

1. Die Verfügungsgewalt über die Finanzmittel aus dem Haushalt für die psychiatrische Gesundheitsfürsorge sollte den lokalen Entscheidungsträgern auf der Ebene eines Stadtteils in großen Städten oder Gemeindeverbänden (Wojewodschaften, Regionen) übertragen werden. Im Falle der Psychiatrie müßte die Verteilung der Finanzmittel unter Beteiligung des Wojewodschaftsbeauftragten für Psychiatrie stattfinden.
2. Werden aus den Finanzmitteln, die den Stadtteilen, der Wojewodschaft, dem Gemeindeverband aus dem Haushalt für die medizinische Versorgung zuerkannt werden, Leistungen für andere Gebiete erbracht, so sollten jene Behandlungskosten von dem für den Wohnort zuständigen Entscheidungsträger erstattet werden.
3. Eine Kostenverringerung und bessere Ausnutzung könnte durch die Beschäftigung

des Personals in den Krankenhäusern und außerhalb dieser durch denselben Träger im Stadtteil

(Wojewodschaft, Gemeindeverband) erreicht werden. Solch eine Lösung würde dem Patienten eine kontinuierliche Behandlung sichern.

4. Um eine engere Beziehung zwischen dem psychiatrischen Gesundheitsdienst und den Vertretern der Selbstverwaltungen sowie der lokalen Bevölkerung zu knüpfen, sollte man die Schaffung von Verwaltungsräten unter Teilnahme von Vertretern, die von jenen Gruppen vorgeschlagen werden, beschleunigen.

Wir hoffen, daß die hier vorgestellten Überlegungen und Vorschläge eine weitere Diskussion und Suche nach Lösungen anregen werden.

Übersetzung Elżbieta Janssen-Stenko

ANDREAS CROME

Reforma psychiatrii po zjednoczeniu Niemiec*

Pojęcie reformy psychiatrii i związane z nim procesy zachodzące w tzw. starych krajach RFN byłoby nie do pomyślenia bez ruchu praw obywatelskich w krajach zachodnich w końcu lat 60-tych. Społeczne postulaty tego ruchu kładły bardzo silny nacisk przede wszystkim na daleko idące prawa jednostki w społeczeństwie, szczególnie prawa mniejszości znajdujących się raczej na obrzeżach społeczeństwa, a do których musi zaliczyć się przecież ludzi chorych psychicznie i upośledzonych.

Rezultatem tego ruchu było sprawozdanie z ankiety na temat sytuacji w psychiatrii, przeprowadzonej w 1975 r. zawierające obszerne postulaty mające na celu poprawę położenia chorych psychicznie i upośledzonych, oraz sprawozdanie Komisji Ekspertów z roku 1988 z dalszymi już bardziej precyzyjnymi postulatami w tej materii.

Kiedy jest mowa o reformie psychiatrii, to chodzi w niej głównie o poprawę warunków leczenia i życia ludzi ciężko i/lub przewlekle chorych psychicznie, a w pierwszym rzędzie o tych pacjentów, którzy sami bez pomocy z zewnątrz albo w ogóle nie są w stanie poradzić sobie w życiu, lub jedynie w sposób niewystarczający, albo też nie potrafią skorzystać z prawa do odpowiedniej pomocy. Dotyczy to, jeśli spojrzeć na problem w kategoriach diagnostycznych,

przede wszystkim pacjentów chorych na schizofrenię, silnie uzależnionych, chorych gerontopsychiatrycznie, z silnymi lub przewlektymi nerwicami, względnie z zaburzeniami osobowości, jak również upośledzonych umysłowo i z zaburzeniami psychicznymi.

Celem reformy psychiatrii miało być zagwarantowanie pomocy tym ludziom, jednocześnie wszechstronnej i indywidualnej, ingerującej w ich życie tylko tak dalece jak to jest konieczne, udzielanej możliwie w rejonie, z którego pochodzą (tzw. psychiatria środowiskowa).

