

# Alternatywy dla standardowego doraźnego leczenia w warunkach szpitalnych osób z zaburzeniami psychicznymi: od systematycznego opisu do badań oceniających

Michele Tansella

The British Journal of Psychiatry (2010) 197, s1-s3.

*Wielu pacjentów i pracowników ochrony zdrowia nie jest usatysfakcjonowanych oferowanym obecnie leczeniem szpitalnym. Postulują stworzenie bezpieczniejszego i bardziej przyjaznego środowiska, w którym będzie obowiązywać mniej restrykcji i zmniejszy się dystans między personelem a pacjentami. Druga faza badania nad alternatywnymi formami opieki (Alternatives Study) została zaprojektowana w celu uzupełnienia dowodów dotyczących takich alternatywnych form opieki stacjonarnej. Wyniki sugerują, że stworzenie bardziej akceptowanego środowiska będzie zwiększać satysfakcję z leczenia, chociaż nie wpłynie na poprawę wyniku klinicznego. Ta grupa skoordynowanych badań przemawia również za tym, że lekarze powinni więcej czasu poświęcić na słuchanie pacjentów (i rozmowę z nimi), a także zmienić styl pracy, dążąc do tego, żeby był mniej paternalistyczny.*

Zrównoważony model systemu ogólnopsychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych obejmuje wiele różnych elementów, w tym poradnie ambulatoryjne i przyszpitalne, zespoły leczenia środowiskowego, oddziały psychiatrycznej opieki doraźnej, środowiskowe stacjonarne formy opieki, oddziały dzienne i zakłady pracy chronionej.<sup>1</sup> Opieka szpitalna w nowoczesnych systemach psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest elementem, który prawdopodobnie powoduje najwięcej problemów. Wielu chorych i pracowników ochrony zdrowia nie jest usatysfakcjonowanych oferowanym leczeniem w warunkach szpitalnych. Postulują zmniejszenie niepokoju, stworzenie bezpieczniejszego i bardziej przyjaznego środowiska, ograniczenie stosowania przymusu, zwiększenie swobody oraz zmniejszenie dystansu społecznego między personelem a pacjentami, a także zmianę paternalistycznej postawy personelu szpitalnego. Szczególnie kobiety leczone w takich warunkach skarżą się na poczucie zagrożenia. Tego rodzaju zastrzeżenia i potrzeby są wyrażane niezależnie od nasilenia zaburzeń czy charakteru rozpoznań u osób korzystających z leczenia na oddziałach szpitalnych. Próbuąc odpowiedzieć na te potrzeby w wielu państwach europejskich, a także w Stanach Zjednoczonych, propagowano alternatywne wobec hospitalizacji formy leczenia. Celem było stworzenie ośrodków,

do których w razie konieczności przyjmowano by chorych w celu leczenia ostrych objawów i które oferowałyby warunki niekliniczne, mniej formalny personel, krótsze pobyty i, być może, bardziej swoiste modele leczenia.

W 1971 roku w Stanach Zjednoczonych Mosher i wsp. opracowali model leczenia osób z pierwszym epizodem schizofrenii w warunkach pozaszpitalnych, w dysponującym sześcioma miejscami domu stojącym przy ruchliwej ulicy w podmiejskiej okolicy w północnej Kalifornii (projekt Soteria).<sup>2</sup> Stosowano tam przede wszystkim interwencje psychospołeczne i w ograniczonym zakresie podawano leki przeciwpsychotyczne. Personel składał się z osób niebędących pracownikami ochrony zdrowia (z wyjątkiem jednego psychiatry), wybranych wśród zwolenników tej koncepcji. Wynik tego eksperymentu był satysfakcjonujący.<sup>2</sup> Następnym projektem Soteria były podobne przedsięwzięcia w USA i Szwajcarii. Wszystkie te alternatywne ośrodki dysponowały nie więcej niż piętnastoma łóżkami oraz zapewniały zbliżoną do domowej, odmienną od szpitalnej, atmosferę. Zwracano więcej uwagi na stworzenie terapeutycznych warunków społecznych.<sup>3</sup> Tworzeniu takich alternatywnych wobec oddziałów szpitalnych form opieki sprzyjała panująca wówczas w społeczeństwie atmosfera, m.in. powszechne bardzo krytyczne na-

stawienie do wszystkich form zinstytucjonalizowanego leczenia.

