

Psychiatrie der Bundesregierung Bonn 1988

2. Der Regierungspräsident Düsseldorf: Koordination der psychiatrischen Versorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen Düsseldorf 1989

3. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation -Drucksache 10/1233 vom

4.4.1984

4. Heimann, H. und Gartner, H. J.: Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen Berlin 1986

5. Jaunich, H., Kulenkampff, C.: Benachteiligung psychisch Kranker und - Behinderter Tagungsberichte Band 8 Köln 1983

ANDRZEJ CECHNICKI, GÜNTHER WIENBERG

Polsko-niemieckie porozumienie dla rozwoju środowiskowej psychiatrii w modelowych rejonach w Polsce

Wprowadzenie

Najważniejszym celem Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego jest wspieranie wymiany i koleżeńskich kontaktów między osobami pracującymi w psychiatrii w Niemczech i w Polsce. Bezpośrednim forum wszechstronnej współpracy są organizowane przez Towarzystwo partnerstwa między polskimi i niemieckimi szpitalami psychiatrycznymi. Do dnia dzisiejszego powstało 11 partnerstw a kolejne nawiązują kontakty. Autorom tego tekstu Zarząd Polsko-Niemieckiego Towarzystwa zlecił we wrześniu 1991r. opracowanie koncepcji „Polsko-Niemieckiego porozumienia w celu stworzenia Modelowych Rejonów Opieki Psychiatrycznej”. W ramach tego porozumienia powinno się wykorzystać współpracę i kontakty pomiędzy profesjonalistami z obu krajów, aby wesprzeć rozbudowę w Polsce modelowych rejonów środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Cel związku

Projekt ma na celu wspierać w różnych rejonach Polski planowanie, realizację, koordynację i ewaluację zintegrowanych środowiskowych programów opieki w ramach „Porozumienia Modelowych Rejonów”. W jego realizacji powinny być wykorzystane profesjonal-

ne i osobiste kontakty w rozwijających się partnerstwach między polskimi i niemieckimi szpitalami.

Powinno się przy tym skorzystać z doświadczeń i rezultatów uzyskanych w wyniku trwającej już ponad dwadzieścia lat reformy psychiatrii w RFN. Znajdują one swój wyraz w realizowanym przez Rząd Federalny w „Modelowym programie psychiatrii” również w „Modelu opieki ambulatoryjnej”. Doświadczenia te powinny zostać powiązane ze strukturami środowiskowej opieki psychiatrycznej, które rozwinęły się w minionych latach w różnych rejonach w Polsce. Partnerstwa powinny wspólnie stworzyć podstawy dla rozwoju odpowiednich do potrzeb koncepcji w zakresie opieki, finansowania i administracji. Należy przy tym uwzględnić szczególne warunki administracyjne, prawne i infrastrukturalne w rejonach modelowych.

Projekt ten dotyczy pomocy ambulatoryjnej, stacjonarnej i rehabilitacyjnej oraz komplementarnej (w obszarze pracy i mieszkania) dla chorych psychicznie, uzależnionych i chorych geriatrycznych w odnośnych rejonach. Bilateralna komisja ekspertów będzie sprawowała nadzór naukowy nad tym doświadczeniem modelowym i służyła fachowymi radami. W praktyce chodzi o wykorzystanie lokalnej inicjatywy w istniejących partnerstwach polsko-niemieckich na rzecz poprawy opieki psychiatrycznej w ich rejonach.

Kontekst porozumienia

Dzięki szerokiej wymianie praktycznych doświadczeń w partnerstwach, stało się oczywistym dla partnerów w obu krajach, że wspólnym profesjonalnym celem naszej pracy jest organizacja zróżnicowanej psychiatrycznej pomocy odpowiadającej potrzebom pacjentów oraz rodzin w miejscu ich zamieszkania.

