

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT
REZUMAT

CALITATE ȘI MANAGEMENT ÎN PROFILAXIA SECUNDARĂ A
SUFERINȚELOR PSIHIATRICE MAJORE

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT
Prof. Dr. TUDOR UDRISTOIU

DOCTORAND
Dr. Dan Bondari

2012

CUPRINS

INTRODUCERE.....	1
Capitolul I - IMPORTANȚA PROBLEMEI.....	1
Capitolul II – TULBURĂRILE PSIHIATRICE MAJORE	1
2.1 Grupul Schizofreniilor.....	1
2.2 Alte tulburări psihotice.....	2
2.3 Tulburarea bipolar.....	2
2.4 Tulburarea depresivă unipolară.....	3
Capitolul III- MANAGEMENTUL TERAPEUTIC AL AFECȚIUNILOR PSIHIATRICE MAJORE.....	3
3.1 Antipsihotice.....	3
3.1.1 Clasificare.....	3
3.2. Antidepresive.....	3
3.2.1 Clasificare.....	3
3.3. Timostabilizatoare.....	3
Capitolul IV- ASPECTE DE MANAGEMENT ÎN PSIHIATRIE.....	3
4.1 Managementul calității în sistemul medical.....	3
4.2 Sisteme de management al calității.....	3
Capitolul V- IPOTEZĂ, COORDONATE METODOLOGICE.....	4
5.1 Ipoteza de lucru.....	4
5.2 Obiectivele cercetării.....	4
5.3 Coordonatele metodologice.....	4
Capitolul VI – REZULTATE.....	4
Capitolul VII –DISCUȚIA REZULTATELOR.....	8
Capitolul VIII – CONCLUZII.....	13
BIBLIOGRAFIE.....	14

Capitolul I

INTRODUCERE. IMPORTANȚA PROBLEMEI.

Psihiatria, ca ramură a medicinei, a prezentat un parcurs istoric oarecum diferit de cel al altor specialități medicale. Analiza istorică a serviciilor psihiatrice moderne abordează pe de o parte latura clinică/tehnică, dar este strâns legată de contextul socio-economic și politic. Strâns legată într-o primă etapă de neurologie, psihiatria modernă cunoaște trei perioade istorice.

În lucrarea de față, încercăm să stabilim rolul strategiilor de management în ridicarea nivelului calitativ și de eficiență al serviciilor psihiatrice spitalicești în țara noastră

Capitolul II

TULBURĂRILE PSIHIATRICE MAJORE

În general, psihoza este suferința psihică a cărei circumscriere este dificilă datorită criteriilor diferite luate în considerație: intensitate, conștiința bolii, percepția timpului, gravitatea destructurării câmpului conștiinței etc. După unii autori, eliminarea conceptului de psihoză a însemnat un progres metodologic, marcat odată cu apariția manualelor de diagnostic DSM-II și DSM-III, ultimul eliminând din clasificare așa-zisa grupă a psihozelor. Definițiile sau, mai corect spus, încercările de definiție se opresc la tentative descriptive sau au un caracter tautologic. O soluție mai frecvent abordată, cu implicații cel puțin metodologice, a fost aceea de a opune cele două noțiuni clasice, nevroza și psihoza, pentru a le defini prin comparație. În acest sens, s-au luat în considerare criterii a căror valoare este discutabilă:

- criteriul gravității – imprecis, deoarece există o serie de neclarități mai ales în domeniul bolilor afective, unde nu se poate stabili o limită între o depresie severă fără simptome psihotice, dar cu evoluție nefavorabilă și o depresie psihotică cu evoluție favorabilă;
- criteriul evolutiv – inoperant în unele cazuri, de exemplu tulburările psihotice scurte, cu evoluție posibil favorabilă comparativ cu tulburarea obsesiv-compulsivă, care poate deveni invalidantă;
- criteriul etiologic – insuficient de relevant, factorii psihogeni putând genera fie tulburări de intensitate ușoară, fie tulburări severe, de aspect psihotic;
- criteriul conștiinței bolii – limitat, deoarece există tulburări de intensitate psihotică în care bolnavul recunoaște cel puțin parțial suferința sa, ca și nevroze în care bolnavul este prea puțin conștient de tulburările sale. Dacă se iau în discuție și tulburările de personalitate, nerelavanța acestui criteriu devine și mai evidentă.

2.1. Schizofrenia

2.1.1. Istoric. Date epidemiologice

E. Bleuler a marcat actul de naștere al conceptului de schizofrenie în 1911, prin titlul capitolului care-i aparținea în cadrul Tratatului de Psihiatrie al lui Aschaffenburg, punând semnul egalității între „dementia praecox” și grupa schizofreniilor. Sub influența teoriei psihanalitice, în

plină afirmare la începutul secolului, Bleuler descrie simptomele de bază ale schizofreniei (primare și secundare) și delimitează formele clinice, încă valabile în psihiatria actuală.

2.1.2. Ipoteze etiopatogenice în schizofrenie

Factori ereditari. În populația generală riscul este de 1%, la rudele de gradul al treilea este de 2%, la cele de gradul al doilea între 2 și 6% iar la cele de gradul I între 6 și 17%, cu rate ridicate la copii cu ambii părinți schizofreni 46%. Rezultatele ilustrează, deci, o creștere evidentă a riscului de apariție a maladiei la rudele pacienților, riscul crescând cu cât gradul de rudenie este mai apropiat (22).