Tradycyjny, znany system opieki psychiatrycznej (nie tylko w obu byłych częściach Niemiec) był dwustopniowy. To znaczy, że chorzy psychicznie leczeni byli przez lekarzy domowych względnie polikliniki (rzadziej przez neurologa), a osoby którym nie można było wystarcząco pomóc w ten sposób, umieszczano w tzw. zakładzie, często dożywotnio, częściowo dla ochrony przed nimi samymi i negatywnymi następstwami choroby, ale częściowo też dla ochrony społeczeństwa. Te tzw. zakłady były czymś więcej niż tylko szpitalem. Stanowiły one specjalną przestrzeń życiową, były swoistym społecznym mikrokosmosem. Ta instytucjonalna odpowiedź przeszłości na choroby psychiczne, także te ciężkie i przewlekle, oferowała przede wszystkim wszechstronną opiekę ludziom dotkniętym przez chorobę, nie nachalne leczenie psychiatryczne, które zazwyczaj, ale nie zawsze, szanowało godność człowieka. Z drugiej jednak strony wykształcało coś, co i

* Wykład wygłoszony na IV Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, Bielsko-Biała, październik 1993

tak zagraża pacjentom w przebiegu chorób psychicznych: pasywność, zanik zainteresowań i inicjatywy, społeczną izolację, bezdomność i utratę korzeni (utatwione przez wielkie instytucje psychiatryczne położone zazwyczaj z dala od pierwotnego miejsca zamieszkania), utratę pierwotnej linii życiowej i planów na przyszłość.

Jak więc wyglądała sytuacja leczenia psychiatrycznego przed zjednoczeniem w Niemczech Wschodnich i Zachodnich? co się potem zmieniło?

Jeśli chodzi o Wschodnie Niemcy, to poprosiłem pięciu dyrektorów szpitali psychiatrycznych z pięciu krajów o wypowiedzenie się na ten temat. Najpierw chciałbym przytoczyć wypowiedź jednego z kolegów, dotyczącą sytuacji wyjściowej w Niemczech Wschodnich.

Do tzw. przełomu dominowała w byłej NRD psychiatria scentralizowana, zorientowana na szpitale. Istniały przede wszystkim wielkie szpitale, przy szpitalach ogólnych, przy czym te ostatnie prowadzone były jako mieszane neurologiczno-psychiatryczne, chociaż tworzenie instytucji psychiatrycznych w szerokim tego słowa znaczeniu propagowane było już w „Rodewischer Thesen” (1963) a w „Brandenburger Thesen” (1974) tworzenie zespołów terapeutycznych. Jedynie pojedyncze kliniki w byłej NRD (w Lipsku, Berlinie-Lichtenberg, Neuruppin, Brandenburg) wprowadziły na obszarach objętych zasięgiem swojego działania opiekę zrejonizowaną, połączoną ze służbami ambulatoryjnymi. Pomiędzy tymi czterema klinikami w byłej NRD a pozostałymi dochodziło często do ostrych sporów. Ambulatoryjna opieka neurologiczna dokonywała się w zasadzie poprzez ambulatoria psychiatryczne w poliklinikach, które w większych miastach wyposażone były dość dobrze pod względem personalnym, pracowały w obszarach dobrze sobie znanych i kultywowały ścisłe kontakty z miejscowymi komisjami rehabilitacyjnymi, tak że np. powtórne włączanie chorych psychicznie w życie zawodowe odbywało się względnie bezproblemowo napewno i z tego powodu, że w „sojalicznie” pełne zatrudnienie stanowiło cel społeczny. Natomiast na wsiach, ambulatoryjna opieka neurologiczna była raczej katastrofalna, i tak np. w zasięgu działania kliniki w Neuruppin w Brandenburgii na 500 tys. mieszkańców przypadało 5 lekarzy neurologów pracujących w ambulatorium. Dlatego szpitale specjalistyczne w byłej NRD posiadały dość duże polikliniki neuropsychiatryczne, co prowadziło do

dalszej centralizacji leczenia psychiatrycznego. Inną specyficzną cechą psychiatrii w NRD było to, że w szpitalach specjalistycznych znajdowała się duża liczba chorych upośledzonych umysłowo i psychicznie, tzn. chronicznych. W niektórych klinikach przebywało do 1000 takich pacjentów, a w wielu klinikach ponad 500. Na zakończenie swej relacji na temat sytuacji wyjściowej leczenia psychiatrycznego we wschodnich Niemczech w momencie zjednoczenia kolega ten podkreślił rzecz następującą: w 1991 roku, a więc 15 lat później niż w RFN czekają tam na realizację następujące zadania:

- opieka środowiskowa,
- zgodna z zapotrzebowaniem opieka nad chorymi psychicznie i upośledzonymi,
- koordynacja służb opiekuńczych.