Dzięki temu działaniu powinno ulec poprawie leczenie, opieka i sytuacja życiowa, szczególnie chronicznie chorych i upośledzonych, dla których w przeszłości jedyną perspektywę, zarówno w Niemczech jak i w Polsce, stanowiło umieszczenie w odległych i wielkich szpitalach,

W kontekście zachodzącego obecnie w Polsce głębokiego procesu przemian społecznych i zmian w polityce zdrowotnej pojawia się niezwykle szansa, aby krytycznie ocenić, a następnie poprawić warunki życia i opieki ludzi chronicznie chorych i upośledzonych, ponieważ właśnie ci ludzie i ich rodziny są w szczególności dotknięci przez zmiany społeczne i biedę. Jednocześnie, nie mogą oni korzystać w odpowiednim stopniu z rozwoju prywatnych struktur w opiece zdrowotnej, ani krótko ani też długoterminowo.

Trzeba stworzyć dla nich zdecentralizowane, niewielkie pod względem obszaru systemy pomocy w gminach, włącznie z odpowiednimi strukturami administracyjnymi i instytucjonalnymi.

Punkt wyjściowy i proces restrukturyzacji opieki psychiatrycznej, który nastąpił w ostatnich 20 latach w RFN są porównywalne z aktualną sytuacją i potrzebą rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce, której kierunek rozwoju został nakreślony w projekcie ustawy „O ochronie zdrowia psychicznego”.

Niemieckie doświadczenia i wiedza, jak również analiza niepowodzeń, mogą wnieść wkład w oczekiwany rozwój reformy psychiatrii w Polsce. Reprezentanci zreformowanej niemieckiej psychiatrii już dzisiaj wymieniają intensywnie doświadczenia ze swoimi polskimi kolegami i są gotowi uczestniczyć w polskich doświadczeniach. Będzie w nich można częściowo wykorzystać zasady sformułowane przez Komisję Ekspertów rządu federalnego w „Zaleceniach dla dalszego rozwoju opieki psychiatrycznej i psychoterapeutyczno-psychosomatycznej” z roku 1988, przedłożone w formie krytycznego bilansu dotychczasowej reformy w Niemczech.

Jak już wspomniano, założenia i cele polskiego projektu ustawy „O ochronie zdrowia psychicznego” w olbrzymim stopniu są zgodne z dokonywaną w Niemczech reformą. Stanowi to znakomity punkt wyjścia do dwustronnej współpracy polskich i niemieckich ekspertów nad rozwojem środowiskowego programu opieki psychiatrycznej.

Fazy projektu

Cały projekt podzielony jest na poszczególne etapy i powinien zostać zrealizowany w ciągu 5 lat. Dzieli się on na następujące fazy:

Faza wstępna - przygotowawcza

Należałoby rozpocząć od stworzenia sieci regionalnych „gremiów kooperacyjnych” złożonych z przedstawicieli instytucji psychiatrycznych działających w danym rejonie. Takie „gremium kooperacyjne” powinno zostać stworzone dla każdego rejonu i dzielnicy miasta zamieszkiwanej przez 100 000 - 200 000 ludzi. Ich członkami zostaną osoby kierujące służbami psychiatrycznymi i społecznymi danego rejonu włącznie z ordynatorami rejonowych oddziałów szpitala. Obok zadania zintegrowania (zinstytucjonalizowania) współpracy zorientowanej na potrzeby pacjenta oraz współpracy nad rozwojem koncepcji opieki psychiatrycznej w danym rejonie przypadnie im ważna rola przy rozpoznawaniu potrzeb, przekazywaniu informacji jak również w specjalistycznym kształceniu różnych grup zawodowych.

W fazie przygotowawczej należałoby powołać przy Lekarzu Wojewódzkim strukturę planującą, koordynującą i sterującą całą opieką psychiatryczną na poziomie rejonu (Rada ds Psychiatrii). Radom tym przypadnie kluczowa funkcja w rozwijaniu koncepcji opieki, finansowania i administracji. Powinni w nich uczestniczyć decydenci zarówno w dziedzinie psychiatrii, jak i administracji i polityki.

Faza rozpoznawcza

Rozpoznanie potrzeb regionalnych w zakresie usług i instytucji w poszczególnych dziedzinach:

- leczenie, opieka, rehabilitacja
- mieszkanie

- praca, kształcenie, zatrudnienie
- struktura dnia, kontakty społeczne i udział w życiu społecznym

Rozpoznanie potrzeb powinno zostać przeprowadzone według dziedzin specjalistycznych (psychiatria ogólna, gerontopsychiatria, leczenie uzależnień).