Factori neurochimici Ipoteza unui exces funcțional al dopaminei în schizofrenie este cea mai acceptată. Dezvoltarea tehnicilor de imagistică a permis studiarea in vivo a ocupării receptorilor dopaminergici D2, arătând că efectul antipsihotic apare atunci când aproximativ 70% dintre receptorii D2 sunt ocupați (26).

2.1.3. Diagnostic

Conceptul de schizofrenie este abordat de cele două sisteme moderne de clasificare: ICD-10 (International Classification of Diseases, OMS) și DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a IV-a revizuită, APA). Acestea contribuie la stabilirea unui consens internațional, dată fiind necesitatea operaționalizării diagnosticului și terapiei. Cele două sisteme sunt compatibile dar, în ciuda eforturilor depuse, continuă să existe anumite diferențe (34, 35).

2.2. Alte tulburări psihotice

2.2.1. Tulburarea schizoafectivă

DSM-IV-TR definește tulburarea ca „o perioadă neîntreruptă de boală în timpul căreia se succed episoade de depresie majoră, maniacale sau mixte concomitent cu două simptome care îndeplinesc criteriul A pentru schizofrenie”(36).

2.2.2. Tulburarea delirantă

Prototipul tulburării delirante este reprezentat de conceptul clasic de paranoia (Kahlbaum, 1863). Odată cu apariția ediției a treia a DSM, tulburările schizofrenice sunt delimitate de tulburarea delirantă, în cadrul căreia este inclusă paranoia, definită ca o „tulburare persistentă, non-bizară, care nu este datorată niciunei alte tulburări mintale, ca schizofrenia, tulburarea schizofreniformă sau tulburarea de dispoziție. Diagnosticul de tulburare delirantă este posibil doar când nu se poate stabili că un factor organic a inițiat și menținut tulburarea”.

2.3. Tulburarea bipolară

Tulburarea bipolară înlocuiește în clasificările actuale psihoza maniaco-depresivă, descrisă de Kraepelin în 1896. Pacienții care prezintă clinic cel puțin un episod maniacal, hipomaniacal sau mixt, cu sau fără episoade depresive sunt considerați bipolari. Se disting mai multe tipuri de boală bipolară:

2.3.2. Episodul maniacal

Criteriile DSM-IV-TR de diagnostic al episodului maniacal

2.4. Tulburarea depresivă unipolară

Constă în episoade depresive recurente, care durează cel puțin două săptămâni și care pot avea intensități diferite. Depresia este, probabil, cea mai frecventă tulburare psihică, fiind întâlnită, dar subdiagnosticată, în toate tipurile de servicii medicale.

Capitolul III

MANAGEMENTUL TERAPEUTIC AL TULBURĂRILOR PSIHIATRICE MAJORE

3.1. Antipsihotice

3.1.1. Clasificare. Mecanism de acțiune

Din punct de vedere al profilului legării de receptori, dar și al proprietăților farmacologice, implicațiilor clinice și efectelor adverse, medicamentele antipsihotice pot fi grupate în două categorii:

3.2. Antidepresive

3.2.1. Generalități. Clasificare

În vederea unei adevărate terapeutice optime, se consideră a fi utilă cunoașterea relației între substratul biologic parțial cunoscut și simptomatologie (90).

3.3. Timostabilizatoare

Grup polimorf de substanțe cu acțiune psihotropă ce au în comun proprietatea de a stabili dispoziția, evitând distorsiunile hipertimice pozitive sau negative și putând preveni accesul maniacal sau pe cel depresiv. Din punct de vedere psihofarmacologic, principalul rol al substanțelor cu efect timostabilizator este acela de a regla excitabilitatea neuronală la nivel sinaptic.

Capitolul IV

ASPECTE DE MANAGEMENT ÎN PSIHIATRIE

Istoria managementului pacienților psihiatrici reflectă nu numai modificările în înțelegerea științifică a tulburării psihice, ci și convingerile politice, sociale și economice ale perioadei respective (95). În secolele al XVII-lea și al XVIII-lea, boala psihică era mai curând privită ca o problemă cu implicații sociale sau spirituale decât medicale, având multe în comun cu alte stări perturbatoare, cum ar fi criminalitatea și pauperitatea.

4.1. Managementul calității în sistemul medical

În baza formulării clasice din anul 2006 a standardului ISO 9000, calitatea este totalitatea acelor proprietăți și caracteristici ale produsului sau serviciului care influențează capacitatea de a satisface nevoi exprimate sau expectate. Cu alte cuvinte, calitatea este măsura în care un grup al caracteristicilor proprii (proprietăți distinctive) satisface cerințele (97).

4.2. Sisteme de management al calității

Au ca deviză înțelegerea și servirea utilizatorilor, favorizează proiectarea eficientă, managementul bazat pe procese și aplică tehnici eficiente de soluționare a problemelor.(99) Cuprind verificarea formală a rezultatelor și proceselor cu dezvoltarea continuă a planurilor. Consolidează aptitudinile de conducere, sprijină munca în echipă și, nu în ultimul rând, facilitează adaptarea la circumstanțele în continuă schimbare

Capitolul V

IPOTEZĂ. OBIECTIVE. COORDONATE METODOLOGICE

5.1. Ipoteză de lucru

Consideram oportun un studiu al pacienților internați cu schizofrenie , alte tulburări psihotice, tulburare depresivă unipolară și tulburare bipolară, din punct de vedere socio-demografic, clinico-evolutiv și terapeutic, în relație managementul calității în asistența spitalicească pentru adulți.

