

Rolle gut gespielt haben und obwohl niemand dies so gewollt hat.

Daß diese Entwicklung nicht zwangsläufig ist, zeigen nicht nur die kurz erwähnten Beispiele - auf den verschiedenen Zuständigkeitsebenen - England, Merzig/Saarland und Gütersloh. Die zentralen Reformziele der De-Institutionalisierung, der strikten Regionalisierung und Kommunalisierung - politisch in den 70er und 80er Jahren von uns allen gewollt und beschlossen - sind nach wie vor gültig und erreichbar, zumal weiterhin auf der ganzen Welt gültig. Freilich müssen in dieser kritischen Situation, in der der Reformersfolg ins Gegenteil umzuschlagen droht, weitere neue Prinzipien vereinbart werden. Dazu kann etwa gehören, daß 1. die zu klein werdenden alten Großkrankenhäuser sich „somalisieren“, also in ihre leerstehenden Gebäude andere medizinische Disziplinen aufnehmen und auf diese Weise zu Allgemeinkrankenhäusern werden, wie dies z.T. in Hessen erfolgreich beachtet wird. Weiterhin bedarf es 2. einer konsequenten „Ambulantisierung“ der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen,

damit einmal auf diese Weise die Kluft zwischen ambulantem und stationärem Bereich sich weiter verringert und damit zum andern diejenigen Spezialtherapien durch Klinikmitarbeiter ambulant so lange vorgehalten werden, wie andere ambulante Anbieter dazu nicht in der Lage sind. Schließlich bedarf es 3. einer aktiven Heimpolitik, die u.a. zu beachten hat, daß jeder Heimträger nicht nur über stationäre, sondern auch über teilstationäre und ambulante Betreuungsmöglichkeiten verfügt, da nur auf diese Weise zu verwirklichen ist, daß in einem wesentlich größeren Umfang als bisher chronisch psychisch kranke Menschen irgendwann nur noch ambulante Betreuung benötigen.

Vor allem aber dürfen die großen Krankenhausträger in ihrer jetzigen gerade durch den Reformersfolg verursachten und daher von ihnen unverschuldeten Krise nicht allein gelassen werden. Denn noch ist es nicht zu spät: wenn nur jetzt die zuständigen Ministerien und die Parlamente die ihnen gegebene politische Verantwortung wahrnehmen.

KLAUS DÖRNER

Rozwój dużych szpitali psychiatrycznych w Niemczech w roku 1996*

Okolo roku 1850 psychiatria w Niemczech znalazła swoją ogólnie zaakceptowaną formę organizacyjną w postaci dużego szpitala. Damerov nadał mu właściwą nazwę: „Względnie powiązany ze sobą zakład leczniczo - opiekuńczy”. Tak więc jeśli nawet osobno, to na tym samym terenie - zarówno dla chorych w ostrej fazie choroby jak i dla chorych chronicznie, dla chorych uleczalnie i nieuleczalnie. Odtąd taki wielki szpital obejmował swoją opieką rejon okolo 1 000 000 mieszkańców. W późniejszym okresie został rozwinięty system domów opieki dla chorych wymagających pielęgnacji.

W Niemczech naziści posłużyli się tym systemem tworząc programy zagłady wyłącznie dla nieuleczalnie chorych starając się równocześnie wspierać oddziały szpitalne dla pacjentów uleczalnie chorych. O tym, że ich strategia zagłady zastosowana w Polsce różniła się zasadniczo od tej zastosowanej w Niemczech świadczy fakt, że w Polsce mordowano wszystkich pacjentów szpitali psychiatrycznych, zarówno chorych uleczalnie jak i nieuleczalnie.

Ruch antyautorytarny z roku 1968 zmobilizował te niemieckie siły, które potrzebne były do podjęcia reformy psychiatrii zapoczątkowanej w krajach zachodnich już 10 - 20 lat wcześniej.

Teraz także i w Niemczech z siłą równą ruchowi politycznemu można było rozpocząć reformę psychiatrii. Centralnym żądaniem reformatorów była deinstytucjonalizacja, a więc likwidacja wielkich szpitali psychiatrycznych jako „instytucji totalnych”. Przeprowadzona w roku 1975 ankieta na temat rozwoju psychiatrii ustaliła, że w przyszłości szpital lub oddział szpitalny miałyby obejmować pełną opieką stacjonarną 250 000 mieszkańców. Zalecenia komisji ekspertów z roku 1988 radykalizowały jeszcze tę propozycję. Od tej pory jednostka stacjonarna miała zapewnić opiekę tylko 100 do 150 000 mieszkańcom. Tym samym stało się jasne, że wielkie szpitale staną się w przyszłości odpowiedzialne jedynie za bezpośrednio przylegający do nich obszar, podczas gdy mieszkańcy odleglejszych regionów dawnego rejonu szpitala muszą znaleźć opiekę w odpowiednio mniejszych jednostkach stacjonarnych, posiadających 80 - 120 łóżek. Z reguły mógł to być więc oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym lub jakaś instytucja psychiatryczna o porównywalnej skali wielkości. Nic więc dziwnego, że w okresie od 1970 roku aż do dnia dzisiejszego nastąpił prawdziwy boom, jeśli chodzi o tworzenie oddziałów, że w międzyczasie oddziały te objęły obowiązkową opieką stacjonarną niemal połowę obszaru Niemiec i że stary system wielkich szpitali utracił niemal połowę swoich łóżek. Stąd też szpitale tych nie nazywa się już

