

wie es seiner Würde entspricht. Am deutlichsten haben wir dies in den Selbsthilfefirmen und noch mehr in den Zuverdienstfirmen gelernt.

3. Auch wenn es noch so logisch ist, daß wir das krankhafte Verhalten der Patienten im Krankenhaus durch unsere Macht der Gestaltung der Umweltfaktoren am besten steuern können, darf unser Ziel nur sein, den Patienten zu befähigen, nicht im Krankenhaus, sondern an seinem Lebensort mit den Menschen, die für seine Lebensgeschichte bedeutend sind, besser zurechtzukommen. Dort und nicht im Krankenhaus dürfen wir ihn längerfristig behutsam begleiten.

Verehrte Anwesende, ich fürchte, daß wir noch viele solche Lernschritte, die die eigene Eitelkeit und das eigene Machtbedürfnis kränken, vor uns haben. Zur Zeit bildet sich in Gütersloh wie an vielen anderen Orten der Bundesrepublik ein sogenanntes dialogisches Forum. Hier treffen sich Vertreter von uns psychiatrischen Profis mit Angehörigen psychisch Kranker und psychisch Kranken, die sich getrennt in Selbsthilfevereinen zusammenge-

schlossen haben. Wir glauben, daß nicht der bisherige Dialog, sondern erst der Trialog zwischen allen drei Gruppen dazu führen kann, daß wir uns wechselseitig helfen, die Würde des anderen und unsere eigene Würde hinreichend zu beachten. Auch Ihnen wünsche ich für die nächsten 100 Jahre möglichst viele gute Lernschritte.

Anmerkungen:

1. Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Nachdruck aus dem Jahre 1929, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1986, S.10
2. a. a. O., S.167
3. a. a. O., S.165 f.
4. zitiert nach: K. Dörner, Tödliches Mitleid, Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis 1993, S.45f.
5. a. a. O., S.64
6. Bauman, Z.: Holocaust und Moderne, Hamburg: Europäische Verlagsanstalt 1992.

ASTRID BLUMSTEIN-WALDHOFF

Zadania placówki koordynującej w opiece psychiatrycznej

Wprowadzenie

Celem działania placówek koordynacyjnych jest poprawa opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi w gminach, powiatach i małych miastach. Chodzi tutaj szczególnie o to, aby instytucje, czyli oferenci, zbadali wspólnie poziom zapotrzebowania na opiekę nad chorymi psychicznie i upośledzonymi i włączyli ją w istniejącą strukturę opieki.

Opieka zgodna z zapotrzebowaniem prowadzi, przede wszystkim w trakcie swego rozwoju, często do nowego podziału zadań, przesunięć w ich dotychczasowym zakresie lub komasowaniu ich, co pociąga za sobą odpowiednie konsekwencje organizacyjne i personalne. Koncepcja ta, zorientowana na wypełnianie zadań zgodne z zapotrzebowaniem, stawia więc przed gminami i powiatami trudne zadanie dotyczące planowania.

Warunkiem skutecznej koordynacji jest współpraca wszystkich jej uczestników. Jak uczy doświadczenie, tego rodzaju współpraca pomiędzy różnymi decydentami i pracownikami dotycząca jednego rejonu powstaje sama z siebie tylko w ograniczonym zakresie. Przeważają zachowania konkurencyjne lub przynajmniej wzajemne odgraniczenie się od siebie, albo po prostu niewiedza o partnerach regionalnych. Nakładanie się zadań, zwielokrotniona opieka i tym podobne przypadki ograniczające skuteczność opieki zdrowotnej, także pod względem ekonomicznym, są wprawdzie często zauważane, ale z płaszczyzny partykular-

nie rozmieszczonych instytucji nie da się osiągnąć żadnej systematycznej regulacji, wykraczającej poza zazwyczaj niewystarczający pragmatyczny sposób postępowania, i to przede wszystkim w regionach z dużą ilością rozproszonych oferentów. Wobec tych faktów staje się jasne, że samo zobowiązanie do współpracy, zakorzenione tu i ówdzie, nie stanowi jeszcze gwarancji, że współpraca dojdzie rzeczywiście do skutku.

