

auch an wirksamen Verbindungen zwischen diesen Sektoren. Das Niveau des psychiatrischen Wissens bei Allgemeinärzten ist niedrig und die Zahl der auf diesem Fachgebiet Ausgebildeten gering.

Die allgemeine Bestrebung, die psychiatrische Versorgung in der Umgebung der Kranken zu sichern, hängt mit der vehementen Entwicklung verschiedener Freiwilligenorganisationen und Selbsthilfegruppen zusammen. Aktivitäten mancher Gruppen decken sich teilweise mit beruflichen Bereichen von Ärzten, Psychologen und anderen, womit eine breite Teilnahme dieser Gruppen an spezialisierten Einrichtungen einhergeht. Zahlreiche Programme für die Behandlung von Süchten (z. B. in Minnesota) stützen sich auf Beteiligung ehemaliger Patienten an Programmen Anonymer Alkoholiker oder Anonymer Drogensüchtiger (Narcotic Anonymous).

Die Gesetzgebung hat in Polen bei der Organisation von Entzugseinrichtungen eine wichtige Rolle gespielt. Mehrere aufeinanderfolgende Gesetze führten zur Gründung zahlreicher Einrichtungen (454 Entzugsberatungsstellen und 9 Zentren für Entzugsbehandlung). In psychiatrischen Krankenhäusern wurden 46 Entzugsabteilungen und in allgemeinen 9 eingerichtet. Die Mehrheit der Beratungsstellen arbeitet unter schwierigen Bedingungen ohne entsprechend ausgebildetes Personal und ihre Tätigkeit beschränkt sich oft auf Verteilen von Anticol. In einer besseren Lage befinden sich Abteilungen in Krankenhäusern und in Entzugsanstalten. Die Qualität der Behandlung und die Therapie-Resultate der sozial stabilisierten

Patienten entsprechen in einem Teil dieser Einrichtungen dem mittleren europäischen Standard. Fast alle arbeiten mit AA-Programm, viele stützen sich auf Abstinenzklubs, manche auf Sozialdienste, und immer mehr auf ehemalige Patienten als Therapeuten.

Das Gesetz über das Vorbeugen der Drogensucht trug zur Einrichtung von 28 Beratungsstellen, 23 Rehabilitationszentren und von etwa 30 kleinen Entgiftungsabteilungen bei.

Die zunehmende Teilnahme von Selbsthilfegruppen, Absolventen des Studiums für Sozialhilfe, Quasi-Professionellen und von ehemaligen Patienten an der Therapie und Rehabilitation von Süchtigen ist vielleicht ein Vorzeichen einer neuen Phase, in der es nicht mehr an entsprechenden Arbeitskräften mangeln wird.

Man kann annehmen, daß diese Erfahrungen auch in der psychiatrischen Versorgung ihre Anwendung finden. Denn besonders in diesem Bereich fehlt es an Fachpersonal, vor allem an Ärzten, was wiederum die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigt und das Niveau der Leistungen herabsetzt. Seit längerer Zeit wird dieser Mangel durch eine größere Teilnahme von Psychologen kompensiert, die jedoch manchmal unterschätzt und nicht immer nach ihren Befähigungen beschäftigt werden. Doch auch die bestens ausgebildeten Psychologen werden nicht in der Lage sein, Psychiater zu ersetzen, und ohne Ärzte kann es keine harmonische Entwicklung der Psychiatrie geben.

Übersetzt von Grażyna Pietruszewska

ANDRZEJ CECHNICKI, THOMAS GABRIEL

Deinstytucjonalizacja przewlekle chorych psychicznie w Krakowie. Opis projektu

Wprowadzenie

W maju 1992 roku przyjechała do Polski delegacja Związku Krajowego Westfalii-Lippe i odwiedziła partnerskie szpitale w Gnieźnie, Warcie i w Krakowie. Przeprowadzono szereg rozmów z przedstawicielami administracji komunalnej i władzami wojewódzkimi. Na czele delegacji stała przewodnicząca Sejmiku Związku Krajowego pani Ursula Bolte i dyrektor Związku pan dr Manfred Scholle. W czasie wizyty w Krakowie dyrektor Wydziału Zdrowia pan dr Wolfgang Pittrich zaproponował realizację projektu, który opracowany przez administrację Związku Krajowego i Klinikę Psychiatryczną Collegium Medicum UJ w Krakowie publikujemy poniżej jako projekt modelowy. Został on zgłoszony do Polsko-Niemieckiej Fundacji w Warszawie celem uzyskania środków finansowych na jego realizację.

