

źródłem informacji zarówno dla organizacji zajmujących się opieką psychiatryczną, jak i dla społecznych projektów zapobiegających dyskryminacji osób borykających się z deficytami.

## PIŚMIENNICTWO

1. de Girolamo G, Neri G. Mental health in Europe: a long road ahead. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 63.
2. de Girolamo G, Bassi M, Neri G et al. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 83–91.
3. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe. *J Ment Health* 2007; 16: 167–80.
4. Glover G. Adult mental health care in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 71–82.
5. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 64–70.
6. Salize HJ, Rössler W, Becker T. Mental health care in Germany. Current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 92–103.
7. Thornicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 703.
8. Lloyd-Evans B, Johnson S, Slade M. Assessing the content of mental health services: a review of measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 673–82.
9. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across Western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(Suppl. 429): 9–16.
10. Issakidis C, Sanderson K, Corray J et al. Modelling the population cost effectiveness of current and evidence based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychol Med* 2004; 34: 19–35.
11. Andrews G, Sanderson K, Corray J et al. Cost effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 427–35.
12. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 526–33.
13. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006; 5: 179–84.

## Regulamin tłoczni win<sup>2</sup>

*Cider house rules*

POVL MUNK-JORGENSEN

Unit of Psychiatric Research, Aalborg Psychiatric Hospital, Molleparkvej 10, DK-9000 Aalborg, Dania

Autorzy, w tym dwaj bardzo wybitni „weterani”, ojcowie chrzestni europejskiej psychiatrii środowiskowej, napisali Regulamin tłoczni win dla psychiatrii środowiskowej, z którego przytoczymy poniżej kilka przykładów:

- pieniądze mają decydujące znaczenie dla opieki psychiatrycznej.
- oddział dzienny może rozliczać się na podstawie liczby osób odwiedzających go każdego dnia.
- personel powinien zdać sobie sprawę, że to, czy wypełni swoje zobowiązania ma znaczenie i będzie miało wpływ między innymi na wynagrodzenia i awanse.
- jest istotne by bardziej doświadczony personel potrafił zachować ogólne wyobrażenie systemu jako całości.
- na solidne zmiany w opiece, na ulepszenia, które będą trwałe trzeba czasu.
- czas jest niezbędny również do przejścia ze wstępnego etapu zmian do fazy konsolidacji.
- każda z zaangażowanych osób musi pamiętać, że pierwotnym celem opieki psychiatrycznej jest poprawa efektów leczenia osób chorych psychicznie.
- informacje zwrotne mogą bazować na otrzymanych komentarzach lub skargach, mogą też być pozyskiwane na drodze formalnej, na przykład z wykorzystaniem ankiet satysfakcji użytkowników.
- będziesz popełniał błędy i będą one wymagały zmian w opiece w trakcie jej organizacji.

Uwaga! Wiadomość z ostatniej chwili! Ich zdaniem jest on, tak jak pierwowzór przypięty na ścianie tłoczni win przez Olive Worthington<sup>3</sup>, wyrazem głębokiej mądrości, możliwej do osiągnięcia jedynie po 25 latach gromadzenia doświadczeń. W trosce o czytelnika przytoczymy trzy przykłady zaczerpnięte z oryginału:

- Proszę nie palić tytoniu w łóżku i nie używać świeczek.
- Proszę nie wchodzić na dach po wypiciu alkoholu, zwłaszcza w nocy.
- Na dachu nie powinno przebywać jednocześnie więcej niż pół tuzina osób.

Dwaj autorzy seniorzy należą do grona pionierów, którzy wyprowadzili europejską psychiatrię z ideologii i romantyzmu społecznego ku erze dowodów naukowych. Swoje pionierskie badania prowadzili w latach 80-tych XX wieku. Wiele zaczęło się wtedy zmieniać i to bardzo szybko. Model Werona/Camberwell przeżywał swoje prawdopodobnie najlepsze chwile. Dzisiejsze pionierskie podejścia do opieki stopniowo odchodzą od modelu z lat 80-tych XX wieku, uważanego już nie za pionierski, a tradycyjny. W zamian proponują kliniki eksperckie oparte na rozpoznaniu, organizowane w ramach scentralizowanej opieki ambulatoryjnej. Kliniki te są powiązane z jednej strony z niewielką liczbą łóżek szczególnej opieki w oddziałach szpitali ogólnych, z drugiej zaś z zespołami opieki pozaszpitalnej dla długoterminowych pacjentów psychotycznych, najczęściej

<sup>2</sup> Tytuł nawiązuje do *The Cider House Rule* – powieści Johna Irvinga (tytuł wydania polskiego: „Regulamin tłoczni win”, Prószyński i S-ka), na podstawie której powstał później film o takim samym tytule (w Polsce: „Wbrew regułom”) (przyp. tłum.)

