

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-

sumowując przyczyny problemów zaistniałych w wyniku deinstytucjonalizacji wyróżnił cztery główne czynniki: brak konsensusu co do samego ruchu, niedostateczne sprawdzenie jego podstaw filozoficznych, nieplanowanie alternatywnej infrastruktury i świadczeń oraz nieudolność systemu świadczenia opieki psychiatrycznej [2].

Posługując się w swoim artykule podejściem eksperckim Thornicroft i wsp. nadają psychiatrii środowiskowej zdroworozsądkowy wydźwięk i opisują dziesięć kluczowych wyzwań towarzyszących jej wdrażaniu oraz doskonaleniu równowagi w opiece. Artykuł koncentruje się na wyzwaniach związanych z reformą opieki na poziomie indywidualnym (skala mikro). Warto dodać kilka uwag, które pozwolą lepiej zrozumieć aktualne tendencje w podejmowaniu decyzji i planowaniu na wyższym poziomie macierzy przedstawionej przez Thornicrofta i Tansell [3] – poziomie systemów opieki regionalnej i państwowej (skala makro).

Opieka psychiatryczna to w rzeczywistości złożony system środowiskowy, charakteryzujący się multidyscyplinarnością, wielowymiarowością ze źle zbudowanymi i nielinearnymi domenami oraz dużą niepewnością z niejednorodnymi danymi i nieprecyzyjnymi informacjami [4, 5]. W przypadku złożonych systemów opieki można mówić także o takich cechach jak sztywność, samoorganizacja czy nieprzewidywalność. Takie warunki nie sprzyjają wypracowywaniu dowodów z użyciem projektów czy metod statystycznych medycyny opartej na dowodach naukowych. Wśród nowych narzędzi oceny medycznej, wykorzystujących osiągnięcia techniczne wymienia się: zarządzanie wynikami, systemy wspierania decyzji i systemy zaawansowanej analizy danych (*knowledge discovery from data*, KDD). KDD to hybryda statystyki i sztucznej inteligencji, łącząca dającą się wywnioskować wiedzę ekspercką z analizą danych. W przypadku analizy złożonych systemów, opinie eksperckie nie stanowią źródła zniekształceń, lecz kluczowy element zarządzania wiedzą oraz rozwoju modeli matematycznych. Doświadczenie jest więc częścią opartego na dowodach naukowych planowania opieki psychiatrycznej [5].

Klasyczny spór między psychiatrią szpitalną i środowiskową został już zamknięty. Aktualne dowody naukowe przekazują prostą i jednoznaczną informację: tradycyjne szpitale psychiatryczne są częścią przestarzałego systemu zapewniania opieki, z którego powinno się zrezygnować lub całkowicie go przekształcić. Chociaż porażki zdarzają się i mnożą w szybkim tempie, w wielu krajach czy regionach szpitale psychiatryczne udało się zamknąć, podczas gdy gdzie indziej zastąpiono je zintegrowanymi systemami ochrony zdrowia [6]. Z drugiej strony, zamykanie szpitala psychiatrycznego wywołuje podobny opór społeczny i wzburzenie jak w przypadku innych instytucji z przestarzałych sektorów ekonomicznych, zwłaszcza jeśli szpital stanowi główne źródło zatrudnienia dla często odizolowanej społeczności [7]. O dziwo, potrzeby personelu i dynamika społeczna nie są traktowane tak, jak w innych sektorach ekonomicznych. W krajach o średnim dochodzie korzystne dla deinstytucjonalizacji może okazać się zaangażowanie ministerstw czy organizacji państwowych. Jak zaznaczyli Thornicroft i wsp., reformę szpitali psychiatrycznych powinno się prowadzić wykorzystując doświadczenie i zdrowy rozsądek na równi z wartościami. Bułgaria i pozostałe pań-

stwa wschodnioeuropejskie stanowią dobry przykład złożoności reformy szpitali. Krytyka, jaka dotknęła Bank Światowy za politykę finansowania „ulepszeń” w bułgarskich szpitalach psychiatrycznych, konfrontuje z rzeczywistością nagłego kryzysu i prawami osób przebywających w tych instytucjach. Zachowanie równowagi w kwestii podejścia do opieki może ułatwić lepsze rozumienie tych problemów.

