

FRIEDRICH LEIDINGER, RENATA BARLOG-SCHOLZ

Zapewnienie dobrej jakości jako instrument reformy psychiatrycznej*

Wprowadzenie

Reforma opieki psychiatrycznej w Polsce podobnie jak w Niemczech jest od lat siedemdziesiątych przedmiotem ciekawych i często kontrowersyjnych dyskusji prowadzonych w gronie fachowców jak i polityków. Dyskusje te dotyczą nie tylko wartości samych metod leczenia, czy też oceny konkretnych usług dla wybranej grupy chorych. W centrum ich uwagi leży raczej możliwość zapewnienia egzystencji ludziom, którzy ze względu na chorobę posiadają znacznie mniejsze możliwości zabezpieczenia własnego bytu materialnego, dążenia do osobistego szczęścia i kształtowania wzajemnych stosunków międzyludzkich. Z takich właśnie względów ludzie chorzy traktowani są często przez społeczeństwo jako kłopotliwi, czasem niebezpieczni, a w najlepszym przypadku jako stwarzający problem.

W roku 1995 będącym rokiem szczególnych rocznic, nieuniknioną jest refleksja nad postawą społeczeństwa europejskiego w stosunku do ludzi chorych psychicznie w ciągu ostatniego stulecia.

* Zapewnienie jakości usług (Qualitätssicherung, quality assurance) jako metoda wspierająca planowanie i kierowanie rozwoju usług psychiatrycznych opierających się na potrzebach klientów i wymogach ekonomicznych

Wykład wygłoszony na polsko-niemieckim Sympozjum Partnerstw, Gorzów Wlk., czerwiec 1995.

Od czasu powstania nowoczesnych instytucji psychiatrycznych, w wieku Oświecenia postawa ta przechodziła różne stadia; od optymizmu terapeutycznego i dążenia do rehabilitacji społecznej, poprzez rezygnację i izolację ludzi chorych, aż po agresywny stosunek do choroby i samych chorych.

Podczas I Wojny Światowej wywołanej przez Rzeszę Niemiecką po raz pierwszy uwyraźnił się nieludzki stosunek społeczeństwa do chorych psychicznie. W tym okresie ogólnej nędzy i ubóstwa ludzie żyjący w zakładach dla chorych psychicznie skazani byli często na bezlitosną śmierć głodową. W Niemczech i na okupowanych terenach odżywianie tych ludzi przestało być przedmiotem zainteresowania społecznego, wskutek czego w okresie od 1914 roku do lat dwudziestych zginęło kilkaset tysięcy ludzi.

Przed pięćdziesięciu laty zakończyła się II Wojna Światowa będąca równocześnie „wojną przeciwko chorym psychicznie”. Niemiecka psychiatria współpracowała w tym celu z organami państwa i Wehrmachtem zarówno we własnym kraju, jak i na ziemiach okupowanych. Na pograniczu wydarzeń wojennych około 200.000 do 300.000 ludzi zostało zamordowanych, a jeszcze raz tyle zostało poddanych przymusowej sterylizacji.

W okresie powojennym spuściznę tę przejęły dwa politycznie i społecznie różne państwa niemieckie. Polska natomiast, która uniknęła grożącej jej zagłady etnicznej, parała się z szeregiem trudności wewnętrznych i zewnętrznych. Pomimo różnych warunków tych państw w rozwoju psychiatrii zdają się przeważać podobieństwa niż różnice. Początkowa faza stagnacji przerwana na krótko wprowadzeniem nowych leków zakończyła się w latach siedemdziesiątych szeroką dyskusją nad zasadniczą reformą psychiatrii: Mannheim Kreis i Ankieta Bundestagu w RFN, Tezy z Rodewisch w NRD i tzw. Krakowska Szkoła Antoniego Kępińskiego oraz propozycje reformatorskie Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie. Warto w tym miejscu wspomnieć również, że Kępiński inspirowany był przez Romana Ingardena, filozofa Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i ucznia niemieckiego egzystencjalisty Heideggera. Z kolei na niemieckiego reformatora psychiatrii Caspara Kulenkampffa miał duży wpływ inny uczeń Heideggera - Ludwig Binswanger.

