

## Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Σ. Στυλιανίδης, Σ. Παντελίδου

Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας - ΕΠΑΨΥ, Μαρούσι

Ψυχιατρική 2006, 17:113–121

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, με τη μετατόπιση του κέντρου βάρους της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα, δημιούργησε νέες ανάγκες για συστηματικές και οργανωμένες παρεμβάσεις, ώστε να διασφαλισθεί η αποτελεσματική και συνεχής φροντίδα στην κοινότητα. Το μοντέλο διαχείρισης του περιστατικού (ΜΔΠ – Case Management) που έχει εφαρμοσθεί στο εξωτερικό, αποτελεί μια καλή πρακτική κι έναν αποτελεσματικό τρόπο εργασίας σε αυτό το πλαίσιο. Η διασφάλιση ολοκληρωμένης, εξαιτομικευμένης φροντίδας, η εργασία σε πολυκλαδική ομάδα, ο συνεχής συντονισμός στην παροχή υπηρεσιών αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά του ΜΔΠ. Μέσα από την ανασκόπηση των βασικών αρχών του ΜΔΠ, των κύριων σχημάτων που έχουν περιγραφεί, καθώς και των ενδειξεων αποτελεσματικότητάς του στο εξωτερικό, επιχειρείται η συζήτηση και ο προβληματισμός για την εφαρμογή του στον ελλαδικό χώρο στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής γενικότερα.

**Λέξεις ευρετηρίου:** μοντέλο διαχείρισης του περιστατικού, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, συνέχεια στη φροντίδα, ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

### Εισαγωγή

Η θεώρηση της σοβαρής ψυχικής διαταραχής ως διακοπής της διαπροσωπικής επικοινωνίας, αποτυ-

χίας στη συγκρότηση και διατήρηση δεσμών, συρρικνωσης του κοινωνικού χώρου και του χώρου διαπραγμάτευσης του πάσχοντος απόμου με την πραγματικότητα οδηγεί στο εξής ερώτημα: Πώς πρέπει να

είναι δομημένοι οι χώροι ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, προκειμένου να κατανοηθεί η ιδιαιτερότητα της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου, να οργανωθεί και να πραγματωθεί σταδιακά η ανάπτυξη (συναισθηματική-ψυχική-κοινωνική) και η ενδυνάμωση σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας του;

Η διαπίστωση ότι πολλά από αυτά τα άτομα πρέρχονται από ιδρυματικές δομές, όπου ο υποκειμενικός χρόνος δεν είναι ελεύθερος ή αντικείμενο κάπιων επενδύσεων, αλλά μόνο χαμένος ή μηδενικός, στερούμενος νοήματος, υπογραμμίζει με έμφαση και τη δυσκολία (ή τη «*συγκεκριμένη ουτοπία*», όπως λέει ο E. Morin<sup>1)</sup>) του όλου αποκαταστασιακού διαβήματος. Το ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτελεί εκ των πραγμάτων μια συνθήκη διαβίωσης ολοκληρωτικού αποκλεισμού, ιεραρχική, κάθετη, που αποδυναμώνει το δικαίωμα του ατόμου να βιώσει την κοινότητα ως χώρο συνάντησης, έκφρασης και ικανοποίησης των αναγκών και των επιθυμιών του, ως χώρο εγγραφής της μνήμης, ως χώρο παιχνιδιού, ως ζωή. Από την ερημιά του μη κατοικημένου χώρου, της απόλυτης και θανατηφόρας επανάληψης του ασύλου, πώς μπορεί να δομηθεί — με τί στυλ δουλειάς, με τί εργαλεία, με τί έννοιες — ένα πλαίσιο αποκατάστασης ορισμένων από αυτές τις απολεσθείσες λειτουργίες του ατόμου; Οι ανάγκες του, όταν εκφράζονται με αιτήματα, πώς τελικά γίνονται αντικείμενο διαχείρισης και κατανόησης από μια πολυκλαδική ομάδα ψυχικής υγείας; Με τί θεσμικό, ψυχικό, συναισθηματικό, οικονομικό κόστος απαντώνται από την ομάδα αυτά τα αιτήματα και ποια είναι η έκβασή τους σε μακροπρόθεσμη βάση;