Wynika z tego, że w jednostkach planujących, to znaczy na terenie gmin i powiatów, muszą zostać stworzone warunki, w których będzie się mogła rozwijać współpraca zainteresowanych jako podstawa dla działań koordynacyjnych. Ponieważ współpraca nie przedstawia sama dla siebie żadnej wartości, warunki te muszą być tak ukształtowane, żeby kooperacja opłaciła się tym, którzy w niej uczestniczą.

Należy zatroszczyć się o to, aby dzięki powiązaniom kooperacyjnym zaangażowani w nie oferenci mogli pozyskiwać informacje korzystne dla swej działalności, i aby ich praca stała się dzięki nim wyraźnie lżejsza. Następnie stosunki panujące w poszczególnych regionach powinny umożliwić chętnym do kooperacji, a tym samym partnersko współpracującym, korzyści finansowe. a wreszcie ważnym jest, aby u tych, którzy mają osiągnąć jakieś wyniki w opiece zdrowotnej powstała świadomość identyfikacji z regionem jako całością, wraz z jego odrębnością, problemami i szansami rozwojowymi. Dzięki poczuciu przynależności i poczuciu

współodpowiedzialności za cały region mogłaby ulec wzmocnieniu samoocena instytucji.

Oczywiście godnym rozważenia byłoby rozwiązanie nakładające sankcje na osoby wyraźnie odmawiające współpracy np. w formie restrykcji finansowych(1).

Gminom przypadło w ramach opieki psychiatrycznej i psychosocjalnej zadanie zaoferowania się o koordynację wszystkich służb i instytucji zaangażowanych w opiekę zdrowotną i wspierania ich współpracy. Zadanie to jest tym bardziej znaczące, że w minionych latach w poszczególnych regionach nastąpił szybki rozwój służb ambulatoryjnych i komplementarnych.

Częsty brak jasnego określenia kompetencji i zakresu odpowiedzialności powoduje, że różne służby „mijają się” w swojej pracy, z czego wynika z jednej strony przecinanie się obszarów działania i wielokrotne zajmowanie się jednym i tym samym pacjentem, z drugiej zaś znaczne obszary pozostają równocześnie bez opieki. Przy tworzeniu systemu opieki zgodnego z zapotrzebowaniem nie da się zrezygnować ze skutecznej koordynacji. Może ona też przyczynić się znacznie do polepszenia skuteczności już istniejących służb i instytucji. Jest to aspekt o dużym znaczeniu, również z ekonomicznego punktu widzenia.

Ale władze lokalne mają również obowiązek planowania dalszego rozwoju opieki psychiatrycznej i psychosocjalnej. Wiele okręgów w Północnej Nadrenii-Westfalii znajduje się w sposób odpowiadający ich politycznej aktywności w trakcie intensywnego procesu planowania i rozbudowy opieki psychiatrycznej w gminach, która zagwarantować ma stałą odpowiednią pomoc nawet dla przewlekle chorych z ciężkimi zaburzeniami i upośledzonych w ich własnym środowisku. Wstępnym warunkiem każdego planowania jest dokładne zapoznanie się z ilością pacjentów, rodzajem ich schorzeń i dokładna znajomość wszystkich instytucji zaangażowanych w opiekę.

Kraj Północna Nadrenia-Westfalia przywiązuje do opisanych tu zadań w zakresie koordynacji i planowania znaczenie centralne i jest zdania, że w celu fachowego wypełniania tych zadań należałoby stworzyć odrębne placówki koordynacyjne w okręgach administracyjnych i miastach wydzielonych (2).

Zadania i cele działalności placówek koordynacyjnych i koordynatora

Pole działania placówki koordynacyjnej rozciąga się na psychiatrię ogólną, psychiatrię dzieci i młodzieży, gerontopsychiatrię i leczenie chorych uzależnionych.

