

koordynację świadczeń przez scentralizowaną władzę psychiatryczną nie powiodły się [2].

Należy podkreślić, że fragmentacja systemu może stwarzać okazje sprzyjające przedsiębiorczości i pomysłowości, rzadko dostępne w Europie. Tam, gdzie zarządzający skutecznie zdobywają fundusze i współpracują z innymi organizacjami, udostępnianych jest wiele doskonałych świadczeń. Z drugiej strony, tam gdzie lokalni menedżerowie nie są kompetentni, brakuje scentralizowanego systemu administracyjnego, który wynagrodziłby ich niedociągnięcia. W rezultacie jakość świadczeń może być diametralnie różna w zależności od okręgu.

Konsekwencją fragmentacji jest również istnienie wielu ścieżek dostępu do opieki. Z jednego szpitala pacjent może zostać po badaniu odesłany do domu bez leczenia, ale może udać się jeszcze tego samego dnia do innego szpitala, do którego zostanie przyjęty. Raz może poddać się leczeniu w jednym szpitalu, innym razem równie dobrze w innym. Międzyszpitalny transfer informacji dotyczących klienta jest utrudniony przez prawo poufności. Ponadto, przy wypisie ze szpitala często trudno jest zlokalizować organizację środowiskową chętną do zapewnienia trwałej opieki.

Kolejne z wyzwań stanowią w Stanach Zjednoczonych konkurujące modele opieki. Państwowe i prywatne medyczne programy ubezpieczeniowe narzucają model, zgodnie z którym przed udzieleniem zgody na sfinansowanie wymaga się dowodu „potrzeby medycznej” – standard ten wyklucza zazwyczaj refundację rehabilitacji zawodowej czy psychospołecznej.

Trzecie z wyzwań dotyczy współpracy między organizacjami. Trudno opracowuje się programy pomocy określonej grupie ryzyka oparte na współpracy między różnymi organizacjami środowiskowymi. Dla przykładu, dzieciom i młodzieży zagrożonym umieszczeniem poza domem rodzinnym (w rodzinie zastępczej czy w izbie zatrzymań dla

młodocianych przestępców) najlepiej służą programy angażujące we współpracę organizacje psychiatryczne, socjalne oraz wymiar sprawiedliwości. Zarządzanie takimi różnymi organizacjami i finansowanie ich odbywa się z odrębnych „spichlerzy”, co utrudnia odpowiednią współpracę i dzielenie się środkami [3]. Administracja zajmująca się kwestiami związanymi z młodzieżą na poziomie stanu może nie być zdolna do zaadaptowania wymagań związanych ze współpracą w ramach inicjatyw na poziomie okręgu. Dodatkowo, dużym problemem dla organizacji egzekwujących prawo, opieki zdrowotnej i socjalnej oraz lokalnej władzy jest brak bezpośredniej styczności okręgów geograficznych. Obszarem, w którym zapewnienie optymalnej opieki osobom z ostrymi zaburzeniami psychiatrycznymi okazuje się często frustrujące jest również współpraca między policją i kryzysową opieką psychiatryczną.

Wyzwania, przed jakimi stają osoby realizujące programy są w sposób oczywisty zależne od kontekstu. Obserwacja ta została podkreślona w jednym z wniosków Thornicrofta i wsp.: jest mało prawdopodobne, by znalezienie właściwych rozwiązań dla opieki we własnym obszarze było możliwe podczas wizytowania modelowych programów w innej, odległej części świata.

PIŚMIENNICTWO

1. Gold PB, Glynn SM, Mueser KT. Challenges to implementing and sustaining comprehensive mental health service programs. *Evaluation and the Health Professions* 2006;29:195–218.
2. Goldman HH, Morrissey JP, Rosenheck RA et al. Lessons from the evaluation of the ACCESS program. *Psychiatric Serv* 2002; 53:967–9.
3. President’s New Freedom Commission on Mental Health. Goal 2 – Mental health care is consumer and family driven. www.mentalhealthcommission.gov/reports/finalreport/fullreport-03.htm.

