

ELMAR SPANCKEN

Proces dehospitalizacji w Bedburg - Hau*

To oczywiście, że mówiąc o projekcie z Blankenburga wspominamy również o Bedburg - Hau. Projekt blankenburski dobiegł właśnie końca, gdy my rozpoczęliśmy w roku 1990 jego realizację. Gdyby był tu dziś z nami Peter Kruckenberg, to z pewnością przypomniałby sobie następującą sytuację: na początku 1990 roku był gościem w Bedburg - Hau, gdzie proszono go jako eksperta o wyrażenie opinii. Rozejrzał się po naszym szpitalu, po czym wprost do kamer telewizyjnych powiedział: „Zakład ten”, stwierdził bezlitośnie, „zakład ten trzeba zlikwidować tak szybko, jak to tylko możliwe!” Opinia ta niczym ciemna chmura unosiła się jakiś czas nad Bedburg - Hau. Wielu z nas myślało: „Teraz nas zlikwidują, jak Blankenburg.”

Z Gütersloh dochodziły do naszych uszu ostrzegawcze słowa Klause Dörnera: „Nie wolno spocząć, dopóki ostatni pacjent chronicznie chory nie opuści szpitala!” Przed trzema tygodniami staliśmy się świadkami sytuacji, że i ten cel jest osiągalny. W ramach Gütersloher Fortbildungswochen (tygodniowego kursu dokształcającego w Gütersloh) zgłoszono wypis ze szpitala ostatniego chronicznego pacjenta.

Jak więc żyjemy w Bedburg - Hau z takim założeniem? Bo też nigdy nie sformułowaliśmy celu kompletnej likwidacji. Nie

mogliśmy sobie tego wyobrazić i w dalszym ciągu jakoś nie możemy.

Ale w ostatnich pięciu latach szpital opuściło niemal 300 pacjentów chronicznie chorych, którzy zostali umieszczeni w mieszkaniach o nowej formule. Od tej pory na terenie szpitala zamknięto 12 budynków i oddziałów. Ale ciągle jeszcze w szpitalu przebywa ponad 400 chorych psychicznie, rozmieszczonych w 24 budynkach i oddziałach.

Porównanie sytuacji w Blankenburg i w Bedburg - Hau narzuca również pytanie: „Jak dalece jasno i konsekwentnie trzeba sformułować cel? Nawet jeżeli w Blankenburg w momencie rozpoczęcia drogi cel był oczywisty, to my w Bedburg - Hau mieliśmy odczucie, że „ruszymy w drogę i poszukamy celu”.

Przyczyną do takiego rozwoju sytuacji w Bedburg - Hau i w Nadrenii był w pewnym sensie dość niezwykły, ponieważ u jego początków nie stał racjonalny plan likwidacji instytucji wywodzący się z nowoczesnych koncepcji opieki zdrowotnej, lecz raczej akt spontaniczny, zabarwiony emocjonalnie: względnie duża kwota (70 mln marek) została wydana zaskakująco szybko na program, który w zdumiewający sposób został sformułowany przez ogół, a brzmiał po prostu: „Program polepszenia jakości życia pacjentów chronicznie chorych”. Czy z naszej strony nie było to nie-

dbalstwem, że nie powiązaliśmy tej decyzji z żadnym bardziej precyzyjnym sformułowaniem celu? Po czasie wiele przemawia za tym, że dobrze się stało. Nagle stworzone zostało pole do działania, które można było względnie swobodnie kształtować. Przede wszystkim otrzymaliśmy z zewnątrz impuls do tworzenia nowej oferty, a nie polecenie likwidacji szpitala.

Gdy organ finansujący nasz szpital podał krytycznej i gruntownej ocenie sytuację życiową pacjentów chronicznych, doszedł do następujących wniosków: około 850 pacjentów przebywało w pomieszczeniach, które przeznaczone były dla maksymalnie 450 chorych. Pacjenci żyli od 20, 30 lat w domach niedostosowanych do wymogów współczesności, częściowo w dużych salach, zazwyczaj w oddziałach zamkniętych. Warunki te, jak brzmiała opinia, były w dużej mierze poniżej godności ludzkiej.

