



FORUM

Kroki, wyzwania i unikanie błędów przy wprowadzaniu psychiatrycznej opieki środowiskowej

Steps, challenges and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care

Budowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej – kroki, wyzwania i wnioski¹

Steps, challenges and lessons in developing community mental health care

GRAHAM THORNICROFT*, MICHELE TANSELLA**, ANN LAW*

Z: * Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

** Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Italy

STRESZCZENIE

Artykuł jest podsumowaniem doświadczeń, jakie zgromadziliśmy organizując przez ostatnich 20–30 lat w Anglii i we Włoszech opiekę psychiatryczną zorientowaną środowiskowo. W oparciu o nie stwierdziliśmy wstępnie, że podstawą organizacji zrównoważonej opieki psychiatrycznej są następujące kwestie: (a) świadczenia powinny odzwierciedlać priorytety użytkowników i opiekunów, (b) dowody naukowe potwierdzają potrzebę dostępności zarówno świadczeń szpitalnych, jak i środowiskowych, (c) świadczenia powinny być zapewnione blisko miejsca zamieszkania, (d) niektóre ze świadczeń powinny być dostępne raczej w formie wyjazdowej niż na miejscu, (e) interwencje powinny dotyczyć tak objawów, jak i niesprawności, (f) leczenie musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb. W artykule rozpatrujemy dziesięć kluczowych wyzwań, przed którymi stają często osoby próbujące organizować opiekę psychiatryczną zakorzenioną w środowisku: (a) obcowanie z lękiem i niepewnością, (b) kompensowanie ewentualnego niedoboru struktur w opiece środowiskowej, (c) uczenie się inicjowania nowych rozwiązań, (d) radzenie sobie z opozycją wobec zmian wewnątrz systemu opieki psychiatrycznej, (e) odpowiadanie na niechęć otoczenia, (f) negocjowanie ograniczeń finansowych, (g) unikanie usztywnień w systemie, (h) przelamywanie granic i barier, (i) umacnianie morale personelu, (j) organizowanie opieki dostosowanej do potrzeb lokalnych, nie zaś poszukiwanie „właściwego rozwiązania” skądkolwiek.

SUMMARY

This paper summarises our own accumulated experience from developing community-orientated mental health services in England and Italy over the last 20–30 years. From this we have provisionally concluded that the following issues are central to the development of balanced mental health services: (a) services need to reflect the priorities of service users and carers; (b) evidence supports the need for both hospital and community services; (c) services need to be provided close to home; (d) some services need to be mobile rather than static; (e) interventions need to address both symptoms and disabilities; and (f) treatment has to be specific to individual needs. In this paper we consider ten key challenges that often face those trying to develop community-based mental health services: a) dealing with anxiety and uncertainty; b) compensating for a possible lack of structure in community services; c) learning how to initiate new developments; d) managing opposition to change within the mental health system; e) responding to opposition from neighbours; f) negotiating financial obstacles; g) avoiding system rigidities; h) bridging boundaries and barriers; i) maintaining staff morale; and j) creating locally relevant services rather than seeking „the right answer” from elsewhere.

Słowa kluczowe: opieka środowiskowa / środowiskowa opieka psychiatryczna / opieka psychiatryczna

Key words: community care / community mental health services / psychiatric services

Trzy elementy mogą służyć za wytyczne usprawniania opieki psychiatrycznej: etyka, dowody naukowe i doświadczenie [1]. Naszym zdaniem, planując opiekę psychiatryczną zakorzenioną w środowisku warto zacząć od wskazania zasad określających nowe kierunki rozwoju świadczeń. Zasady takie można poddać triangulacji po to, by łącząc etykę z odpowiednimi dowodami naukowymi i doświadczeniem uzyskać najsilniejszą z możliwych argumentację za zmianą.

Kluczowe kwestie przedstawione w artykule zaczerpniemy z codziennej praktyki klinicznej po to, by były po-

mocne podczas wdrażania lepszej opieki psychiatrycznej. Dlatego też omówimy tylko jeden ze wspomnianych trzech elementów – doświadczenie, stosunkowo rzadko podejmowany w piśmiennictwie. Nasze główne wnioski uporządkujemy stosownie do dziesięciu kluczowych wyzwań, przed jakimi stają często osoby próbujące usprawnić środowiskową opiekę psychiatryczną. Punktem wyjścia dla artykułu będą nasze własne doświadczenia, zgromadzone podczas organizowania przez ostatnich 20–30 lat środowiskowej opieki psychiatrycznej w Anglii i we Włoszech.

¹ Tłumaczenie i publikacja w języku polskim za życzliwą zgodą redakcji *World Psychiatry*, czasopiśmie wydawanego przez *World Psychiatric Association* (Redaktor naczelny: Prof. Mario Maj). Pierwodruk w języku angielskim ukazał się w *World Psychiatry*, June 2008; 7 (2): 87–92. Redakcja Postępów serdecznie dziękuje za zgodę na przedruk. Tłumaczyła: ZofiaPelc.

DOŚWIADCZENIE JAKO UKŁAD ODNIESIENIA

W oparciu o nasze własne doświadczenia stwierdziliśmy wstępnie, że podstawą organizacji zrównoważonej opieki psychiatrycznej są następujące kwestie [2]:

- a) świadczenia powinny odzwierciedlać priorytety użytkowników i opiekunów,
- b) dowody naukowe potwierdzają potrzebę dostępności zarówno świadczeń szpitalnych, jak i środowiskowych,
- c) świadczenia powinny być zapewnione blisko miejsca zamieszkania,
- d) niektóre ze świadczeń powinny być dostępne raczej w formie wyjazdowej niż na miejscu,
- e) interwencje powinny dotyczyć tak objawów, jak i niesprawności,
- f) leczenie musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb.

