

Personal setzt sich aus 300 Personen zusammen. Nach der Verordnung des Programms für den Schutz der Seelischen Gesundheit mangelt es im Krankenhaus am Fachpersonal. In den nächsten Jahren sollte man bestrebt sein, den Beschäftigungsstand von bis zu 24 Ärzten und 12 Psychologen zu erreichen. Die Zahl der Beschäftigungstherapeuten sollte von 24 auf 30 steigen, der Krankenschwestern bis zum Index 2,7 Betten pro Krankenschwester, also bis zu 130 Personen. Man muß auch Fachleute für die Rehabilitation beschäftigen, und zwar sowohl mit dem Hochschulabschluß als auch Oberschulabschluß. Es ist dagegen überflüssig, das niedere Personal im Krankenhaus zu behalten, vor allem Personen ohne eine entsprechende Sanitätsausbildung. Abschaffen sollte man die Funktion des Hilfspflegers zugunsten im Ein-Schicht-Betrieb arbeitender Putzfrauen. Die übrigen Pfleger mit Sanitätsausbildung sollte man als Behelfspersonal für Nachmittags- und Nachtschichten einsetzen. Diese Maßnahmen führen letztendlich zur Reduktion des medizinischen Personals um etwa 30 Personen zugunsten des besser ausgebildeten Fachpersonals, was den Erfolg bei der Umstrukturierung im Krankenhaus, eine höhere Qualität von Dienstleistungen und eine ständige Weiterqualifizierung des Personals gewährleisten soll. Seit einem Jahr beobachten wir eine Tendenz zur Weiterbildung der Mitarbeiter. Einige Personen fingen mit einem Hochschulstudium oder einer Fachausbildung (Beschäftigungstherapeuten) an, was mit der finanziellen Unterstützung des Krankenhauses (im Rahmen des Budgets) erfolgt.

### **Entwicklung der Zusammenarbeit mit anderen psychiatrischen Einrichtungen**

Seit 1990 besteht eine Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus in Deutschland, von der beide Seiten profitieren. In diesen 7 Jahren bildete sich zwischen unseren Krankenhäusern eine eigentümliche Bindung. Dieses Fenster in die Welt ist für das Krankenhaus in Warta eine Chance, sich auf dem internationalen Forum zu zeigen. Es bietet auch die Gelegenheit, die eigene innere Umgestaltung mit Erfolgen und Fehlern unserer westlichen Partner zu konfrontieren. Auf Grund dieser Erfahrungen kann man die innere Umstrukturierung des Krankenhauses besser vorbereiten und sie nach westlichen Standards durchführen. Man kann auch organisatorische Fehler vermeiden, die unseren Partnern unterliefen. Eine große Rolle in Kontakten mit unseren Partnern spielen gemeinsam organisierte wissenschaftliche Zusammenkünfte, bei denen wir unsere Erfahrungen austauschen, neue Vorhaben zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung planen. Doch am wichtigsten ist Freundschaft zwischen uns, die die schwierige Vergangenheit unserer Nationen vergessen läßt.

Alle hier dargestellten Maßnahmen stimmen mit den in der psychiatrischen Versorgung herrschenden Tendenzen überein und sind ein Ausdruck des Wandels im Funktionieren des Gesundheitswesens in unserem Land. Eine Chance für eine verstärkte Selbständigkeit des Krankenhauses bietet die Einführung der Krankenversicherung, medizinischer Prozeduren, sowie des Wettbewerbs. Eine höhere Effizienz medizinischer Dienstleistungen läßt dann auch Gelder des Krankenhauses besser ausnutzen. Nur unklare Prinzipien, nach denen das Krankenhaus finanziert werden soll, hält uns davon ab, uns für eine volle Selbständigkeit zu entscheiden, obwohl wir strukturell darauf vorbereitet sind.

