

Oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym. Możliwości i ograniczenia

Historia tworzenia oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych sięga pierwszej połowy XVIII wieku. Wtedy to, Tomasz Guy wydzierżawił część szpitala Św. Tomasza w Londynie na potrzeby psychicznie chorych. Oddział liczył 20 łóżek, służył pacjentom uważanym za nieuleczalnie psychicznie chorych. Rzecz działa się w 1728 roku, zatem dużo wcześniej, niż reformy wprowadzone przez Pinela we Francji. W następnych latach powstawały kolejne takie oddziały, np. w 1736 roku French Protestant Hospital w Londynie oddał 42 łóżka na potrzeby chorych psychicznie, głównie w wieku podeszłym, a w 1741 roku - Edinburgh Royal Infirmary 12 pokoi dla chorych ze wszystkich klas społecznych.

Kolejne lata owocowały powstawaniem oddziałów w innych miastach Anglii (Manchester, Liverpool, Leicester). Co ciekawe, żaden z tych oddziałów nie dotrwał do połowy XIX wieku. Na początku ubiegłego stulecia zaczęto przenosić chorych do przytułków i azyli, a ostatni oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym przestał istnieć w 1859 roku.

W okresie późniejszym przyjmowano czasami do szpitali ogólnych chorych z łagodniejszymi objawami, głównie z zaburzeniami niepsychotycznymi. Zaburzenia świadomości, towarzyszące chorobom somatycznym leczono również w szpitalach ogólnych, gdzie wydzielono specjalne pomieszczenia dla tych

chorych, jednak zajmowali się nimi raczej portierzy niż pielęgniarki.

Gdy którykolwiek z chorych somatycznie zaczynał przejawiać zaburzenia psychiczne, był natychmiast wypisywany ze szpitala.

Sytuacja uległa zmianie w pierwszej połowie XX wieku. Zaczęto wtedy ponownie tworzyć oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych. W Anglii rozwijały się one w czterech podstawowych formach:

- oddziały obserwacyjne dla ostrych zachowań
- oddziały w szpitalach uniwersyteckich
- wyodrębnione łóżka psychiatryczne w oddziałach ogólnych
- oddziały dzienne.

Nasze stulecie, obfitujące w niezwykle trudne wydarzenia społeczne, a zarazem dynamicznie rozwijające zdobycze cywilizacyjne, jest czasem gwałtownego wzrostu liczby pacjentów psychiatrycznych. Dość powiedzieć, że w USA w 1860 roku leczono w szpitalach psychiatrycznych 85-tys. osób, a sto lat później - 535-tys. osób. Tworzone i rozwijane szpitale zamieniały się w kombnaty psychiatryczne złożone z dziesiątków oddziałów i tysięcy łóżek.

Stało się to powodem rozwijania alternatywnych metod leczenia, jak i powrotu do leczenia chorego w bardziej sprzyjającym środowisku. Głównacząść przemian dotyczy lat po drugiej wojnie światowej.

Przeprowadzone reformy zaowocowały zmniejszeniem ilości hospitalizowanych chorych, co ilustrują następujące cyfry: w Wielkiej Brytanii w 1954 stałe hospitalizowano 148-tys. chorych, a w 1985 roku - 65-tys. osób. W Stanach Zjednoczonych w 1955 - 559-tys. osób, a w roku 1980 - 13-tys. osoby. W Polsce w roku 1983 przyjęto około 130-tys. chorych. Baza szpitalna dysponowała w 1983 roku 40-tys. łóżek, z czego 2,5-tys. przypadało na oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych - w liczbie 39.

W 1968 roku rozpoczęto w naszym kraju reformowanie dużych szpitali psychiatrycznych, co przyjęło formę subrejonizacji. Termin ten określa podział rejonu działania szpitala na mniejsze jednostki - subrejon - i przyporządkowanie ich określonym oddziałom szpitala wraz z poradnią zdrowia psychicznego w tym subrejonie działającą. Pozwoliło to po raz pierwszy na realizację jednego z najważniejszych warunków opieki psychiatrycznej - jej ciągłości. Pozwoliło również na sukcesywne ograniczenie oddziałów dla przewlekłe chorych, likwidację oddziałów dla chorych niespokojnych, redukcję ilości łóżek. W 1970 roku liczba pacjentów w oddziałach stacjonarnych wynosiła 10 - 11 tysięcy, a w 1981 roku - 7.6 do 10 tysięcy.