ORGANIZACJA KOMPLEKSOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ DLA DOROSŁYCH

Poszerzając kontekst omówimy główne typy świadczeń kompleksowej opieki psychiatrycznej. Wyróżniamy pięć kluczowych typów takich świadczeń, przy czym wszystkie niezbędne są dla zapewnienia kompleksowej opieki lokalnej [2]:

- a) poradnie/opieka ambulatoryjna,
- b) zespoły psychiatrycznej opieki środowiskowej,
- c) ostre oddziały/opieka szpitalna,
- d) długoterminowa opieka stacjonarna w środowisku,
- e) rehabilitacja, praca i zatrudnienie.

Istotne uzupełnienie głównych typów świadczeń mogą stanowić ich odmiany lub nawet niezależne formy wsparcia prowadzone przez samych użytkowników, takie jak grupy wsparcia (*peer support workers*), grupy poparcia (*peer advocacy workers*), czy grupy samopomocowe (*peer self-help groups*) [3]. W praktyce oznacza to, że w okresie przekształcania się opieki [4] nie ma konieczności zwlekania z redukcją liczby łóżek w oddziałach długoterminowej opieki psychiatrycznej do czasu gdy dostępne staną się wszystkie elementy opieki środowiskowej. Często jest to zresztą niemożliwe, jako że podstawowym lub jedynym źródłem funduszy na opiekę środowiskową są oszczędności pochodzące właśnie z redukcji liczby łóżek w dużych szpitalach [5].

Wielokrotnie mamy do czynienia z dylematem, czy wydać pieniądze na poprawę jakości opieki w dużych i zazwyczaj zaniedbanych szpitalach psychiatrycznych, czy raczej na organizację opieki pozaszpitalnej. Naszym zdaniem, dylemat ten trzeba rozwiązywać w zależności od lokalnych uwarunkowań, ale ogólnie rzecz biorąc, istotne jest by rónącą część budżetu opieki psychiatrycznej (a w wielu przypadkach ostatecznie jego większość) przesuwać stopniowo ku opiece środowiskowej, podnosząc jednocześnie do zadowalającego poziomu jakość opieki w (kurczących się) instytucjach. I tu znowu, konieczne jest zachowanie równowagi – zbyt szybkie przesunięcie zasobów może doprowadzić do tego, że nowy system świadczeń okaże się niestabilny i chaotyczny, niezdolny do zapewnienia zintegrowanej opieki, zwłaszcza osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Natomiast nadmierne spowalnianie tego procesu może wszelkie zmiany skutecznie zablokować.

Inwestowanie w okresie przekształcania się systemu ze zorientowanego bardziej na szpital na zorientowany bardziej na środowisko wymaga często skupienia się nie na zaspokajaniu potrzeb materialnych, a na szkoleniu personelu szpitalnego i środowiskowego w zakresie postaw i umiejętności ukierunkowanych na osobę (ukryty wkład). Taki dobór priorytetów zaowocuje w przyszłości bardziej terapeutycznym podejściem personelu, niezależnie od tego, gdzie przyjdzie mu pracować.

PARTNERZY

Świadczenia psychiatryczne najlepiej, naszym zdaniem, planować z udziałem wszystkich partnerów żywo zainteresowanych usprawnieniem opieki psychiatrycznej [6–8], w tym: a) użytkowników, b) członków rodzin/opiekunów, c) profesjonalistów (psychiatrów i lekarzy POZ), d) innych grup oferujących świadczenia (np. organizacji pozarządowych), e) ubezpieczycieli, f) grup poparcia, g) autorów planu.

Trzeba również zagwarantować sprawiedliwy udział w planowaniu świadczeń tym grupom, które nie potrafią same skutecznie zadbać o swoje interesy, jak na przykład niedawno powstałym grupom użytkowników [9]. Co można zrobić tam, gdzie pewne kluczowe grupy partnerów nie istnieją? W takiej sytuacji niezbędne może okazać się długoterminowe planowanie, a w przypadku osób zarządzających zasobami finansowymi przeznaczonymi na opiekę psychiatryczną, inwestycja w zakładanie i rozwój, przykładowo, grup użytkowników i członków ich rodzin.

DZIESIĘĆ KLUCZOWYCH WYZWAŃ

W oparciu o doświadczenia, jakie zgromadziliśmy organizując środowiskową opiekę psychiatryczną i pracując w jej ramach, wyróżniliśmy dziesięć kluczowych wyzwań, przed jakimi stają osoby próbujące usprawnić środowiskową opiekę psychiatryczną. Każde z nich przedstawimy w postaci twierdzenia (kursywą), po którym nastąpi krótkie omówienie.

Wyzwanie 1. Lęk i niepewność

Organizacji nowej opieki nieodzownie towarzyszy niepewność co do przyszłości. Pomocne jest zazwyczaj komunikowanie personelowi jasnych zobowiązań, takich jak gwarancje unikania zwolnień. Dobrze, jeśli część personelu woli pracę w szpitalu, ponieważ w przyszłości świadczenia tego typu nadal będą potrzebne. Osoby pełniące funkcje kierownicze mogą pomagać personelowi otwarcie współdzieląc ryzyko i dopuszczając błędy dopóki są one związane z procesem uczenia się lub adaptacji.