Opinia ta wywołała u polityków spore i wiarygodne poruszenie, co związane było prawdopodobnie z tym, że mieli oni raczej poczucie, iż w ostatnich 20 latach stworzono w Nadrenii odpowiadającą duchowi czasu psychiatrię środowiskową. Również i w Bedburg - Hau psychiatrię stanów ostrych od dawna kształtowano według nowoczesnych zasad. Było to niczym przestraszczeniem z powodu czegoś, o czym się zapomniało.

Jeśli pomyśli się o tym, jak mozolnie i długo trzeba z reguły wdrażać cele psychiatrii, dla których ma się mnóstwo dobrych, udokumentowanych argumentów, to warto zwrócić uwagę na to, że istnieje także i ta droga: działanie spontaniczne i emocjonalne.

Również w Bedburg - Hau start był nietypowy: gdy zadziały już impulsy programu inwestycyjnego, tu i tam zakupiono już domy, to w odniesieniu do samego szpitala nie mieliśmy żadnej konkretnej koncepcji. Mogliśmy ją sformułować dopiero wtedy, gdy praktyczna praca była już w toku. Ja sam jako odpowiedzialny za projekt pra-

cowalem już wprawdzie 17 lat w mniejszych instytucjach psychiatrii środowiskowej, ale świat wielkiego szpitala psychiatrycznego był dla mnie czymś nowym. Wydawał mi się niezwykle i skomplikowany, widziałem siebie w konfrontacji z zastanawianymi przepełnionych oddziałów i zastanawiałem się, od czego by tu zacząć.

Wkrótce, żeby mieć jakiś przegląd sytuacji sporządziliśmy zestawienie statystyczne. Między innymi pytaliśmy również pracowników o to, których pacjentów mogliby wyobrazić sobie żyjących poza szpitalem. W ten sposób wyłoniliśmy 350 pacjentów. Liczba ta odpowiadała mniej więcej ilości nadprogramowych pacjentów w oddziałach dla chroniczków. W tym momencie można już było sformułować w zarysach pierwszy cel: możliwości wynikające z posiadania 70 mln marek powinny doprowadzić do tego, aby około 300 pacjentów w najbliższych pięciu latach mogło opuścić szpital. Ale w jaki sposób?

Z perspektywy czasu ważniejszym było znalezienie odpowiedniej postawy względem tego problemu niż przedstawienie gotowej koncepcji. Postawy względem osobliwości tego zakładu i jego skomplikowanych konstelacji. Jak nastawić się emocjonalnie? Oburzenie czy zrozumienie, cierpliwość czy zniecierpliwienie, konfrontacja czy kooperacja?

Opiszę w tym kontekście wrażenia z pawilonu 12, ponieważ z pewnych względów są one reprezentatywne dla świata tej instytucji: przestarzały, zewnętrznie uroczy, w środku ponury budynek. Na oddziale przebywało 38 pacjentów, niektórzy od 30 lat i dłużej. Ich życie rozgrywało się w trzech salach: sala pobytu dziennego, w której podawano również posiłki, przechodziła w dwie sypialnie. W jednej z nich spało tylko w łóżko 16 pacjentów, druga było poprzedzielana prowizorycznymi ściankami na koje, w których stały po cztery lub więcej łóżek tak ciasno, że nie można było przejść pomiędzy nimi. Jedną wspólną łazienką umożliwiającą jedynie wspólną kąpiel.

* Wykład wygłoszony na VI Sympozjum PNTZP, Rybnik, październik 1995

Oddział był zamknięty i tylko kilku pacjentów mogło z niego swobodnie wychodzić.

Podczas mojej pierwszej wizyty w tym miejscu byłem przerażony panującymi tu warunkami i zapowiedziałem, że ten oddział z pewnością zlikwidujemy jako jeden z pierwszych. Reakcja pracowników była dość nieoczekiwana: „Chyba nie chce nas pan rozdzielić? Jesteśmy przecież niczym jedna wielka rodzina”. Pielęgniarki i pielęgniarze opowiadali z dumą o swoich działaniach. Starano się nawiązać kontakty z członkami rodzin. W formie obrazków i opisów uwieczniano uroczystości obchodzone w oddziale. W piwnicy urządzono bar, w którym świętowano urodziny każdego pacjenta. W kącie spiżarni stworzono nawet warsztat do pracy w drewnie. Spora część tych działań odbywała się w czasie wolnym od pracy. Szczególną dumą napawała pracowników pewna stara tradycja: raz w roku cały oddział wyjeżdżał na urlop w pobliskie góry i mile spędzał kilka dni w pensjonacie. Następnie wszyscy wracali do zamkniętego oddziału. Również pacjenci nie pozostawiali żadnych wątpliwości co do tego, jak dobrze czuli się w pawilonie nr 12.