W ciągu ostatnich kilku lat, mimo dobrze rozwiniętego środowiskowego systemu opieki psychiatrycznej, bez wątpienia wzrasta potrzeba poprawy opieki na oddziałach psychiatrycznych, nie tylko w odpowiedzi na wymagania osób korzystających z tych form opieki, ich krewnych i członków personelu, ale również z przyczyn ekonomicznych i klinicznych. Przez ostatnie 20 lat zebrano wiele doświadczeń dotyczących stacjonarnej opieki pozaszpitalnej nad chorymi z ostrymi zaburzeniami psychicznymi. Sporadycznie relacjonowano je w piśmiennictwie. Na podstawie danych z pierwszej fazy Alternatives Study Sonia Johnson i wsp.<sup>4</sup> opublikowali ostatnio najbardziej wyczerpujący i dokładny opis tych alternatywnych form opieki. W niniejszym artykule opisano drugą fazę Alternatives Study, w której o wiele bardziej szczegółowo oceniano 6 z 131 alternatywnych form opieki, a także rezultaty Choices Study, obejmującego kobiety przebywające w ośrodkach interwencji kryzysowej.<sup>5-11</sup> Te dwa niedawne badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii miały na celu zasadnicze uzupełnienie dowodów dotyczących alternatywnych stacjonarnych form leczenia tak, aby możliwe było wyciągnięcie bardziej jednoznacznych wniosków dotyczących ich wartości jako elementu opieki zdrowotnej w danym

obszarze systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. W drugiej fazie Alternatives Study wykorzystywano wiele metod oceny sześciu stacjonarnych i szpitalnych, alternatywnych w stosunku do standardowych oddziałów psychiatrycznych, form leczenia w różnych rejonach Anglii: kilka pobocznych badań opisano w tym suplemencie.<sup>5-10</sup> W dalszej części artykułu opisano Choices Study,<sup>11</sup> pilotażowe randomizowane badanie kontrolowane dotyczące preferencji pacjentów, w którym oceniano skuteczność i stosunek skuteczności do kosztów w dwóch ośrodkach kryzysowych dla kobiet w rejonie Londynu.

## Alternatives Study

Pierwsze artykuły opublikowane na podstawie Alternatives Study wskazywały, że w Anglii alternatywne środki opieki stacjonarnej (kliniczne ośrodki kryzysowe, łóżka dla pacjentów w kryzysie, niekliniczne ośrodki alternatywne, ogólne oddziały terapeutyczne, oddziały krótkoterminowego pobytu i oddziały ogólne dla określonych grup pacjentów) są zintegrowane z rejonową psychiatryczną opieką zdrowotną. Obsługują podobne, chociaż nie identyczne grupy pacjentów i pełnią pewne, chociaż nie wszystkie, funkcje tradycyjnej opieki szpitalnej.<sup>5</sup> Jest to pierwsze tego rodzaju badanie wieloośrodkowe. Porównywano w nim kolejne grupy pacjentów przyjmowanych do sześciu ośrodków alternatywnych i na sześć standardowych oddziałów psychiatrycznych. Z badania wyciągnięto wnioski, że nawet jeżeli dzięki ośrodkom alternatywnym uda się uchronić część pacjentów przed hospitalizacją, to podobieństwa między tymi dwoma rodzajami opieki przewyższają różnice. Stacjonarne ośrodki alternatywne, oceniane na poziomie lokalnym, są przydatnym elementem systemu. Zastanawiające, czy te alternatywne formy opieki wywierałyby jeszcze większy wpływ na lokalny system ochrony zdrowia, przejmując więcej pacjentów z kosztownej opieki szpitalnej, gdyby były w pełni zintegrowane z systemem ochrony zdrowia, pozostając w gestii tego samego konsultanta, kierującego lokalnym oddziałem szpitalnym, a także zarządzającego innymi formami środowiskowej opieki psychiatrycznej. Doświadczenia z pewnych rejonów Włoch, w których ten sam konsultant jest odpowiedzialny za leczenie szpitalne i środowiskowe w ramach obszernego, spójnego lokalnego systemu opieki, w pewnym stopniu przemawiają za tą hipotezą.<sup>12</sup>