Μια απάντηση στα ερωτήματα αυτά έρχονται να δώσουν η φιλοσοφία και οι αρχές του μοντέλου διαχείρισης του περιστατικού (ΜΔΠ), που έχει εφαρμοσθεί με επιτυχία σε πολλές χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Ευρώπη κ.ά.). Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να παρουσιαστούν τα βασικά χαρακτηριστικά του ΜΔΠ που το αναδεικνύουν σε αποτελεσματικό μοντέλο παρέμβασης και εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας γενικά και ειδικότερα στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και να τεθούν σκέψεις και προβληματισμοί για την εφαρμογή των αρχών

του μοντέλου αυτού στην Ελλάδα, όπου η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει αναδείξει νέους ορίζοντες και ανάγκες στην παροχή ψυχιατρικής φροντίδας σε κοινωνικό πλαίσιο.

### **Βασικές αρχές του μοντέλου διαχείρισης του περιστατικού**

Πρόκειται για ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παροχής φροντίδας στην κοινότητα που άρχισε να εφαρμόζεται στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1970, σε μια εποχή που το κέντρο βάρους στη φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών είχε μετατοπισθεί από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, γεγονός που δημιούργησε νέες ανάγκες και συνθήκες παροχής υπηρεσιών στον τομέα αυτόν. Πολύ σύντομα αναγνωρίσθηκε το γεγονός ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που έχουν νοσηλευθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία χρειάζονται έναν οργανωμένο τρόπο παροχής φροντίδας στην κοινότητα, δεδομένου ότι αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες σε βασικούς τομείς αυτοφροντίδας, διαχείρισης οικονομικών, επικοινωνίας με ειδικούς και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ έχουν μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες και συνήθως περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο. Ταυτοχρόνως, πολλές υπηρεσίες παρέχονται στην κοινότητα με τρόπο που συχνά καθιστά δύσκολη την πρόσβαση του ατόμου σε αυτές, καθώς και τη μεταξύ τους διασύνδεση, λόγω των πολλών επαγγελματών που εμπλέκονται και των διαφορετικών διαδικασιών και κανονισμών που ισχύουν για καθεμία, με αποτέλεσμα πολλές φορές να χάνεται η επαφή με τις υπηρεσίες. Κατά συνέπεια, η δυσκολία που συχνά αντιμετωπίζει ο χρόνιος ασθενής στη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης και στην εμπλοκή του σε πρόγραμμα θεραπείας, το ανεπαρκές υποστηρικτικό πλαίσιο, οι δυσκολίες στην επίτευξη και διατήρηση ανεξάρτητης διαβίωσης, η πολυπλοκότητα των αναγκών του και επομένως τα πολλά επίπεδα παρεχόμενης φροντίδας και ο μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων φορέων καθιστούν επιτακτική την ανάγκη συντονισμού και αποδοτικότητας

**Πίνακας 1.** Βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού.

- Έμφαση στο ρόλο του προσώπου / θεραπευτή αναφοράς (case manager)
- Εξατομικευμένη προσέγγιση
- Έμφαση στη συνέχεια της φροντίδας στην κοινότητα
- Συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών (coordination)
- Παροχή απαρτιωμένης φροντίδας
- Εργασία σε πολυκλαδική ομάδα
- Ενεργός συμμετοχή-εμπλοκή χρηστών

του τρόπου παροχής φροντίδας, βάσει ενός οργανωμένου τρόπου.<sup>2</sup>

Ως απάντηση στα νέα αιτήματα και τις ανάγκες που επέφερε η αλλαγή αυτή στον τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, το ΜΔΠ αναδύθηκε ως μοντέλο συνέχειας της φροντίδας στην κοινότητα με έμφαση στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης φροντίδας, μέσα από τον αποτελεσματικότερο και συνεχή συντονισμό στην παροχή υπηρεσιών, που αναλαμβάνεται από τον θεραπευτή αναφοράς/case manager με την άμεση εμπλοκή και του χρήστη (Πίνακας 1).<sup>3,4</sup> Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας αναλαμβάνει τον ρόλο του θεραπευτή αναφοράς με βασικά καθήκοντα την εκτίμηση των αναγκών, την ανάπτυξη και εφαρμογή εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου, τη διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες, τη διασφάλιση, καταγραφή και παρακολούθηση της συνέχειας στη φροντίδα, τη συνεργασία με την Πολυκλαδική Διεπιστημονική Ομάδα, την παροχή κλινικών υπηρεσιών σε κάποιες περιπτώσεις (Πίνακας 2) κ.ά.<sup>5-9</sup> Τα σημεία αυτά συνιστούν τις βασικές αρχές του ΜΔΠ που περιγράφονται στους περισσότερους ορισμούς που έχουν διθεί, με την παρατήρηση ότι δεν θα μπορούσαν να αποδοθούν με έναν τυποποιημένο τρόπο, εφόσον στις περισσότερες περιπτώσεις οι αρχές αυτές εφαρμόζονται προσαρμοσμένες στην ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει κάθε πλαίσιο ψυχο-