Klasyczna psychiatria środowiskowa kładzie nacisk przede wszystkim na zamykanie szpitali psychiatrycznych i organizację specjalistycznej opieki środowiskowej, głównie rezydencjalnej i pośredniej dla osób z poważnymi chorobami psychicznymi. Szersze spojrzenie na system opieki psychiatrycznej umożliwi w ostatnich latach nowy model zrównoważonej opieki, którego podstawą są podejścia skoncentrowane na osobie i perspektywa podłużna. W ramach zintegrowanego (wielosektorowego) podejścia do zapewniania opieki uwzględni on równowagę między opieką stacjonarną i środowiskową, podstawową i specjalistyczną oraz zdrowotną, socjalną i sądową [7]. Szczególną uwagę przykładają do rozwiązań przejściowych, niezbędnych podczas przywracania równowagi opiece nad osobami z problemami psychicznymi oraz do wydajności tego procesu w późniejszych etapach. Reinstytucjonalizację uznaje za niepokojącą tendencję, charakterystyczną dla dobrze rozwiniętych zachodnioeuropejskich systemów opieki środowiskowej [8].

Systemy opieki psychiatrycznej były do tej pory obszernie opisywane pod kątem cech charakterystycznych, wskaźników rozwoju w skali makro oraz takich szczególnych kwestii, jak deinstytucjonalizacja czy psychiatria środowiskowa. Jeszcze do niedawna niewiele było natomiast dostępnych informacji na temat ich finansowania. Badania nad finansowaniem opieki koncentrują się na przepływie wydatków przez system. *Mental Health Economics European Network* opisała systemy finansowania 17 państw europejskich i określiła ich cechy wspólne oraz dzielące je różnice [9]. Pełne informacje o systemach finansowania kilku z tych państw zostały opublikowane oddzielnie [10, 11]. Ocena i porównywanie systemów finansowania są elementami podejścia „podążaj za pieniędzmi”, które w przypadku systemów opieki może dostarczyć bardziej precyzyjnych informacji niż inne tradycyjne metody opisu. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała również schemat sporządzania standardowych raportów dotyczących finansowania opieki psychiatrycznej (obejmujący: gromadzenie, kontekst, mapowanie, pochodzenie zasobów, przeznaczenie, planowanie budżetu, kupno i analizę finansową). Finansowanie jest głównym narzędziem polityki wprowadzania reform w opiece psychiatrycznej [12, 13].

PIŚMIENNICTWO

1. Talbott JA. Stopping the revolving door – a study of readmissions to a state hospital. *Psychiatr Q* 1974; 48: 159–68.
2. Talbott JA. Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1112–5.
3. Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503–8.
4. Spate J, Gibert K, Sánchez-Marrè M et al. Data Mining as a tool for environmental scientists. Presented at the First Workshop of Data Mining Techniques for Environmental Scientists, Vermont, July 2006.

5. Salvador-Carulla L, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. A framework for evidence based mental health care and policy. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 111 (Suppl. 432): 5–11.
6. Meyer RE. The Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland. In: Meyer RE, McLaughlin CJ (eds). *Between mind, brain and managed care*. Washington: American Psychiatric Press, 1998: 235–6.
7. Medeiros H, McDaid D, Knapp M et al. Shifting care from hospital to the community in Europe: economic challenges and opportunities. www.mheen.org.
8. 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.
9. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe. *J Ment Health* 2007; 16: 167–80.
10. Salvador-Carulla L, Garrido M, McDaid D et al. Financing mental health care in Spain. *Eur J Psychiatry* 2006; 20: 29–44.
11. Zechmeister I, Oesterle A. Distributional impacts of mental health care financing arrangements: a comparison of the UK, Germany and Austria. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 35–44.
12. World Health Organization. *Mental health financing*. Geneva: World Health Organization, 2003.
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.