Sytuacja wyjściowa

Ocena sytuacji w zakresie opieki psychiatrycznej ludności polskiej jest pod wieloma względami porównywalna z sytuacją psychiatrii niemieckiej w momencie sporządzania badań psychiatrycznych dla potrzeb Rządu Federalnego w 1975 roku. Wielkie szpitale, położone z dala od miejsc zamieszkania pacjentów przynależne są poszczególnym rejonom, co pozwala jedynie na ograniczone leczenie i

opiekę chorych psychicznie w gminach. Szpitale zapewniające opiekę i leczenie obsługują często okręg jednego lub kilku województw. Oferty leczenia stacjonarnego są w obliczu szczupłej bazy materialnej polskich obiektów psychiatrycznych wielokrotnie niewystarczające. Przede wszystkim, warunki życiowe osób przewlekle chorych psychicznie, przebywających w tychże obiektach oraz możliwości ich ponownej integracji społecznej nie odpowiadają potrzebom długotrwale leczonych pacjentów. Wobec aktualnych finansowych trudności polskiego systemu opieki zdrowotnej wydają się być słusznymi obawy, że polepszenie sytuacji przewlekle chorych psychicznie nie będzie mogło być zrealizowane w następnych latach.

Inaczej jednak niż w Republice Federalnej Niemiec zorganizowano w Polsce w połowie lat siedemdziesiątych, kierując się wzorem krajów zachodnioeuropejskich, rejonizację opieki psychiatrycznej. W zakresie państwowej opieki zdrowotnej zaczęły powstawać w Polsce od roku 1970 obok Poradni Zdrowia Psychicznego liczne pośrednie formy leczenia takie jak: oddziały dzienne, zespoły leczenia domowego, hostele. Większość szpitali psychiatrycznych podzielona została na rejony i wprowadza w życie eksperyment aktywnej dehospitalizacji również chronicznie chorych pacjentów, poprzez wypracowany system urlopowań, opieki domowej i poradnictwa rodzinnego. Brakuje jednakże wielu form opieki psychiatrycznej, obejmujących wszystkie konieczne struktury psychiatrii środowiskowej.

Modelowy rozwój nowoczesnej koncepcji opieki psychiatrycznej, ukierunkowany na integrację psychiatrii w gminnej sieci socjalnej, nie udaje się z powodu szczupłości środków finansowych. Należy obawiać się, że rozpoczęte prace nad intensywną reformą psychiatrii, w kierunku psychiatrii środowiskowej nie będą mogły być dalej prowadzone.

W Westfalii-Lippe natomiast, w latach osiemdziesiątych realizowana była konsekwentnie integracja stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych ze środowiskową siecią ośrodków organizujących leczenie i pomoc psychiatryczną w gminie. Taką decentralizującą działalność prowadził Związek Krajowy Westfalii-Lippe jako instytucja finansująca szpitale psychiatryczne poprzez rozbudowę ambulatoryjnych form leczenia przy instytucjach psychiatrycznych, mieszkań chronionych oraz oddziałów dziennych. Przyczynił się w sposób istotny do osiągnięcia na swym terenie pozytywnego bilansu pod względem zintegrowanych, małych i bliskich człowiekowi struktur opieki, w szczególności dzięki:

- a/ konsekwentnemu popieraniu decentralizacji opieki stacjonarnej poprzez udzielanie pomocy innym instytucjom finansującym rozbudowę oddziałów specjalistycznych w szpitalach ogólnych
- b/ poprzez włączenie psychiatrii uniwersyteckiej do obowiązkowej opieki psychiatrycznej
- c/ jak również dzięki intensywnemu popieraniu organizacji samopomocowych.

W Krakowie powinien być zorganizowany kompleksowy, modelowy, środowiskowy program opieki psychiatrycznej szczególnie w zakresie dehospitalizacji pacjentów przewlekle chorych psychicznie. W realizacji tego projektu winny być uwzględnione doświadczenia Republiki Federalnej Niemiec jak również innych krajów europejskich. Dlatego też, w tym modelowym projekcie pt. „Szkoła Życia jako pierwszy krok do środowiskowej opieki psychiatrycznej przewlekle chorych – krakowski projekt dehospitalizacji” uczestniczyć będą jako eksperci psychiatrzy z Polski oraz Republiki Federalnej.

