

Korzenie alternatywnej opieki szpitalnej

Richard Warner

The British Journal of Psychiatry (2010) 197, s4–s5.

Brytyjskie alternatywne szpitalne formy leczenia odziedziczyły po pochodzącym z początku XIX wieku ruchu terapii moralnej większość wartościowych cech, takich jak intymne, rodzinne otoczenie oraz unikanie przymusu i unieruchomienia. Doświadczenia północnoamerykańskie ilustrują, że można to zaprzepaścić, jeśli korzyści kliniczne zostaną zdominowane przez koszty i inne praktyczne aspekty opieki.

W ostatnim czasie w Wielkiej Brytanii widoczny jest wzrost częstości stosowania alternatywnych dla szpitali psychiatrycznych form opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, co jak można sobie wyobrazić, wspierane było przez ruch podkreślający doniosłość zdrowienia. Model zdrowienia zwraca uwagę na znaczenie umacniania (empowerment) pacjenta i udzielanego mu wsparcia interpersonalnego,¹ a ograniczenie paternalizmu i przymusu oraz zwiększenie wsparcia ze strony osób z doświadczeniem własnej choroby są korzyściami ze stosowania alternatywnych modeli leczenia szpitalnego. Na takich oddziałach panuje inna atmosfera, z większą swobodą zarówno personelu, jak i pacjentów. W zamieszczonych tutaj artykułach wyraźnie widać większy nacisk na interakcje międzyludzkie w stosunku do farmakoterapii i większą satysfakcję osób korzystających z tych form opieki.

Zalety opieki alternatywnej

Warto pamiętać, że w psychiatrii brytyjskiej sposoby pracy związane z alternatywnymi formami opieki oraz z modelem zdrowienia mają długą tradycję, wywodzącą się z terapii moralnej popularnej na początku XIX wieku. W tamtym czasie York Retreat był przeksztalconym, domowym, niestosującym przymusu ośrodkiem opieki alternatywnym dla opieki instytucjonalnej. „Nie spełnia on wyobrażenia więzienia, jak można by przypuszczać, lecz raczej wielkiej farmy bez barier i krat w oknach” – pisał ówczesny gość ze Szwajcarii.² Pacjenci byli traktowani z szacunkiem i oczekiwano od nich ćwiczenia samokontroli oraz uczestniczenia we wszystkich codziennych zajęciach społecznych. Powyższe porównanie nie

jest bezzasadne, ponieważ niektóre z brytyjskich nowoczesnych modeli opieki alternatywnej wykorzystują wiele zasad terapii moralnej. Brytyjskie domy kryzysowe są utrzymane tradycyjnie w prostym, domowym stylu, zwyczajnie urządzone oraz otwarte i rzeczywście stanowią część społeczności, pozwalając swoim podopiecznym na utrzymywanie kontaktów z przyjaciółmi, krewnymi, pracą i życiem społecznym.³ Takie alternatywne formy opieki szpitalnej są bardziej elastyczne i prowadzone bez stosowania środków przymusu, często oparte raczej na relacjach równościowych niż hierarchicznej strukturze. Mogą umożliwiać pacjentom włączanie się w działania środowiska terapeutycznego, chociaż w brytyjskich domach kryzysowych zakres realizacji tych założeń jest w praktyce różny. Jeśli możliwe jest utrzymanie kosztów leczenia na poziomie niższym niż koszty hospitalizacji, tempo leczenia w warunkach opieki alternatywnej nie musi być tak duże i staje się bardziej prawdopodobne, że miejsca te będą rzeczywiście azylami.

Tak jak w terapii moralnej, traktowanie z szacunkiem w zwykłym i domowym otoczeniu skłania pacjentów do ćwiczenia „moralnego opanowania” lub kontrolowania swoich impulsów. Ludzie przebywając w całym domu traktują innych i przedmioty z szacunkiem, natomiast w szpitalu psychiatrycznym wszystko jest dozwolone. Ta obserwacja pozwala zrozumieć, dlaczego w ośrodkach otwartych możliwa jest opieka nad pacjentami przyjętymi wbrew woli. Jeśli alternatywne formy opieki są dla chorego atrakcyjniejsze niż oddział szpitalny, prawdopodobnie będzie się on starał kontrolować, by pozostać w ośrodku alternatywnym, a nie trafić do szpitala.