Subrejonizacja spowodowała również wzrost ilości poradni zdrowia psychicznego o 11% w tym samym okresie. Subrejonowy oddział dużego szpitala psychiatrycznego stał się formą przejściową pomiędzy szpitalem psychiatrycznym, a oddziałem psychiatrii w szpitalu ogólnym.

Oddziałów takich istnieje obecnie 65, mają 4 124 łóżka, co stanowi 12% ogólnej liczby łóżek, którymi dysponuje lecznictwo psychiatryczne. W następnych latach planowane jest utworzenie kolejnych takich oddziałów w liczbie 91, co spowoduje wzrost ilości łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych do 9.6 tysiąca.

Druga połowa XX wieku jest czasem powrotu najczęściej chorych psychicznie do

szpitali ogólnych. Zdecydowały o tym względy ekonomiczne, kliniczne, społeczne. Jest to również czas przemiany w myśleniu o chorych psychicznie oraz czas ich powrotu do własnego środowiska. Rewolucja Pinela odbywa się jeszcze raz.

Oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym daje dużo większe możliwości oddziaływania na chorych, ich rodzinę i środowisko. Zwykle umiejscowiony jest w centrum miasta, stanowiąc część wielooddziałowego szpitala ogólnego. Powoduje to możliwość bezpośrednich kontaktów chorych psychicznie z chorymi z innych oddziałów. Spełnia się w ten sposób postulat decentralizacji i deinstytucjonalizacji psychiatrii. Kontakt z innymi chorymi, z ich rodzinami, pozwala na zmianę stereotypowego wizerunku chorego psychicznie jako osoby niebezpiecznej, o nieobliczalnych zachowaniach. Z drugiej strony, bliskość środowiska własnego chorego utrudnia ukrycie choroby, do czego zarówno chorzy, jak i ich rodziny często dążą. Zmiana stereotypu społecznego oglądu chorych jest poprzez te kontakty ułatwiona globalnie, choć dla niektórych chorych może być bardzo trudna ze względu na odrzucające postawy otoczenia.

Umiejscowienie oddziału blisko miejsca zamieszkania chorych jest atutem wykorzystywanym w terapii. Pozwala na bezpośredni wpływ na rodzinę chorego, na modyfikację systemu społecznego, w którym żyje chory. Pozwala to, poprzez terapię małżeńską czy rodzinną na niwelowanie niekorzystnych czynników zwiększających możliwość nawrotu choroby, poprawia funkcjonowanie społeczne chorych i ich jakość życia. Możliwość takiego wpływu w dużym szpitalu psychiatrycznym jest dużo mniejsza. W związku z rejonizacją odległość pomiędzy miejscem zamieszkania chorego, a dużym szpitalem sięga niejednokrotnie kilkudziesięciu kilometrów.

Oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym jest zwykle częścią systemu terapeutycznego, w skład którego wchodzi

poradnia zdrowia psychicznego, oddział dzienny, zespół hospitalizacji domowej, klub pacjentów oraz inne formy pośrednie. Pozwala to na spełnienie postulatu ciągłości opieki psychiatrycznej jak i na wytworzenie pozytywnych, partnerskich więzi między chorym, a terapeutą. Służy temu również przyjęta w tym systemie jednolita doktryna terapeutyczna.

Tworzone obecnie w Polsce Środowiskowe Domy Samopomocy mają szansę na włączenie się do tego systemu, głównie poprzez działania rehabilitacyjne. System taki utworzono w bieżącym roku w Chorzowie, a pierwsze rezultaty jego działania są bardzo zachęcające.

Istniejące w naszym kraju oddziały dzienne nie stanowią jak dotąd alternatywy dla oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych ze względu na słabo rozwiniętą ich sieć, oraz niewielką ilość przyjęć (5.1% ogólnej liczby chorych). Wzmacnia to automatycznie rolę oddziałów przy szpitalu ogólnym.

Przejęcie funkcji oddziału subrejonowego przez oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym stwarza również określone problemy.

Pierwszym z nich jest problem chorych niespokojnych i agresywnych. Struktura oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym jest kompromisem między oddziałem zamkniętym, a zwykłym oddziałem szpitalnym.

Powstaje zatem nowa jego rola wobec opisanych wyżej chorych. Z jednej strony struktura i organizacja oddziału muszą zapewnić bezpieczeństwo takiemu choremu i ochronić innych chorych przed jego niedostosowanymi działaniami, z drugiej strony stworzyć taką atmosferę terapeutyczną poprzez zmniejszenie poziomu lęku chorych i personelu, aby chory ten mógł łatwiej dostosować się do wymogów systemu. Zwykle kompromis ten pozwala na opanowanie zachowań najbardziej zagrażających.