Ponieważ początek dążeń reformatorskich sięga okresu, którego wielu spośród dzisiejszych pracowników psychiatrii jak i jej obecnych konsumentów (pacjentów, ich rodzin) nie pamięta, niniejszy artykuł przedstawi aktualny stan reformy, jej cele i zasady uwzględniając również perspektywę niemiecką i polską.

Poprawa losu chorych i upośledzonych psychicznie, rozwój instytucji opiekuńczych zabezpieczających ich potrzeby, jak również ich integracja społeczna jest nadal aktualnym zadaniem. Zmianie uległy jedynie zewnętrzne warunki umożliwiające realizację tych celów.

Upadek ustroju socjalistycznego w Polsce i w Niemczech Wschodnich pozostał po sobie ogólny kryzys gospodarczy i społeczny. NRD straciła swoją egzystencję i zjednoczyła się z Niemcami Zachodnimi. Dzisiejsze Niemcy są wprawdzie największą siłą gospodarczą w Europie,

przeżywają jednak niezależnie od wysokiej koniunktury wzrastające zubożenie w sektorze społecznym i państwowym, jak również ciągły wzrost bezrobocia. Często zapowiadany jest upadek zabezpieczenia socjalnego. Polska z kolei ma do czynienia ze znacznie większymi problemami gospodarczymi i strukturalnymi. W obliczu rosnącego bezrobocia, rozpowszechniającego się zubożenia wielu warstw społecznych i przy minimalnych możliwościach finansowych koniecznymi wydają się zasadnicze reformy strukturalne.

A zatem pytanie o to, które z zasad psychiatrii okazały się, w ostatnich 20 latach skuteczne jest aktualnym pytaniem. W naszym referacie próbujemy odpowiedzieć na nie w 10 тезach, które nazywamy kryteriami jakości. W trzech rozdziałach pogłębiamy takie podstawowe pojęcia jak; podstawowe potrzeby, wolność wyboru i przymus, „zapewnianie dobrej jakości” i kontrola użytkowników. Na zakończenie poruszone zostaną krótko ich skutki dla polityki socjalnej gmin i dla strukturalnego rozwoju istniejących dużych ośrodków psychiatrycznych.

Kryteria jakości ambulatoryjnych, stacjonarnych i półstacjonarnych służb psychiatrycznych

Podstawą pomocy powinna być realizacja podstawowych egzystencjalnych potrzeb ludzkich. Konieczność korzystania ze specjalistycznych form opieki, wynikająca ze szczególnych problemów osób potrzebujących takiej pomocy, nie może być przyczyną wykluczenia danej osoby z podstawowego systemu opieki. Oznacza to, że wszelkie specjalistyczne usługi (np. terapię) należy zawsze rozumieć jako usługi uzupełniające podstawowy system opieki.

Podstawowe potrzeby

Pojęcie podstawowych potrzeb jest zawsze wyrazem koncepcji społecznych i antropologicznych. My rozumiemy je jako wyraz ludzkiej egzystencji, część fizjologicznych i społecznych uwarunkowań. W społeczeństwach przemysłowych zalicza się do podstawowych potrzeb:

- mieszkanie (prywatność, poczucie bezpieczeństwa, ochrona, intymność, rodzinność...),
- pracę (doświadczenie siebie, spełnienie siebie, solidarność, walka, sensowne zajęcie, bycie dla kogoś, sensowne wykorzystanie czasu...),
- czas wolny (doświadczenie siebie, realizacja siebie, zabawa, spotkanie przyjaciół, sztuka, estetyka).

W normalnych warunkach podstawowe potrzeby zaspakajane są niezależnie od siebie, tzn. w odrębnych obszarach, można by zatem powiedzieć, że moi koledzy nie są moją rodziną, moje miejsce pracy nie jest miejscem spędzania wolnego czasu, mój partner nie jest moim przełożonym.