Evidențierea unor factori de risc și de predicție pentru evoluție, evaluarea răspunsului terapeutic dar și analiza managementului îngrijirilor pot contribui la ameliorarea eficienței serviciilor psihiatrice și a nivelului calității vieții pacienților.

5.2. Obiectivele cercetării

- Evidențierea unor particularități clinico-evolutive ale tulburărilor psihiatrice majore la pacienții internați în clinica de Psihiatrie
- Identificarea unor factori de risc evolutiv prin analiza comparativă a caracteristicilor individuale și a managementului terapeutic intraspitalicesc.
- Evaluarea managementului calității în clinica de Psihiatrie

5.3. Coordonate metodologice.

Studiu retrospectiv pe o perioadă de 5 ani 2006-2010 al pacienților internați în clinicile universitare de Psihiatrie din Craiova cu tulburări psihiatrice majore: schizofrenie, alte tulburări psihotice, tulburare bipolară, tulburare depresivă majoră. S-au selectat date care să permită analize structurale pe diverse secțiuni, căutându-se evidențierea valorii practice a managementului în profilaxia secundară a suferințelor psihiatrice majore, precum și indicatori ai managementului calității . Cercetarea s-a realizat în conformitate cu normele etice și de bună practică prin respectarea confidențialității informațiilor și anonimizării pacienților din baza de date.

Capitolul VI

Bărbați	62	2.8	303	13.7	421	19.0	273	12.3	203	9.2	1262	57.0
Femei	42	1.9	206	9.3	579	26.1	97	4.4	25	1.1	949	42.9
Total	104	4.7	509	23.0	1000	45.2	370	16.7	228	10.3	2211	100.0

6.2.6. Încadrare nosologică

Am considerat oportună analiza separată a grupurilor schizofreniei și alte tulburări psihotice. În cadrul schizofreniei s-a confirmat faptul, de mult evidențiat în literatură, că schizofrenia paranoidă reprezintă cea mai frecventă formă, 63,0% (Tabel IX).

Tabel IX . Distribuția pacienților cu schizofrenie pe sexe, după forma clinică
Valorile relative au fost calculate față de total

Forma clinică SEX	Schizofrenie paranoidă		Schizofrenie hebefrenică		Schizofrenie catatonică		Schizofrenie nediferențiată		Schizofrenie reziduală		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Bărbați	331	33.5	8	0.8	7	0.7	145	14.7	90	9.1	581	58.7
Femei	292	29.5	8	0.8	1	0.1	56	5.7	51	5.2	408	41.3
Total	623	62.0	16	1.6	8	0.8	201	20.3	141	14.3	989	100.0

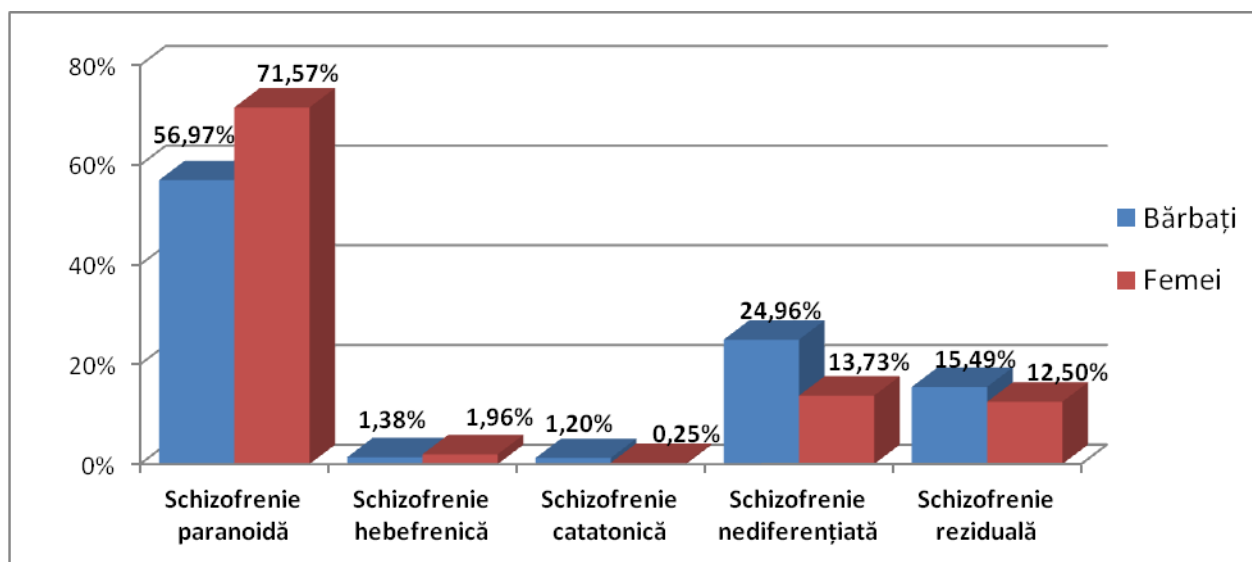


Fig.10. Distribuția sublotului cu schizofrenie pe sexe, după forma clinică. Valori relative pe sexe

6.2.14. Indicatori de management al calității

Durata internării

Durata standard estimată a internării în spitalele de psihiatrie acută este apreciată în România la 14 zile. Gravitatea afecțiunii dar și lipsa aportului social au condus ca în sublotul nostru, 62,7% dintre pacienți să beneficieze de internări mai lungi de două săptămâni (Tabel

XIX). Ca o particularitate, am observat în dinamică creșterea progresivă a numărului de internări cu durată sub 14 zile pe perioada studiului.