TOMASZ GIERSZ

## **Projekt restrukturalizacji Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Warcie**

### **Promocja szpitala w terenie.**

Dotychczas szpital psychiatryczny był oceniany przez pryzmat przeszłości, gdzie czasem sama nazwa wywoływała lęk, niepokój i obawy przed przymusową izolacją. Zmiany funkcji szpitala, jego działań, form leczenia nie mogą się odbywać bez należytej informacji która będzie oddziaływać tak, by szpital psychiatryczny przestał budzić obawy, a stał się ośrodkiem gdzie można uzyskać dobrą, fachową pomoc psychiatryczno-psychologiczną, w atmosferze bezpieczeństwa. Takie działania są z powodzeniem prowadzone, w ciągu ostatniego roku poprzez lokalną telewizję, radio, prasę.

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Warcie, (dalej zwany szpitalem) zgodnie z porozumieniami zawartymi między władzami województw, dotychczas zapewniał całodobową opiekę psychiatryczną dla mieszkańców całego województwa sieradzkiego oraz części województw kaliskiego i konińskiego. Dodatkowo spełniał rolę jednostki leczniczej dla osób kierowanych do szpitala decyzją karną sądu, z rejonu województwa piotrkowskiego. Szpital dysponuje 14 oddziałami, w tym 8 obserwacyjno-diagnostycznymi, 3 dla przewlekłe chorych, jednym dla chorych psychicznie, którzy cierpią na gruźlicę, jednym odwykowym, jednym rotacyjnym. Dodatkowo pod opieką szpital-

ną pozostaje 24 chorych w tzw. opiece domowej. Szpital dysponuje poza oddziałami, własnymi warsztatami, kuchnią, kotłownią, hotelem pielęgniarskim, trzema blokami mieszkalnymi, jednym budynkiem administracyjno-mieszkalnym, jednym budynkiem gospodarczo-mieszkalnym. Teren jest własnością Skarbu Państwa, a szpital go użytkuje. Budżet jest tworzony w całości z wojewódzkiego budżetu przeznaczanego na służbę zdrowia.

### **Rejon działania szpitala.**

Rejon optymalny obejmuje obszar do 60 km od szpitala. Taka odległość zapewnia zarówno dostępność świadczeń, jak i częste kontakty rodzin z pacjentami i personelem medycznym. Umożliwia również stały kontakt pracowników szpitala ze służbami opiekuńczymi i administracyjnymi w miejscu zamieszkania pacjenta. Rejon (600 tys. mieszkańców), któremu obecnie szpital zapewnia opiekę psychiatryczną jest optymalny i należałoby go utrzymać.

### **Rola szpitala w terenowej opiece psychiatrycznej.**

Opieka psychiatryczna w rejonie szpitala winna być rozbudowana w formy tańsze, pozaszpitalne. Sam szpital będzie spełniał rolę leczniczą dla osób chorych, których leczenie nie może być prowadzone w warunkach otwartych, dla osób wy-

magających długotrwałych metod leczniczo-rehabilitacyjnych, wreszcie dla osób uzależnionych, gdzie pierwszy etap leczenia powinien wiązać się z detoksykacją. Szpital musi stracić pozycję wiodącą w leczeniu psychiatrycznym, na rzecz opieki psychiatrycznej środowiskowej. Obniży to znacznie koszty leczenia psychiatrycznego w skali województwa, a jednocześnie zbliży leczenie do środowiska, co jest celem przyszłościowego programu opieki psychiatrycznej w kraju. W chwili obecnej rozpoczęte jest szkolenie kadry, która w przyszłości zajmie się działalnością środowiskową. W miejscu gdzie obecnie funkcjonuje oddział dla przewlekłe chorych, będzie utworzony oddział dzienny, ambulatorium, oraz będzie funkcjonował zespół leczenia domowego.

### Struktura wewnętrzna opieki psychiatrycznej w szpitalu.

Szpital przyjmuje około 2,5 tys. chorych rocznie i utrzymuje się tendencja wzrostu przyjęć. Przy zakładanym wykorzystaniu łóżek ponad 80%, do prowadzenia opieki psychiatrycznej (przy średnim pobycie około 40 dni) wystarczy 250 łóżek w oddziałach obserwacyjno-diagnostycznych, różnego profilu (obecnie 325), jest to więc redukcja o około 125 łóżek. W tych 250 łóżkach planowane są: 6 oddziałów ogólnopsychiatrycznych obserwacyjno-diagnostycznych (w tym 4 po 25 łóżek i 2 po 35 łóżek), jeden 35 łóżkowy obserwacyjno-diagnostyczny dla osób z zaburzeniami psychicznymi niepsychotycznymi, jeden 35 łóżkowy obserwacyjno-diagnostyczny o profilu oddziału opieki długoterminowej, geriatryczny, jeden 10 łóżkowy dla chorych psychicznie cierpiących na gruźlicę.