Niewystarczające zaspokojenie podstawowych potrzeb prowadzi do znacznych zaburzeń psychicznych i społecznych. Wiemy, że ludzie znajdujący się w sytuacjach ekstremalnych (np. w obozie koncentracyjnym) dążą do ochrony swojej osobowości przed destrukcyjnymi wpływami otoczenia poprzez poszukiwanie zastępczych form zaspokojenia potrzeb intymności i bliskości.

Przeprowadzone przez Goffmana (1959) badania zakładów psychiatrycznych i więzień w USA wykazały zasadniczą analogię strukturalną pomiędzy tymi instytucjami polegającą na zorganizowaniu wszystkich trzech podstawowych potrzeb w ramach danej instytucji (pod jednym dachem) i podporządkowaniu ich autorytarnej przemocy. Goffman nazwał je, jak również podobne instytucje „instytucjami totalnymi”.

Opieka rejonowa

Służby udzielające pomocy w sensie usług społecznych powinny obejmować dokładnie określony i łatwo dostępny rejon. Ich zadaniem jest zapewnienie podstawowej opieki dla każdego poszukującego pomocy w sposób pozwalający na kontynuację życia we własnym otoczeniu. Do podstawowych usług zalicza się:

- pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego,
- pomoc w utrzymaniu kontaktów społecznych,
- pomoc w utrzymaniu i regenerowaniu zdrowia.

Opieka środowiskowa

Zaden człowiek nie powinien być zmuszony do opuszczenia swojego miejsca zamieszkania (własnego środowiska) w celu uzyskania koniecznej pomocy. Opieka środowiskowa wspiera zatem rozbudowę małych, łatwo dostępnych ośrodków. Zaletą takich ośrodków jest, nie tylko większa mobilność organizacyjna, ale również większa możliwość dostosowania się do aktualnych i indywidualnych potrzeb. Ich ograniczenia uzasadnione są z reguły czynnikami funkcjonalnymi i ekonomicznymi.

Orientacja lokalna

Usługi socjalne uwzględniają obok indywidualnej sytuacji osoby poszukującej pomocy również lokalne warunki, a w szczególności zasoby materialne i społeczne. Zmierzają one do osiągnięcia jakości odpowiedniej do danego problemu. Najlepszą jest taka pomoc, która sama dąży do uczynienia się zbędną.

Sieć socjalna

Usługi powinny być wykonywane w świadomości, że samopomoc, pomoc rodzinna i sąsiedzka oraz pomoc społeczna i fachowa są funkcjonalnie powiązane i uzupełniają się wzajemnie, przez co zwiększają swoją skuteczność. Istotnym aspektem fachowej pomocy jest zatem aktywne wspie-

ranie łączności pomiędzy różnymi obszarami działalności i udzielania pomocy.

Wolność wyboru

Oferty pomocy powinny zawsze respektować wolność wyboru osoby poszukującej pomocy. Wolność wyboru zakłada możliwość dokonania wyboru pomiędzy różnymi formami pomocy, włącznie z możliwością odrzucenia zaoferowanej pomocy.

Ograniczenie wolności wyboru uzasadnione jest konkretnym i bezpośrednim zagrożeniem osoby lub podstawowych praw osób trzecich. Przymus i leczenie pod przymusem dopuszczalne są zatem tylko w celu obrony przed takimi niebezpieczeństwami.

Wolny wybór i przymus

W naszym rozumieniu wolność osobista jest niezbędnym elementem ludzkiej egzystencji. W psychiatrii wolność wyraża się możliwością rzeczywistego wyboru pomiędzy przyjęciem lub odrzuceniem pomocy, możliwością wyboru pomiędzy różnymi formami pomocy, albo możliwością wyboru osoby pomagającej.

Z drugiej strony wolność wyboru ograniczona jest przez drugiego człowieka, jak również przez konieczności materialne i społeczne. W ośrodkach służby zdrowia lub pomocy socjalnej wolność jest jednakże często ograniczana samowolnie lub jednostronnie z punktu widzenia fachowców, terapeutów, pielęgniarek albo ze względów profitowych. Podstawą każdej pomocy dotyczącej również osób chorych psychicznie, musi zatem być zasada ponoszenia odpowiedzialności za siebie. Naruszanie osobistej odpowiedzialności a zatem osobistej wolności wymaga formalnego uzasadnienia prawnego, społecznego i fachowego.

