیص را تأیید می‌کردند. مطالعه مامو و همکاران نقش برنامه‌ریزی ترخیص در مدیریت و کاهش خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی را نشان داده است [۲۰]. شاو

19. A small reduction
20. High level of evidence
21. Literature review
22. Consensus statement
23. Descriptive studies



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تصویر ۱. تعداد مراجعات سرپایی بیماران ترخیص‌شده از بیمارستان روزبه در فاصله اردیبهشت تا تیر ۱۳۹۲ در شش‌ماهه اول پس از ترخیص

بهداشت»^{۲۶} ۲۰/۷ روز اعلام شده، بیشتر است و از استانداردهای جهانی نیز فاصله زیادی دارد؛ برای مثال میانگین روزهای بستری در بلژیک ۱۰/۲ روز، در ایتالیا ۱۳/۹ روز و در ترکیه ۱۵ روز است [۲۹] (تصویر شماره ۲).

تعیین هزینه-اثربخشی خدمات

با توجه به نبود مطالعات مرتبط داخلی، تعیین هزینه-اثربخشی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص فقط با اتکا به نتایج مطالعات مروری خارجی موجود در ادبیات علمی انجام شد. همان‌طور که ذکر شد، خدمت برنامه‌ریزی ترخیص تأثیر مثبت خود را بر شاخص‌هایی چون بستری مجدد، پایبندی به درمان، مدت بستری، هزینه‌های بستری، علائم روان‌پزشکی، کیفیت زندگی بیماران و البته هزینه‌های نظام سلامت روان اثبات کرده است [۱۵] که خلاصه‌ای از این مطالعات در جدول شماره ۱ ارائه شده است. هزینه-اثربخشی این مداخلات نیز در بررسی‌های دیگری نشان داده شده است [۲۹]. گرچه تحلیل اقتصادی نتایج مقذور نبود، اما با توجه به نتایج خوب مطالعات ذکر شده و وضعیت نامطلوب بیمارستان روزبه از نظر دو معیار مدت بستری و پایبندی به درمان سرپایی، انتظار منطقی این است که از طریق بهبود این دو معیار و دیگر اثرات ذکر شده، هزینه‌های نظام سلامت کاهش و کیفیت خدمات ارتقا یابد.

انتخاب مداخلات

برای این کار ابتدا اولویت‌های خدماتی تعیین و سپس ساختار کلی و اجزای بسته خدمت برنامه‌ریزی ترخیص طراحی شد. در طراحی خدمات باید به اصول مهمی توجه شود و برخی عناصر مدنظر قرار گیرد [۴۱]. در این قسمت از برخی نمونه‌های خارجی راهنمای برنامه‌ریزی ترخیص نیز کمک گرفته شد [۴۵-۴۲، ۸].

برنامه‌ریزی ترخیص، دو شاخص پایبندی^{۲۴} به درمان سرپایی و مدت بستری بیماران بررسی و یافته‌ها با آمارهای داخلی و جهانی مقایسه شد.

برای این منظور از داده‌های سامانه اطلاعات بیمارستانی^{۲۵} بیمارستان روزبه استفاده شد. برای نمونه، برای تعیین وضعیت پایبندی به ویزیت سرپایی، تعداد و زمان مراجعات سرپایی بیمارانی که از اردیبهشت تا تیر سال ۱۳۹۲ از بیمارستان روزبه ترخیص شده‌اند استخراج شد. از بین ۴۷۳ بیمار ترخیص‌شده، فقط ۲۰۷ بیمار به درمانگاه مراجعه کرده‌اند. تصویر شماره ۱ گویای نسبت مراجعه‌کنندگان به درمانگاه یا به اصطلاح، بیماران دارای پایبندی به ویزیت سرپایی و توزیع تعداد مراجعات آن‌هاست.

بیش از نیمی از بیماران بستری‌شده (۵۶ درصد) پس از ترخیص از مرکز، هیچ‌گونه مراجعه درمانگاهی نداشته‌اند و از میان بیمارانی که به درمانگاه مراجعه کرده‌اند هم بخش درخور توجهی (۳۷ درصد) فقط یک بار به درمانگاه مراجعه کرده‌اند.

