



Σύνδεσμος Ψυχολόγων Κύπρου

Δρ. Χριστίνα Γιαννάκη
Γενική Διευθύντρια
Υπουργείο Υγείας
Προδρόμου 1 και Χίλωνος 17
1448, Λευκωσία

12 Μαρτίου, 2019

Θέμα: Δημόσια Διαβούλευση του Νομοσχεδίου με τίτλο Περί Ίδρυσης και Λειτουργίας Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης

Αγαπητή Δρ. Γιαννάκη,

Σε απάντηση της επιστολής σας με Αρ. Φακέλου: Υ.Υ. 13.25.003.001532/2, ημερομηνίας 20 Φεβρουαρίου 2019, θα θέλαμε αρχικά να συγχαρούμε το Υπουργείο Υγείας για αυτή τη σημαντική πρωτοβουλία δεδομένης της επιτακτικής ανάγκης θέσπισης νομικού πλαισίου για τη λειτουργία τέτοιων κέντρων. Δυστυχώς, στην παρούσα κατάσταση, παρατηρούνται φαινόμενα όπου άτομα αδειοδοτημένα μόνο στο επίπεδο «Εγγεγραμμένου Πτυχιούχου» ή άλλων θεωρητικών κατευθύνσεων (δηλαδή, επαγγελματίες με γνώσεις Ψυχολογίας, που δεν έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ώστε να μπορούν να παρέχουν νόμιμα υπηρεσίες) να εργοδοτούνται στα κέντρα αυτά. Η θέσπιση πλαισίου πολιτικής, που να διασφαλίζει την ποιότητα των υπηρεσιών αποθεραπείας και αποκατάστασης σε όλους τους ασθενείς και άτομα με αναπηρία, μέσω της δημιουργίας εξειδικευμένων κέντρων που να στελεχώνονται από αδειούχο, εγγεγραμμένο και καταλλήλως καταρτισμένο προσωπικό και διεπιστημονικές ομάδες βάσει διεθνών κριτηρίων, μας βρίσκει απόλυτα σύμφωνους.

Από πλευράς του ΣΨΚ, θα θέλαμε να θέσουμε υπόψη σας τα εξής

Γενικά σχόλια:

1. Να διασφαλιστούν οι αναλογίες προσωπικού προς ασθενείς, όπως αυτοί αναγράφονται στις σχετικές κατευθυντήριες γραμμές, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα υπηρεσιών. Αυτές οι αναλογίες ορίζονται στη βάση διεθνών βέλτιστων πρακτικών που αναφέρονται από οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και άλλων διεθνώς αναγνωρισμένων οργανισμών και επαγγελματικών σωμάτων. Για παράδειγμα, σχετικές αναλογίες για κέντρα εσωτερικής νοσηλείας/αποθεραπείας και αποκατάστασης αναγράφονται στους πίνακες που παρατίθενται στο Παράρτημα Ι και έχουν εντοπιστεί από το British Society of Rehabilitation Medicine (2003) *Rehabilitation following acquired brain injury National clinical guidelines*, το *Specialised Neurorehabilitation Service Standards* (2015) και το *The Royal Australasian College of Physicians' Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services in Public and Private Hospitals* (2011).
2. Ο ελάχιστος εξειδικευμένος εξοπλισμός αναγράφεται επίσης στα προτεινόμενα κείμενα.
3. Το ίδιο και οι διαδικασίες εργασίας (π.χ., έντυπα εργασίας των επαγγελματιών υγείας βλέπε NHS England *Commissioning Guidance for Rehabilitation*).