Jeśli doświadczenia amerykańskie mogą być wskaźnikiem prognostycznym, w przyszłości impulsem do rozpowszechniania ośrodków opieki alternatywnej w Wielkiej Brytanii może być względny niedobór łóżek szpitalnych spowodowany likwidacją samodzielnych szpitali psychiatrycznych. W Stanach Zjednoczonych ten brak jest poważniejszy w wyniku zamykania oddziałów psychiatrycznych w prywatnych szpitalach ogólnych z powodu ich mniejszej opłacalności w porównaniu z takimi dziedzinami opieki zdrowotnej, jak na przykład kardiochirurgia. Może tak stać się i w Wielkiej Brytanii, kiedy alternatywne formy opieki środowiskowej zapewnią opiekę pacjentom tradycyjnie wymagającym hospitalizacji, dla których nie ma miejsca w szpitalu. Innym czynnikiem materialnym, który może w przyszłości przemawiać za alternatywnymi formami opieki, jest ich potencjalna opłacalność. W Wielkiej Brytanii opłacalność ośrodków opieki alternatywnej może wydawać się wątpliwa, jednak zależy ona w znacznej mierze od wielkości ośrodka (w przypadku większych koszty w przeliczeniu na jedną osobę są niższe) i doboru pacjentów (rezultaty kliniczne będą mniejsze w przypadku łżej chorych).

Opieka alternatywna w Ameryce Północnej

Cedar House (którego nazwę ostatnio zmieniono na Warner House), 15-łóżkowy ośrodek alternatywnej opieki szpitalnej, działający od 30 lat w publicznym systemie opieki psychiatrycznej w Boulder ilustruje kilka cech opieki alternatywnej w Stanach Zjednoczonych. W okręgowych systemach psychiatrycznej opieki zdrowotnej okazało się, że

ośrodki te mogą przyjąć co najmniej połowę pacjentów z danego okręgu wymagających hospitalizacji w trybie nagłym w dowolnym czasie, włączając w to pacjentów leczonych wbrew woli.³ Ponieważ koszty funkcjonowania tych ośrodków są o połowę mniejsze od leczenia szpitalnego (co plasuje je na pierwszym miejscu wśród form leczenia psychiatrycznego), ich opłacalność nigdy nie była kwestionowana. Przy mniejszej liczbie łóżek niż obecnie, np. takiej jak w Wielkiej Brytanii, gdzie średnia liczba łóżek w opiece alternatywnej wynosi osiem,⁴ koszt na jedną osobę wzrósłby znacznie i istnienie tych ośrodków byłoby zagrożone. Z drugiej strony model kliniczny i specjalistyczny domów kryzysowych identyfikowanych w narodowym badaniu Alternative Study jest podobny do modelu funkcjonującego w Cedar House – cechy łączące obie formy opieki to: dość długi czas przebywania w ośrodku (średnio 38 dni), nocne dyżury personelu i w niektórych przypadkach przyjmowanie pacjentów leczonych przymusowo.⁴ W rzeczywistości istotny odsetek stanowią chorzy leczeni wbrew woli (16%), a u większości (60%) obecne są objawy psychozy. Wydaje się, że domy kryzysowe pełnią podobną funkcję w systemie opieki psychiatrycznej jak szpital alternatywny w Boulder, ale powinny być większe, by móc przetrwać wśród konkurencyjnych jednostek funkcjonujących na rynku świadczeń medycznych.

W Stanach Zjednoczonych i Kanadzie projektowanie wielu programów opieki alternatywnej w sektorze publicznej ochrony zdrowia oparte jest bardziej na podstawach finansowych i oceny skuteczności opieki niż na zasadach dotyczących zdrowienia czy interwencji społecznych.⁵ Jednym z ważnych czynników określających styl pracy i indywidualizacji leczenia stał się rozmiar ośrodka. Nacisk na opłacalność prowadzi do zwiększania liczby miejsc w danym ośrodku, podczas gdy spokojne i spersonalizowane środowisko zdrowienia wymaga bardziej kameralnych warunków. Progress Foundation w San Francisco, która opiekuje się pacjentami ubezpieczeniem państwowym, jest w stanie zmniejszyć liczbę łóżek w każdym z ośrodków do 8-10, ale jest to dość niezwykle i spowodowane wybieraniem łej chorzy. Cedar House w Boulder zrównoważył koszty przy 15 łóżkach. Venture w Vancouver w Kolumbii Brytyjskiej z 20 łóżkami jest znacznie większy, co sprawia, że otoczenie mniej przypomina warunki domowe.⁷ Prywatne ośrodki pomocy w stanach nagłych, takie jak Balsam House w Boulder i Crossing Place w Waszyngtonie,⁸ każdy z 8 łóżkami, są mniejsze, a większe koszty utrzymania w przeliczeniu na jednego pacjenta przeno-

szone są na chorych i ich rodziny. W Stanach Zjednoczonych sektor prywatny alternatywnych form opieki, który ukierunkowany jest bardziej na rehabilitację niż na pomoc w stanach nagłych, może funkcjonować dobrze przy liczniejszych grupach pacjentów. Przykładem takiego ośrodka jest licząca 100 lat Gould Farm w Massachusetts, gdzie na zakończenie dnia pracy na farmie, w piekarni czy restauracji grupa 60 lub więcej pacjentów siada razem do stołu. Wiele ośrodków rezydenckich, szczególnie tych funkcjonujących w sektorze prywatnym, stosuje w swojej działalności zasadę, że poczucie wspólnoty wśród pensjonariuszy jest elementem procesu zdrowienia, ale istnieją też takie modele, zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym, których celem jest prowadzenie opieki w stanach nagłych ze stosowaniem większej izolacji chorych. Publiczne centrum opieki psychiatrycznej w Madison w stanie Wisconsin na krótki czas umieszcza osoby w stanach ostrego kryzysu psychicznego w rodzinnych domach opieki w środowisku, prowadząc leczenie psychiatryczne przez wyjazdowy zespół specjalistów. Ten model to jedna z najtańszych dostępnych form alternatywnych dla leczenia szpitalnego.⁹ Prywatny Windhorse Program w Kolorado i Massachusetts zapewnia wsparcie i prowadzi leczenie osób z ostrymi i podostrymi zaburzeniami w ich własnych domach z mieszkającymi z nimi opiekunami i wspierającym zespołem specjalistów.¹⁰