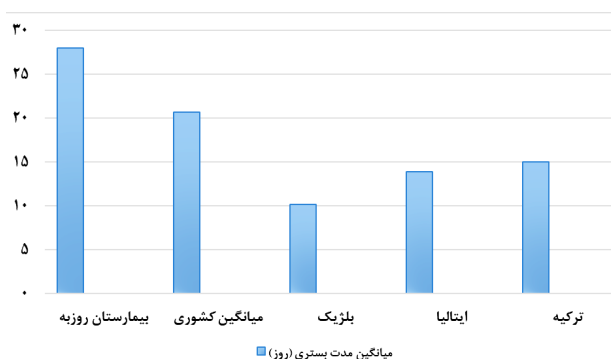
با توجه به اینکه در مطالعات مروری و بدون انجام برنامه‌ریزی ترخیص، میزان پایبندی به ویزیت سرپایی در بیماران روان‌پزشکی، آماری بین ۲۱ تا ۷۶ درصد داشته است [۱۵]. آمار این مرکز با میزان پایبندی ۴۴ درصد در حد متوسط است، اما همان مطالعات نشان داده است که می‌توان با اجرای برنامه‌ریزی ترخیص، میزان پایبندی به ویزیت سرپایی را به ۴۷ تا ۹۵ درصد برساند که این تفاوتی مهم و معنی‌دار و در دسترس است که می‌تواند در اهداف برنامه قرار گیرد.

همچنین با بررسی داده‌های سامانه اطلاعات بیمارستانی، مشخص شد میانگین مدت بستری در این مرکز حدود ۲۸ روز است. این عدد در مقایسه با میانگین کشوری که در گزارش سال ۲۰۰۶ «ابزار ارزیابی سامانه سلامت روان سازمان جهانی

26. World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)

24. Adherence

25. Hospital Information System (HIS)



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تصویر ۲. میانگین مدت بستری بیماران در بیمارستان روزبه و مقایسه آن با آمار داخلی و جهانی

حمایتی مورد نیاز بیمار در جامعه، مداخله زودرس در بحران یا بازگشت سلامت و رفاه بهینه برای بیمار؛

- برای اطمینان از اینکه بیمار بیشترین میزان رضایتمندی و رفاه را دارد، مشارکت حداکثری بیمار در روند برنامه‌ریزی ضروری است؛
- خانواده یا دیگر مراقبان بیمار نیز باید تا جای ممکن در روند

با توجه به مطالعات ذکرشده، برای طراحی خدمت برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه و انتخاب مداخلات، به اصول زیر دقت شد:

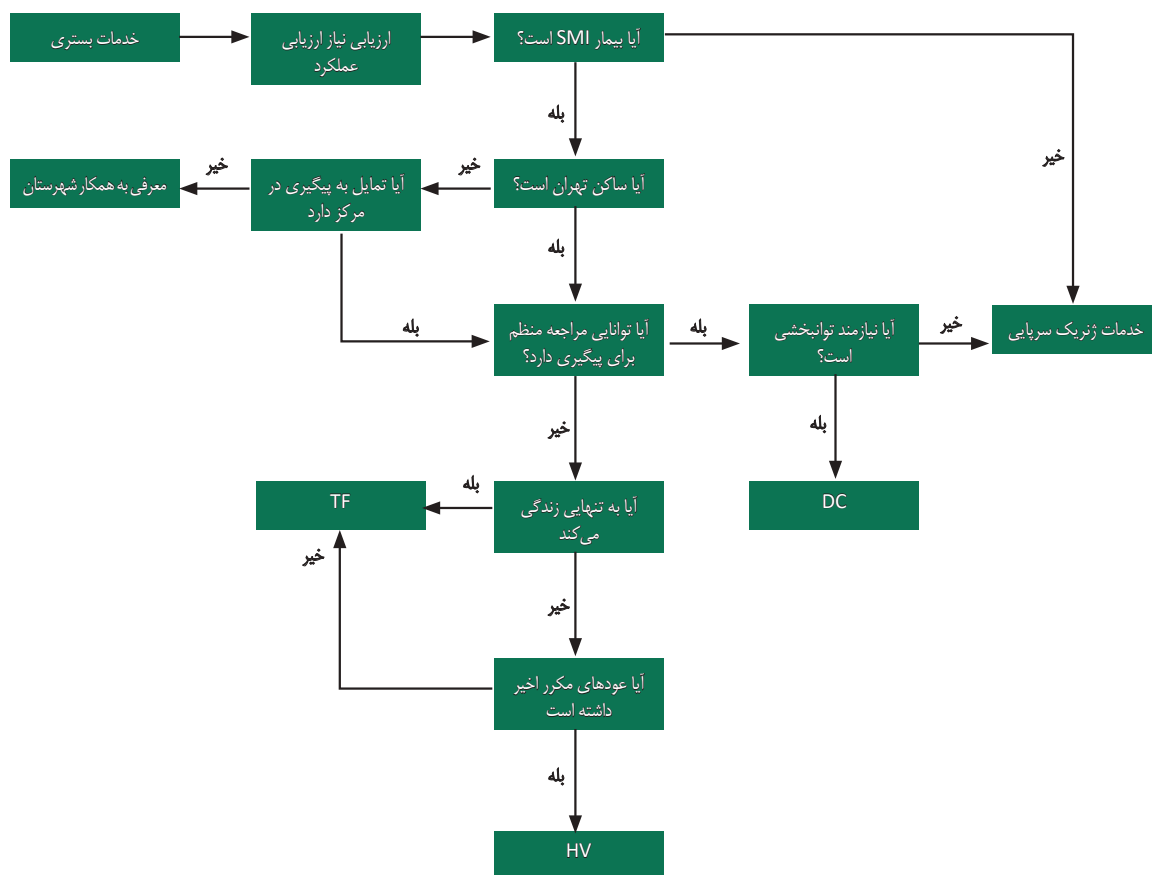
- هدف اصلی از برنامه‌ریزی ترخیص، اطمینان از این موارد است: پیوستگی و هماهنگی مراقبت و درمان، فراهم‌سازی سطح