Czterdziestu specjalnie wybranych pacjentów leczonych w sześciu stacjonarnych ośrodkach opieki alternatywnej, którzy w przeszłości byli hospitalizowani, stwierdziło, że woleliby tę pierwszą formę opieki.<sup>8</sup> Autorzy doszli do wniosku, że środowisko alternatywnych form leczenia jest postrzegane

jako lepsze, szczególnie w związku z ograniczeniem stosowania przymusu i dawaniem możliwie największej swobody, bezpieczeństwa i możliwości wsparcia ze strony osób z doświadczeniem własnej choroby. W kolejnym badaniu za pomocą standaryzowanych parametrów porównywano satysfakcję pacjentów, atmosferę na oddziale i subiektywne odczuwanie przymusu w środowiskowych alternatywnych ośrodkach stacjonarnych i na oddziałach szpitalnych. Osoby korzystające z alternatywnych form opieki zgłaszały większą satysfakcję, większe „prawo głosu”, większą autonomię, więcej wsparcia, mniej gniewu i agresji oraz słabsze odbieranie pewnych sytuacji jako przymusowych.<sup>9</sup>

Te wyniki można wykorzystać do promowania zmian na oddziałach psychiatrycznych, w kierunku sprzyjającym „nawiązywaniu pozytywnych interakcji przy jednoczesnym zaspokojeniu potrzeby prywatności i przestrzeni.”<sup>9</sup> Wiadomo jednak, jak trudno zmieniać zasady, normy i atmosferę panującą w szpitalach, które mają charakter sztywnych instytucji. Dlatego można byłoby rozważyć przeniesienie większości ostrych łóżek psychiatrycznych ze szpitali do środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego, co sugerowano w modelu Trieste.<sup>13</sup> Potrzeba więcej badań w celu zidentyfikowania swoistych cech ośrodków leczenia stacjonarnego, które sprzyjają zdrowieniu. W Europie kontynentalnej powszechnie przyjętą i silnie popieraną praktyką jest tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Zdaniem autorki, hospitalizowanie pacjentów leczonych psychiatrycznie razem z wszystkimi innymi chorymi w tym samym szpitalu ogólnym przyczynia się do zmniejszenia stygmatyzacji i zachęca do współpracy, bliższych relacji i lepszych powiązań między psychiatrią oraz innymi dziedzinami medycyny, w tym chirurgią. Owocem takiej współpracy może być również przekonanie lekarzy innych specjalności do tego, jak duże znaczenie dla lepszej diagnostyki i wyniku leczenia w chorobach somatycznych mają czynniki związane z psychiką. Sprzyja to praktycznej realizacji głoszonej przez WHO maksymy „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”. Nie wolno zapominać o tym, że włączenie psychiatrii do systemu opieki zdrowotnej nastąpiło stosunkowo niedawno. Na przykład we Włoszech osoby z zaburzeniami psychicznymi zaczęły być przyjmowane do szpitali ogólnych w 1978 roku. Wcześniej były przyjmowane tylko do oddległych zakładów psychiatrycznych lub prywatnych klinik psychiatrycznych, położonych z dala od innych placówek opieki zdrowotnej.<sup>14</sup> Natomiast w Wielkiej Brytanii oddziały psychiatryczne są znacznie rzadziej lokalizowane w szpitalach ogólnych. Dzieje się tak mimo wcześniejszych ustaleń, że taka lokalizacja byłaby najlepsza. W bie-

żącym piśmiennictwie mało miejsca poświęca się analizie i ocenie wpływu tego ważnego czynnika strukturalnego na wyniki leczenia i doświadczenie pacjentów.

