

## Z perspektywy ćwierćwiecza – 25 lat pracy w polskiej psychiatrii

### Lubiąż – koniec lat sześćdziesiątych

W lutym minęło 25 lat, od kiedy zacząłem pełnić obowiązki ordynatora w Szpitalu Psychiatrycznym w Lubiążu. Było to w przededniu zmian organizacyjnych w szpitalu psychiatrycznym, przy zgorszeniu starszych kolegów, którym z trudem przychodziło pogodzić się z naruszeniem uświęconej wieloletnią tradycją struktury dużego szpitala psychiatrycznego. Zmianom tym, zwanym subrejonizacją, towarzyszyło zwiększenie swobód pacjentów, wprowadzanie społeczności leczniczej, co w sposób radykalny zmieniło obraz szpitala. W ciągu dziesięciu lat, niemal o połowę zmniejszyło się obłożenie i średni czas leczenia. Z 620 do 163 zmniejszyła się liczba pacjentów przebywających w szpitalu pięć lat i dłużej. Zmalała liczba agresywnych zachowań. Mimo wielu prób, nie udało się wyjść z ideą subrejonizacji poza mury szpitala. Pozostała ona wewnętrznym doświadczeniem instytucji psychiatrycznej. Szpital w Lubiążu, w którym przez ostatnie pięć lat pracy pełniłem funkcję zastępcy dyrektora, opuszczałem z przekonaniem o kończącej się erze wielkich szpitali psychiatrycznych. Był rok 1978.

### Andrychów – koniec lat siedemdziesiątych

Następny etap pracy zawodowej miał przebiegać na stanowisku ordynatora. Przypadek zrządził, że stało się inaczej. Po wycofaniu się wcześniejszych kandydatów, zaproponowano mi funkcję dyrektora. Myślałem, że przedstawione decydom propozycje zmniejszenia liczby łóżek ze 140 na 90 (3 oddziały po 30 łóżek), koedukacja, „otwarte” oddziały, hotelowy wystrój sal sypialnych – spowoduje rezygnację z mojej osoby. Oferta została jednak przyjęta, choć wiem, że gorączkowo poszukiwano innego kandydata. Organizacji szpitala towarzyszyła zarówno ciekawość i chęć sprawdzenia zdobytych już doświadczeń jak i niepokój. Rozważałem wiele pytań, na które nie znałem odpowiedzi, np. czy wystarczy 6 łóżek na 10 tysięcy mieszkańców (przy zalecanych wówczas 15–20). Obawy przywoływało wspomnienie miejskiego szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu. Został on zrejonizowany na rok przed moim odejściem z Lubiąża i chociaż dysponował 12 łózkami na 10 tysięcy mieszkańców i znakomitą obsadą, „zapchał się” – mówiąc obrazowo – w ciągu kilku tygodni. Sytuację uratowało interwencyjne przejęcie grupy pacjentów z jednej z dzielnic miasta przez szpital w Lubiążu. Przy organizowaniu szpitala w Andrychowie wprowadziliśmy, choć nie bez trudu ze względu na brak przepisów, powiązanie funkcjonalne oddziałów i poradni; terytorial-

ne i personalne – przez osobę lekarza, psychologa i pracownika socjalnego. To rozwiązanie pozwoliło zachować ciągłość leczenia. Znieśliśmy ograniczenia dotyczące dni i czasu odwiedzin oraz wieku osób odwiedzających. Pacjenci i personel zaczęli chodzić we własnych ubraniach. Przepustki, wycieczki, wyjścia do kina, na zakupy, były stałymi elementami organizacji dnia w oddziałach. Wsparcia w realizacji, tych dzisiaj wydawałyby się oczywistych idei, udzieliło mi wówczas pięciu lekarzy, wśród nich moja żona, którzy przenieśli się ze mną z poprzedniego miejsca pracy do szpitala w Lubiążu. Wszyscy szybko odczuli korzyści naszego stylu pracy, wyrażające się poprawą ciągłości leczenia i lepszą jej dostępnością. Ustały spory kompetencyjne, próby pozbywania się kłopotliwych pacjentów, a właściwie pacjentów z trudnymi do załatwienia problemami.

Z wyjątkiem krótkiego przejściowego okresu czasu, gdy szpital w Koberzynie wypisał w przeciągu krótkiego czasu dużą liczbę przewlekłe chorych, nie było kłopotów z leczeniem stacjonarnym. Mogliśmy nawet przyjmować nowych pacjentów z dodatkowego rejonu. Dzięki tak zintegrowanej opiece pozaszpitalnej, liczba łóżek spadła poniżej 4,5 na 10 tysięcy mieszkańców. Uznając wiodącą rolę personelu średniego (głównie pielęgniarek) w tworzeniu środowiska terapeutycznego oddziału, podjęliśmy intensywne szkolenie tej grupy zawodowej. Około 20 pielęgniarek, jako pierwsze w kraju zdobyło specjalizację, spędzając wiele tygodni na stażach w klinikach – AM w Krakowie i IPIŃ w Warszawie.

Doświadczenie zdobyte w tych latach w Andrychowcu, utrwaliło moje przekonanie, że oddział w szpitalu ogólnym, może przyjąć niemal wszystkich chorych z rejonu i jest to znacznie lepsze rozwiązanie od oddziału w dużym i odległym szpitalu. Przekonałem się też, iż skuteczność pomocy stacjonarnej w wielu schorzeniach psychiatrycznych poza sytuacjami kryzysowymi, jest niewielka i stąd istnieje potrzeba uzupełniania oddziału programami ambulatoryjnymi i formami pośrednimi (oddziały dzienne, hostele, zespół leczenia domowego i inne). Oddziały specjalistyczne należy organizować na poziomie ponaddziedzinowym (łączyć kilka sektorów). Dotyczy to w pierwszym rzędzie osób uzależnionych od alkoholu i innych środków oraz nerwic. Powinny również powstawać programy dla przewlekłe chorych oraz ludzi starych.

W rok po otwarciu szpitala w Andrychowcu, lekarz wojewódzki zwrócił się do mnie z prośbą o opracowanie programu rozwoju psychiatrii w całym województwie bielskim, liczącym 900 tysięcy mieszkańców. W lutym 1980 r. do opracowania programów, zobowiązało wojewodów Ministerstwo Zdrowia, w oparciu o przesłany im „Raport o stanie psychiatrii oraz kierunku dalszego rozwoju opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi”, przygotowany przez IPIŃ w Warszawie. Opracowany dokument zakładał, że każdy z Zespołów Opieki Zdrowotnej (ZOZ), będzie dysponował podstawową bazą, czyli tzw. programem minimum. Ten program minimum dla rejonu powinien obejmować oddział całodobowy i dzienny, zespół środowiskowy z programem hospitalizacji domowej i świetlicą terapeutyczną, poradnię zdrowia psychicznego i poradnię odwykową. Na poziomie województwa miał być uruchomiony oddział dla dzieci, który aktualnie jest w trakcie uruchamiania, oddział dla młodzieży oraz oddziały nerwic i późnej rehabilitacji. Już wówczas czynny był oddział odwykowy, który radykalnie zmienił program terapeutyczny i wprowadził koedukację. Szpital w Andrychowcu opuściłem przed osmiu laty, nie kończąc rozpoczętego dzieła. Decyzję przypieczętowała „afery polityczna”. Nie otrzymałem rekomendacji na dalsze pełnienie funkcji dyrektora, podczas tzw. przeglądu kadr w 1985 roku.

## Bielsko

### – koniec lat osiemdziesiątych

Po odbyciu „pokuty”, w 1987 roku powierzono mi obowiązki dyrektora Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), który miałem zorganizować. Został on powołany w celu rozwoju leczenia psychiatrycznego w rejonie Bielska-Białej. Rejon liczył wraz z okolicznymi gminami około 240 tysięcy mieszkańców, zaś samo miasto 180 tysięcy. W tym czasie, opieka psychiatryczna w rejonie zapewniona była jedynie przez Wojewódzką Przychodnię Zdrowia Psychicznego. W jej skład wchodziły trzy poradnie: dorosłych, dzieci i młodzieży i odwykowa.

Rozwój następował w miarę pozyskiwania kolejnych obiektów na potrzeby psychiatrii. Zgodnie z planami sprzed 20-stu laty, cały

kompleks psychiatryczny miał być zlokalizowany przy nowo budowanym ogólnym szpitalu wojewódzkim. Kryzys finansowy wstrzymał budowę na wiele lat. Stało się dobrze, gdyż była to koncepcja jeszcze z ery wielkich szpitali psychiatrycznych. Uzyskałmy dzięki temu wiele zdecentralizowanych ośrodków.

Aktualnie są zorganizowane:

- Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego z poradnią dla Dorosłych, psychologiczną i seksuologiczną oraz oddziałem dziennym z 28 miejscami (z dwoma pododdziałami: jednym dla pacjentów nerwicowych – 12 miejsc i drugim dla młodych ludzi chorych na schizofrenię – 16 miejsc),
- Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży z poradniami dla dzieci i młodzieży oraz oddziałem dziennym (16 miejsc),
- Wojewódzka Przychodnia Profilaktyki i Leczenia Uzależnień z poradniami dla alkoholików, osób współuzależnionych i młodych ludzi zażywających narkotyki,
- Ośrodek Rehabilitacji dla Młodzieży Uzależnionej (14 miejsc).

Przed trzema laty otrzymaliśmy w Bielsku remontowany budynek z ogrodem. Zorganizowaliśmy tam Subrejonowy Ośrodek Leczenia Psychiatrycznego (SOLP), na który składa się:

- a) 10 łóżkowy oddział całodobowy,
  - b) oddział dzienny z 12 miejscami,
  - c) zespół środowiskowy,
  - d) poradnia zdrowia psychicznego,
  - e) punkt konsultacyjny i szkoleniowy.
- Kompleks ten objął opieką psychiatryczną dorosłych, z wyjątkiem osób uzależnionych z rejonu zamieszkałego początkowo przez 60 tysięcy mieszkańców Bielska a od 4 miesięcy 85 tysięcy.

Wykorzystując dotychczasowe doświadczenia opracowałem koncepcję zintegrowanego centrum psychiatrycznego, w którym docelowo obejmie się opieką psychiatryczną dorosłych, zamieszkujących połowę rejonu – czyli 130 tysięcy mieszkańców. W skład takiego zintegrowanego centrum psychiatrycznego wejda:

- 1) koedukacyjny oddział całodobowy z 22 łóżkami i zintegrowany z nim oddział dzienny z 8 miejscami,
- 2) oddział późnej rehabilitacji z 12 łóżkami,

3) zespół dzienny na około 26 miejsc z dwoma programami: leczniczym i rehabilitacyjnym wraz ze świetlicą terapeutyczną czynną od 8 do 22,

4) zespół środowiskowy z hospitalizacją domową,

5) poradnia zdrowia psychicznego. Aktualnie trwają prace remontowe w kilku obiektach. W następnym etapie przewidujemy uruchomienie:

6) hostelu na 8 miejsc,

7) rotacyjnego mieszkania grupowego z 4–6 miejscami,

8) Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ) z 30 miejscami dla osób wymagających rehabilitacji i nauki nowego zawodu.

W ubiegłym roku po zarejestrowaniu przez sąd zaczęły działać Stowarzyszenie Rodzin osób chorych psychicznie i Stowarzyszenie Pacjentów. Ich przedstawiciele zostali powołani przez Wojewodę do Rady Nadzorczej SPZOZ. Stowarzyszenie Pacjentów przygotowuje się do uruchomienia hostelu w budynku otrzymanym od władz miasta.

Powstała przed trzema laty fundacja wspiera działalność ośrodka dla uzależnionych oraz przystąpiła do organizowania hostelu.

## Podsumowanie

Opisana struktura nie jest czymś szczególnym. Każdy jej element jest uznaną formą leczenia. Dla sprawnego działania należy ją „połączyć w funkcjonalną całość”. Między poszczególnymi strukturami musi istnieć współdziałanie i wymiana informacji, ich praca musi być jednolicie koordynowana i zarządzana. System powinien być elastyczny tzn. zdolny do uruchamiania działań, programów i służb, w zależności od potrzeb pacjentów w danym rejonie. Musi być zdolny do współdziałania i współpracy z wieloma instytucjami oraz otwarty na zmiany, tzn. zdolny do tworzenia lub likwidowania elementów struktury. Pracownicy muszą dysponować wiedzą i umiejętnościami wykraczającymi poza ich kompetencje zawodowe i formalnie zajmowane stanowisko, gdyż powinni współdziałać w całym procesie diagnozy, leczenia i rehabilitacji, zastępować się, konsultować i wspierać.

Tworzenie takiego systemu napotyka na liczne przeszkody. Poważnym problemem jest brak przepisów oraz nieadekwatne kryteria, opisujące jego efektywność. Tak było przy powstawaniu Subrejonizacyjnego Ośrodka Leczenia Psychiatrycznego – SOLP. Wątpliwości moich przełożonych rozwiat dopiero, i to nie do końca, autorytet profesorów psychiatrii ośrodków uniwersyteckich.

Ponieważ w tworzeniu takiego modelu psychiatrii istotne znaczenie mają postawy pracowników, chciałbym wspomnieć na zakończenie o kilku sytuacjach społecznych, które mają istotny wpływ na procesy motywacyjne. Uważam, z czym zgadzają się również moi koledzy, którzy pracowali w starych strukturach, że praca w otwartej, zdecentralizowanej psychiatrii jest znacznie bardziej obciążająca emocjonalnie. Uważam również, że szczególnie dla lekarzy może być mniej satysfakcjonująca, gdyż odbiera im znaczną część splendoru i zasług, pozostawiając niezmiennione lub nawet większe brzemie odpowiedzialności.