Rozwój zróżnicowanej opieki środowiskowej był w momencie zjednoczenia z pewnością bardziej zaawansowany w RFN niż w NRD, naturalnie ze znacznymi różnicami w zależności od kraju związkowego. Mam wrażenie, że w takich państwach-miastach jak Berlin, Brema, Hamburg i w kilku krajach związkowych, jak np. Północna Nadrenia-Westfalia i Hesja rozwój ten był bardziej zaawansowany niż np. w Bawarii czy Szlezwiku-Holsztynie. Za wzór rozwoju reformy psychiatrii uchodziła Brema, która rozwiązała położony z dala od miasta szpital zajmujący się opieką nad chronicznie i ciężko chorymi i z powodzeniem umieścił tych pacjentów w komplementarnych i ambulatoryjnych instytucjach leczniczych w obrębie miasta. W innych krajach związkowych istniały ciągle jeszcze wielkie szpitale z dużą liczbą pacjentów, przebywających tam przez długi okres czasu. Możliwości zaopiekowania się nimi oraz możliwości rozwoju życiowego wykazywały nadal poważne braki. Oprócz tego wydaje mi się, że specyficzną cechą reformy w Niemczech Zachodnich jest to, że w procesie nie przemyślanego koncepcyjnie zmniejszania wielkich szpitali rejonowych, wielu pacjentów przeniesiono do dużych schronisk często znacznie oddalonych od ich miejsca zamieszkania, w których panowały podobnie niewystarczające warunki opieki, tak jak to miało miejsce w starych szpitalach.

W opiece nad chorymi psychicznie, nie można mówić o reformie psychiatrii bez poruszenia sprawy warunków socjalno-prawnych, które ustalają środki finansowe na leczenie pacjentów i tym samym stanowią dla niego de-

cydującą bazę. Dla naszego tematu ma to o tyle znaczenie, że z dniem zjednoczenia skomplikowane warunki socjalno-prawne Niemiec Zachodnich za jednym zamachem zostały zastosowane w leczeniu chorych także w Niemczech Wschodnich. Przedtem znano tam jedynie państwowy, monistyczny sposób finansowania, nieskomplikowany i na dość niskim poziomie.

W Niemczech Zachodnich jest to natomiast system, który można określić jako podwójny: raz mianowicie świadczenia finansowane są z obowiązkowych ubezpieczeń socjalnych: ubezpieczeń chorobowych, rentowych, inwalidzkich, na wypadek bezrobocia. Koszty leczenia psychiatrycznego ambulatoryjnego i stacjonarnego pokrywane były w zasadzie z ubezpieczenia na wypadek choroby, rehabilitację finansowano z ubezpieczeń rentowych i na wypadek bezrobocia, ale w żalośnie skromnym zakresie, ze znacznym uszczerbkiem dla chorych psychicznie. Druga możliwość finansowania to państwowa pomoc socjalna, opieka społeczna, stanowiąca pomoc państwową niższego stopnia. Sięga się po nią w momencie, gdy brakuje innych sposobów finansowania, a chory psychicznie lub upośledzony potrzebuje jednak pomocy. Zgodnie z genezą swojego powstania pomoc socjalna jest pomocą dla ubogich, w dużym stopniu naznaczoną społecznie i zagwarantowaną tylko dla tych, którzy ani sami, ani ich członkowie rodzin nie dysponują żadnymi zasobami pieniężnymi. Z drugiej strony oznacza to, że chorzy lub członkowie ich rodzin dysponujący odpowiednimi funduszami sami w całości lub częściowo muszą pokrywać koszty opieki. Taki sposób finansowania odgrywa dużą rolę w opiece nad chorymi psychicznie znajdującymi się w schroniskach, a także nad przewlekle chorymi w wielkich szpitalach psychiatrycznych. Jego ocena jest nadzwyczaj problematyczna, ponieważ z socjalno-prawnego i finansowo-technicznego punktu widzenia chronicznie jest także chorym, posiadającym prawo do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby, inwalidztwa i rehabilitacji zawodowej.