κοινωνικής αποκατάστασης και γενικότερα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

**Σχήματα ΜΔΠ (σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των Mueser και συν.).<sup>10</sup>**

a. Το διαμεσολαβητικό μοντέλο διαχείρισης του περιστατικού (Brokered Case Management Model). Πρόκειται για το πρώτο μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε, με βασικό χαρακτηριστικό ότι ο θεραπευτής αναφοράς δεν παρέχει ο ίδιος κλινικές υπηρεσίες θεραπείας, συμβουλευτικής, αποκατάστασης κ.λπ. Ο θεραπευτής αναφοράς δουλεύει με τον ασθενή, προκειμένου να εκτιμήθουν οι ανάγκες του σε επίπεδο κλινικό και κοινωνικό, αναπτύσσει σε συνεργασία μαζί του το θεραπευτικό πλάνο, παραπέμπει τον ασθενή σε άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα, συνηγορεί υπέρ του και επικοινωνεί με τις υπηρεσίες, ώστε να διασφαλίζεται αποτελεσματική διασύνδεση και συνέχεια στη φροντίδα.

b. Το μοντέλο κλινικής διαχείρισης του περιστατικού (Clinical Case Management). Το σχήμα αυτό αποτελεί μια απάντηση στην ανάγκη που προκύπτει συχνά για τον θεραπευτή αναφοράς να παρέχει και κλινικές υπηρεσίες.<sup>11</sup> Η παρέμβαση και ο ρόλος του

**Πίνακας 2.** Ο ρόλος του θεραπευτή αναφοράς.

- Αξιολόγηση και εκτίμηση αναγκών
- Ανάπτυξη και διατήρηση θεραπευτικής σχέσης
- Σχεδιασμός και εφαρμογή εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου
- Συνεχής αξιολόγηση και επαναπροσδιορισμός του θεραπευτικού σχεδίου
- Παραπομπή και εξασφάλιση πρόσβασης και διασύνδεσης με υπηρεσίες
- Εξασφάλιση και monitoring της συνέχειας στη φροντίδα
- Συνεργασία με πολυκλαδική ομάδα
- Συνηγορία

θεραπευτή αναφοράς περιλαμβάνει τις εξής φάσεις: Υποδοχή και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, εκτίμηση και σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης, κοινωνικές παρεμβάσεις που αφορούν στη χρήση κοινωνικών πόρων, την ανάπτυξη και διατήρηση κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων, την εργασία με την οικογένεια, τη συνηγορία, καθώς και παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο, όπως συμβουλευτική, ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτόνομης διαβίωσης, εκπαίδευση, παρακολούθηση και follow-up.

γ. Το μοντέλο των δυνατοτήτων (Strengths Model). Η διαφορά αυτού του σχήματος από τα υπόλοιπα είναι ότι δίνει έμφαση στην ανάσυρση και αξιοποίηση των δυνατοτήτων, ταλέντων και δεξιοτήτων του ατόμου στον μέγιστο βαθμό, σε συνδυασμό με τα ενδιαφέροντά του, και στη σύνδεση με τους κοινοτικούς φορείς, προκειμένου να επιτευχθούν θεραπευτικοί και αποκαταστασιακοί στόχοι.<sup>12</sup>