Chociaż gwarancje braku zwolnień (jeśli są możliwe) mogą być bardzo pomocne, na przykład ze względu na konstruktywne dyskusje ze związkami zawodowymi, to w krajach o małych zasobach wskaźniki wakatów mogą być tak wysokie, że kwestia zwolnień w ogóle nie zaistnieje. Podobnie, jeśli organizacja oferująca świadczenia może jasno zadeklarować personelowi wsparcie, jak poniżej w kwestii współodpowiedzialności za podejmowane ryzyko, to może to stanowić dla personelu podstawę do pracy z większą pewnością siebie (tabl. 1).

Tablica 1. Regulacje w *South London and Maudsley NHS Foundation Trust* dotyczące odpowiedzialnego podejmowania ryzyka
 Table 1. *South London and Maudsley NHS Foundation Trust policy on responsible risk-taking*

Zarząd przyjmuje, że personel, użytkownicy i opiekunowie będą podejmowali decyzje, które będą ryzykowne, to znaczy ich wyniki mogą nie być przewidywalne lub jednoznacznie pomyślne. Podejmowanie takich, często trudnych, decyzji jest częścią codziennej praktyki. Zarząd w pełni wspiera personel w podejmowaniu takich decyzji, o ile jest to czynione odpowiedzialnie, w nawiązaniu do zasad dobrej praktyki zawodowej.

Przykłady odpowiedzialnego podejmowania ryzyka obejmują:

- korzystanie z zasad przewidzianych w *Programowym podejściu do opieki* (indywidualna koordynacja wobec pacjenta i planowanie opieki) – w sytuacjach kryzysowych i nagłych może pomóc w podejmowaniu decyzji wysokiego ryzyka oraz w dobrej komunikacji,
- pełne omawianie ryzykownych decyzji z kluczowymi członkami zespołu,
- omawianie decyzji z kolegami,
- korzystanie z rad profesjonalistów,
- korzystanie z rad prawników trustu
- jasne wpisy w historii choroby powinny wyjaśniać jak decyzja została podjęta i jakie alternatywne kroki rozważano
- prowadzenie dobrych notatek umożliwia uzasadnianie decyzji

Wyzwanie 2. Niedobór struktur w opiece środowiskowej

Zmiany w strukturze opieki, a zwłaszcza organizacja większej liczby mniejszych ośrodków pozaszpitalnych, może pociągać za sobą ryzyko naruszenia ustalonych procedur i struktur. Jedną z pozytywnych funkcji tych procedur jest łagodzenie lęku, dlatego zdając sobie z tego sprawę, warto zadbać o organizację (szczególnie w okresie przejściowym) nawet większej liczby struktur i procedur niż to konieczne. Mogą to być, przykładowo, grupy wsparcia dla personelu, regularne spotkania menedżerów z personelem służące dzieleniu się informacjami, regularne, jasno rozplanowane spotkania kliniczne, jak również pisemne zestawienia zasad działania i procedur związanych ze skierowaniami.

W pierwszych etapach pracy w ramach opieki pozaszpitalnej, kiedy okazuje się, że dotychczasowe, dobrze znane struktury i procedury nie funkcjonują w środowisku w ten sam sposób, wzrasta poziom odczuwanego przez personel lęku. Użyteczne dla jego złagodzenia może być podjęcie przemyślanych działań prowadzących do powstania, co najmniej w okresie przejściowym, do czasu konsolidacji opieki środowiskowej, wielu poziomów takich struktur. Za przykład niech posłużą regularna indywidualna i grupowa superwizja personelu, regularne spotkania kliniczne służące omawianiu przypadków oraz okresowy audyt lub samoocena zespołów klinicznych.

Wyzwanie 3. Jak inicjować nowe rozwiązania?

Często największym wyzwaniem, na jakie natrafiają partnerzy rozpoczynając proces reformowania jest trudność wyobrażenia sobie innego systemu opieki psychiatrycznej. Najlepszym sposobem na dobry początek są wizyty w miejscach, gdzie już zainicjowano lub ukończono organizację opieki psychiatrycznej wg modelu środowiskowego. Nierzadko pomocne jest wypożyczenie kopii takich podstawowych narzędzi, jak rozkłady zajęć, kwestionariusze oceny, opisy zadań czy zasady działania. Wdrażając plan organizacji lokalnej opieki warto przypisać każde z zadań konkretnej osobie lub grupie i ustalić terminy ich realizacji oraz mechanizm kontroli, jak na przykład kolejne spotkanie grupy planującej, którego celem będzie sprawdzenie realizacji zadań. Personel powinien zdać sobie sprawę, że to, czy wypełni swoje zobowiązania ma

znaczenie i będzie miało wpływ między innymi na wynagrodzenia i awanse.

Dla personelu mającego za sobą doświadczenie wieloletniej pracy w warunkach szpitalnych jedną z pierwszych trudności jest nieumiejętność funkcjonowania w jakichkolwiek innych warunkach. Często stosowanym remedium są wizyty w miejscach pod innymi względami porównywalnych (być może zlokalizowanych w tym samym regionie), w których niedawno zainicjowano opiekę opartą na środowisku. Takie wizyty dają możliwość przyjrzenia się teorii w praktyce, przekonania się w oparciu o doświadczenia innych czym warto się zająć, zapoznania się ze swoistymi aspektami praktyki w innych miejscach i zaadaptowania tego do lokalnych warunków. Można w ten sposób wykorzystać na przykład schematy rotacji personelu, zasady działania czy opisy zadań.