Tabel XIX. Distribuția subplotului N1 pe sexe, după durata internării
Valorile relative din total

Durata int.	< 7 zile		7-14 zile		> 14 zile		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Bărbați	87	3.9	282	12.7	893	40.4	1262	57.1
Femei	86	3.9	370	16.7	493	22.3	949	42.9
Total	173	7.8	652	29.5	1386	62.7	2211	100.0

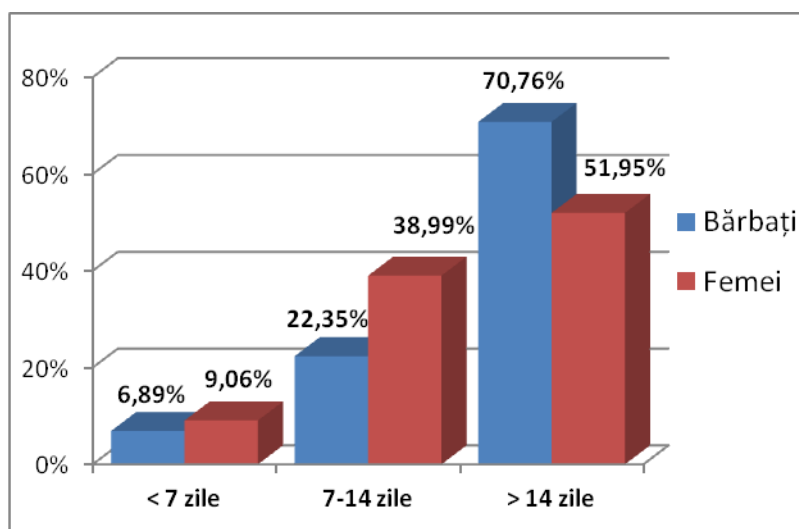


Fig. 20. Distribuția subplotului N1 pe sexe, după durata internării.

Valori relative pe sexe

6.3. Sublotul N2 6023 - pacienți cu tulburări ale afectivității

6.3.1. Sex și grupe de vârstă

Sublotul N2 al pacienților cu tulburări ale afectivității este format din un număr de 6023 de pacienți. Pentru subplotul N2 s-a înregistrat cea mai mare diferență dintre sexe, raportul femei:bărbați fiind 1.6 (p test Z pentru proporții ~0), femeile constituind 61,8% din acest lot (Tabel XX, Fig. 19). Numărul acestora este superior pacienților de sex masculin la toate categoriile de vârstă, cu excepția intervalului 31-40 ani unde raportul este egal.

Tabel XX Distribuția sublotului N2 pe sexe, după grupa de vârstă.
Valorile relative față de total

Vârstă	Sub 20 ani		20-30 ani		31-40 ani		41-50 ani		Peste 50 ani		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Bărbați	32	0.5	139	2.3	697	11.6	1015	16.8	418	7.0	2301	38.2
Femei	76	1.3	263	4.4	715	11.9	1473	24.5	1195	19.8	3722	61.8
Total	108	1.8	402	6.7	1412	23.4	2488	41.3	1613	26.8	6023	100.0

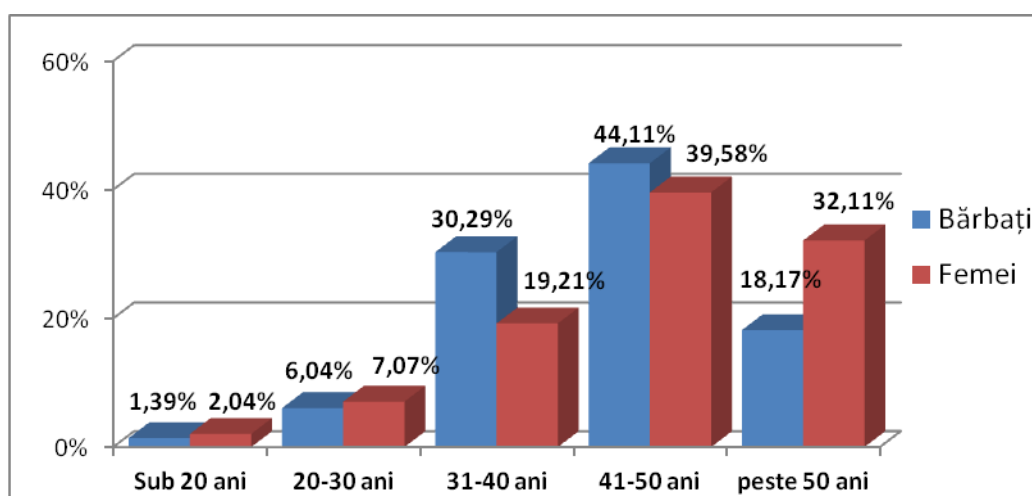


Fig. 19. Distribuția sublotului N2 pe sexe, după starea civilă. Valori relative pe sexe

6.3.11. Număr internări

Cea mai mare parte a sublotului – 65,0%, a beneficiat de peste două până la cinci internări (Tabel XXXI, Fig. 30). În acest segment, femeile au deținut majoritatea, rezultând o diferență înalt semnificativă statistic între sexe ($p < 0,001$) în ceea ce privește numărul de internări. Această analiză statistică este totuși grevată de faptul că o mare parte a internărilor au reprezentat evaluări periodice ale pacienților cu invaliditate.