Powyższe zamierzenie można realizować na bazie dwóch budynków, w których istnieje obecnie 8 oddziałów. W ramach leczenia odwykowego planuje się rozszerzenie bazy łóżkowej o 10 łóżek tj. do stanu 50 łóżek. W tej wielkości możliwe jest

prowadzenie leczenia detoksykacyjnego i stacjonarnego odwykowego zarówno dla kobiet jak i mężczyzn. W ramach dwóch oddziałów psychiatrycznych będą utworzone sale detoksykacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków (łącznie 4 łóżka - w ciągu roku leczonych jest około 50 uzależnionych od narkotyków, przy średnim pobycie każdego 10 dni).

Ponieważ istotnym problemem jest spora grupa chorych wymagających opieki ale niekoniecznie szpitalnej, będzie koniecznością stworzenie na terenie szpitala z trzech oddziałów w jednym budynku, domu pomocy społecznej dla chorych psychicznie (w porozumieniu z Wojewódzkim Zespołem Pomocy Społecznej). Zawarto w br. porozumienie w tej sprawie, przy akceptacji wojewody. Prace projektowe są w fazie realizacji. DPS na terenie szpitala będzie opiekował się ludźmi, obecnie zajmującymi trzy oddziały dla przewlekłe chorych.

Istnieje możliwość (wspomniana wyżej) utworzenia oddziału dziennego na 15 miejsc, z pełnym programem leczniczo-rehabilitacyjnym dla pacjentów rejonów najbliższych (Warta i okolice, Sieradz). Leczenie w tym oddziale odbywałoby się zarówno w ramach współpracy wewnątrzszpitalnej jak i z poradniami rejonowymi.

Pacjenci, którzy obecnie funkcjonują w ramach opieki domowej, a są nadal pacjentami, byłiby sukcesywnie wypisywani, z pełnym staraniem zabezpieczenia ich przyszłości. Jeżeli nie byłoby to możliwe, należałoby utrzymać ich w stanie szpitala aż do naturalnego rozwiązania. Od ubiegłego roku w szpitalu funkcjonuje dział rehabilitacji, który realizuje konkretny plan działań zmierzających do poprawy funkcjonowania chorych psychicznie. Opiera swe działania o dostosowywanie zakresu oferty do potrzeb i możliwości chorych. Dział rehabilitacji jest integralną częścią szpitala, bazującą na własnych funduszach i własnych rozwiązaniach strukturalnych. Za funkcjonowanie tego działu, odpowiedzialny jest trzyosobowy zespół rehabili-

tacyjny. Istotną nowością w strukturze szpitala byłby zespół leczniczy, prowadzący leczenie domowe, w ramach nowoutworzonej poradni konsultacyjnej przyszpitalnej. Zespół ten mógłby prowadzić, w wybranych przypadkach, leczenie w domu, współpracować w opiece z lekarzem rejonowym lub domowym, nadzorować prowadzenie rehabilitacji zalecanej w szpitalu, a wykonywanej w warunkach domowych.

Poradnia ta dysponowałaby również telefonem zaufania. W szpitalu jest możliwość zorganizowania hostelu dla 10 osób, dla których nie ma obecnie możliwości niesienia pomocy innej niż pobyt w oddziale chronicznym. Koszt pobytu jednej osoby w hostelu jest ponad dziesięciokrotnie niższy niż w oddziale.