## Wyniki leczenia i koszty związane z opieką alternatywną

Lepsze subiektywne postrzeganie alternatywnych (w porównaniu ze standardowymi) form leczenia nie ma jednoznacznego przełożenia na krótkoterminowe wyniki leczenia. Poprawa była większa w ośrodkach standardowych, ale tylko w ocenie za pomocą Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) oraz w podskali funkcjonowania (ale nie objawów) skali GAF (Global Assessment of Functioning). Natomiast leczenie w ramach alternatywnych form opieki było krótsze i istotnie tańsze.<sup>6</sup> Dokonując oceny średnioterminowej, Byford i wsp. oceniali korzystanie z leczenia i koszty w ciągu 12 miesięcy od przyjęcia.<sup>7</sup> Badacze wykazali, że następny wypis od daty przyjęcia, średnia liczba i czas trwania ponownych hospitalizacji, korzystanie ze środowiskowych form opieki i średni koszt dalszej opieki nie różniły się w przypadku pacjentów leczonych w ramach alternatywnych i standardowych ośrodków opieki stacjonarnej. Krótszy czas pobytu od przyjęcia w stacjonarnych ośrodkach alternatywnych wyjaśniał obserwowane mniejsze łączne koszty leczenia w okresie 12-miesięcznym.

Korzystanie ze środowiskowych alternatywnych form opieki było związane z większą satysfakcją pacjenta i mniejszą liczbą negatywnych doświadczeń, ale nie z lepszym pod jakimkolwiek względem wynikiem klinicznym (poprawą objawową). Uzyskane wyniki przypominają wcześniejsze rezultaty badań porównujących leczenie w zespołach środowiskowych i intensywną opiekę indywidualną w ramach standardowego leczenia psychiatrycznego.<sup>15-18</sup> Szacowano, że w leczeniu alternatywnym personel ma więcej czasu dla pacjentów niż w ramach leczenia w standardowych warunkach szpitalnych, jednak analiza ilościowa nie wykazała istotnych różnic w intensywności kontaktów między personelem a pacjentami. W ośrodkach alternatywnych oferowano nieznacznie więcej opieki psychologicznej, a mniej somatycznego i farmakologicznego leczenia w porównaniu ze standardowymi oddziałami.<sup>10</sup> Kluczową kwestią związaną z poprawą satysfakcji i doświadczeń pacjentów jest raczej sposób, w jaki robi się pewne rzeczy, a nie co i ile się robi, a także jakość opieki psychiatrycznej i sposób, w jaki jest postrzegana. Wiąże się to z tzw. stylem pracy. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę swoistych interwencji i programów mających na celu poprawę komunikacji między pacjentami i wszystkimi

pracownikami ochrony zdrowia, nie tylko personelem psychiatrycznym. Możliwa jest poprawa umiejętności komunikacyjnych w szpitalach<sup>19</sup> i personel psychiatryczny mógłby promować jej wprowadzenie.

Howard i wsp. opisują skuteczność i stosunek skuteczności do kosztów swoistej formy opieki alternatywnej w porównaniu do oddziałów szpitalnych: ośrodków kryzysowych dla kobiet. Preferencje pacjentów oceniono w randomizowanym badaniu kontrolowanym.<sup>11</sup> Nie stwierdzono istotnych różnic dotyczących wyników leczenia (objawy, funkcjonowanie, subiektywne poczucie przyśmusu, stygmatyzacja, niezaspokojone potrzeby lub jakość życia) lub kosztów w obydwu grupach, jednak kobiety, które otrzymały preferowaną przez siebie interwencję, były bardziej usatysfakcjonowane. Znowu okazuje się, że stworzenie lepiej akceptowanego środowiska zwiększa satysfakcję z leczenia, ale nie wpływa na poprawę wyniku klinicznego.

## Wnioski z badań

Trudności z randomizacją w badaniach prowadzonych w ostrych ośrodkach<sup>20</sup> i potrzeba zrozumienia mechanizmów wpływających na wyniki złożonych interwencji,<sup>21</sup> w tym opieki doraźnej w warunkach szpitalnych, przemawiają za naturalistycznym schematem badania wykorzystującego różne metody, włącznie z badaniem procesu. W badaniach prowadzonych na szpitalnych oddziałach psychiatrycznych tego rodzaju elastyczne, złożone podejście wypracowywano powoli. Może to odzwierciedlać brak zainteresowania leczeniem szpitalnym w ostatnich dziesięcioleciach,<sup>22,23</sup> czyli w okresie, w którym badania koncentrowały się przede wszystkim na ocenie innowacji w opiece środowiskowej. Ten artykuł, uwzględniający różne badania, począwszy od systematycznych opisów do badań porównujących alternatywne i standardowe metody leczenia stacjonarnego, stanowi bardzo dobry przykład przydatności łączenia jakościowych i ilościowych metod prowadzenia tego rodzaju badań. Jest to ciekawy, innowacyjny obszar badawczy, dostarczający informacji i ważnych danych

