

Η αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Το ερώτημα της αξιοπιστίας

Έχει φανεί πλέον διεθνώς σήμερα η ανάγκη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στην ψυχική υγεία, στο δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Στην Ελλάδα, η μεγάλη και πολλές φορές άναρχη ανάπτυξη των ιδιωτικών φορέων τα τελευταία είκοσι χρόνια, καθώς και η αναχρονιστική και προβληματική λειτουργία πολλών κρατικών αλλά και ιδιωτικών φορέων, έχει κάνει επιτακτική την ανάγκη δημιουργίας αξιόπιστων μεθόδων αξιολόγησης. Άλλωστε αυτό ελπίζεται ότι θα διευκολύνει την πολιτική ηγεσία να πάρει αποφάσεις που θα βοηθήσουν τους περισσότερους ευάλωτους πολίτες της χώρας.

Πληθυσμοί σε κρίση, όπως είναι οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, οι χρήστες ουσιών, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα περιθωριοποιημένα άτομα, είναι καινούρια φαινόμενα διεθνώς και έχουν άμεση ανάγκη ψυχοκοινωνικής στήριξης, πέρα από όποια κοινωνικο-οικονομική αντιμετώπιση και θεραπεία. Όμως αυτό πρέπει να γίνει με προσεκτικό προγραμματισμό που θα προκύψει κατά κύριο λόγο από τη μελέτη των αναγκών των ανθρώπων αυτών και θα οδηγήσει σε πιο σίγουρα βήματα τις επιλογές της πολιτικής ηγεσίας.

Το γεγονός όμως είναι ότι μέχρι τώρα οι μετρήσεις «πιστότητας» (fidelity measures) και αξιοπιστίας που περιγράφονται κατά καιρούς είναι λίγες και σε περιορισμένους τομείς. Συνήθως αναφέρονται σε οικονομικο-τεχνικά μεγέθη. Περιγράφουν ελάχιστα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου και δεν αναφέρονται καθόλου στα χαρακτηριστικά του προσωπικού ή στην επάρκεια και ικανότητα του θεραπευτή. Άλλωστε η αποτελεσματικότητα της προσφερόμενης θεραπείας στο χρήστη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σπάνια είναι φανερή.

Χρειάζεται όμως συστηματική μελέτη για την αξιολόγηση των προσφερόμενων προγραμμάτων υγείας γενικότερα, και όχι μόνο της ψυχικής υγείας. Με ποσοτικές μεθόδους, όπως είναι τα ερωτηματολόγια προς τους εργαζομένους, και με ποιοτικές μεθόδους, όπως είναι η συστηματική παρατήρηση της λειτουργίας του προγράμματος στο συγκεκριμένο χώρο (νατουραλιστική μέθοδος) και η ατομική συνέντευξη, ή οι ομάδες εστίασης με τους χρήστες κυρίως, αλλά όποτε χρειάζεται και με τις οικογένειές τους και τους εργαζομένους. Ακόμη και με πειραματικές μεθόδους στην περίπτωση που εφαρμόζεται μια καινούρια παρεμβατική ή θεραπευτική μέθοδος και με «παρακολούθηση» των χρηστών μετά την αποπεράτωση της θεραπείας. Οι αξιολογήσεις πρέπει να είναι συνεχείς, σε τακτά χρονικά δια-

στήματα και να καταλήγουν στην αναδιάρθρωση των στόχων του προγράμματος. Θα αναφερθούμε σε τρία ενδιαφέροντα παραδείγματα.

I

Σχετική έρευνα που πραγματοποιήσαμε στο Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης από το 1988 σε συνεργασία με το Centro Italiano di Solidarita, το Πανεπιστήμιο της Ρώμης και το Πανεπιστήμιο της Κολονίας, έδωσε πάρα πολύ χρήσιμα στοιχεία για τις ανάγκες των εργαζομένων και των χρηστών σε προγράμματα ψυχικής υγείας.