Wyzwanie 4. Jak radzić sobie z opozycją wewnątrz systemu opieki psychiatrycznej

Zdania personelu na temat propozycji zmian w systemie opieki będą zazwyczaj podzielone. Konieczne może okazać się stworzenie personelowi, w tym grupom planującym reprezentującym odmienne opinie, wielu okazji do zaangażowania się, również w powszechny proces konsultacji. Połączenie lokalnych propozycji z ogólnie przyjętymi planami, jak deklaracje Światowej Organizacji Zdrowia, może umieścić świadczenia w szerszym kontekście i pomóc wytworzyć zrozumienie dla nieuchronności zmian.

Znaczna część personelu będzie słusznie ostrożna wobec daleko idących zmian w opiece. Może obawiać się, że motywacją do tych zmian jest potrzeba redukcji kosztów lub że narażą one osoby chore psychicznie na zaniedbania. Takimi rozsądnymi skargami należy zajmować się bezpośrednio, wyjaśniając w dobrej wierze dlaczego uważa się, że nowy model opieki zapewni lepsze świadczenia. Jeśli planowane są zmiany w budżecie, powinny stać się jawne. Często po długich dyskusjach, część personelu dochodzi do wniosku, że mimo wszystkich argumentów za organizacją opieki środowiskowej, woli kontynuować pracę w oddziałach szpitalnych. W opisanym przez nas modelu zrównoważonej opieki [2, 10] jest miejsce (ograniczone) na świadczenia w ramach ostrych oddziałów szpitalnych (zazwyczaj

w szpitalach ogólnych), jest też stałe zapotrzebowanie na specjalistów do pracy w takich oddziałach.

Wyzwanie 5. Niechęć otoczenia

Otoczenie będzie miało często zastrzeżenia, może również protestować przeciwko planowanemu w sąsiedztwie usługom nowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Rodzi się wobec tego dylemat czy zachować poufność pacjentów i nie informować otoczenia zawczasu o nowych mieszkańcach, czy też próbować pozyskać wsparcie otoczenia dzieląc się z nim wiedzą i konsultując. Naszym zdaniem, angażowanie otoczenia od samego początku procesu organizacji opieki okazuje się zazwyczaj, w dłuższej perspektywie, korzystniejszym rozwiązaniem.

Na propozycje nowych projektów w ramach społeczności lokalnych otoczenie często reaguje sprzeciwem. Wynika to z reguły z jego ograniczonej wiedzy na temat chorych psychicznie, prowadzącej do przekonania (błędne), że bliskość każdego rodzaju świadczeń psychiatrycznych wiąże się z wysokim poziomem ryzyka, zwłaszcza dla dzieci [11]. Mimo to znaczna część personelu jest przeświadczona o bezcelowości wcześniejszego informowania otoczenia o charakterze nowych środowiskowych świadczeń psychiatrycznych. Decyzję o nieinformowaniu otoczenia można oczywiście postrzegać jako metodę unikania dyskryminacji osób z chorobami psychicznymi i związanymi z tym niesprawnościami. Nie ma podstaw naukowych, które mogłyby stanowić pomoc w decyzjach odnośnie postępowania w takich sytuacjach, ale w Anglii, dla przykładu, zwyczajem jest informowanie otoczenia zawczasu o planach nowych świadczeń [12], czemu towarzyszą często liczne, szczegółowe spotkania ukierunkowane na obawy otoczenia. Naszym zdaniem, niezależnie od tego na jakim etapie poinformuje się otoczenie o nowych świadczeniach czy uświadomi się mu ich charakter, bardzo istotne jest poważne potraktowanie jego zdania. Optymalnym celem niech będzie umacnianie stosunków dobrosąsiedzkich między osobami z ośrodka opieki środowiskowej i okolicznymi mieszkańcami.

Wyzwanie 6. Przeszkody finansowe

Chociaż część decydentów, polityków i menedżerów może uważać przesunięcie od opieki szpitalnej do środowiskowej za proces sprzyjający redukcji kosztów, z doświadczeń wielu krajów wynika, że jedyną skuteczną metodą oszczędzania jest zmniejszenie jakości opieki. Dlatego tak istotne jest skrupulatne monitorowanie zasobów dostępnych opiece psychiatrycznej i upewnianie się, że żadne fundusze nie zostały w tajemniczy sposób wchłonięte w ramach procesu. Jednym z bardzo cennych atutów, jakie można wykorzystać w trakcie zmiany systemu opieki jest wartość ziemi i budynków zajmowanych przez duże szpitale. Warto ustalić, czy pieniądze pozyskane na drodze ich wynajmu lub sprzedaży można zachować i przeznaczyć na nowy personel i usługi. Warto też, gdzie to tylko możliwe, utrzymywać maksymalną elastyczność budżetów opieki psychiatrycznej i jeśli to korzystne, współdzielić je z innymi organizacjami.

Pieniądze mają decydujące znaczenie dla opieki psychiatrycznej. Celem równoważenia opieki szpitalnej i środowiskowej nie jest redukcja budżetu opieki psychiatrycznej,

a zapewnienie możliwie najlepszych świadczeń w ramach dostępnych zasobów. Z ocen prowadzonych w krajach o dużych zasobach wynika, że jeśli proces przenoszenia opieki nad długoterminowymi pacjentami z dużych instytucji psychiatrycznych do środowiska jest prowadzony rozsądnie, to pozostaje całkowicie bez wpływu na koszty [5]. Nie ma oczywiście dowodów na to, że kompleksowa opieka psychiatryczna jest tańsza od długoterminowej opieki szpitalnej. Z drugiej strony, nie ma dowodów naukowych na poparcie powszechnego poglądu o większej opłacalności „blokowego” leczenia szpitalnego (przy czym jakość takiej opieki jest mniejsza). Bez względu na to, opisywane zmiany w opiece mogą zostać wykorzystane jako pretekst do cięć budżetowych.