<sup>3</sup> Jedna z bohaterek „Regulaminu tłoczni win” (przyp. tłum.)

ze schizofrenią. Model ten ma kilka zalet, z których najważniejsze to:

- może wychwytywać i wprowadzać w życie ogromne ilości nowej wiedzy dotyczącej nie tylko zaktualizowanych metod leczenia, ale i zapobiegania pełnemu spektrum chorób psychicznych.
- może swobodnie oferować specjalistyczną wiedzę ogólnomedyczną tym bardzo licznym pacjentom psychiatrycznym, którzy cierpią również na choroby somatyczne.
- daje możliwość efektywnego i racjonalnego leczenia większości chorób psychicznych, rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsyjne czy inne.

Można by zapytać po co właściwie namawiać opiekę nadal pozostającą przy modelu szpitalnym do wdrażania tradycyjnego modelu środowiskowego – czemu nie radzić przejścia bezpośrednio do współczesności i wykorzystania najnowszej wiedzy lub za poetą: „A więc z Werony” – a może również z Camberwell? – „zostałeś wygnany. Bądź cierpliwy,” – (!) – „gdyż świat jest długi i szeroki”.

Europejska psychiatria środowiskowa, reprezentowana przez modele włoski i brytyjski, wyzbyła się szpitali psychiatrycznych, przytułków i zakładów psychiatrycznych. Zostały na ich temat wypowiedziane ostre i protekcyjne słowa. Nie było to całkiem fair. Powstając, przytułki przyczyniły się do prawdziwej zmiany paradygmatów ustanowionych przez idealistycznych, humanistycznie myślących alienistów. A że później zaskoczone zostały przez postęp – to już całkiem inna kwestia.

Modelowi psychiatrii środowiskowej z lat 80-tych XX wieku grozi zatrzymanie się w miejscu, wsteczne myślenie utrudniające pacjentom dostęp do nowego i lepszego leczenia. Wśród psychiatrów młodszych pokoleń psychiatria środowiskowa już została ochrzczona „psychiatrią kodu pocztowego” i nie jest to bynajmniej komplement.

Na początku artykułu autorzy zaznaczają, że przytoczą i omówią wyłącznie własne doświadczenia, pomijając wiedzę opartą na dowodach naukowych. W ten sposób – wybierając model oparty nie na dowodach naukowych (*evidence based*) a na wybitnych osobistościach (*eminence based*) – unikają krytyki za brak udokumentowanego omówienia tego, co naprawdę istotne: wyników (pacjentów, nie jak

w artykule – w dużej mierze dobra personelu). Dlatego żyć bym sobie by w swoim kolejnym artykule oś Werona/Camberwell omówiła między innymi następujące kwestie:

1. co zrobić by psychiatria środowiskowa przyciągała odpowiednią liczbę maksymalnie uzdolnionych, świetnie wykształconych neuropsychiatrów, dzięki którym będzie mogła być stale, profesjonalnie aktualizowana? [1]
2. co zrobić by psychiatria oparta na psychiatrii środowiskowej pociągała psychiatrów? [2]
3. w jaki sposób psychiatria środowiskowa zapobiega stanowczo zbyt dużemu rozpowszechnieniu u chorych psychicznie chorób somatycznych i przedwczesnym zgonom spowodowanym chorobami somatycznymi? [3–5]
4. w jaki sposób psychiatria środowiskowa hamuje reinstytucjonalizację obserwowaną po zmianie opieki z opartej na szpitalu na środowiskową? jak jej zapobiega? [6]
5. w jaki sposób psychiatria środowiskowa zapobiega polipragmatyzacji? [7]
6. w jaki sposób psychiatria środowiskowa powstrzymuje przestępczość rosnącą wśród chorych psychicznie po zmianie opieki z opartej na szpitalu na środowiskową? jak jej zapobiega? [6]

## PIŚMIENNICTWO

1. Søndergård L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 235–7.
2. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 416–23.
3. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 317–33.
4. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 62: 247–53.
5. Amaddeo F, Barbui C, Perini G et al. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community based system of mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 320–5.
6. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123–6.
7. Tomasi R, de Girolamo G, Santone G et al. The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 212–23.

## Łączenie doświadczenia i dowodów naukowych w reformie opieki psychiatrycznej

*Bridging experience and evidence in mental health care reform*

LUIS SALVADOR CARULLA

Department of Psychiatry, University of Cadiz, and PSICOST Scientific Association,  
Plaza San Marcos 6, Jerez 11403, Hiszpania

Amerykańska *Community Mental Health Act* z 1963 roku doprowadziła do deinstytucjonalizacji, która okazała się częściowo porażką, zwłaszcza wobec niedostępności świadczeń w niektórych rejonach. Dziesięć lat później John Talbott [1] doniósł, że istotny problem stanowią ponowne przyjęcia do szpitala, inaczej „drzwi obrotowe”, oraz, że

ich liczbę można by dwukrotnie zmniejszyć wprowadzając w istniejącej opiece minimalne ulepszenia. Mimo tego wczesnego dowodu, konsekwencje „drzwi obrotowych” towarzyszyły reformom opieki psychiatrycznej w wielu krajach. Trzydzieści lat później Talbott opublikował „dziesięć przykazań” psychiatrycznej opieki środowiskowej, a pod-