Kierunki działania placówki koordynacyjnej wynikają zwłaszcza z:

- z ankiety na temat rozwoju psychiatrii;
- zaleceń Komisji Ekspertów Rządu Federalnego dotyczących reformy opieki w dziedzinie psychiatrycznej, psychoterapeutycznej i psychosomatycznej wypracowanych na podstawie federalnego programu modelowego psychiatrii;
- pojedynczych sprawozdań instytucji Prognos AG na temat modelowego programu psychiatrii;
- literatury fachowej dotyczącej poszczególnych dziedzin psychiatrii;
- planów rozwoju psychiatrii i relacji z doświadczeń innych miast i okręgów administracyjnych;
- też Związku Krajowego Nadrenii.

Zadania koordynatora

Do zadań koordynatora, które należałoby tu wymienić, należą: planowanie, sterowanie, koordynacja i dalszy rozwój służb i instytucji zajmujących się chorymi psychicznie i upośledzonymi.

Konkretnie chodzi tu o:

- zapoznanie się z ilością i rodzajem wszystkich służb i instytucji uczestniczących w opiece psychiatrycznej i psychosocjalnej w danym regionie;
- wiedzę na temat spektrum usług świadczonych przez te służby i instytucje łącznie z osobistymi kontaktami z ich pracownikami;
- organizowanie wspólnych narad z przedstawicielami administracji dla uzgodnienia zakresu działań w celu osiągnięcia opieki zdrowotnej zgodnej z zapotrzebowaniem;
- informowanie na bieżąco odpowiedzialnych za opiekę w terenie, opracowywanie projektów;
- inicjowanie i organizowanie możliwości do kształcenia się;
- nawiązywanie kontaktów z urzędami i instytucjami, które także posiadają znaczenie dla leczenia psychiatrycznego, jak np.

Urząd Zatrudnienia, Urząd d/s Socjalnych, kasy chorych itp.

- wymiana informacji i dokonywanie uzgodnień z czynnikami finansującymi;
- inicjowanie planowania i rozwoju lecznictwa z uwzględnieniem wszystkich zaangażowanych w nie;
- inicjowanie opieki w nagłych przypadkach („interwencja kryzysowa”), o ile takiej jeszcze nie ma, poza regularnymi godzinami pracy;
- o ile w danym okręgu nie istnieje jeszcze plan rozwoju opieki psychiatrycznej, zadaniem koordynatora powinno być kompetentne opracowanie takiego planu;
- punkt ciężkości zadań koordynatora powinien dotyczyć pośredniczenia pomiędzy administracją, polityczną wolą mandataria i tymi, którzy pracują w lecznictwie.

Cele

W koordynacji opieki psychiatrycznej i psychosocjalnej chodzi głównie o zgranie działań i połączenie w jedną współpracującą ze sobą całość wszystkich instytucji zaangażowanych w opiekę, służb, czynników finansujących, inicjatyw, grup itp. Celem tej kooperacji jest stworzenie zintegrowanego systemu opieki w gminie, funkcjonującego możliwie bez zakłóceń i z niewielkim nakładem kosztów finansowych, w którym każdy potrzebujący pomocy znajdzie do niej drogę.

Zadanie to może być spełnione pod warunkiem zasadniczej autonomii osób odpowiedzialnych za lecznictwo i instytucji sprawujących opiekę, oraz jeśli będzie ono pojmowane przez wszystkich zaangażowanych jako zadanie, z którym należy uporać się wspólnie i które wymaga dobrowolnej pełnej zaufania współpracy.

W tym rozumieniu jest więc koordynacja stałym, wspólnym procesem wszystkich uczestników opieki psychiatrycznej i psychosocjalnej.

Koordynacja i sterowanie

Koordynację i sterowanie można realizować skutecznie w istniejących warunkach samorządności terenowej oraz subsydiowania i

dobrowolnej dobroczynności tylko przy pełnym porozumieniu wszystkich zaangażowanych. Odnosi się to do działalności koordynatora. Ponadto wydaje się koniecznym przyporządkowanie właściwemu decernatowi (wydziałowi zdrowia) organu doradczego, uzgadniającego projekty planów i ich realizacji z uczestnikami. Do tego organu doradczego powinni należeć przynajmniej przedstawiciele

- urzędów administracji zaangażowanych w opiekę zdrowotną lub tych, które należałoby w nią zaangażować;
- właściwych urzędów komunalnych;
- instytucji finansujących lecznictwo;
- lekarzy prywatnie praktykujących;
- stowarzyszeń członków rodzin;
- polityków komunalnych.