Oczekuje się, że najważniejsze rezultaty z realizacji tego projektu oraz inne dalsze inicjatywy zmierzające do polepszenia opieki psychiatrycznej w Polsce, będą mogły być zastosowane także w Republice Federalnej Niemiec.

Rejon modelowy w Krakowie zapewnią pod wieloma względami dobre założenia wyjściowe dla realizacji tego rodzaju wzorcowego projektu:

1. Szpital psychiatryczny w Kobierzynie zapewniający opiekę psychiatryczną dla Krakowa usytuowany jest w odległości 10 km od centrum Krakowa. Od lat trwa ścisła współpraca pomiędzy tym szpitalem a Katedrą Psychiatrii Collegium Medicum w Krakowie.
2. Właśnie te kontakty pomiędzy uniwersytecką Kliniką Psychiatryczną a szpitalem psychiatrycznym w Kobierzynie są warunkiem wstępnym powodzenia realizacji projektu wzorcowego.
3. W obrębie miasta Krakowa istnieją porównywalne z „psychosocjalnymi wspólnotami pracy” w Republice Federalnej grupy koordynujące opiekę psychiatryczną tzw. dzielnicowe „Konsorcja Psychiatryczne”. Taki podział na poszczególne dzielnice miasta jest dla koordynacji i dostrojenia pracy w psychiatrii niezbędny i spełnia strukturalne założenia psychiatrii środowiskowej.
4. Najważniejsze przedsięwzięcie jakim jest urządzenie Centrum Rehabilitacji Katedry Psychiatrii przy ul. Miodowej 9 znajduje się w konkretnej fazie realizacji. Rejonowe dzienne oddziały psychiatryczne, zespoły leczenia środowiskowego i ambulatoria są już do dyspozycji.

„Szkoła życia” – jako niezbędna struktura opieki przy dehospitalizacji przewlekle chorych psychicznie

Skuteczna dehospitalizacja przewlekle chorych psychicznie zakłada, obok leczenia, dysponowanie odpowiednimi pozaszpitalnymi ofertami opieki w gminie/dzielnicy miasta w następujących obszarach:

- mieszkanie
- praca
- czas wolny

Warunkiem wstępnym przekazania pacjentów chronicznie chorych do środowiskowych struktur opieki jest umożliwienie im treningu w zakresie umiejętności życiowych w bezpośredniej bliskości szpitala, w którym pacjenci ci przebywali przez długi okres czasu. Dlatego w modelowym rejonie, należy stworzyć następujące struktury:

1. „Szkoła życia” dla przewlekle chorych psychicznie – na terenie Szpitala Psychiatrycznego w Kobierzynie względnie w jego bezpośredniej bliskości, spełniająca wyszczególnione poniżej funkcje:
 - a. Umożliwienie przejścia hospitalizowanych, przewlekle chorych pacjentów z długoletniego, nacechowanego wszechstronną opieką pobytu w szpitalu do bardziej samodzielnych, mieszkaniowych form opieki (szkoleniowe jednostki mieszkalne) w swoim rejonie.
 - b. Ćwiczenia w wykonywaniu codziennych zajęć jako wstępny stopień szkolenia przygotowujący do ewentualnej terapii zajęciowej w Centrum Rehabilitacji Pracy w Krakowie.
 - c. „Centrum Kultury” umożliwiające przewlekle chorym aktywne kształtowanie i wykorzystywanie wolnego czasu. Z doświadczeń m.in. Holendersko-Niemieckiego Stowarzyszenia Zdrowia Psychicznego okazało się, że właśnie połączenie sztuki z psychiatrią jest wartościowym terapeutycznie czynnikiem w pracy z przewlekle chorymi. Powinno być z tym związana szczególna forma terapii poprzez sztukę, z atelier i pomieszczeniami wystawowymi w Szkole Życia, służącymi także jako miejsce spotkań chorych psychicznie z artystami i studentami sztuki, jak również z ludnością Krakowa.
- Dla urządzenia wymienionych części składowych Szkoły Życia w Kobierzynie powinny zostać odrestaurowane i przebudowane dwa budynki.
2. Także i Miasto Kraków oraz Katedra Psychiatrii przewidzą w zakresie pracy i mieszkań odpowiednie formy opieki:
 - a. Terapia zajęciowa będzie mogła odbywać się w powstającym Centrum Rehabilitacji Zawodowej. W tymże Centrum będą przewidziane nie tylko miejsca dla terapii zajęciowej, ale także możliwości zarobkowania przez pacjentów w miejscach pracy chronionej. Równocześnie Centrum na Miodowej powinno zapewnić dzienny pobyt i rehabilitację przez sztukę dla dochodzących pacjentów, którzy jeszcze nie korzystają z pracy. Równocześnie Centrum Rehabilitacji Zawodowej jest czę-