Συγκεκριμένα, στην περίπτωση των Εγγεγραμμένων Ψυχολόγων, η χρήση έγκυρων μεθόδων διαγνωστικής και νευροψυχολογικής αξιολόγησης μέσω χρήσης σταθμισμένων στα Κυπριακά δεδομένα εργαλείων κρίνεται



απαραίτητη. Η χρήση, για παράδειγμα, ενός μοναδικού και σύντομου εργαλείου ανίχνευσης (Screening tool) η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στις μέρες μας, δεν είναι επαρκής και, κατά συνέπεια, αξιόπιστη. Μερικές περιοχές που μπορεί να αξιολογήσει ένας Ψυχολόγος που εργάζεται σε κέντρο αποθεραπείας ή αποκατάστασης αφορούν στις μεθόδους διαχείρισης της αλλαγής και της προσαρμογής στην αναπηρία, λειτουργική και συμπεριφορική ανάλυση, νευρογνωστική λειτουργικότητα, καθώς επίσης και αξιολόγηση πόνου και διαχείρισης του, οικογενειακής λειτουργικότητας και κοινωνικής στήριξης, εργασιακών ενδιαφερόντων και αποκατάστασης, προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας μετά από αναπηρία, και γνωστικών ικανοτήτων (π.χ., αντίληψη). Λίστα συγκεκριμένων εργαλείων δύναται να καταρτιστεί αναλόγως του πληθυσμού (π.χ., ενηλίκων ή ανηλίκων) που θα εξυπηρετείται ανά κέντρο.

Επιπρόσθετα, για την παροχή ποιοτικών ψυχολογικών υπηρεσιών, στο χώρο του κέντρου θα πρέπει να εξασφαλιστούν τα εξής:

- γραφειακός χώρος για τον Ψυχολόγο που θα στελεχώνει τη μονάδα (πράγμα το οποίο προνοείται στο κείμενο)
- γραφειακός χώρος για διεξαγωγή συνεντεύξεων και συμβουλευτικής/καθοδήγησης για όλα τα μέλη της οικογένειας του ασθενή
- ειδικά διαμορφωμένος χώρος για διεξαγωγή αξιολόγησης, συμβουλευτικής και θεραπείας, ξεχωριστά από το γραφειακό χώρο

Οι γραφειακοί χώροι δύναται να είναι ένας ενιαίος χώρος δεδομένου κατέχουν επαρκές εμβαδό και τέτοια διάταξη που να ευνοεί την ύπαρξη πέραν των δυο ατόμων. Ο ξεχωριστός χώρος για διεξαγωγή αξιολογήσεων και θεραπείας χρειάζεται να συμπεριληφθεί ως έχουν συμπεριληφθεί και επιπλέον χώροι υπηρεσιών/θεραπείας για άλλους επαγγελματίες.

Παράλληλα, να ενσωματωθεί στη νομοθεσία διαδικασία για τη διασφάλιση της επεξεργασίας και τήρησης προσωπικών δεδομένων υγείας που να συνάδει με τη σχετική υφιστάμενη νομοθεσία και κατευθυντήριες γραμμές της Επιτροπής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, καθώς και της Ευρωπαϊκής οδηγίας GDPR.

Τέλος, τα έντυπα συνήθως ενσωματώνονται στον ατομικό φάκελο του ασθενούς. Τέτοια έντυπα τυπικά αναφέρονται σε τομείς όπως παραπομπή για ψυχολογική αξιολόγηση, ψυχολογική αναφορά/έκθεση, σημειώσεις ψυχολογικής συνεδρίας, ιστορικό, συγκατάθεση για συλλογή ή/και ανταλλαγή πληροφοριών με τρίτους (π.χ., οικογένεια, εξωτερικούς φορείς), έντυπα επικοινωνίας, κ.α.