Na życzenie organu doradczego można wezwać do pomocy także przedstawicieli „zespołu psychosocjalnego” (składa się on z przedstawicieli wszystkich instytucji zaangażowanych w opiekę psychiatryczną w rejonie).

Prowadzenie całego przedsięwzięcia powinno znajdować się w gestii decernatu (wydziału zdrowia) przy współpracy koordynatora.

Do organu doradczego powinny być dokooptowywane regularnie grupy robocze ekspertów w celu opracowywania określonych dziedzin specjalistycznych. Ponadto organ doradczy może wg swojego uznania tworzyć dalsze grupy robocze, o ile zachodzi taka potrzeba.

Komisja Ekspertów zaleca włączenie do organu doradczego grup roboczych dla następujących dziedzin specjalistycznych:

- psychiatria dzieci i młodzieży;
- gerontopsychiatria;
- chorzy uzależnieni;
- praca;

Zadanie grupy roboczej polega na fachowym przygotowaniu właściwego planowania, doradzaniu i inspirowaniu w tym względzie zarówno organu doradczego, jak i koordynatora.

Dopiero przy współpracy administracji terenowej, mandataria i koordynatora i organu doradczego da się z dniem Komisji Ekspertów stopniowo i w sposób skoordynowany rzeczywistnie tworzenie i dalszy rozwój odpowiedniej do potrzeb opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi w gminie.

Regionalnym „psychosocjalnym zespołem roboczym” polecanym już w ankiecie psychiatrycznej, pozostaje wciąż jeszcze funkcja instrumentu wzajemnej informacji i nawiązywania osobistych kontaktów pomiędzy świadczą-

cymi usługi w regionie, mającymi do czynienia z opieką nad chorymi psychicznie i upośledzonymi. Ponadto koordynator i organ doradczy powinni wykorzystywać doświadczenia członków „psychospołecznych zespołów roboczych”, zdobyte w ich codziennej praktyce, jak również wynikające z nich życzenia i pomysły.

Potrzeba koordynacji i sterowania w poszczególnych dziedzinach psychiatrii

Zrzeszenie Instytucji Psychiatrycznych w Gminach

W celu stworzenia i rozbudowy zgodnego z zapotrzebowaniem systemu opieki psychiatrycznej Komisja Ekspertów proponuje zorganizowanie Zrzeszenia Instytucji Psychiatrycznych w Gminie, składającego się z następujących elementów:

- służby ambulatoryjne i odwiedzające pacjenta w domu;
- instytucja o charakterze placówki kontaktowej;
- oddział dzienny.

Zrzeszenie przybiera formę gwarantującą mu zdolność prawną jako strony w umowach z podmiotami finansującymi jego działalność. Może to nastąpić poprzez:

- odpowiednie ujęcie prawne umów pomiędzy poszczególnymi partnerami;
- połączenie się partnerów w jednolitą organizację;
- zjednoczenie się partnerów we wspólnej centrali („rozwiązanie holdingowe”: zrzeszenie zrzeszeń; GmbH).

Koordynatorowi przypada tu zadanie „...przeprowadzenia rozpoznania sił i środków przy współdziałaniu instytucji administracyjnych i psychiatrycznych działających w danym regionie oraz lekarzy praktykujących prywatnie. Przy tym chodzi także o określenie zadań instytucji leczniczych, ocenę związków kooperacyjnych i zorientowanie się w liczebności wykwalifikowanego personelu, którym można rozporządzać.