Dlaczego ulepszona opieka psychiatryczna wygląda gorzej

Why are psychiatric services getting better but looking worse

BRUCE SINGH, DAVID CASTLE

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Parkville, 3010 Victoria, Australia

Thornicroft i wsp. wsparli światową psychiatrię środowiskową dokonując podsumowania ostatnich 30 lat swoich wspólnych doświadczeń w organizacji opieki środowiskowej zorientowanej na środowisko w Anglii i we Włoszech. Wyzwania, które wskazali wyczerpująco wyjaśniają dlaczego reforma opieki psychiatrycznej często bywa fragmentaryczna i niekompletna, a czasem doprowadza system do większego rozdrobnienia niż przed jej wdrożeniem. Tak było niewątpliwie w przypadku Australii, gdzie mimo iż reformy opieki psychiatrycznej zachodziły w kontekście dobrze sformułowanej i powszechnie przyjętej narodowej polityki ochrony zdrowia psychicznego [1], zostały w od-

mienny sposób wdrożone na terenie różnych stanów i terytoriów. Nawet wewnątrz tych obszarów wciąż widoczna jest niespójność w odniesieniu do sposobu zapewniania opieki środowiskowej.

Na terenie Australii w stanie Victoria przeprowadzono najbardziej kompleksową i najszybszą restrukturyzację opieki psychiatrycznej, zamykając wszystkie szpitale psychiatryczne w ciągu jednej dekady lat 90-tych XX wieku. Ta błyskawiczna deinstytucjonalizacja okazała się ogromnym sukcesem pod względem przeniesienia opieki psychiatrycznej do środowiska, równoległe z przeniesieniem zasobów. Dla przykładu, w latach 1993–2003 wydatki na

szpitale psychiatryczne w stanie Victoria spadły o 184 miliony AU\$, przy czym wydatki na opiekę opartą na środowisku wzrosły o 323 miliony AU\$ [2]. Każdy z miejskich obszarów opieki psychiatrycznej zapewnia świadczenia około 250 tysiącom osób. Każdy dysponuje niewielką liczbą ostrych łóżek szpitalnych (około 20 łóżek, średni czas pobytu 10–14 dni), rozmieszczonych na terenach szpitali ogólnych, ma również dostęp do 20-łóżkowych oddziałów opieki długoterminowej, zapewniających długotrwałą rehabilitację (czas pobytu od 3 miesięcy do 2 lat) oraz do różnych innych świadczeń zapewnianych przez organizacje pozarządowe (wyłącznie przez nie albo we współpracy z nimi). Środowiskowa opieka zdrowotna jest zorganizowana w sposób jednorodny, przy czym sytuacjami kryzysowymi zajmuje się zespół diagnostyki i opieki kryzysowej (*crisis and assesment team*), dłużej trwającą opieką – zespół do spraw opieki długoterminowej (*continuing care team*), a postępowaniem w przypadkach wymagających szczególnej opieki – interdyscyplinarny mobilny zespół wsparcia i leczenia (*interdisciplinary mobile support and treatment team*).

Imperatywem zarówno w kwestii nacisku na podział środków, jak i obsadzenia stanowisk czy ogólnego zapewnienia opieki uczyniono w stanie Victoria przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska. Byliśmy zaskoczeni dysonansem, jaki powstał między wieloma psychiatrami przekonanymi, że opieka jest dużo lepsza niż była, a znaczną częścią środowiska (w tym konsumentami, a zwłaszcza opiekunami) przekonaną, że opieka jest gorsza.

Jednym z wyjaśnień tego fenomenu jest zmiana oczekiwań środowiska, będąca odpowiedzią na zawyżanie korzyści płynących z psychiatrii środowiskowej przez energicznych, a czasem nadgorliwych jej orędowników. Zwolennicy ci (zapewne liczniejsi w przeszłości niż obecnie) jak się okazało wypracowali określone tezy dotyczące istoty psychiatrii i jej odpowiedzialności za leczenie. Ostatnio opublikowaliśmy [3] podsumowanie tych tez i rzeczywistości, jaka wynikła na ich temat w ciągu dziesięcioleci późniejszych doświadczeń z deinstytucjonalizacją. Oto one:

- leki psychotropowe, zwłaszcza nowsze atypowe leki przeciwpsychotyczne, są skuteczne w przypadku większości objawów psychotycznych i znacząco zmniejszają wynikającą z nich niesprawność.
- wzrasta wgląd w potrzebę leczenia, a więc poprawia się współpraca w tej kwestii.
- szczególna opieka (lub narzucone leczenie środowiskowe) jest konieczna jedynie przez krótkie okresy i przynosi trwałe korzyści.
- w populacji chorych psychicznie nie wzrasta ryzyko nadużywania substancji.
- stygmatyzacja chorych psychicznie w społeczności lokalnej na ogół zmniejsza się.
- wymiar sprawiedliwości jest bardziej wyrozumiały, gdy w kłopoty z prawem popadają osoby chore psychicznie.
- pacjenci chorzy psychicznie mają do dyspozycji odpowiednie świadczenia lokalowe, mają też odpowiedni

dostęp do systemu ogólnej opieki zdrowotnej przez wgląd na swoje zdrowie fizyczne.

- skuteczna opieka środowiskowa istotnie ogranicza, jeśli nie całkowicie eliminuje konieczność ostrego, a w szczególności przewlekłego leczenia.
- zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną jest stałe w czasie.
- koszty opieki środowiskowej można ograniczyć oferując opiekę wyłącznie osobom z mniej rozpowszechnionymi zaburzeniami (lub z „ciężką chorobą psychiczną”).

Każdy, kto przeszedł przez pełen proces wdrażania programu reformy opieki psychiatrycznej zauważył, że wiele z tych tez jest zasadniczo fałszywych. Nie znaczy to, że opieka środowiskowa dla ogromnej większości pacjentów nie jest możliwa lub że powinniśmy odwrócić proces deinstytucjonalizacji. Jesteśmy jednak przekonani, że dalsze reformy powinny być prowadzone z większą świadomością rzeczywistości i dramatu choroby psychicznej, jak i braku panaceum. Zamiast poprzestawać na nieustannym restrukturyzowaniu modeli dostarczania świadczeń, powinniśmy poszukiwać nowych sposobów ulepszenia opieki środowiskowej z korzyścią dla zdrowia naszych pacjentów. Dużo więcej musi zostać zrobione dla zmniejszenia stygmatyzacji środowiskowej osób z takimi chorobami jak schizofrenia, a skoordynowane podejścia muszą efektywniej włączać te osoby ponownie w główny nurt życia. Brak odpowiedniego przystosowania i bardzo wysokie wskaźniki absencji w pracy stanowią w tym względzie istotną przeszkodę.

Prawdą jest, że systemy opieki psychiatrycznej są, w sposób być może bardziej rzucający się w oczy niż systemy ogólnomedyczne, niedofinansowane w stosunku do tego, czego się od nich wymaga. Dotyczy to oczywiście nawet tak zamożnych krajów jak nasz. Ale pewne znaczące korzyści udało się osiągnąć i nasza grupa zawodowa powinna wkładać teraz swoją energię w budowanie na nich, nie zaś w ich burzenie.

Naszym zdaniem każde podejście do poprawy zdrowia psychicznego populacji wymaga uważnej oceny nasilenia wyzwań wymienionych przez Thornicrofta i wsp., zwłaszcza uświadomienia sobie, że nie ma właściwszej metody ponad tą, by każda wspólnota społeczna i każde państwo zestawily niezbędne elementy opieki w pakiet odpowiadający ich potrzebom. Dodatkowo zalecalibyśmy zapewnienie bieżącej oceny efektywności podejmowanych interwencji oraz ciągłe wsłuchiwanie się w opinie głównych partnerów, szczególnie personelu placówek, pacjentów i samych opiekunów.

PIŚMIENNICTWO

1. Australian Health Ministers. National mental health policy. Canberra: Australian Government Publishing, 1992.
2. Boston Consulting Group. Improving mental health outcomes in Victoria. Melbourne: Boston Consulting Group, 2006.
3. Singh BS, Castle D. Why are community psychiatry services in Australia doing it so hard? *Med J Australia* 2007;187: 410–2.