Kilka tygodni po zjednoczeniu wydano w Niemczech rozporządzenie dla klinik dotyczące personelu psychiatrycznego. Ustalało ono standard opieki psychiatrycznej na wysokim poziomie fachowości i zróżnicowania, a kosztami za nie obciążało kasy chorych. Regulowało ono także politykę kadrową. Podstawowe

zasady tego rozporządzenia powstały zresztą w czasie, kiedy jeszcze niedokładnie zdawano sobie sprawę z ogromu skutków finansowych zjednoczenia państwa. Rozporządzenie to, w znacznym stopniu zadecydowało o dalszym przebiegu reformy psychiatrii na całym obszarze Niemiec, stwarzało szansę, którą pomimo pojawiających się problemów powinno się wykorzystać aż do końca. Bez wątpliwości rozporządzenie to poprawiło w decydujący sposób możliwości adekwatnego leczenia pacjentów psychiatrycznych w instytucjach stacjonarnych w Niemczech Wschodnich i Zachodnich. Ważnym było także to, że nie obejmowały jej restrykcje w celu powstrzymania wzrostu kosztów w sektorze zdrowia, zawarte w obowiązującej od 1.1.1993 r. ustawie o strukturze opieki zdrowotnej, co również stanowiło duży sukces psychiatrii. Oczywiście w niektórych regionach kasy chorych podejmowały różne próby możliwie restryktywnej interpretacji tego rozporządzenia, aby zaoszczędzić na personelu, a tym samym na kosztach, co czasami odbywało się wbrew rozporządzeniu. Przede wszystkim w nowych krajach związkowych kasy chorych często bezwstydnie wykorzystywały swoją przewagę wynikającą z większego doświadczenia w poruszaniu się w przepisach prawa socjalnego w pertraktacjach z partnerami wschodniemieckimi, dla których przepisy te były czymś nowym. Odbywało się to oczywiście ze szkodą dla chorych psychicznie.

Warunki ramowe rozporządzenia o personelu psychiatrycznym dają także wyraz przekonaniu, że niemal wszyscy pacjenci przewlekle chorzy mogą w zasadzie żyć samodzielnie w środowisku, a więc poza instytucjami, o ile otrzymają odpowiednią pomoc, a szpital psychiatryczny jest tylko miejscem do ograniczonego w czasie leczenia tych pacjentów, którzy potrzebują wszechstronnego instrumentarium terapeutycznego kliniki. Stąd też rozporządzenie to wywarło pośrednio duży wpływ na dalszą realizację adekwatnych koncepcji środowiskowej opieki psychiatrycznej dla chorych psychicznie. Wpływ ten odczuwalny jest w całym Niemczech i wszędzie doprowadził do działań we właściwym kierunku, chociaż w różnym zakresie w poszczególnych krajach związkowych.

Podczas obserwowania reformy psychiatrii także inna cecha organizacji opieki psychiatrycznej wydała mi się znacząca. Chodzi mi o rolę wolnych organizacji dobroczynnych, organizacji, które wyrosły w przeszłości, a obecnie

przejęły subsydiarnie zadania państwa w zakresie opieki socjalnej i finansowane są głównie przez państwo. Jeśli można się tak wyrazić – bardzo krytycznie i z pointą – to organizacje te przerodziły się w finansowane z kasy państwowej koncerty dobroczynne, których działalność zorientowana jest na własną korzyść, a nie zawsze na korzyść tych, którzy wymagają opieki z ich strony. Koncerty te, były również w istotnym stopniu współodpowiedzialne niepowodzenia w akcji umieszczania chorych psychicznie w schroniskach. Schroniska te były zbyt duże, położone z dala od miejsca zamieszkania, z niewystarczającymi warunkami socjo-terapeutycznymi. Podobny proces toczy się niestety znów w Niemczech Wschodnich, ponieważ do dnia dzisiejszego nie udało się w sposób wiążący włączyć owych związków dobroczynnych z ich planowaniem i organizacją w zasady reformy psychiatrii. I tak według wypowiedzi kolegów z Niemiec Wschodnich można już zaobserwować takie zjawisko, że dehospitalizacja nie odbywa się w miejscu zamieszkania pacjenta lub w okolicy szpitala, lecz w często oddalonych o 100 km „stosownych obiektach”. Należałoby podejść do tego problemu z największą ostrożnością, aby zapobiec podobnemu procesowi, jaki miał już miejsce w Niemczech Zachodnich, a który oznacza, że schroniska lub wspólnoty mieszkaniowe liczą ponad 500 mieszkańców, a opieka nad chorymi z upośledzeniami w zasadzie przesunięta jest tylko ze szpitala specjalistycznego w inne miejsce, pod innym patronatem.