δ. Το μοντέλο της αποκατάστασης (Rehabilitation Case Management Model). Η προσέγγιση αυτή ξεκινά από την εκτίμηση της ετοιμότητας για αποκατάσταση, τον ορισμό στόχων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την εκμετάλλευση και αξιοποίηση πόρων για τον ασθενή.<sup>13</sup> Ο θεραπευτής αναφοράς ουσιαστικά στηρίζει τον ασθενή στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και υποστηρικτικού δικτύου, ενώ ταυτοχρόνως κατευθύνει και διευκολύνει την πρόσβασή του σε άλλες υπηρεσίες. Οι δύο βασικοί στόχοι του συνοψίζονται στα εξής: (i) Διευκόλυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες βάσει των ιδιαίτερων αναγκών και επιθυμιών του ασθενούς και (ii) βελτίωση της λειτουργικότητας και της ικανότητας ανάληψης και επιτέλεσης ρόλων.<sup>13</sup>

ε. Το εντατικό μοντέλο διαχείρισης περιστατικού (Intensive Case Management Model). Αναφέρεται κυρίως σε χρόνιους ασθενείς, στους οποίους παρατηρείται μεγάλη συχνότητα στη χρήση των υπηρεσιών, με βασική αρχή την παροχή υπηρεσιών στο φυσικό περιβάλλον των ασθενών και την κάλυψη πρακτικών αναγκών.<sup>14</sup> Πολλά από τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι κοινά και στο ενεργητικό υποστηρικτικό κοινωνικό πρόγραμμα και θα παρουσιαστούν στη συνέχεια. Η βασική διαφορά ανάμεσα στα

δύο μοντέλα είναι ότι στο δεύτερο η παρακολούθηση και η ευθύνη για ένα περιστατικό συνήθως μοιράζεται σε όλους τους επαγγελματίες της πολυκλαδικής ομάδας,<sup>15</sup> καθώς και ότι δίνεται επίσης μεγαλύτερη έμφαση στην κοινωνική εργασία.<sup>15</sup>

στ. Το ενεργητικό υποστηρικτικό κοινωνικό πρόγραμμα (Assertive Community Treatment). Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόσθηκε αρχικά από τους Stein και Test<sup>16</sup> ως πρότυπο παροχής ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, με βασικό χαρακτηριστικό την παροχή υπηρεσιών στο σπίτι ή στο περιβάλλον εργασίας, τη βοήθεια σε πρακτικά θέματα και την 24ωρη υποστήριξη όλες τις ημέρες της εβδομάδας, όταν αυτή κρίνεται αναγκαία. Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών καλύπτεται από την πολυκλαδική διεπιστημονική ομάδα απ' ευθείας — και όχι από άλλες υπηρεσίες μέσω παραπομπών, όπως συμβαίνει στα άλλα σχήματα. Δινεται έμφαση στην ολιστική προσέγγιση των επιθυμιών και των αναγκών του ασθενούς, που ουσιαστικά αναλαμβάνεται από την πολυκλαδική ομάδα, στην ενεργό εμπλοκή των ατόμων στο πρόγραμμα φροντίδας τους, την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που αποτελούν και σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες θετικής έκβασης.<sup>17</sup>

### **Αποτελεσματικότητα του ΜΔΠ βάσει της διεθνούς εμπειρίας**

Το Κέντρο για την Ψυχιατρική Αποκατάσταση της Βοστώνης τα τελευταία 20 χρόνια έχει εφαρμόσει μεθόδους εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας βάσει των αρχών του ΜΔΠ με έμφαση στην αποκατάσταση, ενώ ταυτοχρόνως έχει εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά του με διάφορες ερευνητικές μελέτες, δείχνοντας ουσιαστικά ότι η φιλοσοφία και πρακτική του μοντέλου αυτού μπορούν να διδαχθούν και να αξιολογηθούν.<sup>18</sup> Σε έρευνα των Goering και συν.,<sup>19</sup> βρέθηκε ότι η εφαρμογή των αρχών του ΜΔΠ οδήγησε σε βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότη-

τας των ασθενών, στην επίτευξη πιο ανεξάρτητης διαβίωσης και εργασιακής αποκατάστασης και σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι το αποκαταστασιακό μοντέλο διαχείρισης του περιστατικού είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της χρήσης κοινωνικών πόρων από χρόνιους ασθενείς που διαβίουν στην κοινότητα, δυόμισυ χρόνια μετά τη μετάβασή τους από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε κοινωνικές δομές.<sup>20</sup>