### Obsługa techniczno-eksploatacyjna szpitala

Idealnym rozwiązaniem byłoby zabezpieczenie funkcjonowania szpitala przez zakupienie usług od instytucji do tego powołanych. Nie jest to jednak obecnie realne z powodu skąpego rynku usług na terenie Warty i okolic. W związku z koniecznością modernizacji wielu obiektów służących szpitalowi, w roku bieżącym rozpoczęto modernizację kotłowni na nowoczesną olejowogazową, planuje się budowę nowoczesnej kuchni. W przyszłości w szpitalu będzie funkcjonowała niezbędna grupa fachowców, pozwalających na bezawaryjną pracę szpitala. W/w przekształcenia wiąże się bezpośrednio z redukcją stanu osobowego szpitala o ponad 60 etatów. Reorganizacja musi dotyczyć również sposobu funkcjonowania administracji. Rozpoczęte już komputeryzowanie szpitala, doprowadzi w najbliższym czasie do zwolnienia około 10 osób (obecny stan zatrudnienia w administracji ponad 30 osób).

W stanie szpitala istnieją budynki mieszkalne, hotel. Koniecznością jest rozwiązanie tego problemu poprzez scedowanie odpowiedzialności za mieszkania na gmi-

nę, mieszkańców, lub spółdzielnie mieszkaniowe. Sposób rozwiązania problemu jest do uzgodnienia, może to być przejęcie lokali przez gminę, może być wykupienie przez mieszkańców mieszkań, bądź stworzenie spółdzielni. Warunkiem poprawy kondycji finansowej szpitala jest niefinansowanie w/w budynków. Ponieważ budynki te powstały z funduszy wcześniejszych szpitali, możliwe jest uregulowanie prawnego sposobu przekazywania mieszkań, z tendencją do korzystnego dla szpitala rozwiązania tego problemu.

### Planowa polityka kadrowa

Warunkiem powodzenia przekształceń w tutejszym szpitalu jest prowadzenie właściwej polityki kadrowej. W chwili obecnej w szpitalu pracuje 19 lekarzy w tym 11 psychiatrów, 7 psychologów oraz 8 osób z innym wyższym wykształceniem. Personelu średniego i niższego jest około 300 osób. Według zaleceń Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w szpitalu jest znaczny niedobór fachowego personelu. W ciągu najbliższych lat konieczne jest doprowadzenie do stanu zatrudnienia około 24 lekarzy, 12 psychologów, powiększenie stanu instruktorów terapii zajęciowej z 24 do 30, fachowych pielęgniarek do wskaźnika 2,7 łóżka na jedną pielęgniarkę, czyli do liczby około 130 osób, konieczne jest również zatrudnienie fachowej kadry rehabilitacyjnej, zarówno z wyższym wykształceniem jak i średnim. Zbędne jest natomiast utrzymywanie w szpitalu personelu niższego, szczególnie bez przeszkolenia sanitarnego. Celowym jest zniesienie funkcji salowego na korzyść sprzątaczek, które pracują w systemie jednozmianowym. Pozostałych salowych, z przeszkoleniem sanitarnym, winno się utrzymać w pracy w charakterze pomocniczym na zmianach popołudniowych i nocnych.

Efekt powyższych działań prowadzi do redukcji personelu medycznego o około 30 osób, z wyraźnym przesunięciem w stronę fachowego, lepiej wykształconego per-

sonelu. To gwarantuje powodzenie restrukturalizacji w szpitalu, podniesienie jakości usług medycznych a również stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Od roku w szpitalu istnieje wyraźna tendencja do podnoszenia wykształcenia pracowników. Kilka osób rozpoczęło studia, szkolenia zawodowe (instruktorzy terapii zajęciowej), zdobywanie istotnych w pracy kwalifikacji zawodowych. Odbyna się to przy wsparciu (w ramach budżetu) finansowym szpitala.

### **Rozwój współpracy z innymi ośrodkami psychiatrycznymi.**

Od 1990 roku datuje się współpraca ze szpitalem psychiatrycznym w Niemczech. Na zasadzie wzajemnych korzyści przez ponad 7 lat wytworzyła się swoista więź międzyszpitalna. To okno na świat jest dla szpitala w Warcie szansą zaistnienia na arenie międzynarodowej, jest też okazją do konfrontowania wewnętrznych przekształceń z osiągnięciami i błędami partnerów zachodnich. Na tej podstawie można lepiej przygotować wewnętrzne rozwiązania strukturalne szpitala, w zgodzie ze standardami

europejskimi. Można również uniknąć pomyłek organizacyjnych, których doświadczyli już partnerzy niemieccy. Dużą rolę w kontaktach z kolegami z Niemiec odgrywa ją wspólnie organizowane spotkania naukowe, gdzie dochodzi do wymiany wzajemnych doświadczeń, rodzą się wspólne przedsięwzięcia dotyczące poprawy opieki psychiatrycznej. Jednak najistotniejsze są istniejące związki przyjacielskie między ludźmi, które niwelują trudną przeszłość naszych narodów.

