

**Jak powstało Polsko-Niemieckie
Towarzystwo Zdrowia
Psychicznego?**

Niemiecka i polska psychiatria posiada wiele historycznych powiązań, które często są odbiciem wspólnych losów Polaków i Niemców. Do najtragiczniejszych wydarzeń tej wspólnej historii należy niemiecka inwazja na Polskę w czasie 2-giej wojny światowej i wymordowanie chorych psychicznie w Polsce wraz z ich opiekunami przez Wehrmacht i SS oraz programy eutanazji zwrócone przeciwko niemieckim chorym psychicznie.

Od 1985 roku psychiatrzy w Polsce i w Niemczech pochylają się nad wspólną historią. Kieruje nimi poczucie odpowiedzialności za los, w obu naszych społeczeństwach, upośledzonych i słabych, chęć wzajemnego uczenia się i potrzeba kształtowania dobrych sąsiedzkich stosunków.

To właśnie ludzkie zaangażowanie, doświadczenie osobistego spotkania, przelamywanie resentymentów i poszukiwanie tego co łączy dzisiaj niemieckich i polskich psychiatrów w ich pragnieniu współpracy doprowadziło do powstania 26 października 1989 roku Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego.

Reforma psychiatrii w RFN w latach 1972 – 1990 oraz obecne perspektywy psychiatrii komunalnej*

Szanowni Państwo,

Chciałabym najpierw serdecznie podziękować za zaproszenie na sympozjum oraz za możliwość przedstawienia rozwoju i perspektyw opieki psychiatrycznej w RFN z punktu widzenia Ministerstwa Pracy, Zdrowia i Spraw Socjalnych Północnej Nadrenii-Westfalii. Pozwólcie mi Państwo również przekazać serdeczne pozdrowienia od rządu krajowego, a w szczególności od ministra pracy, zdrowia i spraw socjalnych, pana Hermanna Heinemanna. Pragnę od razu zaznaczyć, że w polityce zdrowotnej Północnej Nadrenii-Westfalii opieka nad chorymi psychicznie, a zarazem rozwój psychiatrii odznaczają się szczególną ważnością.

Reforma psychiatrii w RFN w latach 1972 – 1990

Moje wypowiedzi na temat reformy psychiatrii w Republice Federalnej Niemiec w latach 1972-1990 oraz jej perspektyw zmuszona jestem w zasadzie ograniczyć do obszaru dawnej Republiki Federalnej. W nowych krajach związkowych sytuacja przedstawia się zupełnie inaczej. Jest ona przede wszystkim nacechowana długoletnimi naciskami ekonomicznymi oraz brakami w zakresach materialnym i personalnym. Charakteryzuje ją oczywi-

ście także właściwy dla systemu brak demokratycznej otwartości i wynikający z tego brak krytycznych dyskusji we wszystkich – także fachowych – dziedzinach.

Celem polityki zdrowotnej w Republice Federalnej jest szybkie osiągnięcie porównywalnych warunków życia w obu częściach kraju. Jest to wyraźnie podkreślone w układzie o zjednoczeniu, gdzie w części o ochronie zdrowia napisano, że poziom opieki stacjonarnej w nowych krajach związkowych „będzie sprawny i na trwałe podnoszony oraz dostosowywany do sytuacji w pozostałej części Niemiec”. Szczegółowe wglębianie się w związane z tym problemy nie mieściłoby się w ramach niniejszego referatu. Ostatecznie wynikają z powyższego perspektywy dla psychiatrii, które następnie omówię, w odniesieniu do całych Niemiec.

W roku 1975 komisja ekspertów oceniająca stan psychiatrii w Republice Federalnej Niemiec przedstawiła raport ze swoich badań. W przedmowie tak określiła ona stan psychiatrii w RFN: „problemy zdrowia psychicznego i chorób, w odniesieniu do wielu innych krajów a także do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, zostały spostrzeżone w świadomości społecznej w RFN co najmniej o 10 lat za późno”.

Czy jest to przede wszystkim reakcja polityki i społeczeństwa na nieludzkie traktowanie chorych psychicznie i upośledzonych w Trzeciej Rzeszy i czy przytłumione z poczucia winy i wstydu problemy psychiatrii nie zostały w porę zauważone albo jak daleko przyczyniła się do

* Wykład wygłoszony na II Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, Gniezno, wrzesień 1991

tego stagnacja w badaniach i teorii wielkiej niegdyś niemieckiej psychiatrii, nie podejmują się tego oceniać. Opinia publiczna, społeczeństwo zostały w każdym razie wstrząśnięte przedstawionym sprawozdaniem i skonfrontowane z „brutalną rzeczywistością”, jak to zostało w nim określone.

Z pewnością już przedtem wielu psychiatrów przeżyło obudzenie, a nawet długo przedtem, zanim w roku 1971 Bundestag zlecił sporządzenie raportu. Tak więc w 1962 roku Kullenkampff wraz ze swoimi współpracownikami założył we Frankfurcie pierwszy oddział dzienny dla psychicznie chorych. Również inni psychiatrzy, pobudzeni do działania na przykład przez osiągnięcia psychiatrii w Wielkiej Brytanii lub Holandii, zapoczątkowali prace nad jej dalszym rozwojem. Proces krytycznej refleksji i właściwa dyskusja nad reformą nastąpiła, zarówno w szerokiej opinii publicznej, jak i wśród fachowców, przede wszystkim po opublikowaniu sprawozdania. W Północnej Nadrenii – Westfalii – pozwólcie mi Państwo jako jej przedstawicielowi tutaj to powiedzieć, został już w 1972 roku przedstawiony „Plan celów w zakresie opieki nad psychicznie chorymi i umysłowo niedorozwiniętymi”.

Zostały w nim sformułowane następujące wymagania:

- opieka w obrębie i w pobliżu gminy,
- opieka odpowiadająca zapotrzebowaniu i obejmująca wszystkich psychicznie chorych i upośledzonych,
- koordynacja wszystkich służb opieki,
- równouprawnienie psychicznie i fizycznie chorych.

Od tego czasu poczyniono istotne postępy, chociaż z pewnością bardzo różniące się w poszczególnych regionach. Zmieniła się przede wszystkim świadomość nie tylko zajmujących się psychiatrią, ale też dużej części społeczeństwa i wielu, którzy ponoszą odpowiedzialność w polityce zdrowotnej. Równouprawnienie psychicznie i fizycznie chorych pozostawia wciąż wiele do życzenia – wróć jeszcze do braków i do nie rozwiązyanych dotychczas problemów – ale jesteśmy o cały krok bliżej rozwiązania zagadnienia.

Rozwój psychiatrii w północnej Nadrenii-Westfalii

Pozwolę sobie w skrócie przedstawić nasze osiągnięcia na przykładzie Północnej Nadrenii – Westfalii. W zakresie psychiatrii stacjonarnej szpitale duże, często położone daleko od gminy, zostały najpierw odnowione, pomniejszone i zróżnicowane w ofertach leczenia. Powstały nowe, położone w pobliżu gmin ośrodki całodobowe i oddziały w szpitalach ogólnych. Otwarto również oddziały dzienne. Tylko w Północnej Nadrenii – Westfalii istnieje obecnie 50 oddziałów w szpitalach ogólnych i 62 oddziały dzienne. Niektóre z nich przeznaczone są specjalnie dla gerontopsychiatrii, inne oddano do dyspozycji psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. Praktycznie każde miasto, każdy okręg dysponuje dzisiaj własną ofertą stacjonarnej opieki. Luki są, ale nieliczne. Okresy pobytu w szpitalach mogły być ciągle redukowane przy odpowiednim wzroście ich częstotliwości.

W prawie wszystkich regionach tego landu zostały w ostatnich latach poczynione uzgodnienia co do obowiązku przyjmowania chorych przez szpitale i oddziały; zapobiegało to praktykowanej przez długi czas „dwuklasowej psychiatrii”, polegającej na rezygnacji z ciężko chorych.

W ciągu ostatnich lat polepszyła się znacznie obsada personalna, zarówno pod względem zróżnicowania zawodowego, jak i pod względem kwalifikacji pracowników oraz ich liczby. Istnieją wprawdzie jeszcze istotne braki, ale przewiduje się, że będą one wyrównane w następnych latach, pod warunkiem dysponowania wystarczającym personelem, zwłaszcza pielęgniarskim. Spełniło tu swoje założenia wydane 1 stycznia 1991 r. zarządzenie dotyczące zapotrzebowania personalnego w psychiatrii.

Przed wszystkim jednak została zorganizowana w latach 1980 – 1985 rozbudowa, stosownie do zapotrzebowania, pożądanej sieci obiektów w 14 regionach Republiki Federalnej, z tego w 6 regionach Północnej Nadrenii – Westfalii. Zostało to zainicjowane przez Rząd Federalny Modelowym programem psychiatrii. Powstało dużo różnorodnych, pozastacjonarnych obiektów opieki w zakresie ambulatoryjnym i uzupełniającym. Stan rozwoju psychiatrii jest niezwykle zróżnicowany, zarówno w krajach związkowych, jak i w poszczególnych regionach.

W wielu gminach Północnej Nadrenii – Westfalii osiągnięto godny uwagi poziom leczenia psychiatrycznego. Oceniono tutaj właściwie i wzięto na siebie odpowiedzialność za psychicznie chorych współobywateli. Jest to zasługa ludzi zatrudnionych w psychiatrii, polityków i zaangażowanych obywateli. Zdarzały się nawet, wywierające silne wrażenie, akcje sprowadzania z powrotem psychicznie chorych, przebywających wówczas w daleko położonych, niegdyś właściwych terenowo szpitalach, do swoich gmin w celu ponownej integracji.

Zasada pierwszeństwa opieki i leczenia ambulatoryjnego przed stacjonarnym nabiera coraz większego znaczenia, w miarę polepszania się sieci leczenia ambulatoryjnego i ofert komplementarnych. Tutaj także mamy budujące przykłady: i tak ze szpitala krajowego w Gütersloh przeniesiono dużą liczbę wieloletnio hospitalizowanych, chronicznie chorych, do „opiekuńczych form mieszkaniowych”.

Nie chciałabym tu szczegółowo rozpatrywać części składowych opieki ambulatoryjnej i komplementarnej. Zaangażował się tutaj sam Rząd Krajowy, ze szczególnym programem modelowym wypróbowania opieki psychiatrycznej przez środowiskowe placówki społeczne. Program ten został w tym czasie przyjęty do odpowiedniego polepszenia norm i powinien być wkrótce, w miarę możliwości finansowych, rozszerzony także na inne służby psychiatryczne. Odpowiedni projekt założeń przedstawiono już do uzgodnienia.

Warto w tym miejscu krótko napomknąć o swojej problematyce psychiatrii i wypływającej stąd szczególnej inicjatywie kraju związkowego Północnej Nadrenii – Westfalii: szczególna różnorodność i wielość instytucji odpowiedzialnych oraz form opieki we wszystkich zakresach psychiatrii doprowadziła do niedostatku kompetencji i odpowiedzialności przy planowaniu, podziale zadań, zgodności i współpracy w opiece nad chorymi psychicznie. Obiekty lecznicze, a także służby, często nie współpracując konkurują ze sobą i próbują raczej nastawiać się na określony profil działalności. Zwróciła na to uwagę w swoim sprawozdaniu końcowym, w roku 1988, komisja ekspertów, która na zlecenie Rządu Federalnego oceniła wspomniany, modelowy program psychiatrii, wysnuwając stąd odpowiednie wnioski. Dlatego też w Północnej Nadrenii – Westfalii od roku 1990 powołuje się na okres 5 lat, zgodnie z sugestią Rządu Krajowego, tzw. koordynato-

rów przy zarządzie administracyjnym miast, ipowiatów i gmin. Z ogólnej liczby pięćdziesięciu czterech gmin czterdzieści sześć już ustanowiło koordynatorów lub wniosło o to podanie. Koordynatorzy ci, otrzymali zadanie nie tylko organizowania i popierania współpracy; wyznaczono im także zadanie inicjowania dalszego planowania i polepszenia stanu psychiatrii. Celem powyższych działań jest opracowanie i przedstawienie przez poszczególne gminy planów dotyczących psychiatrii. Celem nadrzędnym jest jednak ostatecznie to, aby wszystkim gminy uznały planowanie i działania koordynacyjne w psychiatrii jako ich właściwe, swoje zadanie i poważnie się nimi zajęły. Powinny się poczuwać do odpowiedzialności za swoich chorych psychicznie współobywateli, aby chronicznie i ciężko chorzy byli w swojej gminie pielęgnowani i zaopatrywani w sposób kompleksowy i ukierunkowany na integrację ze społeczeństwem, a także aby w ciężkich przypadkach nie sięgano wstecz do anonimowych, ponadregionalnych struktur.