ścią programu środowiskowego Katedry Psychiatrii, która w swoich dwóch oddziałach dziennych i ambulatoriach zabezpiecza opiekę terapeutyczną dla pacjentów i rodzin.

- b. Koniecznym jest, aby w obrębie Miasta Krakowa zakupione zostały pomieszczenia mieszkalne z przeznaczeniem na mieszkania opiekuńcze. Planuje się zakup 10 mieszkań 3 pokojowych dla 30 pacjentów.
 - c. Jako forma opieki w zakresie wolnego czasu powinno być przede wszystkim wykorzystane centrum kultury Szkoły Życia w Kobierzynie oraz klub, kawiarnia i galeria plastyczna zorganizowane przy Centrum Rehabilitacji Zawodowej przy ul. Miodowej.
3. Włączenie projektu w struktury planowania, struktury decyzyjne oraz system opieki następuje poprzez Wydział Zdrowia Urzędu Miasta, istniejące w obrębie Krakowa tzw. „Konsorcja Psychiatryczne” i koordynatorów psychiatrii, poprzez finansującego Projekt oraz Radę d/s Projektu.

Badania naukowe

Projekt modelowy winien zostać w fazie próbnej przewartościowany przez towarzyszące mu badania naukowe. Częściami składowymi badań powinny być m.in.:

- inwentaryzacja psychiatrycznego stanu leczenia i opieki w Krakowie
- opis i analiza struktury, form opieki dla pacjentów szpitala psychiatrycznego w Kobierzynie
- ocena potrzeb opieki psychiatrycznej w rejonie oraz analiza deficytu ofert opieki
- dokumentacja innowacyjnych przedsięwzięć wprowadzonych do istniejącego systemu opieki przez Modelowy Projekt
- dokumentacja działań pracowników projektu
- dokumentacja pacjentów/klientów leczonych w projekcie (charakterystyka socjalna, diagnozy chorobowe, życiorysy, przebieg leczenia)
- długotrwałe towarzyszenie pacjentom włącznie do Projektu Modelowego i opra-

cowanie katamnezy (zmiany w zachorowaniu, zmiany w kontaktach społecznych, w przyzwyczajeniach życiowych etc.)

Dla przeprowadzenia badań towarzyszących powinno się pozyskać kompetentnego fachowca, z doskonałą znajomością języków niemieckiego i polskiego. Naukowe badania towarzyszące powinny być prowadzone w sposób odpowiedzialny przez kompetentną polską placówkę badawczą np. przez Katedrę Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i wspomagane ze strony niemieckiej poradnictwem Rady d/s Projektu.

Rada d/s Projektu

Projekt oraz towarzyszące badania naukowe powinny być wspierane przez Radę d/s Projektu. Członkami Rady d/s Projektu winni być eksperci wyznaczeni przez następujące instytucje:

1. Katedrę Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
2. Wojewodę Krakowskiego i Miasto Kraków wraz ze szpitalem psychiatrycznym w Kobierzynie
3. Związek Krajowy Westfalii-Lippe wraz z Westfalskim Centrum Psychiatrii w Bochum (Klinika Uniwersytetu Ruhry w Bochum)
4. Fundacja – Hamlet w Krakowie

Co się tyczy członków Rady Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie oraz Szpital im. Babińskiego w Kobierzynie są odpowiedzialne za spełnianie zadań psychiatrycznej opieki stacjonarnej i pozastacjonarnej w rejonie. Urząd Wojewódzki wspólnie z miastem Krakowem ponoszą koszty opieki psychiatrycznej w modelowym rejonie. Fundacja – Hamlet współfinansuje miejsca pracy chronionej w Centrum Rehabilitacji Pracy na ul. Miodowej. Związek Krajowy Westfalii-Lippe jako pierwsza instytucja w ramach badań nad narodowo-socjalistyczną eutanazją, zajął się także badaniem eksterminacji chorych psychicznie w Polsce*. Kliniki Związku Krajowego Westfalii-Lippe w Gütersloh, Bochum, Dortmundzie,