Jeśli chodzi o instytucje stacjonarne w Niemczech Wschodnich, to daje się zauważyć wyraźny postęp w osiągnięciu równorzędnej pozycji chorych psychicznie z chorymi somatycznie. Jest to skutek wyraźnej poprawy warunków materialnych i personalnych głównie w szpitalach specjalistycznych i rezultat zastosowania rozporządzenia o personelu psychiatrycznym, oraz zrównania szpitali psychiatrycznych z somatycznymi pod względem finansowania. A oto uwagi pewnego kolegi z Meklenburgii na temat zabudowań szpitalnych: W latach 1990–93 po raz drugi w tym stuleciu powstała szansa uczynienia czegoś dla budynków instytucji psychiatrycznych (u nas po raz ostatni między 1908 a 1911). W byłej NRD psychiatria posiadała np. 50% personelu w porównaniu ze szpitalami somatycznymi i jedynie 1/3 Środków materialnych na remonty. Sytuacja ta znacznie zmieniła się na korzyść. Jeśli

chodzi natomiast o osobę pacjenta i w ogóle klimat międzyludzki, to jeden z kolegów z Niemiec Wschodnich opisuje w następujący sposób zmiany zachodzące w tej dziedzinie:

„Jako szczególnie pozytywny fakt przeżyłam ogólną zmianę klimatu w relacji pomiędzy instytucją a zespołem leczącym z jednej strony i pacjentem z drugiej. Relacje te nie są już zbudowane jak dawniej tak jednostronnie i hierarchicznie, że pacjent jak lęklawy, niepewny zając w ogóle nie śmiał otworzyć ust. Relacje te stały się o wiele bardziej dynamiczne. Także my sami mogliśmy dawniej naszą własną chęć władzy i dominacji tłumaczyć systemem. Z drugiej strony wpływ metod terapeutycznych jak również fakt, że wielu kolegów podjęło kształcenie w tym kierunku, spowodował znaczne zmiany. I tak np. przeprowadza się obecnie regularnie narady w zespole, a koledzy z zespołu psycho-terapeutycznego uczestniczą w grupach Bainta i grupach samopoznania. Z mojego punktu widzenia doprowadziło to do znacznie zmiennej dynamiki relacji lekarz–pacjent”.

Inny kolega sformułował ten problem nieco inaczej ale w podobnym tonie:

„Pozytywna, rzeczywiście bardzo pozytywna jest ta wolność i odpowiedzialność za samych siebie osób pracujących w psychiatrii i pacjentów, wolność i odpowiedzialność za podejmowane działania i próby. Jest to trudniejsze i bardziej frustrujące niż przypuszczaliśmy, ale jest możliwe i nie wywołuje dawniejszej rezygnacji”.

Kolejny kolega wschodniemiecki zaakcentował jako zadowalające zwiększone możliwości pracy z członkami rodzin i grupami samopomocy, które dawniej istniały tylko w zupełnie niewykształconej formie, a i to „nie ku zadowoleniu wszystkich”. Następnie podobała mu się możliwość swobodnego zajmowania się takimi zagadnieniami, jak alkoholizm, samobójstwa i nerwice, oraz możliwość wymiany doświadczeń w tym zakresie. Wcześniej zagadnienia te podlegały obowiązkowi zachowania tajemnicy, nie wolno ich więc było poruszać w publikacjach i omawiać na kongresach. Podobne informacje nie mogły się przedostawać do wiadomości publicznej. W większości pozytywnie odbierane jest również polepszenie ochrony prawnej danych o pacjentach wobec organów państwowych.