Starsi koledzy w moim otoczeniu, którzy mają w pamięci realia wielkich szpitali sprzed wielu lat i ich zgubny wpływ na losy wielu pacjentów widzą sens deinstytucjonalizacji psychiatrii i przesunięcia ciężaru opieki w obszar pozaszpitalny. Z kolei młodzi koledzy, którzy znają już psychiatrię z ludzką twarzą, pozbawieni sensownego wynagrodzenia a równocześnie faszerowani natrętną indoktrynacją komercjalizującego się medycznego otoczenia mają coraz więcej wątpliwości, czy zdecydować się na dodatkowe obciążenie emocjonalne towarzyszące opisywanemu stylowi pracy.

Przedstawiona propozycja rozwiązań organizacyjnych, aby być pełną, powinna również uwzględnić współpracę z lekarzem pierwszego kontaktu tzw. lekarzem domowym oraz współdziałanie z wieloma instytucjami, takimi jak pomoc społeczna, lokalna administracja, stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin itp. Bez takiej współpracy rozwijanej na poziomie społeczności lokalnych, niemożliwe jest moim zdaniem, sensowne rozwiązywanie istotnych problemów zdrowotnych w naszym kraju.

KRZYSZTOF TREMBLA

## Aus der Perspektive eines Vierteljahrhunderts – 25 Jahre Tätigkeit in der polnischen Psychiatrie

### Lubiąż – Ende der sechziger Jahre

Im Februar vergingen gerade 25 Jahre, seitdem ich angefangen hatte, die Pflichten eines Oberarztes im psychiatrischen Krankenhaus in Lubiąż zu erfüllen. Dies erfolgte am Vortag organisatorischer Veränderungen in diesem Krankenhaus. Bei älteren Kollegen riefen sie Entrüstung hervor, denn es fiel ihnen nicht leicht, sich damit abzufinden, daß die durch eine lange Tradition geheiligte Struktur eines großen Krankenhauses angegriffen werden kann. Diese Veränderungen, auch „Sektorisierung“ genannt, waren durch eine Ausweitung der Patientenfreiheit und die Einführung der Therapeutischen Gemeinschaft begleitet, wodurch sich das Krankenhausbild radikal veränderte. In den nächsten 10 Jahren war die Belegung und die durchschnittliche Behandlungszeit fast zur Hälfte gesunken. Die Zahl von Patienten, die im Krankenhaus über 5 Jahre verbrachten, verringerte sich von 620 auf 165. Auch aggressives Verhalten wurde seltener. Trotz vieler Versuche ist es nicht gelungen, die „Sektorisierungs“-Idee außerhalb der Krankenhausmauern zu verwirklichen. Sie ist eine interne Erfahrung dieser psychiatrischen Einrichtung geblieben. Das Krankenhaus in Lubiąż, in dem ich die letzten fünf Jahre als dessen stellvertretender Direktor tätig war, verließ ich 1978. - überzeugt von der auslaufenden Ära der großen psychiatrischen Krankenhäuser.

### Andrychów – Ende der siebziger Jahre

Die nächste Etappe meiner beruflichen Tätigkeit sollte dann auf dem Posten eines Oberarztes verlaufen. Ein Zufall entschied es anders. Nachdem frühere Kandidaten ihre Bewerbungen zurückgezogen hatten, wurde mir die Stellung des Direktors angeboten. Ich glaubte, daß die den Trägern vorgestellten Innovationsvorschläge, wie z.B. die verminderte Bettenzahl (von 140 auf 90 – 3 Abteilungen je 30 Betten), Koedukation, „offene“ Abteilungen, hotelartige Einrichtung von Krankensälen, meine Person entbehrlich machen würden. Meine Vorschläge wurden jedoch angenommen, obwohl ich weiß, daß man fieberhaft nach anderen Kandidaten Ausschau gehalten hatte. Die Organisation des Krankenhauses wurde sowohl durch eine gewisse Spannung und die Lust, frühere Erfahrungen zu erproben, als auch durch bestimmte Unruhe begleitet. Ich mußte viele Fragen erwägen, auf die ich leider keine Antwort kannte, z.B. ob 6 Betten pro 10 000 Einwohner, bei den damals 15 – 20 empfohlenen, ausreichend sind. Meine Befürchtungen wurden durch die Erinnerung an das städtische Krankenhaus in Breslau hervorgerufen. Ein Jahr bevor ich Lubiąż verließ, hatte man dort die Sektorisierung eingeführt, und es war schon binnen einiger Wochen völlig überfüllt, obwohl das Krankenhaus über 12 Betten pro 10 000 Einwohner und über ein einwandfreies Personal