جدول ۱. خلاصه‌ای از مطالعات انجام‌شده در حوزه برنامه‌ریزی ترخیص، برگرفته از مطالعه استفن و همکاران [۱۵]

ردیف	کشور	مؤلف و سال اجرا	حجم نمونه	طراحی مطالعه	ملاک‌های بررسی شده
۱	آمریکا	Cuffel, 2002 [31]	۳۹۱	کوهورت	میزان استفاده از خدمات سلامت روان و مدت بستری
۲	کانادا	Forchuk, 2005 [32]	۳۹۰	کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده ^۱	کیفیت زندگی و هزینه‌های نظام سلامت
۳	اسرائیل	Karniel-Lauer, 2000 [33]	۷۵	کارآزمایی بالینی کنترل شده ^۲	پایبندی به درمان و بستری مجدد
۴	انگلستان	Naji, 1999 [34]	۳۴۳	کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده	بستری مجدد و پایبندی به ویزیت اول پس از ترخیص
۵	ژاپن	Naoki, 2002 [35]	۳۱	کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده	سلامت روان، کیفیت زندگی
۶	آمریکا	Nelson, 2014 [24]	۸۷۹	کوهورت	بستری مجدد
۷	آمریکا	Olfson, 1998 [36]	۱۱۰	کارآزمایی بالینی کنترل شده	بستری مجدد سلامت روان، کیفیت زندگی و پایبندی به درمان
۸	آمریکا	Orlosky, 2007 [37]	۳۱۱۷	کوهورت	پایبندی به ویزیت‌های پس از ترخیص
۹	انگلستان	Reynolds, 2004 [38]	۱۹	کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده	بستری مجدد و سلامت روان و کیفیت زندگی
۱۰	آمریکا	Sharma, 1995 [39]	۸۲	کارآزمایی بالینی کنترل شده	پایبندی به ویزیت اول پس از ترخیص
۱۱	انگلستان	Shaw, 2000 [21]	۹۷	کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده	بستری مجدد و مشکلات دارویی
۱۲	آمریکا	Swanson, 1999 [40]	۱۲۱	مطالعه تصادفی شده ^۲	پایبندی به ویزیت اول پس از ترخیص

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

1. Randomized Controlled Trial (RCT); 2. Controlled Clinical Trial (CCT); 3. Randomized Trial (RT)



تصویر ۳. فرایند برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

درمان مشارکت داشته باشند؛

اقامتی موردنیاز را پایش کنند.

• مراقبت‌هایی که در خلال برنامه‌ریزی ترخیص مطرح می‌شوند، باید از لحاظ فرهنگی برای بیمار مناسب باشند؛

عناصر مهمی که در طراحی این خدمات مدنظر قرار گرفت شامل موارد زیر بودند:

• ارزیابی نیازهای بیمار، از جمله اقدامات مقدماتی در برنامه‌ریزی ترخیص است؛

• توجه به ماهیت مزمن و عودکننده و ناتوان‌کننده غالب بیماری‌های روان‌پزشکی؛

• مسائل بالینی و طبی مرتبط باید در روند برنامه‌ریزی ترخیص مدنظر باشند؛

• توجه به مشکلات خاص بیماران روان‌پزشکی در مقوله‌های اعتمادکردن و برقراری روابط پایدار و تطابق با شرایط نامساعد یا جدید؛

• برنامه‌ریزی ترخیص باید به صورت فردی برای هر بیمار انجام شود؛

• داشتن جامعیت کافی در شش حوزه مهم مسائل بیماران پس از ترخیص، شامل: دارو، اسکان، فعالیت‌های روزانه، مسائل طبی، آموزش و دیگر حمایت‌ها و نحوه ارتباط با تیم درمان؛

• یک فرد مشخص باید مسئولیت هماهنگی‌های لازم را با استفاده از روش‌های استاندارد مدیریت موردی^{۲۷} برعهده بگیرد؛

• مشارکتی‌بودن خدمات، شامل ارائه خدمات به صورت چندسیستمی و نیز درگیرکردن مراجعه‌کننده و مراقبان او؛