Jedną z istotnych kwestii finansowych jest możliwość określenia i ochrony (jak się czasem mawia „ogrodzenia”) całości zasobów dostępnych opiece psychiatrycznej, na przykład lokalnie. Jest to kwestia wyjątkowo istotna, ponieważ tam, gdzie taka ochrona budżetowa nie zostanie wprowadzona, budżety opieki psychiatrycznej tracą zazwyczaj na korzyść innych specjalizacji. Konkretniej, wartość odstąpienia ziemi i budynków zajmowanych przez duże szpitale zależy od ich lokalizacji, stanu i reputacji, a środków w ten sposób pozyskiwanych często nie można przeznaczać na inne formy lokalnej opieki psychiatrycznej.

Wyzwanie 7. Sztynność systemu

Jedną z cech organizacyjnych dużych instytucji jest ich hierarchizacja i sztywność procedur. W ramach systemów środowiskowych możliwe jest adaptowanie bardziej elastycznego podejścia do personelu. Dla przykładu, delegowanie do innego typu świadczeń czy okresy obserwacji kluczowych członków personelu mogą być użyteczne w zdobywaniu nowych umiejętności i podejmowaniu nowych ról. Czasem pomocne okazuje się organizowanie spotkań, podczas których jedno wystąpienie jest dzielone pomiędzy dwie organizacje.

U podłoża problemów napotykanym podczas inicjowania opieki opartej na środowisku leży często fakt, że system finansowania opieki klinicznej opracowany został z myślą o szpitalach. Przykład stanowić może sytuacja, w której świadczeniodawca może uzyskać refundację wyłącznie na podstawie liczby wykorzystanych łóżek. Zainicjowanie pracy nowego zespołu psychiatrycznej opieki środowiskowej okazuje się wtedy trudne ze względu na brak cennika czy waluty zapewniającej pokrycie kosztów. W takich przypadkach konieczne jest opracowanie nowych typów opłat, ale ponieważ tego rodzaju zmiany finansowe zachodzą z reguły bardzo powoli, w okresie przejściowym wszystkie strony muszą wykazać się znaczną elastycznością, umożliwiającą organizację nowej opieki w oparciu o stare zasady finansowania. Oddział dzienny może na przykład rozliczać się na podstawie liczby osób odwiedzających go każdego dnia, nie zaś pozostających w nim na noc. Takie elastyczne podejście daje wprawdzie szansę organizacji nowych zespołów czy świadczeń, pozostają one jednak zależne od dobrej woli oraz wrażliwe na zmiany personelu i nastroje polityków. Dlatego tak istotna jest jak najszybsza instytucjonalizacja nowych zasad finansowych, jednoznacznie określających metody rozliczania nowych typów świadczeń opieki środowiskowej.

Wyzwanie 8. Granice i bariery

Ponieważ systemy opieki środowiskowej są zazwyczaj bardziej złożone od swoich szpitalnych poprzedników, istotne jest by bardziej doświadczony personel potrafił zachować ogólne wyobrażenie systemu jako całości. Pojedynczym składowym opieki, jak zespoły kliniczne, nie wolno pozwolić na definiowanie swoich ról w odosobnieniu. Należy wymagać, by razem z pozostałymi zespołami klinicznymi negocjowały sposób, w jaki wprowadzą w życie wspólną odpowiedzialność za wszystkich potrzebujących opieki pacjentów. Jedną z metod radzenia sobie z nieuchronnymi, niekończącymi się dyskusjami o tym kto za co odpowiada, jest organizowanie systematycznych i częstych spotkań liderów wszystkich zespołów klinicznych funkcjonujących w ramach danego obszaru.

Powszechnie słyszy się o potrzebie organizacji opieki „bezszwowej”. W rzeczywistości każda opieka lokalna składa się nieodzwrotnie z wielu różnych zespołów lub świadczeń. Linie graniczne między tymi zespołami stanowią potencjalne źródło sporów lub nieprawidłowości świadczeń, czego przykładem mogą być problemy w komunikacji między oddziałem szpitalnym i zespołem środowiskowej opieki psychiatrycznej. Dlatego konieczne jest wypracowanie metod minimalizujących destrukcyjny wpływ tarć na liniach granicznych. Jedną z takich metod może być aranżowanie sytuacji, w których członkowie personelu jednego z zespołów „stają się cieniami” swoich odpowiedników z innego zespołu, przykładowo na dzień lub tydzień. Inną – takie opracowanie schematu rotacji personelu, by lekarze i pielęgniarki pracowali na przykład przez rok czy dwa w zespole szpitalnym, a następnie przez pewien czas w zespole opieki środowiskowej. Kwestią nadrzędną jest propagowanie metod, dzięki którym personel każdej ze składowych systemu zrozumie punkt widzenia kolegów z innych zespołów i będzie chciał wspólnie pracować nad rozwiązywaniem problemów pogarszających jakość opieki klinicznej.

Wyzwanie 9. Umacnianie morale

Niezależnie od miejsca badań, morale personelu psychiatrycznego okazuje się zazwyczaj niskie. Dodatkowo, szczególnie niskie może być w czasie zmiany systemu. Stąd właśnie w okresach przejściowych menedżerowie powinni podejmować szczególne starania dla podniesienia morale, zwracając na przykład uwagę na wydarzenia wywołujące społeczny rezonans, informując o sukcesach czy często korzystając z okazji do aranżowania spotkań towarzyskich.