na temat problemów rzadko badanych wcześniej. Główne wnioski z tych badań są dwójakie. Po pierwsze, lekarze powinni zapewniać bardziej zindywidualizowaną opiekę. Po drugie, należy zwracać więcej uwagi na preferencje, wybory i kontrolę pacjentów. Cel w postaci zindywidualizowania leczenia jest wspólny również dla zorientowanych biologicznie psychiatrów, którzy od wielu lat poszukiwali badań laboratoryjnych, włącznie z badaniami farmakogenetycznymi, które umożliwiłyby indywidualny, bardziej uzasadniony dobór leków, a także ich dawek i schematu dawkowania. Psychiatrzy biologiczni, a także lekarze innych specjalności, w tym chirurdzy, powinni skorzystać również z drugiej grupy wniosków wynikającej z tego zestawu badań: powinni więcej słuchać pacjentów, więcej (i uważniej) z nimi rozmawiać oraz dążyć do mniej paternalistycznego stylu pracy w szpitalu i środowiskowych formach pomocy. Powinni poważniej traktować potrzebę pacjentów do odgrywania przewodniej roli wraz z personelem w całym procesie leczenia.

From the *The British Journal of Psychiatry* (2010) 197, s1–s3. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. 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.
2. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:142–9.
3. Mosher LR, Burti L. *Community Mental Health: A Practical Guide*. Norton, 1994.
4. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, Osborn DPJ, Boardman J, Leese M, et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry* 2009;194:456–63.
5. Johnson S, Lloyd-Evans B, Morant N, Gilbert H, Shepherd G, Slade M, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: roles and populations served. *Br J Psychiatry* 2010(suppl 53):s6–13.
6. Slade M, Byford S, Barrett B, Lloyd-Evans B, Gilbert H, Osborn DPJ, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: short-term clinical outcomes and cost-effectiveness. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s14–9.
7. Byford S, Sharac J, Lloyd-Evans B, Gilbert H, Osborn DPJ, Leese M, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: readmissions,

service use and cost after discharge. *Br J Psychiatry* 2010(suppl 53):s20–5.

8. Gilbert H, Slade M, Rose D, Lloyd-Evans B, Johnson S, Osborn DPJ. Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s26–31.
9. Osborn DPJ, Lloyd-Evans B, Johnson S, Gilbert H, Byford S, Leese M, et al. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *Br J Psychiatry* 2010(suppl 53):s41–5.
10. Lloyd-Evans B, Johnson S, Morant N, Gilbert H, Osborn DPJ, Jagielska D, et al. Alternatives to standard acute in-patient care in England: differences in content of care and staff-patient contact. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s46–51.
11. Howard L, Flach C, Leese M, Byford S, Killaspy H, Cole L, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of admissions to women's crisis houses compared with traditional psychiatric wards: pilot patient-preference randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s32–40.
12. Ruggeri M, Tansella M. Case management or assertive community treatment: are they really alternative approaches? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:93–8.
13. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre. *Int J Soc Psychiatry* 1995;41:1–20.
14. Lasalvia A, Tansella M. Fighting discrimination and stigma against people with mental disorders. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:1–9.
15. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ* 2006;332:815–20.
16. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *UK 700 Group. Lancet* 1999;353:2185–9.
17. Burns T. Case management or assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:99–105.
18. Marshall M. What have we learnt from 40 years of research on intensive case management? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:106–9.
19. Smith RC, Dwamena FC, Fortin AH. Teaching personal awareness. *J Gen Intern Med* 2005;20:201–7.
20. Howard LM, Leese M, Byford S, Killaspy H, Cole L, Lawlor C, Johnson S. Methodological challenges in evaluating the effectiveness of women's crisis houses compared with psychiatric wards: findings from a pilot patient preference RCT. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:72–82.
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:979–83.
22. Szmukler G, Holloway F. *Inpatient treatment. In Textbook of Community Psychiatry* (eds G Thornicroft, G Szmukler): 321–33. Oxford University Press, 2001.
23. Bowers L, Chaplin R, Quirk A, Lelliott P. A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry. *J Ment Health* 2009;18:316–25.