6.3.14. Indicatori de management al calității

Durata internării

Durata spitalizării a fost de peste două săptămâni la 51,5 % din sublot (Tabel XXXII, Fig. 35). Spitalizările de scurtă durată au aparținut în majoritate pacienților cu tip maniacal internați voluntar și externați la cerere

**CAPITOLUL VII
DISCUȚIA REZULTATELOR**

7.1. COMPARAȚIE ÎNTRE GRUPURI

7.1.1. Grupe de vârstă

Comparând pacienții cu schizofrenie și tulburări psihotice (lot N1) cu pacienții cu tulburări ale afectivității (TAB și TD – lot N2) am identificat diferențe înalt semnificative statistic ($p < 0.001$) în ceea ce privește distribuția pe grupe de vârstă.

Pacienții cu tulburări psihotice și schizofrenie predomină la vârste sub 40 de ani, în timp ce la vârstele de peste 40 de ani se remarcă un procentaj mai mare al pacienților cu tulburări ale afectivității. (tabel XXXIII, fig.36).

TabelXXXIII. Distribuția subploturilor N1și N2 , pe grupe de vârstă. Valorile relative din total

Vârstă LOT	Sub 20 ani		20-30 ani		31-40 ani		41-50 ani		peste 50 ani		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
N1	104	1.3	509	6.2	1000	12.1	370	4.5	228	2.8	2211	26.9%
N2	108	1.3	402	4.9	1412	17.1	2488	30.2	1613	19.6	6023	73.1
Total	212	2.6	911	11.1	2412	29.3	2858	34.7	1841	22.4	8234	100.0

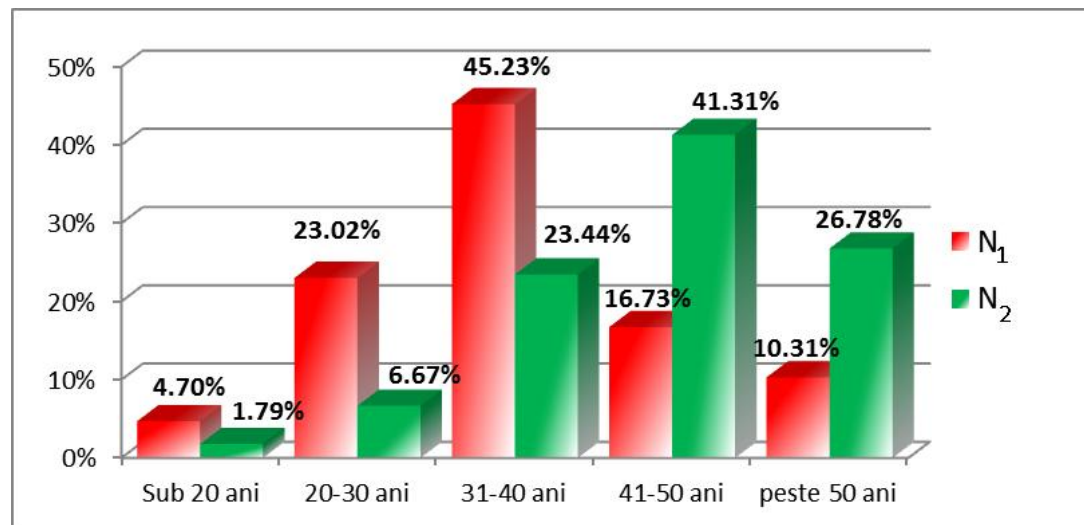


Fig. 36. Distribuția subploturilor N1 și N2 , pe grupe de vârstă. Valori relative pentru fiecare subplot

7.1.10. Număr de internări

Deși diferențele procentuale în ceea ce privește numărul de internări sunt mici între cele două categorii de pacienți, faptul că au fost analizate loturi de mii de pacienți face ca aceste diferențe, de aproximativ 5 procente, să fie înalt semnificative statistic ($p < 0,001$). (Tabel XLII, fig 45)

Tabel XLII. Distribuția subploturilor N1 și N2, după numărul de internări

Valorile relative din total

Nr. internări LOT	1		2-5		> 5		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
N1	367	4.5	1513	18.4	331	4.0	2211	26.9
N2	1262	15.3	3916	47.6	845	10.3	6023	73.1
Total	1629	19.8	5429	65.9	1176	14.9	8234	100.0