• در سطح مدیریت، فراهم‌کنندگان خدمات سلامت روان باید ارزیابی منظم برنامه برای ارتقای ساختار و نحوه اجرای آن را پایش و تأمین کنند. همچنین این افراد باید فراهم‌سازی خدمات ۲۴ ساعته و مؤثر در زمان مواجهه با اورژانس‌های روان‌پزشکی و در صورت لزوم اطمینان از ورود بیماران مزمن و شدید به مراکز

• تداوم خدمات در سه حوزه اصلی اطلاعاتی و مدیریتی و ارتباطی؛

• مستندسازی تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده و ارائه‌شده و دستورالعمل‌ها و برنامه‌های آینده؛

27. Case management

• تعیین مسئول مستقیم برای پیگیری امور و پاسخ‌گویی به هر مراجعه‌کننده بعد از ترخیص.

در نهایت پس از جمع‌بندی و مرور مداخلات و ابزارهای موجود در ادبیات علمی و بررسی امکانات قابل دسترسی در این مرکز، مانند بودجه، و لوازم و ابزار و نیروی انسانی مورد نیاز، تصمیم گرفته شد خدمت برنامه‌ریزی ترخیص بیمارستان روزبه شامل چهار قسمت زیر باشد:

۱. ثبت مشخصات بیمار: گرفتن و ثبت اطلاعات بیمار در سامانه اطلاعات بیمارستانی و پرونده که شامل نام، تاریخ تولد، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و مسائل قانونی است. همچنین گرفتن خلاصه‌ای از بستری‌های بیمارستانی، آدرس فعلی، نام پزشک درمانگر و نام مراقب اصلی که همان مدیریت‌کننده مورد^{۲۸} است. این موارد در برگه ثبت وقایع^{۲۹} مستند خواهند شد.

۲. ابزارهایی برای ارزیابی نیازها: ابزارهای مورد نظر باید سه حوزه نقاط قوت و نیازهای بالینی و نیازهای عمومی بیمار را پوشش دهند. ارزیابی نقاط قوت به بیمار این امکان را می‌دهد تا بتواند برای خود اهدافی واقعی از درمان متصور شود و فرایند توان‌بخشی را با رضایت و موفقیت بیشتری سپری کند.

درباره نیازهای بالینی، نظر به اینکه هر بیمار بسته به ماهیت اختلال و شرایط منحصر به فردش نیازهای خاصی دارد، مقرر شد اطلاعات مربوط به تشخیص و فهرست مشکلات بالینی، عوامل زمینه‌ساز بیماری، سطح عملکرد پیش از بیماری، سوابق درمانی و پاسخ به درمان، ظرفیت و توانایی بیمار برای مشارکت در اجرای ایمن درمان، عوامل زمینه‌ساز عود، درک خانواده از بیماری و درمان آن، نیازهای خانواده در ارتباط با بیماری، نیازهای خاص درباره پایش درمان، میزان آگاهی بیمار و خانواده از مقررات مربوط به بستری اجباری، آموزش‌های ارائه شده به بیمار و مراقبان او درباره درمان و به‌ویژه عوارض دارویی، اطلاع بیمار و مراقبان او از مداخلات ممکن برای مقابله با عوامل خطر و رخدادهای منفی و اطلاع از تاریخ و توالی ارزیابی‌های بالینی آتی جمع‌آوری و ثبت شود.

نیازهای عمومی بیماران که هنگام تدوین برنامه ترخیص باید مدنظر قرار گیرند نیز شامل شرایط زندگی پیش از بستری، امکان بازگشت به شرایط قبلی زندگی پس از ترخیص، وضعیت اسکان، توانایی مدیریت فعالیت‌های روزمره، نظارت و حمایت بیمار از سوی خانواده یا دیگر مراقبان و سطح مهارت‌های زندگی برای دستیابی به بیشترین حد استقلال در عملکرد، همچنین فرصت‌های اشتغال، مهارت‌های شغلی، منبع درآمد و حمایت

مالی، دسترسی آسان (از لحاظ هزینه و زمان) به مراقبت‌های اولیه بهداشتی، دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان، دسترسی به فعالیت‌های تفریحی، اجتماعی، فرهنگی و مذهبی، برنامه‌های کسب مهارت‌های اجتماعی و تفریحی، دسترسی به گروه‌های خودیاری یا دیگر شبکه‌های حمایتی و تسهیل حمایت از خانواده بیمار هستند.

۳. هماهنگی خدمات: برای هر یک از نیازهای تعیین شده، باید خدمت مدنظر و اقدامات مرتبط با این امر و فرد مسئول این اقدامات مشخص شود. همچنین برای ارائه خدمات مناسب باید مواردی چون وضعیت اختلالات همبود، مانند اختلالات مصرف مواد، نحوه هماهنگی و فرد مسئول هماهنگی با بخش‌های دیگر نظام سلامت مانند پزشکان دیگر بیمار و نظام‌های بیمه‌ای و سازمان‌های حمایتی، نحوه پیگیری فعال، به‌ویژه هنگامی که بیمار در موعد پیگیری حضور پیدا نکرده یا رخداد نامطلوبی در زندگی او پیش آمده است و فرد مسئول این پیگیری و نحوه مستندسازی داده‌ها مشخص شود.