* Wykład wygłoszony na VIII Sympozjum PNTZP, Riedstadt, październik 1996

dzisiaj wielkimi lecz specjalistycznymi. Deinstytucjonalizacja odniosła więc częściowy skutek. Niemal połowa pacjentów leczonych dawniej w wielkich szpitalach przeszła pod opiekę oddziałów. Z drugiej strony utrata łóżek została spowodowana tym, że wielkie szpitale coraz częściej starały się tak prowadzić swoich pacjentów chronicznych i nieuleczalnie chorych, żeby można ich było wypisać do opieki w środowisku. W tej chwili wiemy jednak, że zamiar ten powiódł się tylko częściowo. Wprawdzie nie mamy jeszcze dokładnych liczb, jednak te, które mamy przemawiają za tym, że 70 - 80% pacjentów chronicznych nie zostało zwolnionych ze szpitala do środowiska, lecz skierowanych do domów opieki. W tym sensie mieliśmy więc do czynienia raczej ze zmianą formy opieki całodobowej. Dotyczy 50 - 60 000 pacjentów chronicznych.

Już choćby z powodu prawdopodobieństwa statystycznego można byłoby oczekiwać, że podczas tego procesu - na przykład ze względu na niekorzystne położenie - w każdym większym kraju związkowym zostanie zamknięty przynajmniej jeden wielki szpital, tym bardziej, że w Anglii w tym samym okresie zamknięto 40 ze 120 szpitali. W Niemczech tak się jednak nie stało, co świadczy o małej wiarygodności „decydentów - płatników” jeśli chodzi o ekonomiczną racjonalność i orientację na reformę ewentualnie interesy pacjentów, bardziej skuteczne są inne motywy, jak np. własny interes instytucji. Jedyne wyjątek: na mocy politycznej decyzji parlamentu krajowego, kraj Saary zlikwidował swój jedyny wielki szpital w Merzig. Jego zadania przejęło stopniowo 5 małych oddziałów środowiskowych przy szpitalach ogólnych.

Od kilku lat opisywany tutaj proces reform przeżywa coraz większy zastój. Ten kryzys reformy, który częściowo prowadzi do powrotu starego systemu, jest obiektywnie rzecz biorąc nieunikniony. Winę za ten stan rzeczy ponosi nieszczęśliwe połączenie przynajmniej trzech czynników:

1. Jak każdy społeczny ruch reformatorski reforma psychiatrii czerpała siły ze swojej siły politycznej, której starczyło tylko na pewien określony czas, tym bardziej, że nowe rozwiązania systemowe na korzyść chorych musiały być niejednokrotnie przeprowadzane wbrew instytucjonalnym interesom osób za nie odpowiedzialnych. Tak więc reforma społeczna forsuje stale to, co nieprawdopodobne wbrew temu, co prawdopodobne. Ta polityczna siła reformy psychiatrii w Niemczech w dużym stopniu zużyła się już. Osoby działające w psychiatrii, decydujące o finansach i politycy nie są już tak silnie zmotywowani, aby chcieć urzeczywistnić cele reformy psychiatrii. Nie jest to zarzut, a tylko chłodne stwierdzenie faktu.
2. Zbiegło się to w czasie z kryzysem gospodarki narodowej w Niemczech, który zgodnie z oczekiwaniami odbił się niekorzystnie na służbie zdrowia i opiece socjalnej.
3. Skutki kryzysu w gospodarce narodowej zaostrzają się jeszcze na nieszczęście na skutek równoczesnych kłopotów finansowych instytucji utrzymujących szpitale: dawne wielkie szpitale, a dzisiejsze szpitale specjalistyczne tak się zmniejszyły w procesie deinstytucjonalizacji, co było właśnie sukcesem reformy, że osiągnęły granice swojej wydolności ekonomicznej. Gdyby wola reform zwłaszcza wśród polityków była jeszcze dostatecznie silna, to te stare, wielkie szpitale byłyby teraz restrukturyzowane albo zamknięte - od biedy za cenę premii za zamknięcie - tak jak działo się w Anglii, gdzie w międzyczasie zlikwidowano jedną trzecią starych wielkich szpitali. Takie rozwiązanie byłoby sensowne nie tylko z fachowego i ludzkiego punktu widzenia, ale także z ekonomicznego, gdyż wtedy liczby udowodniłyby, że opieka w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych jest tańsza od

dzisiaj wielkimi lecz specjalistycznymi. Deinstytucjonalizacja odniosła więc częściowy skutek. Niemal połowa pacjentów leczonych dawniej w wielkich szpitalach przeszła pod opiekę oddziałów. Z drugiej strony utrata łóżek została spowodowana tym, że wielkie szpitale coraz częściej starały się tak prowadzić swoich pacjentów chronicznych i nieuleczalnie chorych, żeby można ich było wypisać do opieki w środowisku. W tej chwili wiemy jednak, że zamiar ten powiódł się tylko częściowo. Wprawdzie nie mamy jeszcze dokładnych liczb, jednak te, które mamy przemawiają za tym, że 70 - 80% pacjentów chronicznych nie zostało zwolnionych ze szpitala do środowiska, lecz skierowanych do domów opieki. W tym sensie mieliśmy więc do czynienia raczej ze zmianą formy opieki całodobowej. