

REFORM DER PSYCHIATRIE

REFORMA PSYCHIATRII

Planowanie psychiatrii w obliczu pustej kasy: Szansa czy kryzys?*

Temat

Sformułowanie tematu zawiera trzy twierdzenia:

- Planuje się reformę.
- Kasy są puste.
- Reforma psychiatrii jest w kryzysie.

W związku z tymi trzema twierdzeniami nasuwają się z mojego punktu widzenia następujące pytania:

- Czy rzeczywiście planuje się reformę psychiatrii, czy też mamy tutaj raczej do czynienia z rezultatem dynamicznego rozwoju, wynikającego jednak z bardzo kompleksowego systemu?
- Czy rzeczywiście kasy są puste, czy też jedno z najbogatszych społeczeństw na tym świecie musi jedynie zrozumieć, że nie wszystko da się zrobić?
- Co to znaczy kryzys? Czy jest to kryzys instytucji stacjonarnych, którym nie wolno więcej drożyć? Czy jest to kryzys tzw. świadczeń dobrowolnych w opiece pozaszpitalnej, których przydatność jest kwestionowana z powodu nędzy finansowej komun, a może kryzys samorozumienia psychiatrii w jej orientacji na instytucje, a może kryzys terapeutów, którzy muszą pogodzić się z tym, że nie wszystko da się zrobić przy pomocy terapii?

Być może lęk przed końcem reformy psychiatrii oznacza lęk przed tym, że zabraknie pomysłów na reformę, albo też, że utracą one siłę impulsów?

Wszystkie te pytania narzucają mi się spontanicznie, lecz nie potrafię na nie odpowiedzieć. Spróbuję jednak wyjaśnić, jak ja rozumiem temat, którego się podjąłem.

O aktualnej sytuacji (kryzysowej) - kontekst

Po pierwsze:

Należymy do krajów, które na skutek nadmiernego zużycia surowców i nagromadzenia gigantycznej ilości odpadów stają się ciężarem dla całej ludzkości. W sytuacji kurczących się zasobów surowców naturalnych nabierają znaczenia kwestie dotyczące ekologii, ekonomii, a także kwestie społeczne. W przyszłości trzeba będzie bardziej troskliwie zużywać i strzec istniejących zasobów. Musimy się z tym pogodzić, że nie wszystkie nadwyżki wynikające ze stałego wzrostu gospodarczego będą rozdzielane wśród społeczeństwa.

Równocześnie rozwój naszego społeczeństwa zmierza w takim kierunku, że wzrasta liczba osób wymagających opieki, a zmniejsza się ilość tych, którzy mogą ich pielęgnować.

Rosnąca liczba starych ludzi wymagających opieki i związane z tym rosnące wydatki na pomoc socjalną są niemożliwe do sfinansowania. Za wcześniej jeszcze na ocenę, czy z nowo wprowadzonego ubezpieczenia pielęgnacyjnego wyniknie jakieś odciążenie dla budżetów komunalnych. Do tego dochodzą jeszcze obciążenia spowodowane bezrobociem, które najwyraźniej nie mają przejściowego charakteru, lecz z którymi trzeba się liczyć przez dłuższy czas.

Politycy reagują na tę sytuację ustawami o zmniejszaniu kosztów i żądaniami generalnego obniżenia standardu (rezygnacja ze zdobytego wyposażenia w domach pomocy i klinikach). Proponowana od dawna przez fachowców supremacja świadczeń ambulatoryjnych i półstacjonarnych nad stacjonarnymi ze względów ekonomicznych formułowana jest jako szansa.

To, co tak pobieżnie naszkicowałem, dałoby się objąć pojęciem „kryzysu na wysokim poziomie”. Przy tym psychiatrii - przynajmniej tej w szpitalach - nie powodzi się narazie tak źle. Jak ktoś niedawno powiedział, ze swoim rozporządzeniem dotyczącym personelu, które także w przyszłym roku spowoduje spory napływ pracowników, psychiatria znajduje się na „wyspie szczęśliwości”. Można byłoby pomyśleć, że w obszarze stacjonarnym kryzys polega raczej na lęku przed kryzysem.