Następnie należałoby sprawdzić, czy, pod jakim warunkiem i w jakim zakresie służby socjalopsychiatryczne, instytucje o charakterze placówki kontaktowej i ambulatoria, które pracują w regionach, gotowe są przystąpić do Zrze-

szenia w wyniku umowy lub jako jego część integracyjna. Potem powinny nastąpić odpowiednie negocjacje ze stroną finansującą. Ten proces tworzenia Zrzeszenia dokonujący się z pewnością stopniowo wymaga znacznego wysiłku w dziedzinie koordynacji sterowania, zwłaszcza wobec trudności ze strony poszczególnych partnerów lub inicjatyw, których z pewnością można oczekiwać. Sukcesy da się tutaj osiągnąć tylko wtedy, gdy z jednej strony pomysł powstania Zrzeszenia zostanie przedstawiony odpowiednio dobitnie i przekonująco, a z drugiej strony zagwarantuje się w nim dosyć przestrzeni dla specyfiki regionalnej i inicjatyw konceptualnych. Rozumie się samo przez się, że koordynator musi być podczas wypełniania tego zadania, które wymaga dużej umiejętności negocjacji, pewny jednoznacznego poparcia organu doradczego, administracji i mandatariuszy" (1).

Psychiatria dzieci i młodzieży Gerontopsychiatria

Zależy nam również na rozwoju w dziedzinie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz w zakresie opieki gerontopsychiatrycznej.

W związku z tym zadaniem koordynatora i organu doradczego będzie w pierwszej kolejności sprecyzowanie deficytów w opiece zdrowotnej w danym regionie oraz wyjaśnienie polityki w tym względzie. Ponadto należy znaleźć punkty zaczepienia, od których można byłoby rozpocząć tworzenie systemu opieki. W tym kontekście okręgom administracyjnym – o ile nie chodzi tu o instytucje szpitalne – przypada w udziale bezpośrednie zadanie sporządzenia planów i działania w kierunku ich realizacji.

W warunkach już zaawansowanego systemu opieki powstaje z jednej strony nagła zapotrzebowanie na koordynację podczas wypracowywania form kooperacji pomiędzy ośrodkami gerontopsychiatrycznymi i takimiż oddziałami w szpitalach psychiatrycznych, względnie oddziałami psychiatrycznymi w szpitalach ogólnych, służbami socjalno-psychiatrycznymi, jak również instytucjami udzielającymi pomocy ludziom starszym i placówkami socjalnymi; z drugiej zaś strony na zajęcie się nie zawsze bezkonfliktowymi stosunkami między psychiatrią dzieci i młodzieży a placówkami pomocy doraźnej dla młodzieży. Należy również wziąć pod uwagę te krucze straż-

w której nakładają się zadania sektora psychiatrii dzieci i młodzieży, oraz sektora neurologicznego ewentualnie socjopediatrycznego.

Chorzy uzależnieni

Duża liczba instytucji zajmujących się leczeniem uzależnień znajduje się w gestii różnych czynników, są one w różny sposób zorganizowane i finansowane według różnych zasad. Przynajmniej kliniki leczące uzależnienia nie są ukierunkowane regionalnie, w związku z czym współpraca między regionami przebiega do tej pory w zasadzie niewiążąco i organizowana jest w zależności od zrozumienia takiej potrzeby przez daną instytucję. Rzeczowe uzgodnienie takiej współpracy i wiążące porozumienie dotyczące rozdziału zadań należy do zakresu obowiązków koordynatora i organu doradczego. Dotyczy to także takiej specyficznej dziedziny, jaką jest opieka nad przewlekłe chorymi uzależnionymi w danym regionie. Zachodzi tu więc potrzeba uregulowań w zakresie form kooperacyjnych pomiędzy administracją, zakładami pracy, placówkami socjalnymi, policją, sądami, instytucjami wymiaru sprawiedliwości a służbami pomocy dla nieposiadających stałego miejsca zamieszkania.

Również w tej dziedzinie okręgi administracyjne zobowiązane są do bezpośredniego zajęcia się zadaniami związanymi z planowaniem zapotrzebowania na opiekę oraz ze sterowaniem procesu jej tworzenia.