Ένα παράδειγμα εφαρμογής με επιτυχία και αξιολόγησης του σχήματος είναι αυτό που υλοποιήθηκε σε έξι κέντρα ψυχικής υγείας στην πολιτεία Indiana των ΗΠΑ, όπου παρακολουθήθηκαν 212 χρόνιοι ασθενείς και έγιναν εκτιμήσεις για χρονικό διάστημα 18 μηνών.<sup>21</sup> Το προσωπικό εκπαιδεύθηκε πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος βάσει των αρχών αυτού του μοντέλου. Ο θεραπευτής αναφοράς έκανε συχνές επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών, ήταν διαθέσιμος να μιλήσει τηλεφωνικά όποτε αυτό θεωρείτο αναγκαίο για τον ασθενή, ενώ υπήρχε συχνή επαφή των ασθενών με την πολυκλαδική ομάδα. Σημειώθηκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο επίπεδο λειτουργικότητάς τους, βάσει εκτιμήσεων που γίνονταν ανά εξάμηνο, ενώ μειώθηκαν σημαντικά οι νοσηλείες σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, σε σχέση με τα προηγούμενα έτη που οι ίδιοι ασθενείς δε συμμετείχαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Δεν παρουσιάστηκαν διαφορές σε δείκτες κλινικούς, κάτι που πιθανόν να σχετίζεται με τη χρονιότητα της νόσου.

Θετικά βρέθηκε να είναι τα αποτελέσματα του ΜΔΠ και σε περιπτώσεις διπλής διάγνωσης,<sup>22</sup> ενώ ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις της βιβλιογραφίας έχουν δείξει ότι ιδιαίτερα για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς, για άστεγους και γενικότερα για ασθενείς με περιορισμένο υποστηρικτικό δίκτυο και δυσκολία στη σταθερή δέσμευση (ανάπτυξη και διατήρηση θεραπευτικής σχέσης), το ΜΔΠ έχει σημαντικά αποτελέσματα στους παρακάτω τομείς: Στη μείωση του αριθμού νοσηλειών και του χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, τη μείωση των διαρροών (drop-outs), τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας

και της ποιότητας ζωής, τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη μείωση του συνολικού κόστους φροντίδας, συγκριτικά με την παροχή φροντίδας στην κοινότητα χωρίς την εφαρμογή κάποιου σχήματος ΜΔΠ.<sup>10,23,24</sup>

### Σκέψεις και όρια για την εφαρμογή του ΜΔΠ στην Ελλάδα

Στόχος της μελέτης αυτής είναι να αποτελέσει αφετηρία συζήτησης για τη φιλοσοφία και εφαρμογή ενός συστηματικού και αποτελεσματικού τρόπου παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Είναι γενικότερα αποδεκτό ότι η Ελλάδα εξακολουθεί να βρίσκεται στο περιθώριο της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, ιδίως στον τομέα της «πρωτογενούς» παραγωγής τεχνογνωσίας και θεωρητικού προβληματισμού στην ψυχιατρική. Κατά συνέπεια, η «επικρατούσα» κουλτούρα της άσκησης της δημόσιας ψυχιατρικής στην Ελλάδα, στο σύνολό της, συγκροτείται από ένα «εκλεκτικό» μοντέλο διαφορετικών θεωρητικών-κλινικών προσεγγίσεων με ιδιαίτερο ειδικό βάρος στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία.<sup>25</sup> Στο άρθρο αυτό, η συζήτηση σχετικά με το ΜΔΠ δεν υπονοεί την κατά γράμμα εφαρμογή του ενός ή του άλλου μοντέλου με τρόπο που ουσιαστικά θα ήταν ξένος από το όλο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Πώς όμως θα μπορούσε να καλλιεργηθεί το έδαφος, ώστε να αναπτυχθεί κατ' αρχήν η σκέψη και ο προβληματισμός γύρω από τέτοιες προσεγγίσεις και κατά συνέπεια η πρακτική εφαρμογή των αρχών του ΜΔΠ, προσαρμοσμένων στην ιδιαίτερότητα της ελληνικής πραγματικότητας; Κατά πόσον οι επαγγελματίες του χώρου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της ψυχικής υγείας γενικότερα είναι έτοιμοι να δουλέψουν με συστηματικές προσεγγίσεις τέτοιου είδους; Τί δυσχεραίνει την εφαρμογή του ΜΔΠ, παρόλο που έχει φανεί ότι λειτουργεί αποτελεσματικά έναντι στον κατακερματι-