Miarą przymusu jest istnienie faktycznych możliwości wyboru. Przymus i inne subtelne formy ograniczenia wolności mają prawo istnienia tylko w celu umożliwienia jednostce poprawnego odzyskania

wolności wyboru. W Niemczech ograniczenie wolności jest możliwe na podstawie odpowiednich rozporządzeń sądowych, a w Polsce uregulowane jest przez ustawę psychiatryczną. Jednakże często rzeczywistość w obydwu krajach odbiega od postanowień zawartych w odpowiednich rozporządzeniach.

Standard fachowy

Udzielana pomoc specjalistyczna powinna zachowywać określone standardy fachowe tzn. reguły postępowania zgodne z aktualnym stanem nauki i wiedzy medycznej, psychologicznej, psychoterapeutycznej, pielęgniarskiej i pracy socjalnej. Techniki lekarskie, terapeutyczne i pielęgniarskie stosowane w psychiatrii muszą być zgodne ze strukturami i celami danego systemu opieki.

Zasada dialogu

Psychiatria jest dziedziną, która nie może obyć się bez rozmowy. Warunkiem dobrej psychiatrii jest rozmowa pomiędzy pacjentem, rodziną a ekspertami, nazywana również dialogiem. Jej celem jest wyjaśnienie poszczególnych stanowisk i wspólne poszukiwanie rozwiązania. Negocjacje powinny zatem zawsze poprzedzać leczenie. Bez takich rozmów niemożliwa jest w naszym rozumieniu dobra psychiatria.

Ekonomiczność

Pomoc medyczna, pielęgniarska i socjalna zorganizowana jest wg. zasady ekonomiczności. Chodzi tutaj o uregulowany i adekwatny stosunek pomiędzy usługami a ich wynagrodzeniem. Niedopuszczalne jest wzbogacanie się służb udzielających pomocy na osobach potrzebujących pomocy.

Zapewnianie dobrej jakości

Pomoc medyczna, pielęgniarska i socjalna zorganizowana jest wg. zasady „zapewniania dobrej jakości”. W niemieckiej ustawie o opiece socjalnej i zdrowotnej (Sozialgesetzbuch) szpitale i ośrodki opieki społecznej zobowiązane są do podjęcia

kroków zmierzających do „zapewnienia dobrej jakości” usług zgodnie z międzynarodowymi normami ISO 9000-9004. Ważnym elementem zasady „zapewnienia dobrej jakości” jest orientacja na potrzeby klientów.

Zapewnianie jakości usług

Stały wzrost kosztów służby zdrowia w Republice Federalnej Niemiec był przyczyną zabiegów reformatorskich, których celem była lepsza kontrola wydatków. Od 1988 roku prowadziło to do stopniowego wprowadzania „zapewnienia dobrej jakości”. Szpitale i ośrodki opieki społecznej zobowiązane są ustawowo do podjęcia odpowiednich kroków i udziału w programach „zapewnienia dobrej jakości”. Dotyczy to jakości leczenia i pielęgnacji, jej organizacji jak i samych wyników. „Zapewnianie dobrej jakości” należy tak organizować, aby możliwe były pojedyncze lub pilotażowe kontrole i porównania pomiędzy różnymi ośrodkami. W szpitalach psychiatrycznych obowiązują jeszcze dodatkowe rozporządzenia.

Koncepcja „zapewnienia dobrej jakości” różni się:

- jakość struktury (system gospodarczy, zasoby materialne, organizacyjne i personalne, wykształcenie i kwalifikacja personelu),
- jakość procesu (system działania, dynamika kontaktów międzyludzkich w trakcie przyjęcia, diagnozy, leczenia, pielęgnowania i zwolnienia),
- jakość efektów, tzw. „outcome” (osiągnięcie złożonych terapeutycznych celów).