۴. فهرستی از اقدامات نظارتی و مسائل مرتبط با بیمار: داشتن چک‌لیست، روشی سودمند برای اطمینان از انجام اقدامات لازم پیش و پس از ترخیص است. داشتن چک‌لیست همچنین می‌تواند به دقت در روند ثبت اطلاعات کمک کند و در ارزیابی خدمات هم استفاده شود.

طراحی خدمت

در طراحی هر خدمت جدید، باید اجزای آن به دقت مشخص و نقش هر کدام معین شود. این اجزا شامل ارائه‌دهنده، دریافت‌کننده، زمان‌بندی، محتوا، روش ثبت، آموزش، مدیریت و ارزیابی خدمت مورد نظر هستند.

اجزای خدمات برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه عبارتند از:

ارائه‌دهنده خدمت

با وجود اینکه فرایند برنامه‌ریزی ترخیص دربرگیرنده افراد مختلفی شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، پرستار، مددکار، تیم مرکز روزانه و البته بیمار و مراقبان او است، اما مسئولیت هماهنگی کلی برعهده یک نفر (رابط درمان) است.

دریافت‌کننده خدمت

اغلب خود بیمار و در مراحل بعدی مراقبان و اطرافیانش، گروه هدف خدمات برنامه‌ریزی ترخیص هستند.

مدل و زمان‌بندی خدمت

فرایند کلی برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه در تصویر

28. Case manager

29. Incident report

شماره ۳ ترسیم شده است.

منظور از SMI، بیماران دچار اختلال شدید روان‌پزشکی^{۳۰} است. این امر بر اساس تشخیص است، یعنی تشخیص اختلال اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزواکتیو یا اختلال دوقطبی به مثابه اختلال شدید روان‌پزشکی در نظر گرفته می‌شود. دیگر اختصارات استفاده‌شده شامل مرکز روزانه^{۳۱} و پیگیری تلفنی^{۳۲} و معاینه در منزل^{۳۳} است.

محتوای خدمت

خدمت برنامه‌ریزی ترخیص حین بستری برای هر بیمار در دو جلسه برگزار می‌شود که هر یک به طور تقریبی حدود ۳۰ دقیقه طول می‌کشد. این دو جلسه بدون احتساب جلسه صفر در زمان پذیرش (معارفه و آموزش‌های بدو بستری بر اساس مقررات بخش) و جلسه آخر (تکمیل چک‌لیست برنامه‌ریزی ترخیص) است. جلسه اول به ارزیابی نیاز و برنامه‌ریزی و جلسه دوم به آموزش اختصاصی به افراد اختصاص دارد. در ابتدای هر جلسه، مطالب جلسه یا جلسات قبلی جمع‌بندی می‌شود. اولین جلسه برنامه‌ریزی ترخیص باید حداکثر دو هفته پس از بستری بیمار در بخش برگزار شود. مسئولیت تکمیل فرم ارزیابی نیاز، علاوه بر رابط درمان (یکی از پرستاران شیفت صبح که از قبل به عنوان رابط درمان بخش معین شده است)، بر عهده دستیار مسئول بیمار است. رابط درمان پس از گرفتن اطلاعات و فرم تکمیل‌شده از دستیار، جلسات برنامه‌ریزی ترخیص را برگزار می‌کند.

تعیین شهر محل اسکان بیمار و تمایل بیمار برای پیگیری پس از ترخیص بر اساس جلسه اول برنامه‌ریزی صورت می‌گیرد و نیازهای توان‌بخشی بیمار با استفاده از فرم ارزیابی نیاز و توسط دستیار مسئول بیمار و رابط درمان تعیین می‌شود. خدمات درمانگاه شامل معاینه روان‌پزشک در درمانگاه، جلسه آموزش خانواده «پایه»، دریافت بروشور و خدمت یادآوری فعال نوبت درمانگاه به صورت پیگیری تلفنی یا یادآوری پیامکی^{۳۴} است. پیشنهاد شده است که به استثنای بیماران مبتلا به اختلال شدید روان‌پزشکی، دیگر بیماران به جای پیگیری تلفنی، از سرویس پیامکی یادآوری نوبت استفاده کنند.