W klinikach (w Nadrenii określanymi mianem rehabilitacyjne), które obłożone są tak zwanymi przypadkami wymagającymi opieki, finansowanymi ze środków opieki społecznej sytuacja wygląda o wiele gorzej. Kasy publiczne jęczą pod ciężarem ponoszonych kosztów, stąd też płatnicy na pomoc społeczną żądają oszczędności.

Obecnie również i sfera opieki pozaszpitalnej czuje się zagrożona. Spora część oferty leczniczej finansowana jest przez komuny na zasadzie dobrowolności, jako tzw. świadczenia dobrowolne. Jednak wobec zmniejszających się dochodów z podatków, komuny będą chciały ograni-

czyć się do świadczeń obowiązkowych. Do tej pory udało się jednak w znacznym stopniu uniknąć załamania.

Jeżeli ocena ta jest właściwa, to moim zdaniem należałoby wysnuć dwa wnioski:

- Niemożliwe jest utrzymanie uprawianej do tej pory podwójnej strategii, polegającej na jakościowym ulepszaniu obszaru stacjonarnego i równoczesnym stopniowym rozbudowywaniu obszaru pozastacjonarnego. Przyrost w sektorze pozastacjonarnym można osiągnąć tylko dzięki redystrybucji z sektora stacjonarnego. W tym sensie mamy do czynienia z problemem „radikalizacji reformy” (Dörner).
- Ponieważ dyskusja o zasobach staje się coraz bardziej zaciekle, trzeba będzie w wielu dziedzinach pożegnać się z myślami o jakościowej rozbudowie systemu. Oprócz obrony osiągnięć (opór przeciwko redukcji standardowej) będzie chodziło o fachowe sprawdzenie i ustabilizowanie oferty już istniejącej, co można rozumieć jako szansę.

Oba aspekty odnajdziemy w aktualnej dyskusji na temat reformy.

Aktualna dyskusja o reformie

W aktualnej dyskusji na temat reformy można rozpoznać moim zdaniem pięć kierunków rozwoju:

Od psychiatrii zakładowej do środowiskowej

Rozwój ten od wielu lat odciskał swoje piętno na reformie psychiatrii, jednak w wielu dziedzinach psychiatrii jest nadal aktualny (zwłaszcza w nowych landach). W związanych z nim procesach dehospitalizacji, oraz decentralizacji tkwi potencjał oszczędnościowy, interesujący szczególnie w czasach deficytu w kasach. W Nadrenii udowodniliśmy, że wraz z przekształceniem potencjału stacjonarnego na instytucje komplementarne poczyniono oszczędności na sumę 30 mln DM (rocznie). Taka polityka

* Wykład wygłoszony na V Sympozjum PNTZP, Wulkow, październik 1994.

liczenia kosztów doprowadziła do dobrze finansowo zabezpieczonego programu de-hospitalizacji, który wielu pacjentom utorował drogę powrotu do gminy.

Od psychiatrii skoncentrowanej na usługach leczniczych do psychiatrii zorientowanej regionalnie

Klaus Nouvertné sformułował następujące zdanie: „Świadczący usługi powinni przejąć odpowiedzialność za ludzi i regiony, a nie za instytucje. „To oznacza m. in., że zasadę obowiązku opieki należałoby odnieść nie tylko do obszaru stacjonarnego, lecz także pozastacjonarnego. Oznacza to również, że komuna musi stać się centrum działań specjalistycznych. Psychiatria musi stać się częścią kultury gminy, i co za tym idzie, musiałaby wziąć udział w politycznej dyskusji o rozdziale zasobów w komunie.

Od psychiatrii instytucjonalnej do personalistycznej

Według Kunze chodzi tu o to, aby uwzględniając gotowość klienta sporządzić konkretny plan pomocy w powrocie do normalnego życia. Plan ten obejmuje również cele klienta, zasoby, jakimi dysponuje, możliwości w zakresie czasowego i emocjonalnego obciążenia, a wreszcie osoby pozostające z nim w związku i pomagające mu.

Plan musi zawierać konkretne cele, przewidzieć dla nich adekwatne środki pomocnicze, a w celu aktualizacji także kontrolę skuteczności.