Kreowanie i umacnianie wysokiego morale personelu jest powszechnie uważane za istotne dla efektywności opieki psychiatrycznej – zarówno jeśli chodzi o morale poszczególnych członków personelu, jak i o wypracowywanie reputacji nowoczesnego i profesjonalnego zespołu. Jedną z metod podnoszenia morale zespołu są wizyty w innych ośrodkach, na przykład zagranicznych. Mogą one przynieść kilka korzyści: uświadomienie, że podobne problemy występują również gdzie indziej, poprawę kontaktów społecznych między członkami zespołu, możliwość skorzystania bezpośrednio z praktycznych doświadczeń innych, odebranie przez personel cennej nagrody za zaangażowanie (często wieloletnie) w opiekę. Między działaniami podnoszącymi morale personelu występują znaczne różnice kulturowe: czasem będzie to organizacja częstych spotkań towarzys-

kich personelu, innym razem – docenienie dokładności opisów zadań, która ograniczy nakładanie się ról. W każdym przypadku punktem wyjścia jest zdolność liderów zespołów do oceny morale zespołu oraz ich umiejętność rozoznania co jest konieczne do utrzymania morale przez większość czasu na rozsądnie wysokim poziomie.

Wyzwanie 10. Jakie jest właściwe rozwiązanie?

Nie ma właściwego rozwiązania! Chociaż istnieją liczne modele i teorie związane z opieką psychiatryczną, najlepiej jest traktować je jako propozycje pomocy w określonych sytuacjach. Nowy system warto uczynić możliwie elastycznym, ponieważ błędy będą popełniane i będą wymagały zmian w opiece w trakcie jej organizacji. Optymalnym wskaźnikiem podążania opieki psychiatrycznej we właściwym kierunku będą informacje zwrotne od jej użytkowników i członków ich rodzin oceniające, w jakim stopniu odpowiada ona ich preferencjom i potrzebom.

Wśród osób rozpoczynających proces zmian w opiece psychiatrycznej powszechnie jest przekonanie, że ktoś gdzieś wie, co powinno zostać zrobione. Naszym zdaniem, każde lokalne środowisko musi samo znaleźć swoją własną drogę do lepszej opieki psychiatrycznej. Istotne wskazówki odnośnie postępowania uzyska wspierając, poszukując i korzystając z informacji zwrotnych od użytkowników i członków ich rodzin. Informacje zwrotne mogą bazować na otrzymanych komentarzach lub skargach, mogą też być pozyskiwane na drodze formalnej, na przykład z wykorzystaniem ankiet satysfakcji użytkowników. Często zdarza się, że jeszcze zanim możliwe stanie się korzystanie z informacji zwrotnych, świadczeniodawca musi zainwestować czas i pieniądze by wesprzeć powstanie i początkowe przetrwanie grup dla użytkowników. W takiej sytuacji z biegiem czasu grupy poparcia mogą połączyć swoje siły z personelem i wspólnie lobbować na rzecz przydziału opiece psychiatrycznej większych środków – polityków zazwyczaj bardziej porusza i przekonuje argumentacja osób z osobistym doświadczeniem choroby psychicznej niż personelu, który mogą podejrzewać o kierowanie się własnym interesem.

NASUWAJĄCE SIĘ WNIOSKI

Które z naszych ogólnych wniosków mogą okazać się przydatne innym?

Po pierwsze, na solidne zmiany w opiece, na ulepszenia, które będą trwałe, trzeba czasu. Jedną z przyczyn jest konieczność przekonania personelu, że zmiana przypuszczalnie przyniesie poprawę z punktu widzenia pacjentów (sceptycyzm personelu jest tak naprawdę atutem, buforem zbyt szybkich lub zbyt częstych zmian). Kolejną przyczyną, z powodu której nie warto przyspieszać zmian jest potrzeba pozyskania wsparcia licznych organizacji i agencji, wymagająca ich rozpoznania i stopniowego włączenia na początku każdego kolejnego cyklu zmian w opiece. Te, które zostały (lub czują się) wykluczone będą zapewne przeciwstawiać się zmianom, nierzadko z dobrym efektem. Dodatkowo, w sytuacjach gdy zmiany w opiece medycznej mogą stanowić przedmiot sporów politycznych, nieodzwrotnie staje się zazwyczaj budowanie takiej międzypartyjnej zgody