Całość powyższych działań jest zgodna z tendencjami panującymi w opiece psychiatrycznej i jest wyrazem zmieniających się zasad funkcjonowania służby zdrowia w naszym kraju. Szansą na zwiększenie samodzielności szpitala jest wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych, procedur medycznych, zasady konkurencji a wzrost efektywności działań leczniczych pozwoli również na większe wykorzystanie funduszy szpitala. Jedynie niejasność istniejących obecnie zasad finansowania wstrzymuje decyzję o pełnej samodzielności, do której szpital strukturalnie jest już przygotowany.

ELMAR SPANCKEN

## **Der Enthospitalisierungsprozeß in Bedburg-Hau\***

Es ist folgerichtig, daß wir im Anschluß an Blankenburg über Bedburg-Hau berichten. Das Blankenburger Projekt war gerade zum Abschluß gekommen, als wir 1990 in Bedburg-Hau begannen. Wäre Peter Kruckenberg heute hier, so würde er sich an folgende Situation erinnern: Anfang 1990 war er Gast in Bedburg-Hau, wurde als Experte um sein Urteil gebeten. Er sah sich in unserer Klinik um und sprach dann sein Urteil in die Fernsehkameras: "Diese Anstalt", sagte er unerbittlich, „diese Anstalt muß so rasch wie möglich aufgelöst werden!" Dieses Urteil schwebte eine Weile wie eine dunkle Wolke über Bedburg-Hau. Viele dachten wohl: „Nun werden wir platt gemacht wie Blankenburg."

Aus Gütersloh hatten wir die mahnen-den Worte Klaus Dörners im Ohr: „Man darf nicht eher ruhen, bis der letzte Langzeitpatient die Klinik verlassen hat!" Vor drei Wochen wurden wir Zeuge davon, daß auch dieses Ziel erreichbar ist. Im Rahmen der Gütersloher Fortbildungswoche wurde die Entlassung des letzten Langzeitpatienten gemeldet.

Wie leben wir in Bedburg-Hau mit diesen Vorgaben? Denn wir haben nie das Ziel der kompletten Auflösung formuliert. Wir konnten und können es uns auch immer noch nicht vor stellen.

In den letzten fünf Jahren haben aber fast 300 Langzeitpatienten die Klinik verlassen und leben in neuen Wohnformen. 12 Häuser und Stationen im Klinikgelände sind seitdem geschlossen worden. Aber noch immer leben mehr als 400 chronisch psychisch Kranke in der Klinik, verteilt auf 24 Häuser und Stationen.

Der Vergleich der Entwicklungen in Blankenburg und Bedburg-Hau wirft auch die Frage auf: „Wie klar und konsequent muß ein Ziel formuliert sein? Stand in Blankenburg das Ziel fest, als der Weg begann, hatten wir in Bedburg-Hau das Gefühl: „Wir machen uns auf den Weg und suchen das Ziel".

Der Anstoß für die Entwicklungen in Bedburg-Hau und im Rheinland war in gewisser Weise ungewöhnlich. Denn nicht ein rationaler, aus modernen Versorgungskonzepten hergeleiteter Plan über die Auflösung von Einrichtungen stand am Anfang, sondern eher ein spontaner, emotional geprägter Akt: Eine relativ große Summe (70 Mio. Mark) wurde überraschend schnell vergeben für ein Programm, das erstaunlich allgemein formuliert war. Es lautete schlicht und einfach: „Programm zur Verbesserung der Lebensqualität von Langzeitpatienten". War es nicht fahrlässig, diesen Beschluß mit keinen präziseren Zielvorgaben zu verknüpfen? Nachträglich spricht viel dafür, daß es so richtig war. Schlagartig war ein großer Handlungsspielraum

\* Vortrag gehalten auf VI. Symposium der DPGSG e. V., Rybnik, Oktober 1995