Συγκεκριμένα σχόλια

1. Προς αποφυγή σύγχυσης, να αποσαφηνιστεί στους ορισμούς (βλέπε άρθρο 8(III) του 2011) ότι για σκοπούς του προτεινόμενου νομοσχεδίου αποκλείονται οι ψυχολογικές/ψυχιατρικές διαταραχές και να διασφαλιστεί ότι συνάδει με τον ορισμό της «αναπηρίας» όπως αυτή αναγράφεται από τον ΠΟΥ.
2. Στη διεθνή βιβλιογραφία, κατευθυντήριες γραμμές και κριτήρια εΐθισται οι ειδικοί ψυχολόγοι που απασχολούνται σε τέτοια κέντρα να είναι Κλινικοί Ψυχολόγοι, Κλινικοί Νευροψυχολόγοι, ή/και Νευροψυχολόγοι (όπου τα δύο ή τρία αναγνωρίζονται και είναι νομικά κατοχυρωμένα ως διαφορετικές ειδικότητες). Άλλες ειδικότητες δεν συμπεριλαμβάνονται καθότι δεν κατέχουν την απαραίτητη εκπαίδευση (θεωρητική και πρακτική) ώστε να παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες (βλέπε NHS England *Commissioning Guidance for Rehabilitation* και Australian Faculty of Rehabilitation Medicine and The Royal Australasian College of Physicians' *Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services in Public and Private Hospitals*).
3. Σχετικά με τη σύσταση και σύνθεση της Συμβουλευτικής Επιτροπής Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, αν και κατανοούμε την αναγραφή και συμπερίληψη των δυο σωμάτων ως εκπροσώπων, δεδομένου ότι όλοι οι Εγγεγραμμένοι Ψυχολόγοι δεν αποτελούν μέλη του ενός ή του άλλου σώματος και για να αποφευχθούν οι όποιες διαφωνίες στην εύρεση ατόμου κοινής αποδοχής, προτείνεται όπως ο Εγγεγραμμένος Ψυχολόγος διορίζεται από το Συμβούλιο Εγγραφής Ψυχολόγων. Να σημειωθεί ότι πέραν του ΣΨΚ και του ΠΑΣΥΨΥ, πρόσφατα έχει δημιουργηθεί και τρίτο επαγγελματικό σώμα το οποίο πιθανώς να διεκδικήσει θέση.
4. Δεδομένης της ύπαρξης επιβολής τέλους εξέτασης αίτησης και προστίμου, θα ήταν θεμιτό στη νομοθεσία να προστεθεί άρθρο που να δίνει τη δυνατότητα στη Συμβουλευτική Επιτροπή και τον Έφορο να διατηρούν ταμείο.



5. Σχετικά με τους δικαιούχους άδειας, να συμπεριληφθεί η μη εγγραφή των αιτητών στο μητρώο για τους σεξουαλικά αδικοπραγούντες έναντι ανηλίκων εφόσον τα άτομα με αναπηρίες εμπίπτουν σε ευάλωτο πληθυσμό και δύνανται να απευθύνονται και σε ανήλικους.
6. Να αποσαφηνιστεί ποιοι είναι οι Ευρωκώδικες. Επίσης αν γίνεται αναφορά στη σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία να αναφέρεται ρητώς.
7. Να προχωρήσει η προώθηση για ταυτόχρονη υιοθέτηση κανονισμών περί λειτουργίας κέντρων αποθεραπείας ώστε το προτεινόμενο νομοσχέδιο να είναι όσο πιο ολοκληρωμένο γίνεται (π.χ., βλέπε WHO / ICRC / Handicap International / CBM *Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation*).
8. Να καθορίζεται σε τι κατηγορία εντάσσεται κάθε κέντρο αποκατάστασης όπως για παράδειγμα Κέντρα Κλειστής Νοσηλείας, Ημερήσιο Κέντρο Αποκατάστασης, και Κέντρα Δημέρευσης (βλέπε, WHO *rehabilitation guidelines*).
9. Θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό όπως το κάθε κέντρο αποκατάστασης διασφαλίσει ότι υπάρχει τρόπος πρόσβασης ή/και κινητών μονάδων αποθεραπείας, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης, για την κατ' οίκον περίθαλψη των ατόμων με αναπηρία και την επανένταξή τους στην κοινότητα, ώστε να διασφαλίζεται μια ολιστική προσέγγιση.
10. Να αναφερθεί ρητώς ότι τα κέντρα αποκατάστασης θα πρέπει να ακολουθούν την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων και προγραμμάτων εκπαίδευσης, φυσικής και κοινωνικής προσαρμογής, καθώς και τη χρήση και χορήγηση ειδικών μέσων και οργάνων σύγχρονης τεχνολογίας και επιστήμης, για την επίτευξη του σκοπού τους. Η συνεχής επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού να αποτελέσει μέρος της επαναξιολόγησης για ανανέωση της άδειας λειτουργίας του κέντρου.
11. Να αναφερθεί αν το κράτος, για λόγους δημοσίας υγείας, προνοείται να προχωρήσει σε συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα ή/και συμβάσεις παραχώρησης και να αναφέρεται ρητώς η διαδικασία χρηματοδότησης.
12. Να αναφέρεται ότι τα κέντρα αποκατάστασης συμπίπτουν και είναι εναρμονισμένα με την εθνική πολιτική για θέματα ατόμων με αναπηρίες, η οποία δύναται να εκσυγχρονίζεται.
13. Να αναφέρεται ότι τα κέντρα αποκατάστασης υποχρεούνται να προχωρούν στην ορθή διασύνδεση των υπηρεσιών φροντίδας εντός και εκτός του Γενικού Συστήματος Υγείας, καθώς και διασύνδεσης με τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας για παροχή υπηρεσιών όπου εμπίπτει στην αρμοδιότητα τους ή/και αδυνατεί να το πράξει το ίδιο το κέντρο.