* Patrz Wolfgang Pittrich Partnerstwa Związku Krajowego Westfalii-Lippe z polskimi szpitalami

Lengerich i Marl-Sinsen utrzymują partnerstwa z klinikami psychiatrycznymi w Polsce. Związek Krajowy Westfalii-Lippe wspiera te partnerstwa roczną kwotą w łącznej wysokości 250 000 marek. Westfalskie Centrum Psychiatrii w Bochum (Klinika Uniwersytetu Ruhry w Bochum) jest niemieckim szpitalem partnerskim dla Krakowa.

Koszty

Ocena kosztów może być na razie bardzo przybliżona. W przypadku zasadniczej zgody na poparcie Projektu Modelowego nastąpi zróżnicowanie w ich obliczeniu. Poniżej określone są szacunkowo tylko te koszty, których pokrycie wnioskowane będzie w Fundacji Niemiecko-Polskiej Współpracy. Jednocześnie zostanie określony udział własny polskiej strony i – o ile jest to w zamiarze – planowane uczestnictwo trzeciej strony w kosztach.

Wnioskowane wsparcie ze środków Fundacji Niemiecko-Polskiej Współpracy

Wnioskowane wsparcie ze środków Fundacji Niemiecko-Polskiej Współpracy będzie obejmowało tylko część inwestycyjną planu oraz towarzyszące projektowi badania. Będą wnioskowane środki z w/w funduszu na:

- a/ przebudowę dwóch budynków dla Szkoły Życia dla przewlekle chorych (mieszkania, terapia zajęciowa i miejsce spotkań – centrum kulturalne)
- b/ stypendia dla artystów prowadzących terapię poprzez sztukę w Centrum Rehabilitacji w szpitalu i na Miodowej
- c/ zakup i (w tym wypadku) renowację 10 mieszkań dla około 30 osób w mieszkaniach opiekuńczych w Krakowie
- d/ naukowe badania towarzyszące modelowemu projektowi
- e/ działalność Rady d/s Projektu.

Szkoła Życia dla przewlekle chorych psychicznie w Kobierzynie

W celu urządzenia Szkoły Życia winny być

generalnie przebudowane i odrestaurowane dwa budynki w specjalistycznym szpitalu w Kobierzynie. Projekt przewiduje, że w każdym z tych budynków powinno mieszkać pod opieką po 20 pacjentów. Chodzi tutaj o treningowe mieszkania, jako pierwszy krok dla umożliwienia przeniesienia chorych z długoletniego pobytu w szpitalu do mieszkań opiekuńczych w gminie. Dodatkowo, oprócz mieszkań, w budynkach tych powinno się urządzić miejsca do pracy i spędzania wolnego czasu. Do tego służyłby warsztat terapii zajęciowej w jednym z budynków, który jako „wstępny stopień treningowy” przygotowywałby pacjentów do terapii zajęciowej w Krakowie. W drugim budynku winno powstać, jako specyficzna forma, centrum kulturalne z atelier i pomieszczeniami wystawowymi. W centrum tym powinni razem z psychicznie chorymi pracować zwłaszcza artyści i studenci sztuki. Budynki zostaną oddane do dyspozycji przez szpital w Kobierzynie. Niezbędna jest jednak ich przebudowa i przystosowanie do treningu pracą i treningu w mieszkaniu przed przejściem do mieszkań opiekuńczych.

Koszty inwestycyjne wynoszą – szacunkowo – około 3 mln marek. Przy ogólnej zdolności do ich pokrycia zostałyby opracowany szczegółowy kosztorys – przez szpital psychiatryczny w Kobierzynie we współpracy ze Związkiem Krajowym Westfalii-Lippe. Bieżące koszty personelu będą ponoszone przez szpital psychiatryczny w Kobierzynie. Koszty inwestycji przypadłyby, przy założeniu zasadniczej zdolności do udzielania wsparcia finansowego, na lata 1993 oraz 1994.