Praca i rehabilitacja zawodowa

W wielu regionach możliwości kształcenia zawodowego i rehabilitacji oraz możliwości pracy dla chorych psychicznie i upośledzonych są w dalszym ciągu niewystarczające. Istnieje więc pilna potrzeba tworzenia i rozwoju środowiskowych instytucji kształcących, przystosowanych specjalnie do specyfiki chorób psychicznych i upośledzeń, jak również wysiłków w kierunku tworzenia miejsc pracy dla upośledzonych. Koordynatorom i organom doradczym przypada w tym względzie ważna rola jako inicjatorów.

Wobec specyficznych potrzeb chorych psychicznie i upośledzonych należy stworzyć ściśle związki kooperacyjne pomiędzy instytucjami opieki psychiatrycznej w gminach a administracją zakładów pracy.

W celu zminimalizowania skutków chorób psychicznych i upośledzeń powinno się zaofe-

rować chorym psychicznie wykwalifikowaną, ciągłą opiekę i poradnictwo we wszystkich sprawach dotyczących kształcenia zawodowego oraz włączania się w życie zawodowe. Takie poradnictwo wspomagające powinno być zorganizowane w środowisku przy współpracy wszystkich instytucji świadczących usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

Dopóki podobne poradnictwo ponadinstytucjonalne nie zostanie urzeczywistnione, to „pomocy przy wstępowaniu w życie zawodowe i podejmowaniu pracy”, którą powinny zaofiarować chorym psychicznie główne placówki opiekuńcze, może udzielić, o ile to możliwe jakaś siła fachowa w ramach zrzeszenia instytucji psychiatrycznych w gminie, aby w ten sposób zagwarantować pracującym w obu obszarach zadań to obopólnie niezbędne, specyficznie specjalistyczne wsparcie.

Dla tych chorych psychicznie i upośledzonych, którzy mają szansę na daleko idące lub całkowite ponowne włączenie się w ogólny rynek pracy, trzeba stworzyć wystarczającą ilość i najlepiej w ich środowisku odpowiednio przystosowanych miejsc treningowych umożliwiających doksztalcenie zawodowe. Powinny one służyć – zgodnie z oczekiwaniami klienteli – wyszukiwaniu odpowiedniego zawodu i wypróbowywaniu pracy, oraz przeprowadzaniu działań przygotowujących do zawodu, jak również treningowi przystosowawczemu dla upośledzonych posiadających już wcześniejsze doświadczenia zawodowe.

Instytucje świadczące usługi tego rodzaju oraz Minister Pracy i Porządku Publicznego powinni zatroszczyć się o to, aby uzgodnienia dotyczące zaleceń na temat wymagań w zakresie pracy instytucji rehabilitacyjnych dla chorych psychicznie były bezzwłocznie wcielane w życie i ewentualnie dalej rozwijane.

Doksztalcenie

Zadanie organizowania doksztalcenia w regionach należałoby przypisać koordynatorowi. Powinni go przy tym wspomagać wykwalifikowani współpracownicy, organizację działającą już jakiś czas w tej dziedzinie i mogące posłużyć za punkty rozruchu dla całego przedsięwzięcia. Należy też zatroszczyć się o właściwe finansowanie tych nadzwyczaj ważnych działań.

Kroki podejmowane w celu Realizacji zaleceń Komisji Ekspertów

Oceniając realistycznie istniejące obecnie warunki, całości zaleceń Komisji Ekspertów nie da się w zasadzie zrealizować ani równocześnie, ani w krótkim terminie. Duża ilość inspiracji zawartych w tych zaleceniach oraz różnorodność wizji i wymagań każą się zastanowić nad sensowną gradacją tego pożądanego procesu rozwojowego opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi.