Εξετάσαμε δείγμα 155 επαγγελματιών υγείας από όλη την Ελλάδα που εργάζονται σε υπηρεσίες για αλκοολικούς και τοξικομανείς, καθώς και για κοινωνικά δυσλειτουργικά παιδιά και εφήβους. Με τη χρήση *Ερωτηματολογίου Εργασιακού Άγχους*, βρήκαμε τρεις κύριους παράγοντες ως πηγές άγχους για τους εργαζομένους: Σε σχέση με την εργασία: Δυσκολία να πετύχουν στην καριέρα τους, υψηλή συχνότητα αποτυχίας στη δουλειά τους, κακή οργάνωση της δουλειάς, χαμηλό μισθό, έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, φόρτο εργασίας. Σε ό,τι αφορά τους συναδέλφους τους και άλλους φορείς: Μοναξιά, έλλειψη στήριξης και ιδεολογικής καθοδήγησης, δυσκολία κατανόησης, παραπονούνται ότι δεν αναγνωρίζεται κοινωνικά η δουλειά τους και ότι «έχουν χάσει την προσωπικότητά τους». Σε ό,τι αφορά τους χρήστες: Τη λεκτική και σωματική επιθετικότητά τους, την υψηλή συχνότητα των χρόνιων τοξικομανών και τον κίνδυνο θανάτου και μόλυνσής τους.

Στην ίδια έρευνα εξετάσαμε δείγμα 102 χρηστών των ίδιων υπηρεσιών με τη χρήση *Ερωτηματολογίου Αναγκών*. Βρήκαμε επίσης τρεις κύριους παράγοντες: Ανάγκες σε σχέση με τους άλλους: Να βρουν τα όριά τους, να αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις, να έχουν θετικά πρότυπα, να αποκτήσουν την ικανότητα να αποδέχονται την προσφορά, να αποκτήσουν κανόνες και τάξη στη ζωή τους, να έχουν υπευθυνότητα, να παίρνουν αποφάσεις. Σε σχέση με τον εαυτό τους: Να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση, να μάθουν να συγχωρούν, να αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους και με τους άλλους και να τους δέχονται όπως είναι. Σε σχέση με το μέλλον τους: Να έχουν περισσότερη πληροφόρηση για τον έξω κόσμο, να ασχοληθούν με το ζήτημα του σεξουαλικού συντρόφου, με το σχεδιασμό του μέλλοντός τους. Να συμφιλιωθούν με το παρελθόν τους και να αποκτήσουν επαγγελματικές ικανότητες.

II

Ο Edward Mullen (1977), αναφερόμενος στην αξιολόγηση ως πολύτιμο εργαλείο της κοινωνικής υπηρεσίας, παρουσιάζει τα συμπεράσματα που προέκυψαν από ένα ειδικό διακρατικό πρόγραμμα μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών, της Σουηδίας και της Αγγλίας:

Επισημαίνεται κατ' αρχήν ότι πρέπει να διευκρινιστεί η ορολογία. Π.χ. τι σημαίνει ψυχική νόσος, τι σημαίνει φτώχεια στην κάθε χώρα. Θεωρήθηκε ακόμη απαραίτητο να τονι-

στεί ότι η αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας πρέπει να γίνει ανεξάρτητο, διεπιστημονικό αντικείμενο διδασκαλίας στα πανεπιστήμια και ότι πρέπει να αναπτυχθούν μέθοδοι μελέτης οικονομικο-τεχνικών μεγεθών (Cost benefit), τα οποία να μην είναι σε βάρος της προσφερόμενης ποιότητας των υπηρεσιών. Διαπιστώνεται ότι οι χώρες διαφοροποιούνται ως προς το μέγεθός τους, τη γεωγραφία τους και την πολυπλοκότητα των προγραμμάτων τους και ότι διαφέρουν πολύ στο είδος και την οργάνωση των υπηρεσιών κοινής ωφέλειας που προσφέρουν. Π.χ. η Σουηδία έχει το τελειότερο σύστημα αξιολόγησης, γιατί είναι μικρότερη χώρα αλλά και λόγω της μακράς της σοσιαλιστικής παράδοσης. Τονίζεται ότι στην αξιολόγηση πρέπει να συνεργάζονται οι ερευνητές, οι επαγγελματίες, οι διοικητικοί και οι πολιτικοί. Διαπιστώνεται τέλος ότι υπάρχει ανάγκη για μετρήσιμες αποτελεσματικότητας. Οι Ευρωπαίοι όμως επιμένουν περισσότερο στη θεωρητική μελέτη του θέματος, ενώ οι Αμερικανοί τείνουν προς την πειραματική μέθοδο, ακολουθώντας και την προτίμηση του σχετικού κυβερνητικού τους οργάνου. Όμως επισημαίνεται ότι θα πρέπει να προσέξουμε τα περιοριστικά και δεοντολογικά προβλήματα που υπάρχουν στη μέθοδο αυτή. Π.χ. είναι δεοντολογικά επιλήψιμο να στερήσουμε το δικαίωμα των ατόμων που κατά τύχη βρέθηκαν στην ομάδα των χρηστών στους οποίους για καθαρά λόγους μεθόδολογίας δεν εφαρμόζεται μία καινούρια μέθοδος θεραπείας που ενδεχόμενα θα τους ωφέλιυσε. Και είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό και εντυπωσιακό το γεγονός ότι πολύ σπάνια βρίσκει κανείς Κώδικες Δεοντολογίας που αφορούν τους χρήστες υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.

