

Znaczenie doświadczenia i kontekstu systemowego w reformie opieki psychiatrycznej

Experience base and system context in mental health care reform

THOMAS BECKER, REINHOLD KILIAN

Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirkskrankenhaus Guenzburg, Ludwig Heilmeyer Strasse 2, D-89312 Günzburg, Niemcy

Thornicroft i wsp. przedstawiają przekonujący opis doświadczeń do wykorzystania podczas wdrażania w środowisku lepszej opieki psychiatrycznej. Omawiają kluczowe wyzwania procesu zmiany, od „lęku i niepewności” po „umacnianie morale” oraz zastanawiają się, czy w procesie tym zawsze możliwe jest znalezienie „właściwego rozwiązania”. Ich perspektywa jest bardzo słuszna, jako że koncentrują się na osobach lub grupach osób inicjujących i utrwalających zmianę. W naszym komentarzu zajmujemy się przede wszystkim czynnikami strukturalnymi oddziałującymi na zmiany w opiece psychiatrycznej, a dla dopełnienia perspektywy – ich narodowymi odmianami.

W ostatnim artykule redakcyjnym [1] zwrócono uwagę, że mimo tendencji do ujednoczania różnych systemów opieki w Europie, „długa droga dzieli nas jeszcze od osiągnięcia rzeczywistej jednorodności opieki psychiatrycznej w różnych krajach tworzących europejską mozaikę”, częściowo z powodu luki dzielącej zdobywanie wiedzy od jej wdrażania. Włoska reforma opieki psychiatrycznej doprowadziła według de Girolamo i wsp. [2] do powstania szerokiej sieci udogodnień zaspokajających różnorodne potrzeby związane z opieką, wciąż jednak poprawy wymaga jakość opieki, konieczne jest też stworzenie bardziej zintegrowanego systemu opieki. W Anglii, kolejnym kraju, w którym państwowa opieka zdrowotna oparta jest na podatkach [3], opieka psychiatryczna jest, jak twierdził Glover [4], w trakcie istotnej zmiany, będącej rezultatem większych inicjatyw rządowych, a charakteryzującej się szybkim wprowadzaniem nowych typów świadczeń (specjalistyczne środowisko) i redukcją innych. Przedstawione zostały również aktualne zmiany w opiece psychiatrycznej Francji i Niemiec – dwóch krajów, których systemy opieki zdrowotnej oparte są na ubezpieczeniach [3]. We Francji mimo obecnie dużej liczby psychiatrów, obietnic nie dotrzymują liczne programy państwowe ukierunkowane na poprawę systemu opieki – zwracała na to uwagę Verdoux [5], opisując w swoim artykule kryzys strukturalny spowodowany zmniejszeniem budżetów państwowej opieki zdrowotnej i przewidywanym 30% spadkiem liczby psychiatrów. Jeśli chodzi o Niemcy, Salize i wsp. [6] byli zdania, że mimo reformy opieki psychiatrycznej i znaczących osiągnięć w kwestii integracji dwóch systemów opieki psychiatrycznej po zjednoczeniu, dobrze wyposażonemu systemowi opieki [3] wciąż trudno jest zaadaptować się do zmieniających się układów administracyjnych, ram prawnych, ograniczeń finansowych i prywatyzacji części podmiotów świadczących opiekę psychiatryczną. Jak zauważyli autorzy, obrona ulepszeń wprowadzonych w opiece w ciągu ostatnich 35 lat stanowi dla systemu poważne wyzwanie.

Na narodowe odmiany systemów opieki psychiatrycznej można patrzeć przez pryzmat różnic między systemami państwowymi, silnie scentralizowanymi, z (pewną) centralną

kontrolą nad polityką w zakresie opieki psychiatrycznej (Włochy, UK) i systemami opartymi na ubezpieczeniach zdrowotnych (Francja, Niemcy), bez centralnej kontroli nad polityką zdrowotną w zakresie opieki psychiatrycznej. Tym drugim brakuje często władzy, by wdrażać kluczowe elementy opieki w regionach.

Opieka środowiskowa według Thornicrofta „jest nośnikiem świadczeń – może dać pacjentowi możliwość skorzystania z leczenia, ale sama w sobie leczeniem nie jest. Rozróżnienie to jest istotne, ponieważ rzeczywiste części składowe leczenia bywały niedostatecznie akcentowane” [7]. W ostatnim przeglądzie literatury dotyczącym „oceny zawartości opieki psychiatrycznej” [8] wnioskowano o narzędzia pozwalające na głębszy wgląd w charakter interwencji. Dlatego, kiedy omawiamy wzloty i upadki reformy opieki psychiatrycznej, dodatkową ostrożność każe zachować nie tylko świadomość wpływu ograniczeń opieki zdrowotnej i socjalnej na zmiany w opiece psychiatrycznej, ale i niepewność co do tego, co tak naprawdę sprawia, że opieka psychiatryczna „działa”.

Thornicroft i wsp. podkreślają również znaczenie zasobów oraz „ogradzania” budżetów psychiatrycznych i nie ma wątpliwości, że są to kwestie kluczowe. Wyniki niektórych międzynarodowych badań wskazują jednak, że nie zawsze istnieje jednoznaczny związek między poziomem funduszy i wynikami leczenia [9]. W oparciu o analizy z zakresu ekonomii zdrowia część autorów sugeruje, że rentowność świadczeń psychiatrycznych wzrosłaby znacząco gdyby zasoby przeznaczyć nie jak obecnie, na mieszankę interwencji, a na oparte na dowodach naukowych optymalne strategie leczenia [10–13]. Tym niemniej, jak wspominają Thornicroft i wsp., przesuwanie zasobów z mniej efektywnych na bardziej efektywne typy interwencji jest często trudne ze względu na znikomą elastyczność systemów refundacji czy zwyczaje związane z przyjęciami. Stąd ryzyko, że inicjatywy mające zwiększyć rentowność systemu skończą na polityce minimalizacji kosztów. Jedną z metod radzenia sobie z ryzykiem takiej perspektywy może być połączenie stwierdzenia z tego komentarza, że na kształt zmian w opiece mają wpływ historyczne i strukturalne ograniczenia, ze stwierdzeniem z artykułu Thornicrofta i wsp., że podstawą jest zgromadzenie entuzjastycznie nastawionych pracowników, oddanych szeregowi głównych zasad, ich wdrażaniu i ocenie.

W szeroko rozumianym systemie opieki zdrowotnej i socjalnej kluczowe wyzwanie stanowi akcentowanie znaczenia zdrowia psychicznego, zasad etycznych oraz roli użytkowników i opiekunów dla promocji włączenia społecznego (*social inclusion*). W szerszym kontekście, zestaw kierunkowych zasad wspólnych dla propagatorów dotyczy systemu opieki socjalnej jako całości. Ogólne koncepcje włączenia społecznego, wyboru społecznego i praw człowieka są

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 win²

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 Worthington³, 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

² 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.)

³ Jedna z bohaterek „Regulaminu tłoczni win” (przyp. tłum.)