Środki na działalność centrów kultury

Aby umożliwić uczestnictwo artystów z Krakowa, a także z Republiki Federalnej Niemiec w zajęciach terapeutycznych w centrach kultury w szpitalu i przy ul. Miodowej, pożądane są odpowiednie stypendia. Proponuje się przekazanie na cele tych stypendiów około 20 000 marek rocznie, t.j. łącznie około 140 000 marek w okresie realizacji Projektu Modelowego. Wniosek o środki na ten cel złożony będzie w Fundacji Niemiecko - Polskiej Współpracy.

Zakup i renowacja 30 miejsc mieszkalnych w Krakowie

Potrzebny będzie, szacunkowo licząc, nakład w wysokości około 500 000 marek na zakup i renowację tych miejsc. Koszty osobowe

personelu w programie mieszkań opiekuńczych będą ponoszone przez Miasto Kraków. Wymieniony nakład kosztów inwestycyjnych przypadnie na lata 1994 i 1995. Wymagane jest, aby środki na zakup były wprawdzie postawione do dyspozycji finansującemu bieżące koszty projektu. Możliwe są przy tym udziały własne finansującego, jako samopomoc przy renowacji mieszkań.

Badania towarzyszące

Koszty mieszkającego w Krakowie polskiego pracownika naukowego można oszacować z grubsza na około 10 000 marek rocznie (włącznie z kosztami rzeczowymi). Jeżeli przeprowadzenie wymaganych badań towarzyszących nie będzie możliwe do zrealizowania przez polskiego współpracownika, mogłyby być one również prowadzone pod kierownictwem Referatu d/s ewaluacji projektów psychiatrycznych Wydziału Zdrowia Związku Krajowego Westfalii-Lippe. W takim przypadku koszty osobowe współpracownika naukowego wynosiłyby około 100 000 marek rocznie. Do tego dochodzą koszty podróży, dodatek za rozłąkę, koszty pobytu w Krakowie i pozostałe koszty rzeczowe. Koszty te mogłyby być oszacowane z grubsza na dalsze 50 000 marek rocznie. Koszty naukowych badań w okresie siedmiu lat trwania projektu szacuje się zatem na 100 000 marek w przypadku ich prowadzenia przez polskiego pracownika naukowego, względnie na 1 050 000 marek w przypadku wykonywania tych badań przez współpracownika Związku Krajowego Westfalii-Lippe.

Rada d/s Projektu

Niemiecko - Polska Rada d/s Projektu, ograniczona liczbowo do max. 12 ekspertów, winna spotykać się przynajmniej raz w roku. Przewodnictwo Rady, które oferuje Wydział Zdrowia Związku Krajowego Westfalii-Lippe, wymagać będzie dodatkowych kosztów rzeczowych i kosztów podróży. Łącznie roczne koszty działalności Rady d/s Projektu szacuje się na 30 000 marek, a zatem 210 000 marek w 7-letnim okresie realizacji Projektu.

Łączne nakłady na wsparcie finansowe

Niezbędny łączny nakład na realizację Projektu „Szkoła Życia dla dehospitalizacji przewlekle chorych psychicznie” wynosi więc około 3,8 mln marek, zakładając udział polskiego współpracownika do przeprowadzenia badań

towarzyszących. Przy prowadzeniu naukowych badań towarzyszących przez Oddział Zdrowia Związku Krajowego Westfalii-Lippe łączne koszty szacowane będą na około 4,7 mln marek w wymienionym czasie finansowania. Ze środków tych 3,5 mln marek przypada na koszty inwestycyjne a pozostałe sumy to koszty osobowe i koszty podróży. Przepuszczalnie ustanowione będą następujące wysokości środków finansowych: 1,1 mln marek na rok 1993, 1,8 mln marek na rok 1994, 500 000 marek na rok 1995 i po 100 000 marek na lata następne, zakładając przeprowadzenie badań przez polskiego współpracownika.

Środki wsparcia finansowego z trzecich źródeł, na poszczególne seminaria względnie wystawy w centrach kultury, będą w takich przypadkach wnioskowane w EWG i w Federalnym Ministerstwie Szkolnictwa. Prowadzącymi tego rodzaju projekty seminaryjne i wystawy winni być: Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego, Niemiecko-Holenderskie Stowarzyszenie Zdrowia Psychicznego oraz Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Udział własny

Jako udział własny (środki własne) w Projekcie – o ile będzie wnioskowane wsparcie w Fundacji – zostaną wniesione:

- budowa kottowni w szpitalu w Kobierzynie

około 8 000 000 marek

- renowacja budynku Centrum Rehabilitacji Zawodowej Kliniki Psychiatrycznej Collegium Medicum UJ przy ul. Miodowej 9 około 2 000 000 marek
- wszystkie plany budowy związane z realizacją Projektu
- koszty osobowe niezbędnych nakładów na opiekę bieżącą
- budynki dla Szkoły Życia
- praca własna przy renowacji mieszkań w Krakowie.