Προς δική σας ενημέρωση και τεκμηρίωση των ως άνω, επισυνάπτονται αυτούσια τα κείμενα στα οποία αναφερόμαστε. Παραμένουμε στη διάθεση σας σχετικά.

Με εκτίμηση,

Ελένη Καραγιάννη, PsyD
Εγγεγραμμένη Κλινική Ψυχολόγος
Πρόεδρος ΣΨΚ



Μαρίζα Χατζηχαραλάμπους, PhD
Εγγεγραμμένη Κλινική Ψυχολόγος
Γραμματέας ΣΨΚ

Παράρτημα Ι: Πίνακες με αναλογίες προσωπικού
Επισυναπτόμενα:

1. British Society of Rehabilitation Medicine (2003) *Rehabilitation following acquired brain injury - National clinical guidelines*
2. *Specialised Neurorehabilitation Service Standards* (2015)
3. The Royal Australasian College of Physicians' *Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services in Public and Private Hospitals* (2011).
4. NHS England *Commissioning Guidance for Rehabilitation*
5. WHO *rehabilitation guidelines matrix*
6. WHO / ICRC / Handicap International / CBM *Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation*



Παράρτημα Ι

Πίνακες 1 και 2 από British Society of Rehabilitation Medicine (2003) *Rehabilitation following acquired brain injury National clinical guidelines*

| Table 3a Minimum staffing provision for specialist inpatient rehabilitation services | | |
|--|---|--|
| Nurses | 1–1.2 WTE per bed | Plus Trained helper staff Technicians/engineers Other professions as appropriate, eg art and music therapist, counsellor, etc. |
| Physiotherapists | 1 WTE per 5 beds | |
| Occupational therapists | 1 WTE per 5 beds | |
| Speech and language therapists | 1 WTE per 7–8 beds | |
| Clinical psychologists | 1 WTE per 8–10 beds | |
| Social workers | 1 WTE per 10–12 beds | |
| Dietitians | 1 WTE per 20 beds | |
| Medical staff | A 24–26 bed unit should have: 1 WTE consultant accredited in rehabilitation medicine <i>plus</i> 2 WTE training grades (SpR/SHO) <i>or</i> 1 WTE non-training doctor | |
| SHO = senior house officer; SpR = specialist registrar; WTE = whole time equivalent | | |

| Table 3b Proposed minimum staffing levels for a community specialist service to support people with brain injury (population 500,000) | |
|---|-----|
| Discipline | WTE |
| Specialist brain injury nurse | 1 |
| Physiotherapists | 2.5 |
| Occupational therapists | 5 |
| Speech and language therapists | 2 |
| Clinical psychologists | 2 |
| Specialist social workers | 4 |
| Dietitian | 0.5 |
| Technical instructors | 4 |
| Generic assistants | 4 |
| Consultant in rehabilitation medicine | 1 |



Πίνακας 3 από το *Specialised Neurorehabilitation Service Standards* (2015)