Odbywa się to poprzez działania medyczne, wpływ społeczności terapeutycz-

nej, system otwartych drzwi, urlopów i przepustek, itp.

Nie zmienia to jednak faktu, że niektórzy pacjenci wymagający zwiększonego nadzoru, słabo reagujący na leczenie, stanowią zbyt duże zagrożenie dla siebie i innych chorych, co zmusza do przeniesienia ich do dużego szpitala psychiatrycznego. Stanowi to istotne ograniczenie funkcji oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym.

Drugim ograniczeniem jest problem przewlekłe chorych. Chodzi tu o taką kategorię chorych, których uciążliwe zachowanie nie pozwala na przeniesienie ich do domów pomocy społecznej, wymagają oni natomiast zwiększonej opieki psychiatrycznej. Trudno sobie wyobrazić, by w oddziale psychiatrycznym przy szpitalu ogólnym funkcjonowała taka grupa chorych, gdyż zaburzałoby to podstawowe funkcje terapeutyczne takiego oddziału. Sprawa ta, słabo uregulowana w naszym kraju, wymaga dalszych działań, w tym legislacyjnych.

Jeszcze innym ograniczeniem, choć całkowicie zrozumiałym, jest sprawa obserwacji sądowo - psychiatrycznych. Tu rola dużego szpitala jest nie do przecenienia, zwłaszcza wobec chorych obserwowanych pozbawionych wolności. Nie istnieje jak dotąd w Polsce wyspecjalizowana struktura przeznaczona do przeprowadzania obserwacji sądowych sprawców najcięższych przestępstw, zatem siłą rzeczy obowiązek ten spada na duży szpital psychiatryczny. W oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych prowadzone są obserwacje chorych pozostających na wolności za ich zgodą. Nie przypuszczam, by stanowiło to ograniczenie jego funkcji, zwykle oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych takich obserwacji odmawiają. Orzeczona ewentualnie po obserwacji internacja odbywa się wyłącznie w dużym szpitalu psychiatrycznym.

Zaletą oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym jest czynny udział w przeciwstawianiu się instytucjonalizacji. Tryb postępowania leczniczego zapobiega po-

wstawaniu objawów hospitalizmu, dłuższe pobyty chorych w oddziale nie wpływają tak niekorzystnie na ograniczenie kontaktów społecznych, jak na przykład w oddziale dla przewlekłe chorych.

Z drugiej strony pacjent przebywający w bezpiecznym azylu, bez wymagań jakie stawia przed nim terapia, jest mniej skłonny do zachowań impulsywnych, zatem mniej sobie zagraża. Chory przebywający w oddziale psychiatrycznym przy szpitalu ogólnym podlega presji personelu, innych chorych, rodziny - oczekujących od niego pozytywnych zmian w funkcjonowaniu. Być może tłumaczy to większą ilość podejmowanych przez chorych prób samobójczych w oddziałach niż w szpitalach psychiatrycznych.

Deinstytucjonalizacja nie może być natomiast jedynym sposobem na ograniczenie ilości chorych długotrwale hospitalizowanych. Wzorem innych krajów potrzebne jest stworzenie stopniowego systemu wychodzenia chorych z zależności od instytucji. Etapem takiego wychodzenia może stać się oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym. Wymaga to nawiązania bezpośrednio współpracy między oddziałem subrejonowym a oddziałem psychiatrycznym przy szpitalu ogólnym.

Gdyby traktować oddział subrejonowy dużego szpitala jako formę przejściową między szpitalem zamkniętym, a oddziałem psychiatrycznym przy szpitalu ogólnym, współpraca taka zaowocować może zmniejszeniem populacji najbardziej zdeteriorowanych chorych. Może to również powodować spory kompetencyjne i zacierananie się różnic pomiędzy nimi, co mogłoby niekorzystnie odbić się na chorych.

Nie porównano jak dotąd skuteczności działania oddziału subrejonowego i oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym. Na przeszkodzie stoi brak narzędzia do przeprowadzenia takiej ewaluacji. Zbyt duża ilość zmiennych stanowi tu istotny problem badawczy. Jak sądzę, najbliższe lata pozwolą na takie porównanie, zwłaszcza przy ustaleniu się względnej równo-

wagi ilościowej między nimi - planowane 50% łóżek w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i 50% w dużych szpitalach.

Historia oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych jest dość długa i wciąż otwarta. Oddział taki stanowi alternatywę dla leczenia w dużym szpitalu psychiatrycznym, jest też łącznikiem między sposobem leczenia, a postępowaniem leczniczo - rehabilitacyjnym dobrze osadzonym w środowisku chorego. Pozwala na płynne przejście od objawów do zdrowia, optymalnie wykorzystując możliwości niesienia pomocy choremu poprzez istnienie w systemie instytucji psychiatrycznych.

