

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

opartym na dowodach naukowych narzędzie pozyskiwania wiedzy. Niektóre z ograniczeń dowodów naukowych przyczyniają się do wzrostu względnego znaczenia wartości doświadczenia w procesie podejmowania decyzji. Dowody naukowe mogą być wadliwe nie tylko z powodu niedostatecznego rygoru, ale i innych praktyk prowadzących do zniekształceń w publikacjach [1–3]. Poza tym większość dylematów medycznych pozostaje naukowo nierozwiązana, a publikacje naukowe z krajów rozwijających się praktycznie nie istnieją [4]. Dlatego doświadczenie mogłoby odgrywać większą rolę podczas podejmowania istotnych decyzji, zwłaszcza gdy brak jest twardych dowodów naukowych. Bez wątplenia konieczne jest jednak ulepszenie metod systematyzacji informacji pozyskanych na podstawie doświadczeń tak, by możliwa była dokładniejsza ocena ich wartości względnej.

Wśród kluczowych świadczeń kompleksowej opieki psychiatrycznej dla dorosłych Thornicroft i wsp. nie wymienili podstawowej opieki zdrowotnej. Choć zaliczyli ją zapewne do świadczeń ambulatoryjnych, lepiej byłoby wyraźniej ją wyróżnić. Mocnym argumentem podczas sprzedawania zmian osobom „trudnym do przekonania” mogą być według autorów wskazówki *World Health Organization* (WHO). Margaret Chan, Dyrektor Generalna WHO, w swoim ostatnim wystąpieniu podczas *Fourth Global Meeting of Heads of WHO Country Offices* powtórzyła wezwanie do powrotu do podstawowej opieki zdrowotnej jako do kluczowego sektora umacniającego opiekę zdrowotną na świecie.

Ciekawie brzmi rada, by nie opóźniać redukcji liczby łóżek szpitalnych, ponieważ poczynione w ten sposób oszczędności stanowią główne lub jedyne źródło funduszy na opiekę środowiskową. Racjonalnie trudno się z takim punktem widzenia nie zgodzić, jednak rzeczywistość jest znacznie bardziej złożona i nierzadko opiera się rozsądkowi. Weźmy na przykład Brazylię, duży kraj będący w trakcie reformy opieki psychiatrycznej [5], której celem jest między innymi redukcja liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych. Ma tam obecnie miejsce gorący spór, ponieważ część ekspertów twierdzi, że fundusze oszczędzone na takich redukcjach nie są re-inwestowane w opiekę psychiatryczną [6, 7]. Przeznaczenie zaoszczędzonych środków często jest niejasne i być może wskazane byłoby opóźnienia dające szansę ustalenia optymalnego ich przeznaczenia. Takie procesy zazwyczaj wymagają czasu, trwałych sojuszy politycznych i szczegółowych negocjacji z wieloma partnerami. W dalszej części artykułu autorzy podkreślają, że na zmiany potrzebny jest czas i zgodzi się z tym na pewno większość osób zaangażowanych w ulepszanie opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się [8].

Autorzy mądrze przestrzegają także przed zbyt szybkim przesuwaniem zasobów, które może prowadzić do powstania niestabilnych, chaotycznych nowych świadczeń klinicznych, nie gwarantujących dobrej opieki. Nietrudno wskazać liczne przykłady takiej sytuacji w krajach rozwiniętych i rozwijających się. Ilustracją może być przełomowy program chilijskiego rządu, zgodnie z którym każdy obywatel cierpiący na depresję otrzymywał od państwa gwarancję dostępności odpowiedniego leczenia w odpowiednim czasie [4]. Do zasady tej musiały zastosować się również prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Jedną z konsekwencji owej wspa-

niałej zmiany było przeniesienie się znacznej części psychiatrów pozostających do tej pory w sektorze państwowym do sektora prywatnego, gdzie ze względu na zwiększony popyt potrzebna była większa liczba profesjonalistów. Państwowe kliniki psychiatryczne zostały tym samym pozbawione podstawowych zasobów i zmuszone były wkładać wiele wysiłku w zapewnianie odpowiedniej opieki.

Choć wątplię by ktokolwiek nie zgadzał się z pomysłem zwiększenia udziału użytkowników i opiekunów w decyzjach dotyczących priorytetów, doświadczenie podpowiada mi, że w rzeczywistości w większości zakątków świata udział ten pozostaje niewielki. Decyzje są podejmowane na szczycie, natomiast rodzaj „chronionego udziału” proponowany jest często jedynie w ramach poprawności politycznej. Autorzy roztropnie radzą by podejmować próby przekonywania władz do współfinansowania, ale nikt nie powinien mieć najmniejszych złudzeń co do tego, że nie będzie to proces krótki ani łatwy.

Jeśli chodzi o wyzwania, niektóre ze wskazówek przed zastosowaniem powinny zostać skrupulatnie dostosowane do lokalnego kontekstu. Inne, jak gwarancje braku zwolnień, mogą okazać się niemożliwe do wykorzystania w większości krajów rozwijających się. W większości ubogich krajów niemożliwe do wykonania może okazać się również łagodzenie lęku poprzez „regularną indywidualną i grupową superwizję personelu, regularne spotkania kliniczne służące omawianiu przypadków oraz okresowy audyt lub samoocenę zespołów klinicznych”. Ogólna myśl, jaką uchwyciłem w tej poradzie wskazuje na wartość częstszej i lepszej komunikacji oraz większego rzeczywistego udziału osób zainteresowanych zmianą.

Kolejnym ciekawym fragmentem jest ten dotyczący radzenia sobie z opozycją. Zdaniem autorów mogą ją zmniejszyć szeroko zakrojone, wcześniej przygotowane konsultacje. Zmiany są jednak często sterowane centralnie i poprzedza je jedynie niewielka debata, opozycja stanowi więc ich naturalną konsekwencję. Osobiście wolałbym dowiedzieć się czegoś więcej o ogromnym doświadczeniu autorów w przekonywaniu innych, nie zaś o postępowaniu z opozycją. Wyobrażam sobie jak irytujące może być przyjmowanie zaproszenia na konsultacje w sytuacji, gdy ostateczne decyzje wydają się już podjęte. Inaczej niż autorzy, natknąłem się na osoby, które były przeciwne zmianom, ponieważ były one sprzeczne z ich interesem. Przykładowo, konsultant, który spędził lata organizując ciesząc się powodzeniem oddział szpitalny może dostrzegać niewielki interes w rozpoczynaniu wszystkiego od nowa. W takich okolicznościach podstawą jest udzielanie wsparcia wymanewrowanej opozycji.

Jako że artykuł koncentruje się raczej na doświadczeniu niż na dowodach naukowych, byłoby bardziej pouczające, gdyby autorzy napisali więcej o swoich doświadczeniach i odpowiedzieli jak radzić sobie z politycznymi i innymi prawami nabytymi. Korzystanie z wpływów politycznych czy sojusze ze znaczącymi graczami mogą mieć w wielu częściach świata decydujące znaczenie dla wdrażanych zmian. Zmiany mogą być również wykorzystywane do osiągnięcia szybkich korzyści politycznych lub ustawiania sił politycznych. Chętnie przeczytałbym więcej o potężnym wpływie mediów, a zwłaszcza publicznych skandali, na promocję zmian. W wielu krajach powszechnie publikowane w gaze-

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