σμό των υπηρεσιών και το συχνά χαοτικό πλαίσιο, με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς, ιδίως σε ό,τι αφορά τον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, σε μια χώρα όπου η τομεοποίηση και η απορρέουσα από αυτή κουλτούρα του συνεχούς της φροντίδας και του συντονισμού βρίσκεται στα πρώτα της βήματα;

Βασικό σημείο προβληματισμού προς αυτή την κατεύθυνση είναι η σχεδόν «*a priori* αποστροφή» του ψυχιατρικού χώρου στην εμπλοκή του με «επιμολύνσεις» σύγχρονων τεχνικών διοίκησης και διαχείρισης, που θα «αλλοίωναν» την καθαρότητα του ψυχιατρικού ή ψυχοθεραπευτικού έργου, με αποτέλεσμα να παρατηρείται σημαντικό κενό σε ευρύτερα θέματα διοίκησης δομών, διαχείρισης ομάδας, τεχνικών ηγεσίας, οικοδόμησης οργανωμένων διαδικασιών επικοινωνίας. Αυτή η κυρίαρχη στάση — που ενέχει θέση ακατέργαστης συλλογικής φαντασίασης — διατρέχει οριζόντια το ευρύτερο σώμα των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ανεξαρτήτως θεωρητικών σχολών, κλινικών προτύπων ή αποκαταστασιακών τεχνικών. Είναι όμως απαραίτητο, πέρα από την επικέντρωση στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση του υποκειμένου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (που πεισματικά διακρηύττεται σήμερα), να προσδιορισθεί κι ένας οργανωμένος, μεθοδικός και αξιολογήσιμος τρόπος εργασίας, μέσα από τη διασύνδεση του μικρόκοσμου στον οποίο υπάρχει και λειτουργεί κάθε δομή, της εγγενούς τάσης αυτάρκειας και απομονωτισμού, καθώς και νεο-ιδρυματισμού της, με τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και τις απορρέουσες από αυτήν άρτιες πρακτικές.

Επιπροσθέτως, σημείο συζήτησης αποτελεί και η έλλειψη κουλτούρας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα που αφορούν αρχές λειτουργίας, τεχνικές πολυκλαδικής ομάδας και εργασίας σε δίκτυο. Η δυσκολία συνεργασίας που προκύπτει συχνά από τάσεις εσωστρέφειας και από τα στενά, άκαμπτα και περιοριστικά όρια των επαγγελματικών ρόλων (που ενώ είναι διεθνώς υπό διαμόρφωση, για αμυντικούς λόγους καθίστανται περισσότερο άκαμπτα) αποτελεί ουσιαστικά εμπόδιο στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών και των θεσμών. Η σφαι-

ρική ολιστική προσέγγιση του πάσχοντος ατόμου καθιστά απαραίτητη την εκτίμηση και θεώρηση των αναγκών του σε πολλαπλά επίπεδα, αλλά και τη συστηματική παρέμβαση σε πολλαπλά επίπεδα, προϋπόθεση της οποίας είναι η πλαστικότητα και ευρηματικότητα στη σκέψη και πρακτική των επαγγελματιών, ώστε να υπάρξει δυνατότητα συνεργασίας και συλλογικής παρέμβασης σε όλους τους τομείς που χρειάζεται. Έτσι, π.χ., ο θεραπευτής δεν περιορίζεται στην εφαρμογή μιας θεραπευτικής τεχνικής, βάσει της εκπαίδευσης και των θεωρητικών του κατεύθυνσεων, αλλά ουσιαστικά παίζει το ρόλο του συνεργάτη σε όλα τα επίπεδα: Συμβουλευτική, κοινοτική ανάπτυξη, κοινωνικές παρεμβάσεις, συνηγορία, συμμετοχική έρευνα κ.λπ. Μόνο στην περίπτωση αυτή θα μπορεί να υπάρξει πραγματικά σφαιρική κατανόηση των αναγκών, αποτελεσματικός συντονισμός στην παροχή υπηρεσιών και συνέχεια στη φροντίδα, βάσει των αρχών του ΜΔΠ, με έμφαση στις αρχές της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας βάσει αρχών ΜΔΠ σημαίνει και ευαισθητοποίηση γύρω από θέματα αξιολόγησης σε όλα τα επίπεδα: Αξιολόγηση που αφορά στη λειτουργία της υπηρεσίας, την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, την έκβαση βάσει των στόχων που είχαν τεθεί κ.λπ. και παράλληλη αξιοποίηση με τον καλύτερο δυνατό τρόπο των εκτιμήσεων αυτών. Ο Stein,<sup>26</sup> υπογραμμίζοντας την ανάγκη συχνής επαφής του επαγγελματία με το χρόνιο ασθενή που μένει στην κοινότητα, στα πλαίσια του ενεργητικού ολοκληρωμένου κοινοτικού προγράμματος φροντίδας, υποστήριξε ότι αυτή δεν έχει νόημα, αν δεν χαρακτηρίζεται από συνεχείς εκτιμήσεις και παρακολούθηση, ενώ οι εκτιμήσεις δεν έχουν νόημα αν δεν συνδέονται άμεσα με παρεμβάσεις βελτίωσης του τρόπου παροχής θεραπείας και αποκατάστασης.