Nie może nas jednak zmylić pozytywny stan psychiatrii w wielu miejscowościach, albowiem wciąż mamy do czynienia z deficytem w wielu zakresach pracy. Deficyt ten dotyczy przede wszystkim zakresu zaopatrzenia i opieki przewlekłe chorych psychicznie, będącego kamieniem wibrocznym stanu opieki psychiatrycznej.

Finansowanie ambulatoryjnej, nielekarskiej i komplementarnej opieki, dotyczącej tej właśnie grupy przewlekłe chorych, jest ciągle jeszcze niewystarczająco uregulowane. Prawo do opieki społecznej odnosi się wciąż przede wszystkim do fizycznie chorych oraz do opóźnionych w rozwoju umysłowym. Przewlekłe chorzy psychicznie oraz członkowie ich rodzin są w dużej mierze sami obciążeni lub są ciężarem dla opieki społecznej. Dalsze rozwijanie pozastacjonarnych form opieki jest więc blokowane przez brak finansowych zabezpieczeń. W paradoksalny sposób korzysta się za to w wielu przypadkach z drogiej, stacjonarnej pomocy, ponieważ nie dysponuje się pożądaną opieką w zakresie ambulatoryjnym lub uzupełniającym.

Pojawia się tutaj wszakże pozytywna cecha naszej polityki zdrowotnej, opierającej się na ustawowym ubezpieczeniu chorobowym; jest nią mianowicie zasada samorządności. Ustawodawca narzuca kasom ubezpieczającym jedynie zakresy ramowe świadczeń chorobowych. Finansowanie i rozwiązywanie tych

zadań leży więc wyłącznie w gestii związków lekarzy, kas ubezpieczeń chorobowych, które mają możliwość wynegocjowania umów bez ingerencji państwa. Zasada ta okazała się słuszną i sprawdziła się znakomicie. Jeżeli jednak – jak w zakresie opieki psychiatrycznej – warunki ramowe przepisów nie są jasno określone, samorząd w lecznictwie nie może być zmuszany do gwarantowania odpowiedniej opieki.

Jest zatem konieczne dalsze rozwijanie w Niemczech prawa do świadczeń lekarskich. Prawo to jest bardzo skomplikowane i „rozczłonkowane”. Niestety Rząd Federalny nie wykorzystał należycie ustawy o reformie lecznictwa z końca lat osiemdziesiątych, aby wyrzucić tą drogą wpływ na kasy ubezpieczeń chorobowych w celu równouprawnienia chorych psychicznie i chorych fizycznie; na pierwszym planie stały wówczas ograniczenia kosztów i stabilizacja wysokości stawek ubezpieczeniowych.

Mam wielką nadzieję, że obecne dyskusje na temat wprowadzenia ustawowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego przyczynią się do sprawnego przeforsowania odpowiedniego projektu ustawy przez Rząd Federalny, aby ryzyko pielęgnacji zostało wreszcie należycie zabezpieczone, a podopieczni i ich rodziny odciążone. Do tej pory bowiem, sytuacja przedstawia się tak, że przypadki rehabilitacji nie prowadzące do powrotu do życia zawodowego lub wymagające stałej pomocy nie leżą w kompetencji ustawowo określonych instytucji ponoszących koszty leczenia. Pomocy udziela tutaj Opieka Społeczna, a więc właściwie gmina. Oczekujemy przeto od ustawowego ubezpieczenia opieki znacznej ulgi dla miejscowych i nadrzędnych instytucji opłacających pomoc socjalną, albowiem ich możliwości finansowe są znacznie ograniczone w wyniku ponoszenia kosztów stacjonarnej opieki. Północna Nadrenia – Westfalia wspólnie z innymi krajami związkowymi, rządzonymi przez SPD, opracowała odpowiedni projekt ustawy i przedstawiła opinii publicznej.