روش ثبت خدمت

برای مراحل مختلف برنامه‌ریزی ترخیص ۹ فرم تهیه شده است که عبارتند از: فرم مشخصات بیمار؛ فرم ارزیابی نیاز؛ فرم جمع‌بندی ارزیابی نیاز و عملکرد بیمار؛ فرم استاندارد ارزیابی کلی

30. Severe mental illness

31. Day Center (DC)

32. Telephone Follow up (TF)

33. Home Visit (HV)

34. SMS reminder

عملکرد^{۳۵}؛ فرم برنامه‌ریزی مراقبت پس از ترخیص؛ فرم ارجاع؛ فرم جلسه آموزش‌های حین بستری؛ چک‌لیست ترخیص؛ فرم برنامه‌ریزی ترخیص بیمار.

آموزش خدمت

طبق آنچه مقرر شده است قبل از اجرای آزمایشی خدمات در بیمارستان، جلسات آموزشی و توجیهی لازم به صورت تئوری و عملی (ایفای نقش^{۳۶}) برای کارمندان و دستیاران برگزار می‌شود.

مدیریت خدمت

مسئول آموزش بیمار فرم‌های برنامه‌ریزی ترخیص را به صورت دوره‌ای مرور می‌کند. موارد اشتباه و ناهمخوان، با رابط درمان در میان گذاشته و راهنمایی مناسب ارائه می‌شود. نظارت کلی بر عهده تیم نظری است که از سوی ریاست بیمارستان مشخص می‌شود. علاوه بر این، مسئول سامانه اطلاعات بیمارستانی بیمارستان به صورت دوره‌ای حضور بیمار در اولین معاینه روان‌پزشکی پس از ترخیص را گزارش می‌کند.

ارزیابی خدمت

شاخص‌های اصلی ارزیابی برای برنامه‌ریزی ترخیص شامل موارد زیر هستند که به صورت دوره‌ای (هر ۶ ماه یک بار) انجام خواهد شد: حضور بیمار در درمانگاه در زمان مشخص برای پیگیری درمان از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی بیمارستان؛ مراجعه بیمار برای خدمت مشخص شده پس از ترخیص، از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی بیمارستان؛ پایبندی به درمان دارویی با استفاده از پرسش‌نامه؛ میزان رضایت ارائه‌دهندگان از خدمت برنامه‌ریزی ترخیص با استفاده از جلسات گروهی متمرکز^{۳۷}.

بحث

برنامه‌ریزی ترخیص به‌مثابه یک مداخله بالینی، جزئی از درمان است و شواهد موجود حاکی از اثربخشی آن در کاهش بستری مجدد، کاهش طول مدت بستری، بهبود پایبندی به درمان، کاهش هزینه‌های درمان، کاهش علائم بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی بیماران است. بنابراین، طراحی و پیاده‌سازی آن منطقی است و حتی به نظر می‌رسد با استدلال بهبود کیفیت خدمات سلامت، یک الزام اخلاقی باشد.

طراحی خدمات برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزه بر اساس مدل‌های رایج جهانی و با توجه به ملاک‌های جامعیت، مشارکتی‌بودن و پیوستگی انجام شد، اما در مرحله پیاده‌سازی

35. Global Assessment of Functioning (GAF)

36. Role play

37. Focused group sessions

لازم می‌دانند از کمک‌های همکاران محترم، خانم دکتر زهرا میرسپاسی، خانم دکتر والناتین آرتونیان و خانم دکتر فاطمه رنجبر کرمانی در طراحی بسته خدمت برنامه‌ریزی ترخیص برای بیمارستان روزبه قدردانی کنند و زحمات رابطان درمان و کارکنان محترم مرکز روزانه بیمارستان روزبه را در اجرایی‌شدن این پروژه صمیمانه ارج نهند.

به‌علت مواردی همچون نبود ارتباطات برون‌سازمانی مناسب و عدم وجود تجربه چنین فعالیت‌هایی در سطح کشور، تغییراتی نسبت به مدل سایر کشورها داده شد. به‌عنوان مثال، بخش بزرگی از وظایفی که در سایر کشورها بر عهده یک بیمارستان روان‌پزشکی نیست و توسط نهادهای حامی اجتماعی انجام می‌شود نیز در این برنامه به بیمارستان واگذار شده است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان فاز اجرایی و مشخص نبودن برون‌داده‌ها اشاره نمود، که البته این مطالعه در حال انجام است و در آینده نتایج آن منتشر خواهد شد.

نتیجه‌گیری

برنامه‌ریزی ترخیص، نوعی مداخله بالینی و جزئی از درمان است و شواهد موجود حاکی از اثربخشی آن در کاهش بستری مجدد، کاهش مدت بستری، بهبود پایبندی به درمان، کاهش هزینه‌های درمان، کاهش علائم بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی بیماران است. بنابراین، طراحی و پیاده‌سازی آن منطقی است. حتی به نظر می‌رسد با این استدلال که کیفیت خدمات سلامت باید بهبود یابد، یک الزام اخلاقی باشد.