Spoglądając chłodno, ale z nadzieją

Casting a cold but hopeful eye

ROBERT ROSENHECK

Yale Medical School, Northeast Program Evaluation Center 182, 950 Campbell Ave.,
West Haven, CT 06516, Stany Zjednoczone

Złożone systemy, wrosnięte w wiekowe przekonania i wspierane przez silne grupy interesu trudno jest oczywiście zmienić. A jednak, na przestrzeni zaledwie dwóch czy trzech dekad, od wczesnych lat 60-tych XX wieku do lat 80-tych XX wieku, system „troszczący się” o osoby z poważnymi chorobami psychicznymi został prawie zniszczony. W Stanach Zjednoczonych populacja stacjonarnych pacjentów stanowych szpitali psychiatrycznych spadła z ponad 500 tysięcy w latach 50-tych XX wieku do około jednej dziesiątej 50 lat później. Ta transformacja, kontynuowana w Stanach Zjednoczonych – podobnie jak w innych częściach świata – do dzisiaj, była wynikiem „doskonałego szturm” niezależnych sił działających na wielu poziomach społecznych. Na najwyższych poziomach: a) społeczeństwo amerykańskie ogarnął ruch praw obywatelskich, napędzany przez międzynarodowe konflikty z takimi ustrojami totalitarnymi, jak faszyzm czy komunizm, b) wizjonerscy eksperci polityczni, mając nadzieję, że uda im się zmienić życie osób z poważnymi chorobami psychicznymi, dążyli do reformy instytucjonalnej, c) rządowi urzędnicy planujący budżet, natknąwszy się na zwiększone uposażenia pracowników szpitali, starali się obciążyć budżety ograniczając kosztowną opiekę szpitalną. Na pośrednich poziomach, menedżerowie systemu opieki psychiatrycznej odpowiedzialni za projektowanie systemów opieki regionalnej, kierownicy lokalnych instytucji i menedżerowie kliniczni tych instytucji kładli nacisk na opracowywanie nowych programów, szkolenie nowego typu profesjonalistów i taką restrukturyzację opieki, by stanowiła pełniejsze wsparcie bliżej środowiska funkcjonowania pacjentów. Wreszcie, klinicyści pracujący bezpośrednio z klientami (i jednocześnie starający się ocenić swoje zajęcia) oraz klienci i ich rodziny wypróbowywali nowy typ oddziaływań, umożliwiający uwolnionym godniejsze życie.

W opisie swoich doświadczeń na pośrednim poziomie tego długiego łańcucha, Thornicroft i wsp. wykorzystali lata praktyki w przekształcaniu i byciu przekształcanymi

przez państwowe systemy opieki psychiatrycznej. Swoją prezentację rozplanowali wokół „dziesięciu kluczowych wyzwań”. Słowo „wyzwanie” jest w potocznym angielskim nadzwyczaj wieloznaczne i wskazuje zmiennie na okazję do tryumfalnego zwycięstwa lub eufemizm nieuniknionej porażki, z wieloma odcieniami pomiędzy. Prawdziwie dla obu znaczeń, Thornicroft i wsp. omawiają liczne możliwości, jakie pojawiają się, gdy ludzie uczą się od siebie nawzajem, obserwują jak inni radzą sobie z adaptacją do nowych okoliczności, zobowiązują się do wzajemnego wsparcia, a nawet świętują powstawanie „wspólnot uczących się”. Bardziej ponury wydźwięk mają wyzwania związane z obawami personelu przed zmianą i utratą znanych schematów pracy, ze sztywną opozycją przestraszonych grup interesu, niechętnym otoczeniem i bezwzględными obcinaczami budżetu z wyższych szczebli rządowych. Rozważania autorów sprawiają wrażenie jakby w trakcie wyczerpującej walki złapali na chwilę oddech by przekazać nam, że wprawdzie droga jest miejscami bardzo wyboista, ale wzajemne wsparcie i uczenie się od siebie nawzajem dają czasem niespodziewane możliwości zwycięstwa i ratunku. Dla nas wszystkich jest to opis słodko-gorzkiej równowagi społecznego przemieszczania się od znacznego postępu w obliczu wielkich przeszkód do nieumiejętności osiągnięcia najważniejszego celu, jakim jest dopuszczenie osób z poważnymi chorobami psychicznymi do doświadczenia takiego samego zakresu możliwości, jakie mają pozostaali członkowie społeczności.

Mądrze wskazano różnicę między stawianiem w centrum doświadczenia, etyki i dowodów naukowych, zwracając uwagę na ponure oblicze taktyk, strategii i polityk mających popychać różne kwestie do przodu na drodze drobnych negocjacji, efektywnych perswazji i wyszukanych sojuszy. Takie „popychanie” może budzić nadzieję, ale zazwyczaj umożliwia osiągnięcie jedynie częściowego sukcesu. Charles Lindbloom [1] znakomicie przyrównał wdrażania