Jednakże ocena działania służb psychiatrycznych nie jest łatwa. Brak jednoznacznych odpowiedzi na takie pytania jak: czy dobra jakość osiągnięta jest wówczas, kiedy wyniki odpowiadają sformułowanym wymaganiom? W jaki sposób należy zatem formułować wymagania? Dzisiaj wia-

domo, że dyskusja o tym, co jest możliwe w medycynie porusza nie tylko aspekty finansowe lecz również etyczne. Czy „dobra jakość” jest zatem dążeniem do osiągnięcia optymalnego poziomu opieki przy równoczesnym uwzględnieniu istniejących możliwości? Czy wartość leczenia może być porównywalna z jakością towaru? Takie pytania zdają się sugerować możliwość udzielenia odpowiedzi na nie. Istotą zapewniania „dobrej jakości” jest nieustanne stawianie takich właśnie pytań i wnikliwe poszukiwanie odpowiedzi na nie.

Koncepcja „zapewnienia dobrej jakości” powstała początkowo w przemyśle amerykańskim, odgrywała szczególną rolę w projekcie Apollo. Jej dalszy rozwój, udoskonalenie i konsekwentne zastosowanie jako „systemu zapewnienia dobrej jakości” miał później miejsce w japońskim przemyśle samochodowym. Sukcesy w zastosowaniu tej koncepcji w procesie modernizacji przemysłu angielskiego doprowadziły do sformułowania międzynarodowych norm „zapewnienia dobrej jakości” ISO 9000-9004. ISO 9004 zawiera wskazówki dotyczące wprowadzenia „zarządzania jakością” (quality management) w usługach.

Jakie znaczenie może mieć systematyczne i konsekwentne wprowadzanie „systemu zapewnienia dobrej jakości” w szpitalach sugerują już same podstawowe pojęcia tej koncepcji, takie jak zasada ekonomiczności, orientacja na potrzeby, na klientów i pracowników.

Ekonomiczność rozumiana jest tutaj jako optymalne wykorzystanie istniejących zasobów. Zasadnicze znaczenie ma zatem zasada skuteczności i wydajności wszelkiej działalności. A zatem jest to nigdy nie kończące się dążenie do osiągnięcia optymalnych wyników pracy przy minimalnych nakładach.

Orientacja na potrzeby jest zobowiązaniem do nieustannego zadawania sobie pytań, czy oferowane usługi odpowiadają rzeczywistości potrzebom. Oznacza to zatem również ciągle kwestionowanie siebie.

Ważną rolę odgrywa tutaj transparentność ofert i świadczeń.

Z orientacją na potrzeby ściśle wiąże się orientacja na klienta, ponieważ oferty zorientowane na potrzeby nie mogą uwzględniać jedynie aspektów funkcjonalnych lub środowiskowo-politycznych. Ich uzasadnieniem muszą być indywidualne potrzeby jednostek, które mają z nich korzystać. Ponadto opinia pacjenta jako klienta odgrywa ważną rolę w zapewnianiu dobrej jakości usług. Jest to aspekt, który w psychiatrii nadal sprawia nam dużo trudności.

Klientami czy też użytkownikami w sensie „zapewnienia dobrej jakości” są w pierwszym rzędzie sami pacjenci, także wówczas, gdy w procesie leczenia koniecznym będzie zastosowanie przymusu. Zasadniczo klientami są również krewni chorych psychicznie. Jeżeli spojrzymy na instytucję psychiatryczną w jej społeczno-systemowym kontekście, użytkownikami są również mieszkańcy regionu, ponieważ poprzez opiekę nad chorymi psychicznie społeczeństwo uzyskuje poczucie bezpieczeństwa.

Kontrola i ocena ośrodków psychiatrycznych przez ich użytkowników wymaga nowego uregulowania stosunków pomiędzy biorącymi w niej udział grupami. Konieczne jest zastąpienie istniejących struktur hierarchicznych poprzez konsekwentne wprowadzenie wyraźnie uzasadnionych i określonych kompetencji i odpowiedzialności. Zachowania autorytatywne i nadużywanie władzy nie są zgodne z koncepcją ośrodka pracującego w oparciu o zasadę kolegialności i multiprofesjonalnej współpracy, jak również dialogu pomiędzy klientami a środowiskiem.