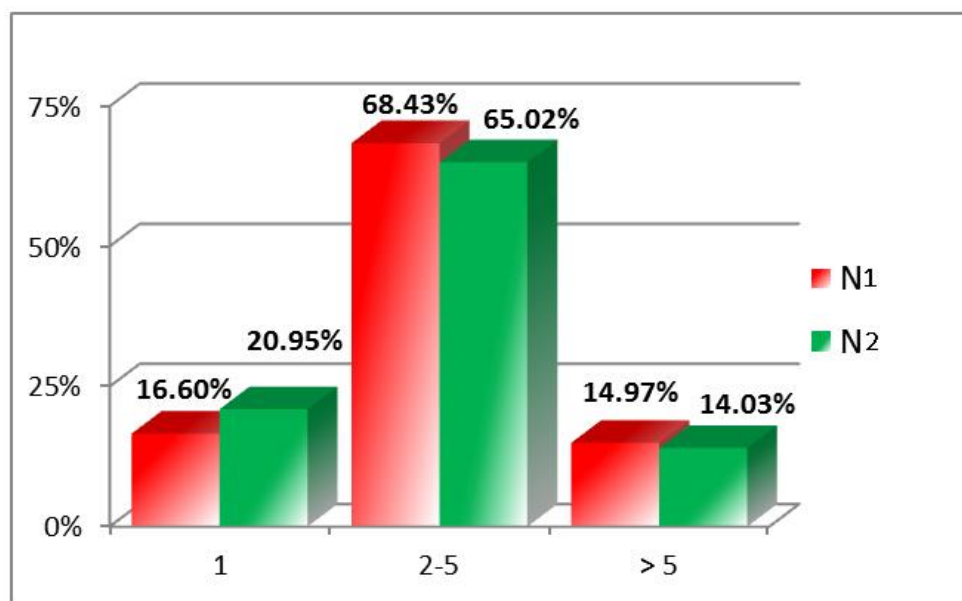


Fig 45 Distribuția subploturilor N1 și N2, după numărul de internări.
Valori relative pentru fiecare subplot

7.1.11. Indicatori de management al calității

Legat de durata internărilor, se observă o diferență înalt semnificativ ($p < 0,001$) între cele două grupuri, pacienții cu tulburări ale afectivității având în proporție de ~25,0% internări mai scurte de 7 zile, în comparație cu doar 8,0% dintre pacienții cu schizofrenie sau tulburări psihotice, în timp ce aceștia din urmă au o proporție mai mare, 62,6% a internărilor mai lungi de 2 săptămâni. (Tabel XLIII, fig 46)

Tabel XLIII. Distribuția subploturilor N1 și N2, după durata internării. Valorile relative din total

Durata int. LOT	< 7 zile		7-14 zile		> 14 zile		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
N1	173	2.1	652	7.9	1386	16.8	2211	26.9
N2	1461	17.7	1462	17.8	3100	37.6	6023	73.1
Total	1634	19.8	2114	25.7	4486	54.5	8234	100.0

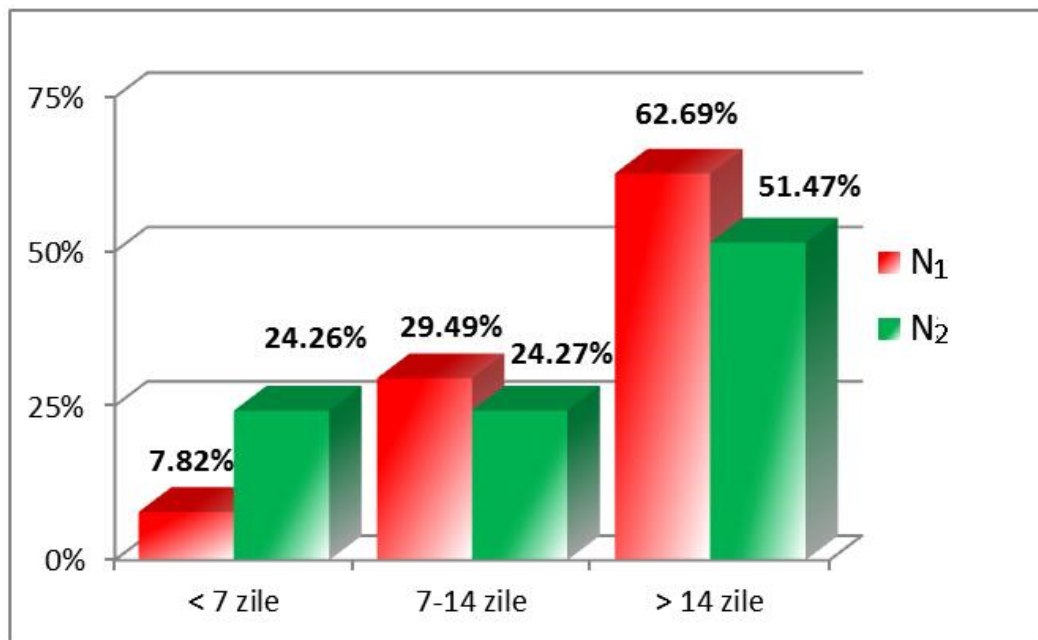


Fig 46. Distribuția subploturilor N1 și N2, după durata internării. Valori relative pentru fiecare subplot

Diferențele între cele două subploturi privind indicatorii de management al calității au fost neesențiale, cu excepția ratei mortalității (0,09% pentru N1 și 0,03% pentru N2). Nu s-au înregistrat infecții nosocomiale, iar ratele de pacienți transferați sau reveniți în 30 zile și indicele de concordanță diagnostică au avut valori apropiate și s-au situat pe o poziție superioară față de obiectivele stabilite de spital.

7.3. Indicatori de utilizare și aspecte financiare

Numărul total al pacienților internați în clinicile de Psihiatrie a manifestat o tendință crescătoare, cu excepția anului 2007 (Fig.47).