III

Τέλος θα παρουσιάσουμε πολύ περιληπτικά μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα πρόσφατη μελέτη που έγινε στο Ελεύθερο Πανεπιστήμιο του Βερολίνου: Πρόκειται για μία αδημοσίευτη ακόμη μελέτη του καθηγητή Ψυχολογίας Jarg Bergold με τίτλο «Μια ανάλυση διαστάσεων των συστημάτων υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Σύγκριση της Ανατολικής και της Δυτικής Γερμανίας». Σ' αυτή επιβεβαιώνει, ως Ευρωπαίος που είναι, την προτίμησή του στη μελέτη της συνολικής θεωρίας και αναθεώρησης του συστήματος υπηρεσιών, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά την ψυχική υγεία.

Αναφέρεται κατ' αρχήν στον κοινωνιολόγο Parsons (1954) ο οποίος τονίζει ότι η λειτουργία κάθε κοινωνικού συστήματος ακολουθεί μια βασική διάσταση: Την ένταξη (ή επανένταξη) των μελών του στο κυρίαρχο κοινωνικό σύστημα ή στον αποκλεισμό τους. Αυτό το πραγματοποιεί παρέχοντας φροντίδα αλλά και ελέγχοντάς τους. Ο Bergold, στη σύγκριση που επιχειρεί των δύο διαφορετικών συστημάτων των δύο Γερμανιών, παρατηρεί ότι και τα δύο συστήματα έχουν τους ίδιους στόχους και ασκούν έλεγχο. Όμως διαφέρουν στον τρόπο που πραγματοποιούν τους στόχους αυτούς με μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα το καθένα.

Στην Ανατολική Γερμανία:

Το σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης ήταν ένα εθνικό σύστημα για όλους τους πολίτες. Οργανωμένο από το κρατικό σοσιαλιστικό κόμμα μέσα σε μια ελεγχόμενη οι-

κονομία. Είχε δοθεί προτεραιότητα στην υγεία και στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης των πολιτών προς το σύστημα. Οι βασικές τους αρχές προέρχονταν από το εργατικό κίνημα των αρχών του αιώνα και τις κοινωνικές απόψεις του Bismark. Στόχος του: η σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της επανένταξης.

Τα μειονεκτήματά του: Ενώ έπρεπε να ακολουθεί ίδια ποιοτικά και ποσοτικά επίπεδα σε όλη τη χώρα, στην πραγματικότητα το Βερολίνο, το παράθυρο προς τη Δύση, έπαιρνε τη μερίδα του λέοντος. Ο έλεγχος που ασκούσε το σύστημα, ακόμη και επί των θεραπειτών, ήταν συχνά ασφυκτικός και αντιδεοντολογικός. Με την απαίτηση συνεχών αναφορών από τους φορείς υγείας συσσωρεύε τεράστιες ποσότητες δεδομένων, τα οποία αποθήρευε, καθώς δεν είχε τη δυνατότητα και το χρόνο να τα αξιολογήσει και να τα χρησιμοποιήσει εποικοδομητικά. Έτσι ευνοούσε τη στασιμότητα.