Łatwiej zatem o ciągłość leczenia i skrócenie pobytu chorego w szpitalu do niezbędnego minimum. Współpraca z oddziałem subrejonowym dużego szpitala psychiatrycznego pozwala objąć opieką wszystkich potrzebujących tej opieki chorych.

Piśmiennictwo:

1. Barbaro B., Cechnicki A.: Możliwości i ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznej z perspektywy systemowej i z perspektywy psychiatrii społecznej. *Psychiatria Polska* 1992, 1 - 2, 155 - 159.
2. Dąbrowski S.: Decentralizacja lecznictwa psychiatrycznego. *Psychiatria Polska* 1996, 4, 547 - 554.
3. Koniecznyńska Z.: Oddziały dzienne jako alternatywa hospitalizacji dla różnych grup chorych psychicznie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994, 3, 97 - 108.
4. Mayou R.: The History of General Hospital Psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 1989, 155, 764 - 776.
5. Thornicroft G., Bebbington P.: Deinstitutionalisation - from Hospital Closure to Service Development. *British Journal of Psychiatry* 1989, 155, 739 - 753.
6. Trembla K., Trembla W.: Model zintegrowanej jednostki psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *Pamiętnik XXXVIII Zjazdu Psychiatrów Polskich. Wrocław* 4 - 7. 05.1995, 171.

TOMASZ GIERSZ

Projekt der Umstrukturierung des Bezirkskrankenhauses für Nerven- und Psychischkranke in Warta

Förderung des Krankenhauses in der Umgebung

Bis jetzt wurde das Krankenhaus unter dem Gesichtspunkt der Vergangenheit gesehen, wo manchmal nur sein bloßer Name Angst, Unruhe und Furcht vor einer Zwangsisolation hervorrief.

Eine Änderung von Funktionen des Krankenhauses, seiner Aktivitäten und Behandlungsformen dürfen nicht ohne eine angemessene Informationsarbeit in seiner Umgebung stattfinden. Notwendig ist also eine ständige und konsequente Förderung des Krankenhauses in der Umgebung. Man muß alle zugänglichen Informationsträger benutzen, damit ein psychiatrisches Krankenhaus keine Angst mehr auslöst und sich zu einer Einrichtung entwickelt, in der man eine gute fachmännische psychiatrisch - psychologische Hilfeleistung in einer sicheren Atmosphäre erhält. Solche Informationsarbeit wurde im Laufe des letzten Jahres durch das lokale Fernsehen, Radio und die lokale Presse mit Erfolg durchgeführt.

Laut den zwischen Behörden einzelner Woiwodschaften geschlossenen Vereinbarungen gewährleistete das Bezirkskrankenhaus für Nerven- und Psychischkranke in Warta (weiterhin Krankenhaus genannt) eine ganztägige psychiatrische Versorgung für die Bevölkerung der ganzen Woiwodschaft Sieradz und für einen

Teil der Woiwodschaften Kalisz und Konin. Zusätzlich erfüllte es auch die Funktion einer Heilanstalt für diejenigen Personen aus der Woiwodschaft Piotrkow Trybunalski, die auf strafrechtlichem Wege ins Krankenhaus eingewiesen wurden. Das Krankenhaus verfügt über 14 Abteilungen, darunter 8 mit Beobachtungs - diagnostischer Ausrichtung, 3 für chronisch Kranke, eine für psychisch Kranke, die an Tuberkulose leiden, eine Entzugs- und eine Rotationsabteilung. Unter der Obhut des Krankenhauses stehen zusätzlich 24 zu Hause bleibende Kranke. Außerdem verfügt das Krankenhaus über eigene Werkstätten, Küche, Heizraum, Hotel für Krankenschwestern, drei Wohnblocks, Wohn- und Verwaltungsgebäude, Wirtschaftsgebäude. Der Eigentümer des Grundstücks ist der Staat und das Krankenhaus benutzt es nur. Das Krankenhaus wird durch die Woiwodschaft mit Geldern für das Gesundheitswesen finanziert.

Aufgaben des Krankenhauses in der kommunalen psychiatrischen Versorgung

Die psychiatrische Versorgung im Einzugsgebiet des Krankenhauses sollte in billigeren Übergangsformen ausgebaut werden. Das Krankenhaus selbst wird die Rolle einer Heilanstalt für diejenigen Patienten erfüllen, deren Behandlung in offe-