Będzie się ono kierowało w pierwszym rzędzie zapotrzebowaniem na pomoc dla ciężko i chronicznie chorych, ponieważ ci chorzy potrzebują najbardziej wszechstronnej i zróżnicowanej pomocy.

Rozpoznanie potrzeb powinno także uwzględniać, jak dalece jest to tylko możliwe, oczekiwania pacjentów i ich bliskich, aby mogli zaakceptować plan, który ich bezpośrednio dotyczy.

Faza wypracowania koncepcji i realizacji

Faza ta ma na celu wypracowanie zaleceń dotyczących sposobu, liczebności, wyposażenia w personel i podziału przestrzennego instytucjonalnych elementów opieki psychiatrycznej, włącznie z koncepcjami dotyczącymi finansowania i ustalenia priorytetów, ze szczególnym uwzględnieniem dehospitalizacji pacjentów chorych przewlekłe ze szpitali psychiatrycznych.

Do instytucji niezbędnych dla funkcjonowania odpowiedniej do potrzeb i zróżnicowanej opieki zdrowotnej, należą struktury:

- ambulatoryjne: ambulatoria psychiatryczne, zespoły leczenia środowiskowego, służby interwencji kryzysowej
 - częściowo - stacjonarne: różnego typu oddziały dzienne
 - stacjonarne: oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych z wyspecjalizowanymi oddziałami psychiatrii ogólnej, gerontopsychiatrii i leczenia uzależnień
 - komplementarne: (decentralne) stałe lub przejściowe domy opieki, mieszkania chronione, mieszkania terapeutyczne (hostele); ośrodki rehabilitacji leczniczej zawodowej i socjalnej (zintegrowane); instytucje pracy chronionej i chronionej struktury dnia; pomoc w pobudzaniu kontaktów socjalnych i zachęcaniu do uczestnictwa w życiu społecznym.
- Centralną strukturą w opiece środowiskowej w gminie wynikającą z potrzeb osób chorych włączonych chronicznie w obszarze ambulatoryjnym

i komplementarnym jest w niemieckim systemie opieki psychiatrycznej Gminny Związek Instytucji Psychiatrycznych (Gemeindepsychiatrische Verbundsystem). W skład takiego zespołu wchodzi:

- poradnia rejonowa z zespołem leczenia domowego
- klub środowiskowy
- miejsca dziennego pobytu

Faza tworzenia sieci współpracy

W tej fazie nastąpi wypracowanie koncepcji rozbudowy sieci i koordynacji poszczególnych elementów instytucjonalnych. Celem tego działania jest stworzenie całościowego i zintegrowanego systemu, w którym funkcje i kompetencje są uregulowane w sposób obowiązujący i przejrzysty. Tylko tak, można zagwarantować, także najciężej i chronicznie chorym, zgodne z ich potrzebami struktury pomocy poza szpitalami.

Faza kwalifikacyjna

W tej fazie nacisk położony będzie na rozwój utrwalenie fachowego standardu leczenia i opieki nad chorymi psychicznie zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i nauki włącznie z odpowiednimi formami kształcenia dla wszystkich zainteresowanych grup zawodowych w regionach.

Faza ewaluacji

Zarówno proces planowania i realizacji, jak i sam rezultat powinny być opracowywane i dokumentowane z zastosowaniem naukowych standardów i metod badawczych. To wydaje się konieczne szczególnie ze względu na transfer doświadczeń i informacji do innych rejonów Polski. Ewaluacja powinna zawierać również administracyjne i finansowe aspekty modelu.

Poszczególnych faz nie da się rozgraniczyć pod względem czasowym, mogą się więc one przenikać w większym lub mniejszym stopniu.

Zasady psychiatrii środowiskowej

Polsko-niemieckie porozumienie będzie rozwijać psychiatrię środowiskową w modelowych rejonach w oparciu o następujące zasady:

Bliskość środowiska:

Opieka nad wszystkimi grupami pacjentów powinna odbywać się, o ile to możliwe, w osiągalnej bliskości ich miejsca zamieszkania i życiowego otoczenia.