Niezależnie od problematyki prawa do świadczeń występują też kwestie braków, wymagające od nas szczególnej uwagi:

- niekorzystne warunki na rynku pracy i ogólny niedostatek mieszkań utrudniają teraz integrację przewlekle chorych psychicznie. Od dawna wiadomo, że sprawy mieszkań i pracy są w równym stopniu ważne, jeśli ma się udać włączyć psychicznie chorych do

możliwie normalnego życia. Niestety nie wszędzie i w wystarczającej mierze mamy do dyspozycji miejsca pracy chronionej i inne rozwiązania, które by pozwalały upośledzonym psychicznie wykonywać czynności zawodowe odpowiadające ich zdolnościom.

- Opieka nad chorymi psychicznie ludźmi w podeszłym wieku jest niezadowolająca. Komisja Ekspertów zwróciła uwagę na to, że psychicznie chorzy ludzie są prawie nieosiągalni dla pozastacjonarnej opieki w psychiatrii ogólnej. Dochodzi do tego szczególnie niezadowolająca sytuacja ludzi starych, umieszczonych w domach opieki. Rząd Krajowy zamierza w oparciu o przedstawiony plan opieki nad człowiekiem starym wystąpić z odpowiednimi inicjatywami właśnie w tym zakresie. Zamierza się na przykład wypróbować tzw. centrów gerontopsychiatrycznych, zalecanych przez Komisję Ekspertów. Jedno z nich powstaje właśnie w Krajowej Klinice w Gütersloh, „partnerskim” szpitalu gnieźnieńskiej kliniki psychiatrycznej.

W Północnej Nadrenii – Westfalii przygotowany jest obecnie nowy plan w zakresie szpitali. Znajdujemy się teraz w toku ożywionych dyskusji, jeśli chodzi o sferę psychiatrycznego planowania szpitalnego, dotyczących możliwości opieki nad przewlekle chorymi psychicznie, którzy jeszcze przebywają na leczeniu w szpitalach, ale właściwie nie wymagają leczenia szpitalnego. Są to dyskusje trudne i w wielu punktach kontrowersyjne. Dotyczy to przede wszystkim także dużej liczby umysłowo upośledzonych, którzy obecnie przebywają nadal w szpitalach i przez to w kształtowaniu swego życia nie osiągnęli możliwie najwyższego stopnia normalności – zgodnie z badaniem Komisji Ekspertów. Chodzi o to, aby znaleźć rozwiązania, które by się okazały słusze przede wszystkim dla interesów ludzi dotkniętych chorobą.

W tym krótkim czasie byłem w stanie przedstawić jedynie zarysy wielu pozytywnych rozwiązań w psychiatrii ogólnej, ich braków i problemów. Sporo kwestii czeka na szersze omówienie w dyskusji. I muszę też Państwa prosić o wyrozumiałość, jeżeli niektóre problemy przedstawiłam jednostronnie, z punktu widzenia Północnej Nadrenii – Westfalii.

Pozwólcie mi, Państwo, na końcu stwierdzić, że psychiatria ogólna w znaczeniu, w ja-

kim możemy ją ogarnąć, jest trudnym a jednocześnie zajmującym przedsięwzięciem. Problemy jej rozwoju w Republice Federalnej Niemiec, jak i w wielu zachodnich krajach, udowadniają to aż nadto wyraźnie. Stojące przed nami przeszkody i bariery nie powinny przestać tego, że w ciągu ostatnich 15 lub 18 lat wzięto wiele pod uwagę i wiele zrealizowano, że w wielu gminach rozwinęły się godne uwagi struktury, że rozwinęło się poczucie nowego

zrozumienia problematyki opieki psychiatrycznej i to zarówno wśród zatrudnionych w psychiatrii, jak i wśród ludzi politycznie odpowiedzialnych i po prostu wśród dużej części społeczeństwa. Niedawno został założony Krajowy Związek Rodzin Osób Psychiczenie Chorych. Cieszę się, że w końcu także rodziny dotknięte chorobą przyczyniają się aktywnie do rozwoju psychiatrii.

tlum. Grażyna Pietruszewska