- Komisja Ekspertów zaleca, zgodnie zresztą z faktem, że modelowy program rozwoju psychiatrii Rządu Federalnego kładzie główny nacisk na obszar opieki znajdujący się poza stacjonarnymi instytucjami szpitalnymi, rozpoczęcie prac związanych ze stworzeniem i rozszerzaniem Zrzeszenia Instytucji Psychiatrycznych w Gminie. Wysuwając koncepcję Zrzeszenia, Komisja Ekspertów wkracza częściowo w zupełnie nową dziedzinę. Reprezentuje ona pogląd, że Zrzeszenie stanowi odpowiedni instrument dla rozpoczęcia prac nad poprawieniem stanu szczególnie do tej pory zaniedbywanej dziedziny, jaką jest opieka nad chorymi psychicznie i upośledzonymi w sektorze ambulatoryjnym, i to zarówno pod względem jakości jak i ilości.
- W ścisłym związku z tym przedsięwzięciem znajdują się starania o poprawienie sytuacji pacjentów przewlekle chorych w szpitalach psychiatrycznych, których powrót do środowiska jest możliwy i wręcz pożądaný. Tę tzw. „dehospitalizację” trzeba uznać za dalszy ważny krok na drodze do psychiatrii środowiskowej. Istnienie dobrze funkcjonującego Zrzeszenia Instytucji Psychiatrycznych w Gminie może znacznie ułatwić tego rodzaju procesy „dehospitalizacyjne”. Decyzje o dehospitalizacji ze wskazań terapeutycznych powinny być podejmowane znacznie częściej i dobrze przygotowywane.
- Naglącą jest także potrzeba budowy większej ilości mieszkań chronionych dla chorych psychicznie i upośledzonych, włącznie z odpowiednią grupą chorych uzależnionych, również z tego powodu, że wraz z powrotem pacjentów przewlekle chorych ze szpitali psychiatrycznych do gmin może powstać dodatkowe zapotrzebowanie na

mieszkania tego typu.

- Komisja Ekspertów żąda, podobnie jak uczyniła to już ankietą na temat psychiatrii, zasadniczego dalszego zmniejszenia szpitali psychiatrycznych. Ponadto Komisja planuje przekształcenie w przyszłości wielkich, odległych od środowiska szpitali psychiatrycznych w zintegrowaną w gminie kliniczno-stacjonarną formę opieki. Przyczynić do tego mogłyby się przeprowadzone już fachowo dehospitalizacje. Takiemu wymaganiu można łatwiej i bardziej skutecznie sprostać poprzez utworzenie większej ilości oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, a także poprzez tworzenie filii szpitali psychiatrycznych, jednakże pod warunkiem, że oddziały te zobowiążą się do przejścia opieki nad regionem, którego obszar określony jest przez granice danego okręgu administracyjnego. Konieczne będzie podjęcie kroków w ramach planowania szpitalnego. Tego rodzaju rozwój mógłby też bardziej dobitnie wykazać znaczenie tezy Komisji Ekspertów o konieczności ściślejszego powiązania psychiatrii z medycyną ogólną.
- Fakt niewystarczającego rozwoju psychiatrii dzieci i młodzieży należy uznać za bezsporny. Przede wszystkim ciągle jeszcze zbyt mało jest lekarzy z prywatną praktyką psychiatryczną. Dla postulowanego przez Komisję przyspieszenia rozwoju całego obszaru medycyny nieodzowne jest położenie szczególnego nacisku w polityce zdrowotnej właśnie na tę sprawę, oraz znaczny długotrwały wysiłek, z którym nie należy zwlekać.
- Dotyczy to także gerontopsychiatrii. Psychiatria ludzi w starszym wieku nabierze zdecydowanie znaczenia na skutek wzbudzającego troskę rozwoju piramidy wiekowej naszego społeczeństwa, a także dlatego, że wyraźnie zwiększy się grupa ludzi najstarszych, obciążonych dużym ryzykiem zachorowalności. Dlatego też, pierwsze kroki w kierunku realizacji zaleceń Komisji Ekspertów powinny dotyczyć poprawy opieki nad ludźmi starymi, chorującymi psychicznie. Przy okazji tworzenia Zrzeszeń Instytucji Psychiatrycznych w Gminie rozważyć należy również sukcesywne tworzenie ośrodków gerontopsychiatrycznych (dzienna klinika gerontopsychiatryczna, ambulatorium, poradnictwo dla ludzi starych).