Zasada ta, uwzględnia wielokrotnie już udowodniony fakt, że zintegrowana środowiskowo pomoc oddziałuje wysoce prewencyjnie i rehabilitacyjnie, a przez to może zapobiegać procesom chronicznienia. Ponadto, jest ona bardziej humanitarna i łatwiej akceptowana przez pacjentów i ich rodziny, niż środowisko w odległej i dużej instytucji.

Kooperacja i koordynacja

Jakość i skuteczność poszczególnych elementów systemu opieki jest w dużym stopniu zależna od współpracy między nimi. W takim zakresie, w jakim pacjenci potrzebują równocześnie lub kolejno różnych rodzajów usług osobowa i koncepcyjna kontynuacja usługi staje się decydującą oznaką jakości (zasada jednego opiekuna).

Leczenie ambulatoryjne i komplementarne przed stacjonarnym

Cały szereg doświadczeń i dobrze udokumentowanych wyników w kontekście międzynarodowym wskazuje, że odpowiednia do potrzeb i różnicowana pomoc w zakresie ambulatoryjnym i komplementarnym może znacznie obniżyć liczbę i czas trwania pobytów szpitalnych. Dotyczy to zarówno ostrych zachorowań, jak również chronicznie chorych i upośledzonych. Z pierwszeństwem ambulatoryjnych i komplementarnych form pomocy związane jest ekonomiczne wykorzystanie rezerwy, jak również poprawa jakości opieki, co zapobiega szkodom wynikającym z hospitalizacji i alienacji.

Pierwszeństwo dla chorych chronicznie

Przy rozwoju koncepcji opieki jako punkt orientacyjny powinno służyć zapotrzebowanie na opiekę i wsparcie dla chorych chronicznie. Zasada ta, powinna zagwarantować rozwój systemów pomocy dla pacjentów z najbardziej kompleksowym zapotrzebowaniem na pomoc. Tym samym, nadają się one równocześnie dla innych pacjentów z mniejszymi potrzebami. Tylko w ten sposób można osiągnąć to, że najbardziej dotknięci nie zostaną zaniedbani podczas reformy.

Pomoc wszechstronna

Chronicznie chorzy psychicznie potrzebują nie tylko specjalistycznego leczenia, opieki i rehabilitacji. Ponieważ oni i ich rodziny są szczególnie dotknięci ubóstwem socjalnym, wszechstronna koncepcja opieki musi zawierać także pomoc w zakresie mieszkania, pracy i zajęcia, jak również zstrukturywania dnia oraz udziału w życiu społecznym. Te funkcje pomocy muszą być zaplanowane i zabezpieczone, zanim zostaną poczynione kroki w kierunku dehospitalizacji chronicznie chorych pacjentów ze szpitali psychiatrycznych.

Neutralność kosztów

Przy założeniu, że większość pacjentów, którzy są dzisiaj w szpitalach psychiatrycznych zostanie dehospitalizowana i będzie mogła zostać umieszczona w instytucjach środowiskowych i że środki spływające obecnie do opieki stacjonarnej będą mogły zostać skierowane do opieki ambulatoryjnej i komplementarnej, mającej powstać struktury pomocy w regionach modelowych powinny pracować neutralnie pod względem kosztów. Wyjątek stanowią konieczne w tej fazie koszty rozruchu. Celem jest więc znaczna poprawa jakości opieki przy ogólnie stałych kosztach ogólnych.

Koszty i finansowanie

Należą tutaj:

1. Koszty na realizację projektu: np. na komisje ekspertów, nadzór naukowy i ewaluację, etc.;
2. Koszty na budowę nowej struktury pozaszpitalnej (elementy instytucjonalne). Należy je zakwalifikować jako koszty wstępne i wyłożyć je w ramach jednorazowego finansowania początkowego;
3. Bieżące koszty personalne i rzeczowe, które będą istniały długoterminowo także po fazie modelowej.