Związek Krajowy Westfalii-Lippe wniósł już jako pomoc partnerską dla polskich szpitali roczne środki budżetowe w wysokości 250 000 marek. Poza tym Związek Krajowy Westfalii i Lippy jest gotów przejąć koszty osobowe prowadzenia Rady d/s Projektu.

Na realizację Projektu Modelowego „Szkoła Życia dla przewlekle chorych psychicznie w Krakowie” będzie wnioskowane w Fundacji Niemiecko-Polskiej Współpracy wsparcie finansowe w wysokości 3,8 mln marek.

Gwarancje wykorzystania środków

Wykorzystanie środków finansowych zgodnie z celem będzie gwarantowane przez Katedrę Psychiatrii Collegium Medicum UJ oraz szpital Psychiatryczny w Kobierzynie jako instytucje państwowe oraz Radę d/s Projektu.

THOMAS GABRIEL, ANDRZEJ CECHNICKI

Modellprojekt Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken in Kraków. Projektbeschreibung.

Vorbemerkung

Im Mai 1992 reiste eine Delegation des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) nach Polen, besuchte die Partnerschaftskrankenhäuser des LWL in Gnesen, Warta und Krakau und führte Gespräche mit Repräsentanten der kommunalen Selbstverwaltung und Wojewodschaftsbehörden. Die Gruppe wurde von der Vorsitzenden der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe, Frau Ursula Bolte, und dem Chef der Verwaltung des LWL, Landesdirektor Dr. Manfred Scholle angeführt. Bei einem Besuch in Kraków entwickelte der Leiter der Gesundheitsabteilung des LWL, Dr. Wolfgang Pittrich die Idee zu einer Aktion, die in der Folge von Mitarbeitern der Verwaltung des LWL in Münster und der Psychiatrischen Universitätsklinik in Krakau zu dem nachstehend veröffentlichten Modellprojekt erarbeitet wurde. Das Projekt wurde bei der Stiftung Deutsch-Polnische Zusammenarbeit in Warschau zur Förderung eingereicht.

Ausgangssituation

Die derzeitige Situation der psychiatrischen Versorgung der polnischen Bevölkerung ist in mancher Hinsicht vergleichbar der Situation der deutschen Psychiatrie zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung im Jahre 1975. Wohnortferne Großkrankenhäuser

sind zuständig für Versorgungsregionen, die eine gemeindenahere Versorgung psychisch Kranker nur eingeschränkt zulassen. Die Versorgungskrankenhäuser sind häufig zuständig für den Bezirk einer oder mehrerer Wojewodschaften. Die stationären Behandlungsangebote sind angesichts der schmalen materiellen Basis der polnischen psychiatrischen Einrichtungen vielfach unzureichend. Vor allem die Lebensverhältnisse und Wiedereingliederungsmöglichkeiten der chronisch psychisch Kranken in diesen Einrichtungen entsprechen bei weitem nicht den Bedürfnissen der Langzeitpatienten. Angesichts der aktuellen finanziellen Schwierigkeiten des polnischen Gesundheitssystems steht zu befürchten, daß Verbesserungen der Lage der chronisch psychisch Kranken auf Jahre hinaus nicht realisiert werden können.

Anders als in der Bundesrepublik Deutschland Mitte der 70er Jahre sind aber – vor allem orientiert an dem Vorbild der westeuropäischen Länder – schon Teilschritte einer gemeindeorientierten Psychiatrie begonnen worden. In Polen sind innerhalb der staatlichen Gesundheitsfürsorge seit 1970 zahlreiche Ambulanzen und Beratungsstellen entstanden. Die meisten psychiatrischen Anstalten wurden sektoralisiert und betrieben durch ein ausgeklügeltes System von Beurlaubungen, häuslicher Betreuung und Familienberatung den Versuch einer aktiven Enthospitalisierung auch chronischer Patienten. Es fehlen aber umfassende, alle Teilaspekte der gemeindenaheren Psychiatrie abdeckende