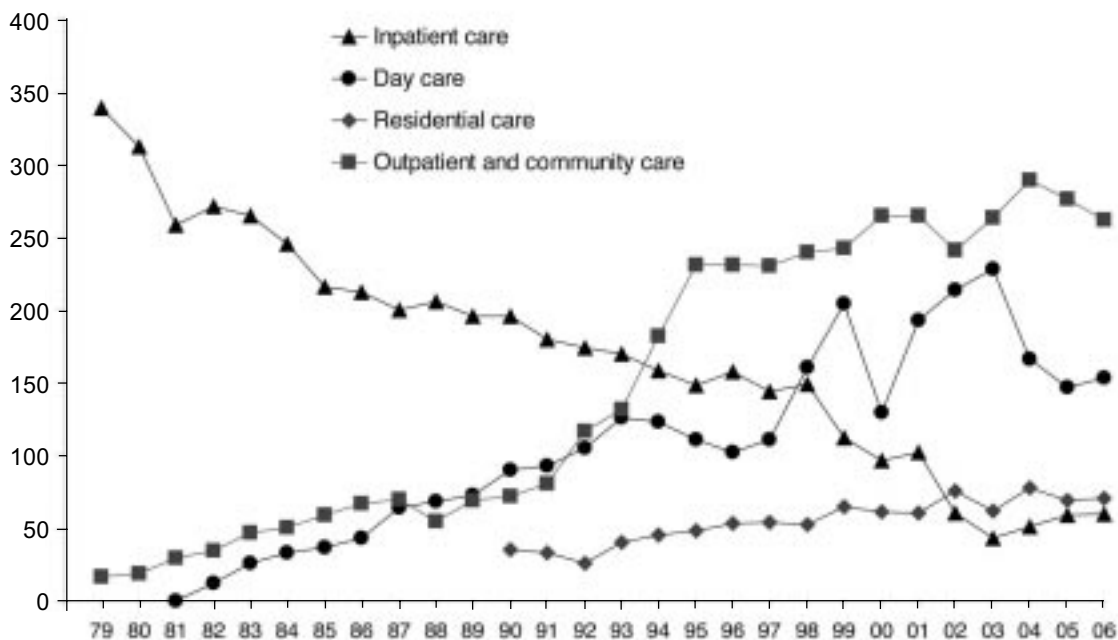
w kwestii strategii wobec ochrony zdrowia psychicznego, który zapewni jej nietykalność i kontynuację w razie zmiany rządu. Osiągnięcie tego trwa z reguły dość długo.

Czas jest niezbędny również do przejścia ze wstępnego etapu zmian do fazy konsolidacji. Typowo, we wczesnych etapach reformy opieki, orędownikami głównych jej postulatów są charyzmatyczne jednostki lub małe grupy, które pozyskują wsparcie grup partnerów i innych, mających wpływ wewnątrz systemu opieki medycznej. Dla przykładu, dyrektor medyczny/kierownik szpitala psychiatrycznego posiada w krajach Europy Wschodniej realną możliwość wetowania zmian [4]. Po szeregu inicjatyw, takich jak zakładanie w większych miastach dziennych ośrodków psychiatrycznych, konieczne staje się usystematyzowanie wprowadzonych w systemie opieki psychiatrycznej zmian tak, by mogły one być kontynuowane przez wiele lat. W tej kolejnej fazie charyzmatyczni liderzy przechodzą zazwyczaj do realizacji nowych wyzwań i najbardziej użyteczne okazują się osoby potrafiące cierpliwie konsolidować nową organizację i zakładać konsorcja, które będą w stanie pełnić swoją rolę długoterminowo. Takie mniej rzucające się w oczy jednostki zorganizują, przykładowo, odpowiednią superwizję dla personelu, zapewnią regularną konserwację budynków, zaaranżują systematyczny udział personelu w szkoleniach, założą wielozadaniowe grupy robocze mające rozpoznawać i rozwiązywać codzienne trudności w funkcjonowaniu opieki, ustalą i będą uczestniczyły w konsultacjach lub spotkaniach partnerskich z użytkownikami opieki/konsumentami i członkami ich rodzin oraz

będą monitorowały czy opieka działa właściwie w ramach przyznanych jej środków.

Chociaż działania utrwalające świeżo powstały system mogą być dla innowatorów mniej atrakcyjne, w rzeczywistości konsolidacja ma istotne znaczenie dla solidności opieki, jak też dla jej szans na przetrwanie i dalszy rozwój. Nie wymaga zazwyczaj jednego, wysoko wykwalifikowanego lidera, a raczej konsorcjum złożonego z szerszego grona partnerów, którzy muszą współpracować dla zapewnienia wszystkich składowych opieki w ramach systemu. Aby możliwe było wypełnienie i wdrożenie strategicznych decyzji, konieczny jest też zazwyczaj zorganizowany i wielokrotnie powtarzany lobbing koalicji grup partnerów, mający wyrzucić odpowiednią presję polityczną, na przykład w kwestii modernizacji praw związanych z ochroną zdrowia psychicznego. Ilustracją odpowiedniej skali czasu jest wzór zmian w opiece wprowadzanych przez ostatnich 30 lat w Weronie (Włochy), pochodzący z lokalnego rejestru przypadków, założonego w 1979 roku [13]. Wraz ze stopniowo malejącą liczbą łóżek psychiatrycznych, przez wiele lat rosła równomiernie dostępność opieki dziennej i stacjonarnej opieki opiekuńczo-leczniczej, a także sieć kontaktów ambulatoryjnych i środowiskowych (wykres 1).

Drugi z ogólnych wniosków brzmi: podstawą jest wsłuchiwanie się w doświadczenia i opinie użytkowników i ich rodzin. Każda z zaangażowanych osób musi pamiętać, że pierwotnym celem opieki psychiatrycznej jest poprawa efektów leczenia osób chorych psychicznie. Dlatego podczas planowania i wdrażania leczenia i opieki jej bene-



Inpatient care – świadczenia szpitalne. *Day care* – świadczenia dzienne. *Residential care* – stacjonarne świadczenia opiekuńczo-lecznicze. *Outpatient and community care* – świadczenia ambulatoryjne i środowiskowe.

Świadczenia szpitalne obejmują dni w szpitalu – uwzględniono długoterminowych pacjentów państwowych szpitali psychiatrycznych oraz pacjentów z psychiatrycznym rozpoznaniem przyjmowanych do oddziałów neurologicznych. Świadczenia dzienne obejmują dni w oddziale dziennym (*day hospital*) i w ośrodku dziennym (*day centre*), jak również grupowe sesje rehabilitacyjne w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego (*community mental health centre*). Świadczenia ambulatoryjne i środowiskowe obejmują wszystkie wizyty ambulatoryjne i domowe. Wyłączono kontakty z placówkami dla uzależnionych od substancji (*service for drug dependence*).