Dalszym ważnym pojęciem „koncepcji zapewnienia dobrej jakości” jest orientacja na pracownika. Chodzi tutaj o uświadomienie sobie roli pojedynczego pracownika w codziennej i konkretnej realizacji wyżej wymienionych zasad w ramach jego konkretnego miejsca pracy w danej insty-

tucji czy też ośrodku. Nie chodzi tutaj wyłącznie o kompetencje fachowe. Wysoka jakość świadczeń zależy w znacznym stopniu także od motywacji do pracy, ta z kolei od zadowolenia z pracy, zaś zadowolenie z pracy od szeregu dalszych czynników, takich jak np. informacji, uznania, wkładu osobistego, dostrzeżenia pojedynczego pracownika przez kierownictwo, możliwości podejmowania samodzielnych decyzji i ponoszenia odpowiedzialności, sposobu korygowania popełnionych błędów, sposobu udzielania pochwał i wielu podobnych czynników.

Porównanie dzisiejszych dyskusji z trwającą od lat dyskusją wokół reformy psychiatrii ukazuje uderzające analogie i równocześnie deficyty tejsze reformy. A zatem koniecznym wydaje się poszukiwanie metod wspierających realizację celów psychiatrii zorientowanej na pacjenta i środowisko, a znajdującej uzasadnienie w filozofii egzystencjalnej, psychologii humanistycznej i krytyce społecznej lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Zastosowanie „zapewnienia dobrej jakości” i „managementu jakości” może okazać się skutecznym instrumentem umożliwiającym konsekwentną realizację celów reformy psychiatrii.

Konsekwencje dla samorządu gmin i miast

Zadaniem samorządu komunalnego jest zatem rozumienie opieki nad ludźmi chorymi psychicznie i upośledzonymi jako integralnej części opieki socjalnej, dla której nie ma obecnie żadnych innych humanitarnych alternatyw. Okazuje się też, że psychiatria środowiskowa jest nie tylko pod względem fachowym i moralnym, ale również finansowym skuteczniejszym rozwiązaniem niż zakłady psychiatryczne. A zatem wysoki poziom takiej opieki leży również w interesie każdej gminy.

Pierwszym krokiem w realizacji tego typu opieki może być forum zainteresowanych grup. W RFN powstały w latach siedemdziesiątych „koła psychospołeczne” (Psychoziale Arbeitsgemeinschaften) będące miejscem wymiany poglądów pomiędzy pojedynczymi osobami i instytucjami działającymi w dziedzinie pomocy psychospołecznej. Od kilku lat biorą w nich udział również reprezentanci rodzin i pacjentów. W niektórych miejscach rozwinęły się komisje psychospołeczne, które spełniają funkcje doradcze i koordynujące w stosunku do administracji miasta.

Ze strony samorządu komunalnego konieczne jest powołanie koordynatora, którego zadaniem byłaby rozbudowa i koordynacja różnych usług psychiatrycznych. Zaletą takiej funkcji jest, nie tylko możliwość wpływania na rozwój usług, lecz również możliwość zapobiegania niekorzystnemu rozwojowi już w fazie planowania.

Ważnym jest, aby przed rozpoczęciem planowania dokładnie zostały określone rejony. W Niemczech Rządowa Komisja Ekspertów zaproponowała jako standard rejonu obszary liczące 200.000 mieszkańców. W Polsce korzystne mogą być inne obszary. Należy odczekać jeszcze na wyniki reformy terytorialnej. Ważnym wydaje się jednak, że niski poziom osiedlenia nie jest argumentem za dużymi centralnymi zakładami psychiatrycznymi. Przeciwnie, małe ośrodki z niewielką ilością miejsc (3-4) i uzasadnioną koncepcją mogą być zatem znacznie efektywniejsze i bardziej ekonomiczne.

Następnym krokiem powinna być dokładna analiza istniejących form opieki, ich porównanie z wymaganiami fachowymi i politycznymi.