Podstawowe zasady

Stopniową realizację zaleceń Komisji Ekspertów należy odnieść do podstawowych zasad, w oparciu o które wydaje się możliwa do osiągnięcia docelowa poprawa opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi.

- Komisja Ekspertów upatruje istotny warunek realizacji swoich postulatów w oczekiwanym już od dawna wprowadzeniu w życie zasady równego traktowania chorych psychicznie z cierpiącymi na choroby somatyczne. Już ankietą na temat psychiatrii zwracała dobitnie uwagę na ten problem. Pod pojęciem zasady równego traktowania należy rozumieć:
 - a) odpowiednie dopasowanie świadczeń systemu bezpieczeństwa społecznego do szczególnych wymagań przede wszystkim przewlekle chorych psychicznie,
 - b) precyzyjne sformułowanie odnośnych przepisów,
 - c) większa gotowość instytucji świadczących usługi zdrowotne do elastycznego stosowania i interpretacji właściwych przepisów na korzyść wymienionej grupy osób.Twierdzenie, że w systemie świadczeń społecznych zorganizowanym pod kątem systematyki chorób somatycznych, pokrzywdzonymi są chorzy psychicznie, jest raczej bezsporne. Poprawa opieki nad chorymi psychicznie nastąpi dopiero wtedy, gdy uda się zlikwidować zaniedbania tego rodzaju.
- Do warunków ramowych dotyczących wszystkich dziedzin opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi należy także zdobyć podstawowych kompetencji przez wszystkich współpracowników. Uzyskanie tych kompetencji jest konieczne, gdyż kontakt z chorymi psychicznie i upośledzonymi z zaburzeniami komunikacji i często społecznie zdeintegrowanymi wymaga od terapeutów specyficznych umiejętności. Wykształcenie i rozwój tych umiejętności odbywa się poprzez praktyczne zdobywanie doświadczeń w połączeniu z uczestnictwem w kursach dokształcających.

- System opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi zorganizowany na poziomie regionów będzie tylko wtedy spełniał swoją funkcję odpowiednio do zapotrzebowania, jeśli w zasadzie wszyscy zaangażowani w tę opiekę będą gotowi do współpracy dopasowanej do konkretnych warunków. Ta oferta kooperacji dotyczy wszystkich grup zawodowych i instytucji zajmujących się leczeniem, opieką i rehabilitacją chorych psychicznie i upośledzonych w i poza danym rejonem, co jako warunek ramowy musi dotyczyć rozwoju i optymalizacji szczególnie pozastacjonarnej opieki nad chorymi psychicznie i upośledzonymi.

W ścisłym związku z powyższymi uwagami znajduje się nie mniej ważna koordynacja funkcji opiekuńczych, o której zagwarantowanie w danym rejonie powinien zadbać koordynator wraz z organem doradczym.

Piśmiennictwo

1. Minister d/s Młodzieży, Rodziny, Kobiet i Zdrowia w rządzie federalnym: Zalecenia Komisji Ekspertów rządu federalnego dotyczące reformy w dziedzinie psychiatrycznej i psycho-terapeutyczno-psycho-somatycznej na podstawie modelowego programu psychiatrii rządu federalnego. Bonn 1988
1. Przewodniczący okręgu regencyjnego w Düsseldorf: Koordynacja opieki psychiatrycznej w okręgach i miastach wydzielonych Północnej Nadrenii Westfalii. Düsseldorf 1989
3. Niemiecki Bundestag: Sprawozdanie o sytuacji upośledzonych i rozwój rehabilitacji. Druk 10/1233 z 4.4.1984
4. Heimann, H. i Gartner, H.J.: Stosunek psychiatrii do sąsiednich dyscyplin Berlin 1986
5. Jaunich, H., Kulenkampff, C.: Poszkodowanie chorych psychicznie i upośledzonych. Relacje z obrad, tom 8 Kolonia 1983

tlum. Grażyna Pietruszewska