W zamkniętym świecie nikt już nie poddaje w wątpliwość warunków ramowych. Zaangażowanie i kreatywność pracowników koncentruje się na kształtowaniu tego świata. Oni wypełniają go również emocjonalnie i słusznie dumni są ze swoich osiągnięć. Zadoleni są także pacjenci, ponieważ nie traktują już alternatyw pochodzących z zewnątrz jako możliwości i punktów odniesienia.

Wielu pacjentów z pawilonu 12 żyje dzisiaj w domach w centrum pewnego małego miasteczka. Mają swoje pokoje i chodzą do pobliskiego warsztatu. I nie chcą już wracać do szpitala.

Ale droga wiodąca do likwidacji pawilonu 12 była skomplikowana, a dla niektórych pracowników bolesna. Wynieśliśmy z tego pewną naukę na przyszłość: jeżeli nasze oburzenie na warunki ramowe od-

bierane jest przez pracowników jako niedoceniecie ich dotychczasowych działań, to wiele przez to tracimy. Zapowiedź likwidacji oddziału będzie przeżywana niczym osobista obraza, jeżeli nie uda nam się przekazać tego, że trzeba zmienić warunki, natomiast że wysoko ceni się osiągnięcia pracowników. Sprawa pawilonu 12 miała w sobie jednak coś z ambiwalencji tkwiącej w całym tym procesie. Pacjenci i pracownicy odważyliby się na coś nowego, ale skrępowani byli obawami i przyzwyczajeniem. Ja sam odczuwałem tę ambiwalencję: sympatię dla tych aspektów instytucji, które stwarzają poczucie bezpieczeństwa i pewności w relacjach międzyludzkich. Jakiś czas pytałem sam siebie, czy to rozdwojenie nie stanowi przeszkody, nie jest słabością szkodzącą raczej celowi. Czy do przezwyciężenia panującej w szpitalu tendencji do zachowania istniejącego stanu rzeczy nie potrzeba większej jednoznaczności i jasności.

Dzisiaj uważam, że ambiwalencja ta pomogła nam. Wydaje mi się wręcz, że jest warunkiem zachowania równowagi w tym tak skomplikowanym procesie. Nie potrafię tego bliżej uzasadnić, ale uważam, że najpierw trzeba się zidentyfikować z instytucją, jeśli chce się ją rozwiązać. Z czasem opracowaliśmy kilka punktów, ważnych dla dalszej pracy: pacjenci i pracownicy mogą się odważyć na krok na zewnątrz tylko wtedy, jeżeli potrafią dokładnie poznać i sprawdzić alternatywy. Pacjenci powinni sami decydować o tym, czy chcą zostać czy odejść. Są zachęceni do sprawdzania alternatyw, a ich decyzja jest respektowana. Mogą też wrócić, jeżeli im się nie spodoba. To, że pacjenci i pracownicy wspólnie opuszczają szpital może okazać się czymś pozytywnym. Powstaje bowiem coś nowego, ale z elementami czegoś znajomego.

Główna rola przypada personelowi sprawującemu opiekę nad pacjentami. Żadna inna grupa zawodowa nie potrafi lepiej połączyć ze sobą tych dwóch rzeczy: od-

wagi do odejścia i ostrożności mającej swoje źródło w tym, co tradycyjne.

Ogromne znaczenie miał fakt, że udało nam się pozyskać dla naszego projektu zastępcę kierownika personelu pielęgniarskiego. Po przepracowanych 40 latach stanął autorytet i był postacią wiodącą. Palił się do tego, aby coś zmienić i potrafił zmotywować innych. Kilku zasłużonym pielęgniarkom z oddziału powierzaliśmy opiekę nad pacjentami w ich nowych mieszkaniach, przy czym absolutnie nie przeszczepiali oni na zewnątrz zasad panujących w instytucji, lecz w nowym środowisku podjęli nową rolę.