Punktem wyjścia oceny istniejącej opieki będącego również bazą dla określenia planu działania jest tzw. „scenariusz najbardziej niekorzystnego przypadku”. Rozumie my przez to konieczność zapewnienia w pierwszym rzędzie opieki środowiskowej dla najtrudniejszych przypadków. Z nasze-

go punktu widzenia szanse realizacji celów reformy znacznie wzrastają, jeżeli nie ma możliwości „pozbywania się” problemowych przypadków. Często okazuje się, że taka opieka która została rozwinięta w szczególności dla osób „niezdolnych do terapii” i przewlekle chorych, jest najsukcesywniejszym i najbardziej atrakcyjnym punktem krystalizacyjnym kultury psychospołecznej również dla innych grup klientów. Dotyczy to również dalszego rozwoju koncepcji już istniejących, czy też dopiero powstających ośrodków psychiatrycznych.

W fazie rozwoju brakujących form opieki należy rozważyć, czy istniejące już instytucje mogą przejąć planowane funkcje, czy też rozbudowa nowych służb zmieni ich dotychczasową rolę, a może nawet uczyni niektóre z nich zbędnymi.

Do podstawowych form opieki zaliczamy:

- publiczną służbę psychiatryczną, której zadaniem jest poradnictwo, prewencja, opieka społeczna,
- opiekę kryzysową,
- poradnię wielospecjalistyczną,
- mieszkania opiekuńcze,
- miejsca pracy chronionej,
- oddział leczenia dziennego albo stacjonarnego.

Konsekwencje dla szpitala

Punktem wyjścia jest sformułowanie koncepcji szpitala, z której wynika „filozofia” ośrodka i jego zasadnicza postawa. Koncepcja ta, powstaje w ramach publicznego dialogu pomiędzy pracownikami ośrodka, pomiędzy pracownikami a użytkownikami i grupami społecznymi. Odpowiedzialność za rozwinięcie koncepcji ponosi kierownictwo, tzw. top-management.

„Zapewnianie dobrej jakości” wymaga odpowiedniej organizacji (quality management), której zadaniem jest ciągłe sprawdzanie celów ośrodka, ich realizacji i stałego rozwoju. Do organizacji tej zaliczamy:

- koordynatora całości działań związanych z „zapewnianiem dobrej jakości”,
- komisję składającą się z przedstawicieli różnych szczebli hierarchii, różnych grup zawodowych, różnych wydziałów i klientów. Zadaniem komisji jest planowanie aktywności dotyczących jakości całego ośrodka, należą do tego również aspekty dotyczące struktury i organizacji ośrodka, kryteriów pomiaru wyników, metody ewaluacji (program zapewniania dobrej jakości). Komisja jest powołana przez kierownictwo ośrodka, które w oparciu o przedłożone przez komisję wnioski podejmuje decyzje,

- grupy robocze powołane dla opracowania określonych problemów.

Ważną konsekwencją reformatorskich zabiegów szpitala jest samokrytyczna kontrola, czy i ewentualnie w jaki sposób dotychczasowe usługi szpitalne mogłyby być wykonywane w bardziej otwartych formach pomocy. Uzyskane przez redukcję zbędnych usług wolne zasoby mogłyby zostać wykorzystane dla poprawy istniejących standar-

dów (np. zwiększenia personelu, poprawy warunków lokalowych etc.), dla rozwoju nowych usług lub dodatkowych służb.

Jednym z rezultatów samokrytycznej oceny powinno być również otwarcie części oddziałów. Pracownicy powinni w zasadzie bardziej poczuć się odpowiedzialni za pacjenta czy też za określoną grupę pacjentów, niż za miejsce pracy. W ten sposób łatwiejszym byłoby dopasowanie różnych form (stacjonarny oddział dzienny, opieka pozaszpitalna) opieki do aktualnych potrzeb.

W konsekwencji, realizacja zamierzeń reformatorskich będzie prowadziła do stopniowego przejścia elementu opieki szpitalnej przez opiekę środowiskową. Szpital może stać się motorem systemu opieki psychiatrycznej, będącej integralnym elementem sieci służby zdrowia i opieki socjalnej w rejonie. Szpital psychiatryczny będący dotąd miejscem leczenia chorób psychicznych stanie się coraz bardziej centrum promocji zdrowia psychicznego.