Annexe 2: Minimum staffing provision for specialist in-patient rehabilitation service²

| | Specialised rehabilitation service WTE Per 20 beds | | | Local specialist rehabilitation service WTE Per 20 beds | |
|--|---|--------------|--------------|--|--------------|
| | Hyper-acute | Level 1a | Level 1b | Level 2a | Level 2b |
| Medical Staff - Consultants accredited in rehabilitation medicine | 3.0-3.5 | 2.5-3.0 | 2.0 | 2.0 | 1.5 |
| Medical staff – Junior (Training grades above FY1 or Trust grades) | 3.0-3.5 | 2.0-2.5 | 1.5-2.0 | 1.5-2.0 | 1.5-2.0 |
| Nurses | 45-60 | 40-50 | 35-40 | 35-40 | 35-40 |
| % Qualified nursing staff (Band 5 or above) (Depending on acuity of caseload) | 65-75% | 50-60% | 45-50% | 45-55% | 45-55% |
| % Nurses with specific rehab training | | At least 45% | At least 40% | At least 40% | At least 30% |
| Therapy Staff | | | | | |
| Physiotherapists (Depending on proportion of patients with tracheostomy or requiring 2:1 therapy) | 6.0-7.0 | 6.0-7.0 | 5.5-6.5 | 5.5-6.0 | 4.5-5.5 |
| Occupational therapists | 5.5-6.5 | 6.0-7.0 | 5.5-6.5 | 5.5-6.0 | 4.5-5.5 |
| Speech and language therapists (Depending on proportion of patients with tracheostomy) | 3.0-4.0 | 3.0-3.5 | 2.5-3.0 | 2.0-2.5 | 1.5-2.0 |
| Clinical psychologist/counselling (Depending on whether patients with severe behavioural problems are accepted) | 2.5-3.0 | 2.5-3.5 | 2.5-3.5 | 1.5-2.5 | 1.5-2.0 |
| Social Worker / discharge co-ordinator | 1.0-1.5 | 1.5-2.0 | 1.5-2.0 | 1.5-2.0 | 1.0-1.5 |
| Dietitian (Depending on the proportion of patients on enteral feeding / complex nutrition needs) | 1.0 | 1.0 | 0.5-1.0 | 0.75-1.0 | 0.5-0.75 |
| Clerical staff | 3.0 WTE, but dependent on caseload and throughput | | | | |

Note:
 These staffing levels support both the inpatient activity and associated out-reach work including assessments home-visits, follow-up, case-conferences etc.
 Additional resources are required if the services also offers community rehabilitation services.
 Additional staff eg technicians, engineers, prosthetists etc may also be required depending on the caseload.

Πίνακας 4 από το *The Royal Australasian College of Physicians' Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services in Public and Private Hospitals* (2011).

ALLIED HEALTH STAFF to PATIENT RATIOS for EACH 10 INPATIENTS

| Impairment type | Impairment type Occupational | Physio-Therapist | Allied Health Assistant | Speech Pathologist | Clinical Psychologist | Neuro-Psychologist | Podiatry | Dietitian | Social Work | Exercise Physiologist |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------|-------------|-----------------------|
| Amputation | 1 | 1.5 | 0.5 | consult ¹ | 0.5 | consult ¹ | 0.2 | 0.4 | 0.6 | 0.5 |
| Stroke / Neurology | 1.5 | 1.5 | 0.5 | 1.5 | 0.2 | 0.6 | 0.2 | 0.5 | 1.0 | 0.5 |
| Orthopaedic | 0.8 | 1.25 | 0.5 | 0.1 | 0.2 | consult ¹ | 0.2 | 0.4 | 0.5 | 0.2 |
| Major Trauma ² | 1.2 | 1.25 | 0.5 | 0.2 | 0.2 | consult ¹ | consult ¹ | 0.4 | 0.6 | 0.2 |
| Spinal Cord Dysfunction ² | 2 | 2 | 0.5 | 0.25 | 0.5 | 0.1 | 0.2 | 0.4 | 1.2 | 0.5 |
| TBI ² | 1.5 | 1.5 | 0.2 | 1.5 | 0.2 | 1.0 | consult ¹ | 0.5 | 1.2 | consult ¹ |
| Pain | 1 | 1.25 | 0.2 | consult ¹ | 0.6 | consult ¹ | consult ¹ | 0.4 | 0.5 | 0.2 |
| Reconditioning and Restorative | 1.2 | 1.25 | 0.5 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.5 | 1.0 | 0.5 |