Innym ważnym elementem leczenia jest stosowanie przymusu. Kiedy w systemie opieki psychiatrycznej stanu Kolorado zaczęto tworzyć więcej oddziałów leczenia stanów nagłych podobnych do Cedar House w Boulder, model zamienił się radykalnie – z domów o charakterze rodzinnym, bez stosowania przymusu do ośrodków zamkniętych z możliwością stosowania unieruchomienia i odosobnienia. Zmiana wynikała z potrzeby poradzenia sobie z pacjentami pobudzonymi i z ostrymi zaburzeniami psychicznymi w górskich regionach oddalonych od najbliższego oddziału psychiatrycznego o kilka godzin jazdy samochodem. Publiczne Northwest Evaluation and Treatment Center w Seattle, działające w latach 90. i zaprojektowane jako ośrodek przyjęć kryzysowych oraz alternatywny ośrodek szpitalny, było ośrodkiem zamkniętym i dużym – z 32 miejscami. Nowe ośrodki leczenia stanów nagłych w Portland i w Seattle także będą ośrodkami zamkniętymi, ale mniejszymi – liczącymi 16 łóżek. Michele Tansella wskazuje, że alternatywne ośrodki opieki szpitalnej pozwalają lekarzom uważniej słuchać pacjentów, prowadzić bardziej zindywidualizowaną opiekę oraz ograniczyć paternalizm.¹¹ Musi-

my zdawać sobie sprawę, że niektóre elementy szpitalnej opieki alternatywnej, które sprawiają, że jest ona możliwa – jak małe rozmiary, otwarte drzwi i pracownicy z doświadczeniem własnej choroby – mogą zniknąć w negocjacjach z osobami planującymi system opieki, jeśli czynniki kliniczne nie zostaną właściwie włączone do dyskusji.

Dalsze perspektywy

Terapia moralna, która została opracowana jako leczenie bez przymusu i „po ludzku” osób z poważnymi chorobami psychicznymi w małych ośrodkach rezydenckich, stała się swoim zaprzeczeniem po tym, jak zwiększyła liczba dużych ośrodków dla chorych psychicznie na początku XIX wieku. W miarę jak ośrodki opieki w stanach nagłych będą powstawały w całym kraju należy starać się zachować ich cechy: domowy charakter i brak przymusu, a jednocześnie należy zdawać sobie sprawę, że konieczne może być pewne ustępstwo i rozważenie pytań o ich rozmiary i opłacalność. W ten sposób możemy nadal korzystać z wiedzy gromadzonej przez 200 lat istnienia psychiatrii społecznej.

From the *The British Journal of Psychiatry* (2010) 197, s4-s5. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Warner R. Does the scientific evidence support the recovery model? *Psychiatrist* 2010;34:3-5.
2. Warner R. Recovery from Schizophrenia: *Psychiatry and Political Economy*. Brunner-Routledge, 2004.
3. Warner R, Wollesen C. Cedar House: a noncoercive hospital alternative in Boulder, Colorado. In *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed R Warner): 3-17. American Psychiatric Press, 1995.
4. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, Osborn DPJ, Boardman J, Reese M, et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry* 2009;194:456-63.
5. Warner R. Principles of social intervention. In *Principles of Social Psychiatry* (eds D Bhugra, C Morgan). Wiley, 2010 (in press).
6. Fields SL. Progress Foundation, San Francisco. In *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed R Warner): 57-73. American Psychiatric Press, 1995.
7. Sladen-Dew N, Young AM, Parfitt H, Hamilton R. Ventura: the Vancouver experience. In *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed R Warner): 21-34. American Psychiatric Press, 1995.
8. Bourgeois P. Crossing Place, Washington, DC. In *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed R Warner): 37-54. American Psychiatric Press, 1995.
9. Bennett R. *The Crisis Home Program of Dane County*. In *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed R Warner): 227-35. American Psychiatric Press, 1995.
10. Fortune JM. *The Windhorse Program for Recovery*. In *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment* (ed R Warner): 171-89. American Psychiatric Press, 1995.
11. Tansella M. Alternatives to standard acute in-patient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. *Br J Psychiatry* 2010 (suppl 53):s1-3.