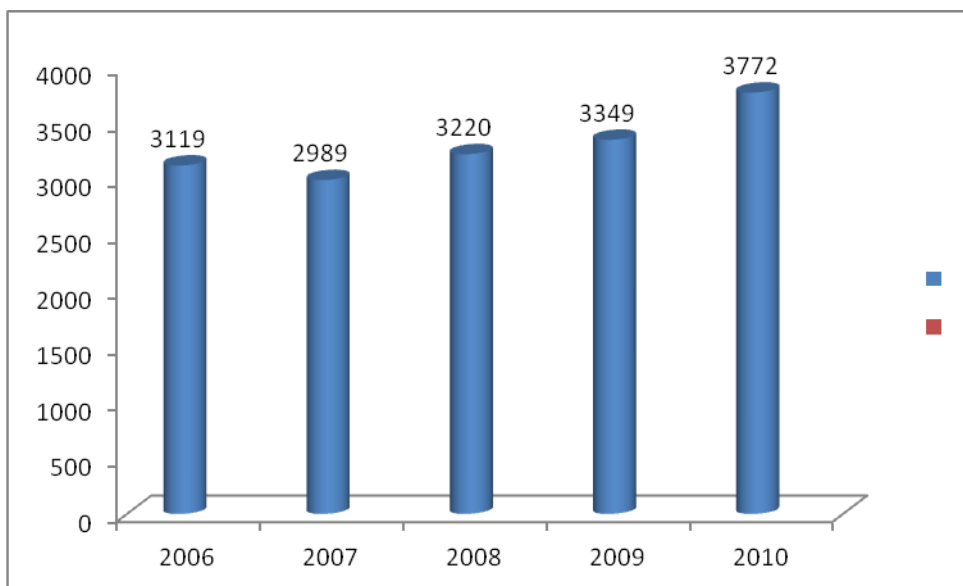


Fig 47 Numărul pacienților internați în clinica de Psihiatrie

Costul mediu al medicamentelor pentru un pacient a scăzut constant, mai abrupt în 2010, după o creștere în 2007 (Fig.50), în timp ce costul materialelor sanitare a crescut, cu excepția anului 2010, dar rămâne foarte mic (Fig.51).