Finansowanie kosztów modelowych rejonów należy zabezpieczyć przed wystartowaniem modelu. Koszty ogólne nie są jeszcze w tej chwili skalkulowane. Dąży się do finansowania ich z różnych źródeł niemieckich i polskich (np. Fundacja Polsko-Niemiecka). Koszty współpracy niemieckich ekspertów powinny zostać całkowicie pokryte ze źródeł niemieckich.

Finansowanie kosztów początkowych i bieżących, jak również ich przyporządkowanie do poszczególnych płatników należą do centralnych problemów, które należy opracować w ramach modelu.

Modelowe rejony

„Porozumienie” otwarte jest na różne modelowe rejony, jednak do projektu zostaną zaproszone przede wszystkim te szpitale psychiatryczne, które w ramach partnerstwa współpracują ze szpitalami w Niemczech. W ten sposób, modelowy rejon w Polsce może korzystać z doświadczeń partnera i odwrotnie. Szczególnie cenne mogą być doświadczenia wynikające ze współpracy ośrodków przygranicznych np. Międzyrzeczka i Frankfurtu nad Odrą, których bliska współpraca może być planowana ponad granicami.

Ponieważ przemyslenia nad rozwojem modelowych rejonów w Polsce południowej tj. w Krakowie i Bielsku-Białej są daleko posunięte zostanie tutaj przedstawionych kilka ogólnych informacji o tych rejonach.

Miasto Kraków

Do modelowego rejonu zostaną włączone cztery dzielnice miasta z punktem ciężkości na dzielnicy „Śródmieście” z blisko 200 tys. mieszkańców.

Obecnie opiekę stacjonarną w Krakowie zapewnia szpital im. Babińskiego jak również Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ. Planowane jest przejęcie przez Katedrę Psychiatrii opieki w dzielnicy Śródmieście i koordynacji całej opieki poza szpitalnej. Aktualnie w Krakowie istnieje: siedem oddziałów dziennych, kilka Poradni Zdrowia Psychicznego (w tym specjalistyczne ambulatoria z programem leczenia dla chorych z depresją i schizofrenią), trzy zespoły leczenia środowiskowego, Centrum Interwencji Kryzysowej i Centrum Rehabilitacji Zawodowej. W obszarze instytu-

cji tzw. komplementarnych jest siedem oddziałów dziennego pobytu finansowanych przez pomoc społeczną. Liczne domy pomocy społecznej znajdują się również w fazie wewnętrznej reformy, a mieszkania chronione istnieją jedynie w stopniu ograniczonym.

W Krakowie powstała Rada d/s Psychiatrii przy Lekarzu Wojewódzkim.

Bielsko - Oświęcim

Jest to województwo z ok. 900 tys. mieszkańców o strukturze głównie wiejsko-agrarnej. Bielsko i Oświęcim są dwoma miejskimi centrami z ok. 200 - 100 tys. mieszkańców. Także tutaj został już powołany koordynator d/s psychiatrii. W tym regionie opieka stacjonarna odbywa się w kilku oddziałach psychiatrycznych, które posiadają w sumie ok. 400 łóżek. Oprócz tego istnieje oddział kryzysowy z 15 łózkami i 2 dniowe oddziały psychiatryczne*. W szpitalu w Kobierzynie znajduje się jeszcze niewielka grupa chorych chronicznie z tego regionu. Projekt dehospitalizacji wprowadzany jest stopniowo i konsekwentnie.

Kierownictwo projektu i Komisja Ekspertów

Bezpośrednią odpowiedzialność za zaplanowanie projektu i jego realizację ponoszą poszczególne regiony. Przewidziani kierownicy projektu są przy tym w unii personalnej członkami regionalnych Rad d/s Psychiatrii.

Bilateralnej Komisji Ekspertów przypadnie w udziale funkcja doradcza i koordynująca. Do niej należy nadzór naukowy i ewaluacja projektu, a także troska o to, aby projekt zasilaty również doświadczenia i informacje zdobyte w zagranicznych projektach psychiatrii środowiskowej.

Komisja ekspertów odpowiedzialna jest za odbiór projektów cząstkowych od kierowników, co powinno następować w ustalonych terminach.

* porównaj K. Trembla w tym zeszycie