طراحی خدمات برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان روزبه بر اساس مدل‌های رایج جهانی و با توجه به ملاک‌های جامعیت، مشارکتی‌بودن و پیوستگی انجام شد، اما در مرحله پیاده‌سازی به علت مواردی چون نبود ارتباطات برون‌سازمانی مناسب و نبود تجربه چنین فعالیت‌هایی در سطح کشور، تغییراتی نسبت به مدل کشورهای دیگر داده شد؛ برای مثال در این برنامه بخش بزرگی از وظایفی که در کشورهای دیگر بر عهده یک بیمارستان روان‌پزشکی نیست و نهادهای حامی اجتماعی آن را انجام می‌دهند به بیمارستان واگذار شده است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود فاز اجرایی و مشخص نبودن برون‌داده‌ها اشاره کرد که البته این مطالعه در حال انجام است و در آینده نتایج آن منتشر خواهد شد.

طراحی و پیاده‌سازی این خدمات در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه برای اولین بار در کشور انجام شده و لازم است به طور مداوم ارزیابی و بازنگری شود. نظر به اینکه استفاده از این مداخله در کشور ما با توجه به محدودیت منابع و امکانات، جزء اولویت‌هاست، پیشنهاد می‌شود پس از اجرای عملی این طرح، با استخراج داده‌های دقیق و مستدل، برای قانع کردن مسئولان سلامت کشور و سازمان‌های حمایتی و بیمه‌ای برای گسترش آن اقدام شود.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دوره دستیاری تخصصی روان‌پزشکی آقای حمیدرضا توفیقی در گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. نگارندگان بر خود

References

- [1] Vandad Sharifi M, Hajebi A, Radgoodarzi R. [Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011 (Persian)]. *Archives of Iranian Medicine*. 2015; 18(2):76.
- [2] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):593. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- [3] Mathers C, Boerma T, Fat DM. The global burden of disease. Geneva: World health organisation; 2008.
- [4] Bloom DE, Cafiero E, Jané Llopis E, Abrahams Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Harvard: Program on the Global Demography of Aging; 2012.
- [5] Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52(8):1039-45. doi: 10.1176/appi.ps.52.8.1039
- [6] Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16(5):947-56. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x
- [7] Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin Esmaeili M. [Community mental health centers in Iran: Planning evidence-based services (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2013; 19(3):163-176.
- [8] Baron M, Erlenbusch B, Moran CF, O'Connor K, Rice K, Rodriguez J. Best practices manual for discharge planning: Mental health & substance abuse facilities, hospitals, foster care, prison and jails. Los Angeles: Coalition to hunger & homelessness. 2008.
- [9] Alghzawi HM. Psychiatric discharge process. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012:1-7. doi: 10.5402/2012/638943
- [10] Kerr MS. Psychiatric discharge summaries. *BMJ*. 1990; 300(6719):260-1. doi: 10.1136/bmj.300.6719.260-b
- [11] Vanaki Z, Habibipour B. [The assessment of effect discharge planning on patients satisfaction (Persian)]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2008; 16(2):25-35.
- [12] Ranjbar F, Ghanbari B, Khaleghparast S, Manouchehri H, Nasiri N. [The effects of discharge planning on insight, symptoms and hospitalization of Schizophrenia patients at Iran University of Medical Sciences Hospitals (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 17(1):53-9.
- [13] Edvardsson B, Olsson J. Key concepts for new service development. *The Service Industries Journal*. 1996; 16(2):140-64. doi: 10.1080/02642069600000019
- [14] Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida; 2005.
- [15] Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B. Discharge planning in mental health care: A systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009; 120(1):1-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x
- [16] Nurjannah I, Mills J, Usher K, Park T. Discharge planning in mental health care: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 23(9-10):1175-85. doi: 10.1111/jocn.12297
- [17] Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Discharge planning from hospital to home. In: Shepperd S, editor. *Cochrane database of systematic reviews*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd; 2010. doi: 10.1002/14651858.cd000313.pub3
- [18] Newton AS, Hamm MP, Bethell J, Rhodes AE, Bryan CJ, Tjosvold L, et al. Pediatric suicide-related presentations: A systematic review of mental health care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2010; 56(6):649-659.e2. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.02.026
- [19] Fontanarosa J, Uhl S, Oyesanmi O. Interventions for adult offenders with serious mental illness [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Aug. Report No.: 13-EHC107-EF.
- [20] Mamo DC. Managing suicidality in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2007; 52(6):59S. PMID:17824353
- [21] Shaw H, Mackie CA, Sharkie I. Evaluation of effect of pharmacy discharge planning on medication problems experienced by discharged acute admission mental health patients. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2000; 8(2):144-53. doi: 10.1111/j.2042-7174.2000.tb00999.x
- [22] Luxton DD, Thomas EK, Chipps J, Relova RM, Brown D, McLay R, et al. Caring letters for suicide prevention: Implementation of a multi-site randomized clinical trial in the U.S. military and veteran affairs healthcare systems. *Contemporary Clinical Trials*. 2014; 37(2):252-60. doi: 10.1016/j.cct.2014.01.007
- [23] Missio H. Does discharge planning prevent readmission to inpatient psychiatric units. Gosford, New South Wales: Central Coast Health; 2004.
- [24] Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services*. 2000; 51(7):885-9. doi: 10.1176/appi.ps.51.7.885
- [25] Morrow Howell N, Proctor EK, Mui AC. Adequacy of discharge plans for elderly patients. Oxford: Oxford University Press; 1991.
- [26] Altman H. A Collaborative approach to discharge planning for chronic mental patients. *Psychiatric Services*. 1983; 34(7):641-2. doi: 10.1176/ps.34.7.641
- [27] Kelly A, Watson D, Raboud J, Bilsker D. Factors in delays in discharge from acute-care psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1998; 43(5):496-501. doi: 10.1177/070674379804300508
- [28] Record JD, Niranjana Azadi A, Christmas C, Hanyok LA, Rand CS, Hellmann DB, et al. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: An important part of transitions of care. *Medical Education Online*. 2015; 20(1):26701. doi: 10.3402/meo.v20.26701
- [29] Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, Klein HE, Steinert T, et al. Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilizers of psychiatric services (NODPAM): Design and methods. *BMC Health Services Research*. 2008; 8(1). doi: 10.1186/1472-6963-8-152
- [30] Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, Klein HE, Steinert T, et al. Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilizers of psychiatric services (NODPAM): Design

