

tach lub czasopismach przerażające przykłady niedopuszczalnego nadużywania praw człowieka mogą w większym stopniu przyczynić się do poprawy opieki psychiatrycznej niż jakikolwiek przemyślany dokument. Dzięki takim publikacjom warunkiem przyjęcia niektórych krajów do Unii Europejskiej stało się naprawienie części tego typu nadużyć. Kolejną z kwestii z mojej listy życzeń do kolejnej wersji tego artykułu byłoby kilka słów na temat roli i wagi przywództwa w procesie organizacji i ulepszania opieki zdrowotnej. Autorzy są liderami na tym polu i swoim doświadczeniem mogliby poważnie tą kwestię wesprzeć.

Przestrzeń jest oczywiście ograniczona i godne pochwały jest, iż udało się autorom skondensować w artykule tak rozległe doświadczenia, pełne mądrości zgromadzonej podczas życia poświęconego opisywanej dziedzinie. Lektura jest tym bardziej odświeżająca, że artykuł przywraca nieco wartości doświadczeniu, często pospiesznie pomijanemu, ale stanowiącemu również jedyne dostępne wsparcie w podejmowaniu rozstrzygających decyzji w wielu krajach, w których twarde dowody z badań wciąż pozostają jedynie marzeniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005; 2: e124.
2. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007; 6: 19–24.
3. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252–60.
4. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low income and middle income countries. *Lancet* 2007; 370: 991–1005.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003–2006. Brasília: Ministério de Saude, 2007.
6. Andreoli S, Almeida-Filho N, Martin D et al. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29: 43–6.
7. Gentil V. More for the same? *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29: 188–9.
8. Berwick D. Lessons from developing nations on improving health care. *BMJ* 2004; 328: 1124–9.

Różne konteksty, różne wyzwania

Different contexts, different challenges

RICHARD WARNER

Department of Psychiatry, University of Colorado, Denver, Colorado, Stany Zjednoczone

Artykuł Thornicrofta i wsp., omawiający wyzwania towarzyszące ulepszaniu psychiatrycznej opieki środowiskowej kładzie nacisk na problemy związane z personelem – lęk przed zmianą, obawy dotyczące niedoboru struktury w warunkach nieinstytucjonalnych, trudności z wyobrażeniem sobie rezultatów zmian, sprzeciw wobec zmian, usztywnianie systemu, tworzenie wewnątrz-zespołowych barier oraz niskie morale. Jedynie trzy z dziesięciu uwzględnionych wyzwań nie mają związku z personelem: sprzeciw otoczenia wobec lokalizacji nowych programów, oszustwa decydentów i potrzeba informacji zwrotnej od użytkowników. Zestawienie to nie odpowiada problemom, z jakimi mają typowo do czynienia osoby dokonujące zmian w Stanach Zjednoczonych. Amerykańscy zarządcy natrafiają przede wszystkim na wyzwania ze strony struktur narzuconych przez władze i przemysł ubezpieczeń zdrowotnych.

U podłoża europejskich wyzwań leży kilka kwestii, które Stanów Zjednoczonych dotyczą w niewielkim stopniu. Po pierwsze dlatego, że w latach 60-tych i 70-tych, jeszcze zanim amerykański system środowiskowej opieki psychiatrycznej został dobrze zorganizowany, system instytucjonalnej opieki psychiatrycznej został niemal całkowicie zniszczony, w związku z czym do psychiatrycznej opieki środowiskowej przeniesiono niewiele personelu szpitalnego. W rezultacie, amerykański personel opieki środowiskowej nie składał się na ogół z pielęgniarek z przygotowaniem instytucjonalnym, a z pracowników socjalnych i psychologów bez szpitalnego doświadczenia. Potrzeba zmiany kwalifikacji nie była z tego powodu tak paląca jak w Europie, gdzie deinstytucjonalizacja przebiegała w spokojniejszym

tempie, a personel przenoszono z jednego środowiska leczenia do następnego. Po drugie, inaczej niż w Wielkiej Brytanii czy we Włoszech, amerykańscy pracownicy środowiskowej opieki psychiatrycznej rzadko należą do związków zawodowych, więc ich postulaty nie są tak poważnie brane pod uwagę jak w Europie. Wreszcie, w Stanach Zjednoczonych organizacje oferujące środowiskową opiekę psychiatryczną nie są z reguły twórcami rządowymi, a niezależnymi podmiotami *non-profit*. Jako takie nie są ograniczane rządową polityką kadrową czy skalami wynagrodzeń, mogą więc działać swobodniej w kwestiach przyjmowania i zwalniania personelu, szkoleń oraz systemu motywacji. Wiele z tych organizacji jest w stanie stworzyć płaską strukturę administracyjną, z nielicznymi warstwami administracji pomiędzy personelem zapewniającym świadczenia i kierownictwem. Tego typu struktura ułatwia komunikację i zmniejsza problemy związane z morale personelu.

W Stanach Zjednoczonych największym wyzwaniem dla osób ulepszających program jest fragmentacja systemu. Dostępna jest olbrzymia liczba odmian stanowych organizacji, metod finansowania i dostarczania świadczeń, nie ma natomiast żadnej wyraźnej polityki państwa regulującej działanie systemu. Źródła finansowania są wybitnie rozdrobnione. Osoby z poważną chorobą psychiczną otrzymują wsparcie z co najmniej 42 różnych programów federalnych, z których większość opracowana została bez uwzględnienia potrzeb tej populacji. Programy te są słabo zarządzane przez programy stanowe i lokalne, czego efektem jest brak koordynacji świadczeń zdrowotnych, psychiatrycznych, zawodowych, mieszkaniowych i innych [1]. Wysiłki mające na celu

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