Nie może dojść do podziału pracowników na postępowych i zacofanych, np. na młodych „postępowych” psychologów i starego „zacofanego” personelu pielęgniarskiego. Dlatego ważnym, ale bardzo skomplikowanym zadaniem jest szeroka integracja pracowników ze wszystkich grup zawodowych. Nie wolno też dopuścić do powstania podziału pomiędzy tym, co „wewnątrz”, a tym co „na zewnątrz”: tylko to, co powstało na zewnątrz jest dobre, a to co pozostało wewnątrz nie zasługuje już na uwagę. Jak długo w szpitalu będą przebywali pacjenci chronicznie chorzy, tak długo będą musieli brać udział w procesie poprawy. W pustych pawilonach urządziliśmy kawiarnię, oddziały dzienne, pomieszczenia do ergoterapii, otworzyliśmy oddziały zamknięte, zredukowaliśmy przepelnienie oddziałów, jak również odnowiliśmy i przebudowaliśmy kilka budynków. Musi istnieć jakaś pozytywna wizja dla przyszłości szpitala i tego terenu: równoległe do odwrotu i redukcji psychiatrii szukamy nowych sposobów spożytkowania terenu szpitala. Mamy taki projekt, aby do szpitala wkroczyło normalne życie środowiska w takim samym stopniu, w jaki pacjenci wkraczą w życie naszego otoczenia. W ramach tego projektu specjalny program dehospitalizacji nabrał określonego kształtu. Powstał on w wyniku głębokich dyskusji prowadzonych wśród wszystkich grup zawodowych i na wszystkich

szczeblach hierarchii. Nowe obszary działania wyzwoliły wiele zaangażowania i kreatywności. Stopniowo można było sformułować cele krótko- i długoterminowe, które jednak musieliśmy stale korygować i dopasowywać do nowych warunków.

W zasadzie realizowaliśmy następującą koncepcję ramową: w miastach obwodu Kleve tworzyliśmy systemy złożone z grup mieszkalnych, małych domów dla pacjentów i miejsc pracy. Narazie wszystko to finansowane jest przez szpital. Projekty te stanowią równocześnie wkład do budowy środowiskowego systemu opieki zdrowotnej na obszarach, które są jej jeszcze pozbawione.

W bardziej oddalonych regionach, np. w Zagłębiu Ruhry inni płatnicy urządzili mniejsze domy dla pacjentów. Służą one osiedlaniu się pacjentów, którzy przybyli do Bedburg - Hau przed 20 laty lub jeszcze dawniej.

Po pięciu latach znajdujemy się u kresu tego siedemdziesięciomilionowego programu. W nowo utworzonych instytucjach żyje prawie 300 pacjentów.

Podstawowym pytaniem, jakie stawiali sobie wszyscy ambiwalentnie nastawieni pracownicy brzmiało: co pacjenci sądzą o swojej nowej sytuacji?

Dlatego też, zainicjowaliśmy badania towarzyszące projektowi (Fr. Dr. Ropers), które odpowiadały na wiele interesujących pytań. Najważniejsze z nich skierowane było do pacjentów żyjących na zewnątrz: „Wie pan/i, że w każdej chwili może pan/i wrócić do szpitala, jeżeli się panu/i tutaj nie spodoba. Czy wobec tego chciałby pan/i wrócić do szpitala?” Niemal wszyscy mieszkańcy udzielili spontanicznie odpowiedzi negatywnej i to całkiem nie ambiwalentnej: „Nie, tutaj bardziej mi się podoba!” Również szczegółowe pytania o różne dziedziny życia dały jednoznaczny obraz: we wszystkich aspektach zadowolenie było znacznie większe niż niezadowolenie.

U 10% pacjentów, którzy odważyli się na ten krok, eksperyment nie powiódł się. Z różnych powodów powrócili do szpitala. Będziemy musieli się nad tym zastanowić.

W którym miejscu znajdujemy się obecnie? Na terenie szpitala przebywa ciągle jeszcze 400 pacjentów chronicznych. Wielu z nich wymaga stałej opieki, wielu ma głębokie zaburzenia.

Jesteśmy zdania, że proces ten może i musi być kontynuowany. W ubiegłym roku wydawało się, że ustały jakiegokolwiek tendencje do dehospitalizacji. Kierownik administracji, w zasadzie wielki zwolennik dehospitalizacji, zgłaszał zastrzeżenia z własnego punktu widzenia: jeżeli liczba pacjentów nadal będzie się zmniejszać, to z ekonomicznego punktu widzenia szpitala przestanie się opłacać i trzeba będzie zwolnić pracowników. W tym momencie pomyśleliśmy: gdybyśmy mieli tylko jeden pomysł na rozwiązanie szpitala tak jak w Blankenburgu, musielibyśmy go teraz kontynuować.