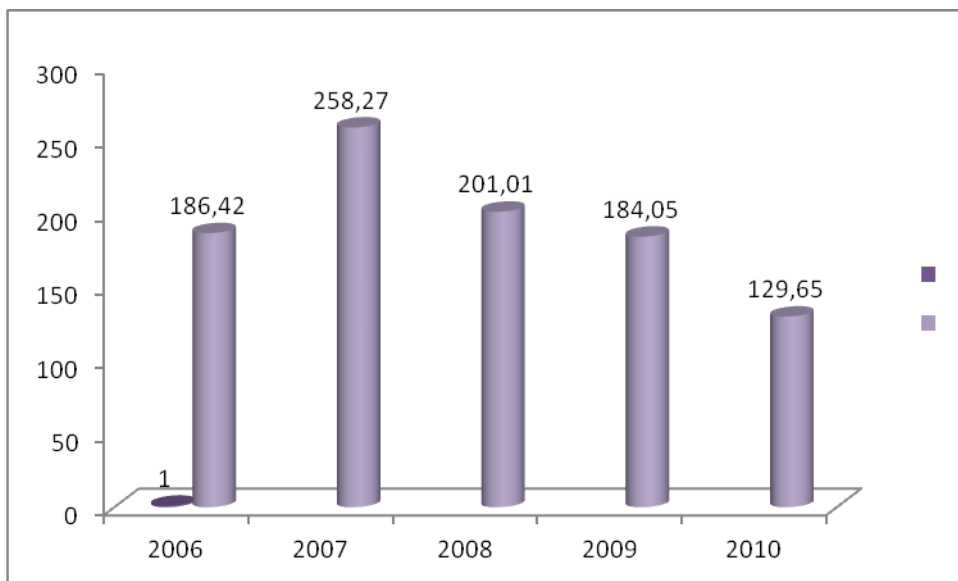


Fig 50 Costul mediu al medicamentelor

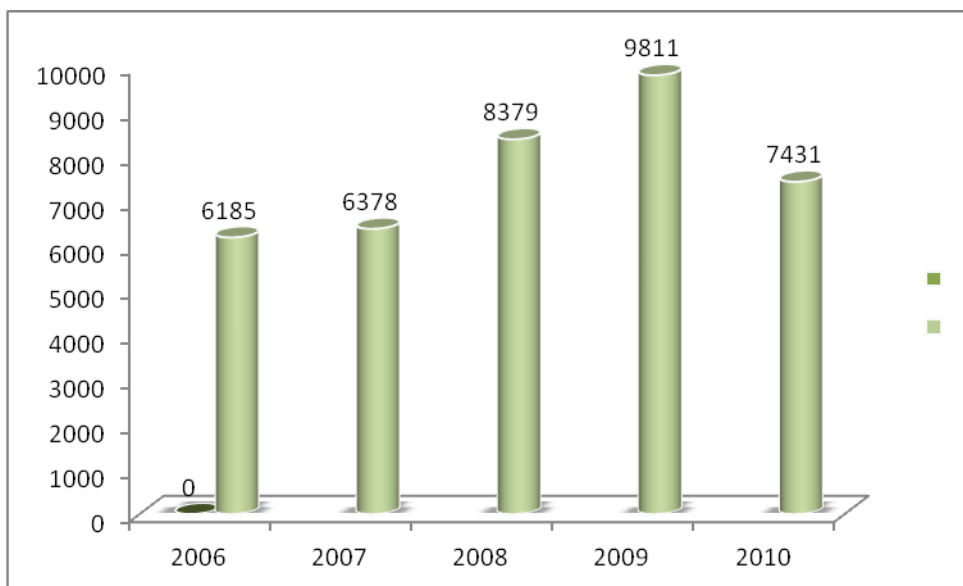


Fig 51 Costul materialelor sanitare

Studiul sistematic al corelațiilor dintre managementul terapeutic al utilizării și al calității îngrijirilor ar putea genera un set de măsuri adaptate specificului Psihiatriei, care să amelioreze evoluția bolilor și calitatea vieții pacienților pe termen mediu și lung, cu consecințe benefice asupra costurilor directe și indirecte

CAPITOLUL VIII

CONCLUZII

1. Pacienții cu tulburări psihiatrice majore reprezintă 42,9% din cei internați în clinicile de Psihiatrie din Craiova, în perioada 2006 – 2010 (Schizofrenie-12,0%, Alte tulburări psihotice-14,9%, Tulburare bipolară – 11,1%, Tulburare depresivă majoră unipolară – 62,0%).
2. schizofrenia și alte tulburări psihotice s-au asociat semnificativ cu sexul masculin, grupa de vârstă 21-30 ani, statutul de necăsătorit, iar tulburările afective majore s-au asociat semnificativ cu sexul feminin și intervalul 31-50 ani.
3. În ambele subloturi s-a înregistrat predominanța nivelului educațional mediu (67,8%/72,6%), debutul insidios (77,3%/87,2%) și numărul de 2-5 internări (68,4%/65,0%).
4. În evoluția celor două subloturi am înregistrat diferențe semnificative privind starea civilă, pondere superioară a celor căsătoriți în cadrul tulburărilor afective majore și a celor necăsătoriți la pacienții cu schizofrenie – alte psihoze.

5. Caracterul debutului și intervalul debut real – debut aparent, au fost semnificativ diferite la cele două subloturi, cu valori superioare pentru debutul brusc și intervalul sub 1 an, la pacienții cu schizofrenie și alte psihoze, și predominanța intervalului 1-3 ani la cei cu tulburări afective majore.
6. Intervalul debut real – debut aparent pentru schizofrenie – alte psihoze a fost sub 1 an la 59,7% și de 1-3 ani la 24,1% din pacienți, și respectiv 48,6%, în sublotul cu tulburări afective majore.
7. Antecedentele heredo-colaterale s-au înregistrat la numai 16 % din sublotul „schizofrenie – alte psihoze” și la 31,2% din pacienții cu tulburări afective majore.
8. S-a înregistrat o diferență semnificativă între subloturi în ceea ce privește prezența comorbidităților somatice: 25,7% la „schizofrenie-alte psihoze” și 74,1% la tulburări afective majore.
9. Ponderea pacienților cu monoterapie în cele două loturi a fost de 6,9%, respectiv 1,3%, iar efectele adverse au fost prezente la 9,9%, respectiv 9,1% din pacienți;
10. Caracterul invalidant al tulburărilor psihiatrice majore este demonstrat de ponderea majoritară a pensionarilor, a celor fără loc de muncă.
11. În ceea ce privește managementul calității, durata spitalizării peste 14 zile s-a înregistrat la 62,7% dintre pacienți. Ceilalți indicatori nu au prezentat probleme deosebite, fiind superiori celor stabiliți în obiectivele spitalului. În total s-au înregistrat opt decese, două cu schizofrenie și șase cu tulburare depresivă majoră, din care două prin suicid.
12. Propuneri de management:
 - Creșterea ponderii cheltuielilor pentru medicamente și materiale sanitare în bugetul spitalului.
 - Controlul utilizării medicamentelor cu evitarea polipragmaziei și respectarea adecvantei terapeutice și siguranței în administrare.
 - Dezvoltarea aplicării tehnicilor de consiliere educațională a pacienților și familiilor acestora, precum și a terapiilor non-biologice.

Realizarea unor legături constante între serviciile spitalicești, semiambulatorii și ambulatorii pentru monitorizarea evoluției pacienților

BIBLIOGRAFIE

Selectie

1. Thornicroft G, Tansella, M, 2001. Modelul matriceal al sănătății mentale. Editura Medicală București, 29-41.
2. Johnson S, Prossor D, Bindman J, Szmukler G, 1997. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32:137-141.
3. Knapp M, 1995. Community Mental Health Services: Towards an Understanding of Cost-effectiveness. *J Health Serv Res and Policy*, 1:254.

4. Kuipers L, Bebbington P, 1991. Working in partnership: clinicians and carers in the management of long-term mental illness. London, Heineman, 224-233. 98.
98. Armean, P., Managementul sanitar. Noțiuni fundamentale de sănătate publică, Editura Coresi, București, 2004;
99. Armeanu, P., Managementul calității serviciilor de calitate, Editura Coresi, București, 2002;
100. Brătianu, C., Management și Marketing, Editura Comunicare.ro, 2006;
101. Cătoiu, I. (coord.), Cercetări de marketing, Editura Uranus, București, 2002;
102. Ciurea, A.V., Cooper, C.L., Avram, E., Managementul sistemelor și organizațiilor sănătății, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010