Τα πλεονεκτήματά του: Εξασφάλιζε την επανένταξη του πολίτη στην εργασία και μείωνε έτσι την πιθανότητα περιθωριοποίησής του.

Στη Δυτική Γερμανία:

Το σύστημα Υγείας ακολουθεί δύο αρχές: 1. Το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς με ειδικές ρυθμίσεις για τους οικονομικά αδύναμους πολίτες. Στόχος του είναι «να ζει ο πολίτης με ανθρώπινη αξιοπρέπεια». Βασίζεται στο εθνικό ασφαλιστικό σύστημα, και μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (10%) έχει ιδιωτική ασφάλιση. 2. Την κοινωνική πρόνοια και περίθαλψη. Κατά βάση έχει τις ίδιες ιδεολογικές αρχές με την Ανατολική Γερμανία αλλά επηρεάζεται από την έννοια της φιλανθρωπίας που ασκείται κατά κύριο λόγο από θρησκευτικούς φορείς.

Τα μειονεκτήματά του: Η ελεύθερη επιλογή έχει πολλούς κινδύνους: Απαιτεί ικανότητα και γνώση, πράγμα που δεν έχουν όλοι οι πολίτες. Μπορεί να είναι πηγή ανασφάλειας και άγχους. Προάγει την παραπλάνηση. Οι ιδιωτικοί θεραπευτές έχουν το μονοπώλιο της θεραπείας. Η μη εξασφάλιση εργασίας μειώνει τις πιθανότητες επιτυχούς επανένταξης. Δημιουργεί την κατάσταση της «περιστροφικής πόρτας», δηλαδή μπαίνουν και βγαίνουν πολλές φορές οι πάσχοντες στα θεραπευτικά ιδρύματα ή στη θεραπεία. Η εξασφάλιση εργασίας δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Οι πάσχοντες επανεντάσσονται για να μείνουν άνεργοι και να υποτροπιάσουν. Το σύστημα είναι κυρίως προσανατολισμένο προς τις οξείες καταστάσεις και ασκεί πολύ λίγο την πρόληψη.

Τα πλεονεκτήματά του: Το σύστημα έχει έμμεσους και όχι άμεσους εξοντωτικούς και αντιδεοντολογικούς ελέγχους. Επιτρέπει τις εναλλακτικές λύσεις, όπως είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας, δεν είναι στατικό και είναι πολύ λιγότερο γραφειοκρατικό.

Είναι φανερό πόσο εξαιρετικά χρήσιμη είναι αυτή η μελέτη. Η αμοιβαία αναγνώριση των διδαγμάτων που προκύπτουν από τα δύο συστήματα μπορεί να είναι ίσως η ενδελεχμένη λύση για τη Γερμανία τουλάχιστον, καταλήγει ο Bergold. Θα πρέπει όμως να παραδεχθούμε γενικότερα ότι τώρα που έπεσαν τα φανταστικά ή πραγματικά τείχη της Ευρώπης, και προτού κτιστούν άλλα χειρότερα, θα πρέπει να είμαστε λιγότερο δογματικοί. Να αναγνωρίσουμε τη δυνατότητα που μας προσφέρουν τα διάφορα συστήματα που έχει υλοποιήσει ο άνθρωπος, και μάλιστα σε τομείς τόσο σημαντικούς όπως είναι η υγεία. Πως ό,τι

προτείνεται για τη Γερμανία πιθανόν να ισχύει και για άλλες χώρες, και μάλιστα για αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Ελλάδα.

Βιβλιογραφία

Bergold, J. B. (2000), *A dimensional analysis of mental health service systems: Comparing East and West Germany*, Berlin Frei Universitat, Unpublished paper.

Haritos-Fatouros, M., Papathanasiou, M., Papadopoulou, E. (1988), *Report on the Greek services for minors and services for adolescents and adults in drug and alcohol abuse. For the Nexus program*, Thessaloniki, Greece.

Mullen, E. J. (1977), *Evaluation as a tool in the development of social work discourse: A commentary from the United States Context Unpublished paper*.

Parsons, T. Shils, E. A., & Olds, J. (1954), "Social Systems", in T. Parsons & E.E. Shils (Eds), *Towards a general theory of action* (PP. 190-223, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.