Ale i w tej sytuacji przyszła nam w sukurs polityka: z początkiem roku partie

postanowiły konsekwentnie kontynuować program dehospitalizacji.

W związku z tym przygotowujemy się obecnie do nowego etapu i myślimy nad alternatywnymi koncepcjami opieki zdrowotnej dla następnych 100 pacjentów.

Proces ten będzie miał daleko idące konsekwencje dla struktury i liczby personelu wielkiego szpitala psychiatrycznego. Dlatego w ostatnich miesiącach kierownictwo szpitala i rada personelu wypracowały podczas wspólnych dyskusji koncepcję na przyszłość, która ostatecznie ma zapewnić i zorganizować przejście od ponadregionalnego wielkiego szpitala psychiatrycznego do psychiatrii środowiskowej.

Nie jesteśmy pewni, czy kiedykolwiek będzie jakiś „ostatni pacjent chronicznie chory”, który opuści nasz szpital. Byłoby wspaniale, gdyby można było stworzyć sprzyjające ku temu warunki. Gdyby jednak ten ostatni pacjent doszedł do wniosku, że woli pozostać w szpitalu, to też byłoby w porządku - nie odczuwalibyśmy tego jako kłęski.

ANGELIKA DIETZ

Die Behandlungsvereinbarung in der Akutpsychiatrie - Neue Wege im Umgang mit Krisen*

Seit 1994 gibt es für Bielefelder Psychiatrie-Erfarene die Möglichkeit, schriftliche Vereinbarungen mit der Psychiatrischen Klinik zu treffen über Aufnahme- und Behandlungsmodalitäten für den Fall einer späteren psychiatrischen Behandlung.

In der Behandlungsvereinbarung werden verbindliche schriftliche Absprachen zwischen Klinik und Psychiatrie-Erfahrenen getroffen. Die Psychiatrie-Erfarene kann eine Vertrauensperson benennen, die im Falle einer zukünftigen Behandlung alle Angelegenheiten, die sie nicht selbst wahrnehmen kann, übernimmt. Die Behandlungsvereinbarung wird in einem gemeinsamen Gespräch von Psychiatrie-Erfarener, Vertrauensperson, dem für die Station zuständigen Oberarzt, der pflegerischen Stationsleitung und dem zuständigen Sozialarbeiter getroffen. Die Vereinbarung wird von allen am Gespräch beteiligten persönlich unterschrieben. Die Vereinbarungsgespräche finden auf der im Falle einer Behandlung zuständigen Sektorstation statt. Die Behandlungsvereinbarung wird außerhalb des stationären Aufenthaltes durchgeführt.

In der Rahmenvereinbarung werden folgende Themen benannt:

gewünschte und unerwünschte Kontakte in den ersten Tagen der Behandlung, Aufnahmemodalitäten, medikamentöse Behandlung, Zwangsmaßnahmen und die soziale Situation, z.B. Wohnungssituation, Versorgung eines Kindes, etc.

In den drei Jahren, in denen wir Behandlungsvereinbarungen abschließen, haben wir insges. 70 Vereinbarungsgespräche geführt, 66 Vereinbarungen abgeschlossen mit 58 Personen, 8 Psychiatrie-Erfarene haben bereits ihre zweite Behandlungsvereinbarung abgeschlossen. Anfang März 1997 waren 55 Behandlungsvereinbarungen gültig, 3 waren bis zu diesem Zeitpunkt gekündigt worden, eine in gegenseitigem Einvernehmen, zwei einseitig von Seiten der Psychiatrie-Erfahrenen.

Im ersten Jahr nach Einführung der Behandlungsvereinbarung kam ein großer Teil der InteressentInnen für eine Behandlungsvereinbarung aus dem Umkreis des Vereins Psychiatrie-Erfarener und der Selbsthilfegruppen. Inzwischen kommt bei den abgeschlossenen Behandlungsvereinbarungen nur noch jeder Fünfte aus diesem Umfeld, viele haben über ambulante Dienste oder durch Hörensagen oder während einer Klinikbehandlung davon erfahren.

Kennzeichnend für die Menschen, die eine Behandlungsvereinbarung mit der

* Vortrag gehalten auf VII. Bethel-Krakau Konferenz, Kraków 1997