Ale koledzy z byłej NRD wypowiadali również uwagi krytyczne, np. na temat opieki ambulatoryjnej, organizowanej całkiem na wzór

starych krajów związkowych, co nie wszyscy uznali za zjawisko korzystne. Nie istnieją już multiprofesjonalne polikliniki z oddziałami psychiatrycznymi i neurologicznymi, w przeszłości nierzadko całkiem dobrze funkcjonujące a nie udało się zastąpić ich w pełni przez służby socjalno-psychiatryczne i lekarzy specjalistów praktykujących prywatnie. Jest to niemożliwe choćby dlatego, że między służbami socjalno-psychiatrycznymi, kierowanymi z reguły nie przez lekarza specjalistę, a kolegami praktykującymi prywatnie nie istnieje żadna współpraca, wobec tego, wielu pacjentów przelatuje przez zbyt rzadką tzw. sieć opieki. Lekarze praktykujący prywatnie nie przeprowadzają z reguły wizyt domowych, w związku z tym, zwłaszcza na wsiach specjalistyczna opieka nad ludźmi chorymi psychicznie wykazuje spore braki. Na pogorszenie się opieki specjalistycznej wskazuje wyraźnie rosnąca liczba bardzo dramatycznych i ostrych skierowań do szpitala.

W zakresie opieki ambulatoryjnej można także stwierdzić, przypuszczalnie tylko jako zjawisko przejściowe, wdzieranie się do opieki psychiatrycznej lekarzy ze specjalizacją ogólnomedyczną jako „lekarzy domowych”. Z punktu widzenia instytucji stacjonarnej wyraża się to w rosnącej liczbie skierowań i powtórnej konieczności leczenia chorych psychicznie. Powodem tego stanu rzeczy jest z pewnością troska o dalsze istnienie własnej praktyki.

Wielu kolegów z Niemiec Wschodnich uskarża się na dominację kupieckiego myślenia w szpitalu, co zużywa tyle samo sił umysłowych i socjalnych, co stałe borykanie się z deficytami. To samo dotyczy, jak określił to jeden z kolegów, załamania się miejsc pracy chronionej w zakładach pracy, likwidacji tzw. schronisk z terapią poprzez pracę, które prawnie i organizacyjnie związane były z zakładami pracy.

Pacjenci otrzymywali rentę inwalidzką i byli wynagradzani w zakładzie w dowolnej wysokości, w zależności od swojej wydajności, co jednak nie miało wpływu na wysokość renty. Przed załamaniem się zakładów oddziały te zostały zamknięte.

W moim wykładzie mogłem tylko bardzo pobieżnie naświetlić stan reformy psychiatrii w Niemczech Wschodnich i Zachodnich. Sądzę, że w obu częściach Niemiec w dalszym ciągu istnieje ruch reformatorski posiadający wyraźnie określony cel i program, który można opisać w następujący sposób: zróżnicowana, indywidualna opieka w gminach, szczególnie nad ciężko i przewlekłe chorymi ze szczególnie dobrym zabezpieczeniem finansowym oferty leczniczej z funduszy kas chorych, zakładów ubezpieczeń rentowych i zakładów pracy, a mniej przez pomoc socjalną. Dalsze posuwanie się po tej drodze jest trudne i wywołuje wiele sprzeciwów. Być może, sprzeciw podniosą nie tyle ponoszący koszty i społeczeństwo, co raczej ludzie, którzy obecnie pracują w psychiatrii, względnie ci, w których gestii znajdują się teraz instytucje psychiatryczne, np. wielkie szpitale psychiatryczne, które w wielu miejscach nie potrafią zapewnić sporej liczbie pacjentów takich możliwości rozwoju życiowego, jakich właściwie potrzebowałyby.

Bardzo dziękuję za pomoc w napisaniu tego referatu kolegom z nowych krajów związkowych, panu Amlacher (Stadtröda, Turynia), panu Fuchs (Schwerin, Meklenburgia-Pomorze Wsch.), panu Göhlert (Neuruppin, Brandenburgia), panu Hummitzsch (Hochweitzschen, Saksonia), panu Krüger (Eberswalde, Brandenburgia).

Tłum. Grażyna Pietruszewska