„Chodzi więc o to, aby osobom dotkniętym oraz osobom, które są dla nich znaczące, jak również istniejącym w regionie instytucjom ogólnomedycznym i socjalnym dać możliwość działania w sposób stabilizujący dla wspólnego radzenia sobie w środowisku życia osoby dotkniętej, pomimo nie ustępujących ciężkich zaburzeń psychicznych - zamiast odseparować daną osobę na dłuższy czas w jakimś zakładzie odległym od jej miejsca zamieszkania i w ten sposób na skutek wtórnych ograniczeń

instytucjonalnych spowodować uszczerbek w jej warunkach i jakości życia.” (Kunze)

Wyspecjalizowaną psychiatrycznie pomoc należałoby więc oferować w formie subsydiów, proporcjonalnie do własnego środowiska życiowego osoby upośledzonej z jednej strony i do istniejących w jej środowisku możliwości pomocy nie-psychiatrycznej z drugiej.

Planowanie psychiatrii a planowanie pomocy socjalnej

Wobec mnożenia się przypadków bezdomności wśród chorych psychicznie, widocznej zwłaszcza w dużych miastach, i związanego z tym ubożenia, należy domagać się, aby priorytetowym celem działań psychiatrycznych stało się zapewnienie chorym możliwości przeżycia. To znaczy, należałoby równocześnie zredukować wymagania terapeutyczne, a za cel postawić sobie zaspokojenie elementarnych potrzeb.

W tym celu konieczna jest nowa profesjonalna świadomość psychiatrycznego świata, tzn. trzeba nauczyć się pojmowania działań psychiatrycznych jako części pracy dla społeczności. W związku z tym psychiatria powinna zatroszczyć się o poprawienie podstawowej opieki. W konsekwencji takiej postawy zamiast wyspecjalizowanych służb profesjonalnych na czoło wysunęłoby się poradnictwo ogólnych służb socjalnych.

Działania psychiatryczne jako usługa

Postawa ta w niemałym stopniu oddiska swoje piętno na aktualnej dyskusji na temat zapewnienia jakości w psychiatrii. Jednak podobna orientacja pociąga również za sobą fakt, że reforma psychiatrii nie jest kształtowana jak gdyby „odgórnie”, przez profesjonalistów (koncentracja na oferentach), lecz musi kierować się potrzebami osób dotkniętych (użytkowników). W tym miejscu znajdują się też szanse na dialog osób zainteresowanych. Oznacza to szansę, że dynamika rozwoju wyniknie w

przyszłości z intensywną komunikacją pomiędzy specjalistami psychiatrami, pomocą ze strony obywateli, względnie organizacją, członkami rodzin i osobami dotkniętymi.

Perspektywy

Zaden z wymienionych przeze mnie aspektów nie jest (a przynajmniej nie bezpośrednio) związany z żądaniami większej ilości pieniędzy, to znaczy że ich realizacja możliwa jest także w czasach ubogich kas. Równocześnie zawierają one moim zdaniem szanse na dalszy rozwój opieki psychiatrycznej.

Ponadto leży mi na sercu następująca sprawa:

Powinniśmy zwrócić uwagę na to, aby w przyszłości w całym tym rozwoju technologia, struktury i cele harmonizowały ze sobą, przy czym pod pojęciem technologii rozumiem możliwą do instrumentalnego zastosowania sumę wiedzy, jaką dysponujemy. Mówię o tym dlatego, ponieważ

często dyskutuje się tylko w kontekście celów i struktur, zaniedbując aspekt technologii. Wydaje się, że właśnie w tej dziedzinie psychiatrii znajdują się znaczne deficyty.

W moim przekonaniu w kwestii wiedzy (technologii) możemy wiele nauczyć się od samych chorych. Stąd też wynika poniższe zakończenie:

Badania wykazały, że kiedy doświadczeni pracownicy psychiatrii chcą opisać, co jest dla nich ważne przy świadczeniu pomocy, dają pierwszeństwo zmiennej ludzkiej przed zmienną fachową. „Zmienność ludzka” to: zdolność słuchania, przeżycie własnych kryzysów życiowych i uporanie się z nimi, umiejętność współczucia, traktowanie pacjenta ze skromnością i szcunkiem.

Powazne potraktowanie tych potrzeb oznacza również jedną z szans dla dalszej pracy.