Τέλος, ΜΔΠ σημαίνει ότι κάθε επαγγελματίας είναι έτοιμος να βγει από τα στενά όρια του γραφείου του, είναι διαθέσιμος να εργαστεί στο φυσικό περιβάλλον του ασθενούς και να τον αποδεχθεί ως συνομιλητή στη διαδικασία συνδιαλόρφωσης αιτημάτων και θεραπευτικών επιλογών. Για τον χρόνιο ασθενή που μένει στην κοινότητα συνεπάγεται ότι ο επαγ-

γελματίας είναι διαθέσιμος να τον ακούσει, να δει τις πραγματικές του ανάγκες και επιθυμίες σε όλα τα επίπεδα, να σχεδιάσει μαζί του αποτελεσματικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στην ιδιαιτερότητά του, να τον βοηθήσει σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της πολυκλαδικής ομάδας να επιτύχει στόχους που ο ίδιος έχει αναγνωρίσει και θέσει και να αφουγκραστεί, να κατανοήσει και να συνδιαλλαγεί με τις ανάγκες και τα «μη εκπεφρασμένα» ακόμα αιτήματα της κοινότητας στην οποία εντάσσεται. Αυτό προϋποθέτει ότι αφήνει περιθώρια και ενθαρρύνει τους χρήστες ψυχιατρικών υπηρεσιών και τις οικογένειές τους να αποτελέσουν θεσμικούς συνομιλητές, να εμπλακούν και να παιξουν άμεσο και κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η ανάπτυξη καινοτόμων δράσεων και μοντέλων εργασίας βάσει των αρχών του ΜΔΠ είναι βασική προϋπόθεση για την υλοποίηση και αποτελεσματική πραγμάτωση στόχων αναβάθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με βασικό σημείο εκκίνησης την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και την εμπλοκή χρηστών για την ανάληψη δράσεων προς αυτή την κατεύθυνση. Το όλο εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα μπορέσει να υπερβεί το παιδικό στάδιο ανάπτυξής του, αν κατορθώσει να συναρθρώσει τις ιδεολογικές αρχές, τα σημεία αναφοράς του αποιδρυματισμού και της κοινοτικής ψυχιατρικής, με ενσωμάτωση νέων εργαλείων εργασίας στην καθημερινή πρακτική και κουλτούρα των ομάδων.

## The implementation of case management in psychosocial rehabilitation and community psychiatry

S. Stylianidis, S. Pantelidou

Scientific Association for Regional Development and Mental Health, Athens, Greece

*Psychiatriki* 2006, 17:113–121

The psychiatric reform in Greece, with the subsequent transfer of care in the community, created new needs for working in a systematic and well organized way, in order to assure effective and continuous care in the community. Case management models, implemented in different contexts abroad, is an effective way of providing this kind of psychiatric care. Coordination, integration of care, individualized approaches, ongoing interventions and assurance of continuity of care are some important elements of case management, that are discussed in this review. Six models are specified and described, including the Brokered Case Management Model, the Clinical Case Management Model, the Rehabilitation Model, the Strengths Model, the Intensive Case Management Model and the Assertive Community Treatment. The effectiveness of Case Management is also reviewed. Evidence shows the positive results of the model on the number and duration of psychiatric admissions, the number

of drop-outs, the levels of patient's social functioning and quality of life, the satisfaction of users and their families, as well as the total cost of care. The review aims to initiate discussion in the Greek context, concerning the implementation of case management in the area of psychosocial rehabilitation and community psychiatry generally, in order to assure that patients receive consistent and continuing services in the community for as long as required. Specific problems associated with the implementation of case management in Greece are discussed. The gaps concerning the knowledge and practice of management, the philosophy and techniques associated with working in a multidisciplinary team and in networks, the lack of continuous evaluation, the professionals' readiness to work in the natural environment and to promote users involvement in decision-making, are some of the basic difficulties that should be faced in the Greek context.