- and methods. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:152. doi: 10.1186/1472-6963-8-152
- [31] Hansen DC, Matt Hensrud N, Holland DE, Severson MA. Development of a discharge planning mentorship program. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2000; 16(1):11-6. doi: 10.1097/00124645-200001000-00002
- [32] Forchuk C, Martin M, Chan YL, Jensen E. Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005; 12(5):556-64. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00873.x
- [33] Naji SA, Howie FL, Cameron IM, Walker SA, Andrew J, Eagles JM. Discharging psychiatric in-patients back to primary care: a pragmatic randomized controlled trial of a novel discharge protocol. *Primary Care Psychiatry*. 1999; 5(3):109-15.
- [34] Naoki K, Nobuo A, Emi I. [Randomized controlled trial on effectiveness of the community re-entry program to inpatients with schizophrenia spectrum disorder, centering around acquisition of illness self-management knowledge (Japanese)]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003; 105(12):1514-31. PMID: 15027310
- [35] Grant JE. Caring for your patient after discharge. *Current Psychiatry*. 2007; 6(4):75-7.
- [36] Olsson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S. Linking Inpatients With Schizophrenia to Outpatient Care. *Psychiatric Services*. 1998; 49(7):911-7. doi: 10.1176/ps.49.7.911
- [37] Orlosky MJ, Caiati D, Hadad J, Arnold G, Camarro J. Improvement of Psychiatric Ambulatory Follow-up Care by Use of Care Coordinators. *American Journal of Medical Quality*. 2007; 22(2):95-7. doi: 10.1177/1062860606297997
- [38] Reynolds W, Lauder W, Sharkey S, Maciver S, Veitch T, Cameron D. The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004; 11(1):82-8. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00692.x
- [39] Sharma SB, Elkins D, van Sickle A, Roberts CS. Effect of Pre-discharge Interventions on Aftercare Attendance: Process and Outcome. *Health & Social Work*. 1995; 20(1):15-20. doi: 10.1093/hsw/20.1.15
- [40] Swanson AJ, Pantalon M V, Cohen KR. Motivational Interviewing and Treatment Adherence among Psychiatric and Dually Diagnosed Patients. *The Journal of Nervous & Mental Disease*. 1999; 187(10):630-5. doi: 10.1097/00005053-199910000-0000
- [41] Green BL AM. Developing and Implementing a Programwide Vision for Effective Mental Health Consultation. Washington, D.C.: Center for Early Childhood Mental Health Consultation; 2012.
- [42] Hansen DC, Matt-Hensrud N, Holland DE, Severson MA. Development of a discharge planning mentorship program. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2000; 16(1):11-6. doi: 10.1097/00124645-200001000-00002
- [43] Grant Jon E. Caring for your patient after discharge [Internet]. 2018 [Cited 2018 Feb 11]; Available from: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-162867166/caring-for-your-patient-after-discharge>
- [44] National institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. 2016 [Cited 2018 Feb 19]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/evidence/full-guideline-pdf-2606951917>
- [45] Victoria's Hub for Health Services and Business. Discharge planning for adult community mental health services. Melbourne: Office of the Chief Psychiatrist; 2002.