Wykres 1. Wzory świadczenia opieki psychiatrycznej w Weronie, w latach 1979–2006
Figure 1. Patterns of mental health service provision in Verona, 1979–2006

ficjenci powinni zajmować – gdyby posłużyć się metaforą – miejsce kierowcy. Jest to głęboka transformacja, przejście od podejścia tradycyjnego, paternalistycznego, w którym od personelu oczekuje się podejmowania wszystkich ważnych decyzji w „najlepszym interesie” pacjentów, do podejścia, w którym osoby chore psychicznie w dużo większym stopniu współpracują z osobami zapewniającymi im opiekę. Wymaga to fundamentalnej reorientacji personelu, przykładowo bycia i czucia się mniej odpowiedzialnym za decyzje dotyczące wszystkich aspektów życia pacjentów. Wymaga również, by osoby chore psychicznie nabyły umiejętności dzielenia się swoimi opiniami i oczekiwaniami co do opieki. Na początku może to być bardzo trudne, między innymi dla osób, które od wielu lat pozostawały pod opieką instytucji psychiatrycznych, w których ich punkt widzenia i preferencje były rzadko brane pod uwagę czy cenione. Dlatego często potrzebny jest etap wsparcia, na przykład ze strony rzeczników, dający takim osobom szansę „re-aktywowania” umiejętności rozpoznawania i wyrażania swojego własnego zdania. Jedną z konsekwencji stanowi paradoksalny spadek zadowolenia, wynikający z faktu, iż wraz z postępem organizacji środowiskowej opieki psychiatrycznej i związanej z tym poprawą jakości opieki, rosną zazwyczaj (i to jeszcze szybciej) oczekiwania osób leczonych. Chociaż personel może interpretować to jako krytykę oferowanej przez siebie opieki, niezadowolenie i skargi można rozumieć również w inny sposób – jako jasną wskazówkę, które z elementów opieki powinny być poprawione w następnej kolejności. Innymi słowy, użytkownicy są najlepszymi ekspertami.

Trzecim wnioskiem wynikającym z tego przeglądu jest, że zespół zarządzający takim procesem potrzebuje jasnej ekspertyzy, aby wykorzystać cały budżet oraz że zachodzi duże ryzyko, iż zmiany w opiece zostaną potraktowane jako okazja do cięć w budżecie. Posiadanie chronionego budżetu jest konieczne, ale nie wystarczające, ponieważ istotna jest również elastyczność w ramach całkowitego budżetu, typowo zapewniająca powtórne wykorzystanie pieniędzy zaoszczędzonych na zmniejszeniu liczby psychiatrycznych łóżek szpitalnych lub na terapii zajęciowej czy opiece stacjonarnej. Jeśli wokół funduszy przeznaczonych na ochronę zdrowia psychicznego nie ustali się finansowej granicy (zwanej czasem „ogrodzeniem”) i zdecydowanie się jej nie

chroni, to pieniądze mogą zostać łatwo przekierowane do innych obszarów opieki zdrowotnej. Innymi słowy, konieczne jest tworzenie mechanizmów finansowych, dzięki którym pieniądze będą podążały za użytkownikami do środowiska.

PIŚMIENNICTWO

1. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
2. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283–90.
3. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005; 14: 10–4.
4. Knapp M, McDavid D, Mossialos E et al. (eds). *Mental health policy and practice across Europe*. Buckingham: Open University Press, 2007.
5. Knapp M, Beecham J, Anderson J et al. The TAPS project. 3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 661–70.
6. Campbell SM, Shield T, Rogers A et al. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 428–34.
7. Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H et al. Research priorities in mental health, Part 2: an evaluation of the current research effort against stakeholders' priorities. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 327–39.
8. Pescosolido BA, Wright ER, Kikuzawa S. "Stakeholder" attitudes over time toward the closing of a state hospital. *J Behav Health Serv Res* 1999; 26: 318–28.
9. Rose D. *Users' voices, the perspectives of mental health service users on community and hospital care*. London: The Sainsbury Centre, 2001.
10. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1: 84–90.
11. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
12. Reynolds A, Thornicroft G. *Managing mental health services*. Buckingham: Open University Press, 1999.
13. Tansella M. *Community-based psychiatry. Long-term patterns of care in South Verona*. Psychological Medicine Monograph Supplement 19. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

K O M E N T A R Z E

Doświadczenie liczy się

Experience counts

RICARDO ARAYA

Academic Unit of Psychiatry, University of Bristol, Cotham House, Cotham Hill, Bristol BS6 6JL, Wielka Brytania

Thornicroft i wsp. dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem z kilkudziesięciu lat organizacji psychiatrycznej opieki środowiskowej. Koncentrują się na kwestii jak najlepiej wykorzystać w tym procesie zebrane doświadczenie. W czasach, gdy zdają się liczyć jedynie twarde dowody pochodzące z odpowiednio zaplanowanych badań, lektura

artykułu, w którym doświadczenie traktowane jest jako cenny zasób działa odświeżająco.

Ogólne pojęcie doświadczenia obejmuje wiedzę, gromadzoną zazwyczaj w drodze angażowania się lub ekspozycji. Jako takie nie podlega rygorom metody naukowej, stanowiącej zgodnie z rozwijającym się w medycynie nurtem