**Key words:** *case management, psychosocial rehabilitation, community psychiatry, continuity of care, psychiatric reform.*

---

S. Stylianidis, Associate Professor of Social Psychiatry, Grammou 61–63, 15124 Maroussi, Athens, Greece

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Morin E. *La tête bien faite. Repenser la réforme, réformer la pensée.* Seuil, Paris, 1999.
2. Scott ES, Lehman AF. Case management and assertive community treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G (eds): *Textbook of Community Psychiatry.* Oxford University Press, Oxford, 2001:253-263.
3. Orwin R, Sonnefeld LJ, Garrison-Mogren R, Smith NG. Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programmes for homeless persons: lessons from the NIAAA Community Demonstration Program. *Evaluation Review* 1994, 18:153-185.
4. Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. *Int Rev Psychiatry* 1991, 3:125-132.
5. Stein L, Diamond J. A programme for difficult-to-treat patients. *New Directions for Mental Health Services* 1985, 26:29-31.
6. Dincin J. Assertive case management. *Psychiatric Quarterly* 1990, 61:49-55.
7. Chamberlain R, Rapp CA. A decade of case management: a methodological review of outcome research. *Comm Mental Health J* 1991, 27:171-188.
8. Drain J. A critical review of randomized field trials of case management for individuals with serious and persistent mental illness. *Research on Social Work Practice* 1997, 7: 32-52.
9. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, Ackerson, TH. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 1998, 68:201-215.
10. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bull* 1998, 24:37-74.
11. Grech E. Case management: a critical analysis of the literature. *Int J Psychosoc Rehab* 2002, 6:89-98.
12. Fast B, Chapin R. The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. *J Case Management* 1996, 5:51-57.
13. Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C. *Psychiatric Rehabilitation.* Boston University Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston, 2002.
14. Curtis JL, Millman EJ, Struening E, D'Ercole A. Effect of case management on rehospitalisation and utilisation of ambulatory care services. *Hosp Comm Psychiatry* 1992, 43:895-899.
15. Gournay K. Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Adv Psych Treatment* 2000, 6:243-251.
16. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment programme and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37:392-397.
17. Στυλιανίδης Σ. Ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινωνικό πρόγραμμα φροντίδας για σοβαρές ψυχιατρικές

- διαταραχές (Assertive Community Treatment). Διερεύνηση εφαρμογών του στην Ελληνική Ψυχιατρική. *Αρχ Ελλην Ιατρ*, 2003:243-251.
18. Farkas M, Anthony WA. Incorporating psychiatric rehabilitation into graduate training programs: Psychiatry, psychology, nursing and social work. *Psychiatric Rehabilitation and Community Support Monograph* 1993, 1:1.
  19. Goering PN, Wasylenski DA, Farkas M, Lancee WJ, Ballantyne R. What difference does case management make? *Hosp Comm Psychiatry* 1988, 39:272-276.
  20. Anthony WA, Brown MA, Rogers ES, Derringer S. A supported living/supported employment program for reducing the number of people in institutions. *Psych Rehab J* 1999, 23:57-61.
  21. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, McKasson M, Miller LD. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Services* 1995, 46:696-701.
  22. Mehr J. Case management: A review with implications for services for concurrent severe mental illness and alcoholism or substance abuse. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2001, 5:80-107.
  23. Bond GR, McGrew JH, Fekete, D. Assertive Outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Mental Health Administration* 1995, 22:4-16.
  24. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services* 2000, 51:1410-1421.
  25. Στυλιανίδης Σ. Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2000, 75: 12-32.
  26. Stein LI, Santos AB. *Assertive Community Treatment for Persons with Severe Mental Illness*. Norton, New York, 1998.

---

Σ. Στυλιανίδης, ΕΠΑΨΥ, Αναπλ. καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής Παντείου Πανεπιστημίου, Γράμμου 61–63, 15124 Μαρούσι, Αθήνα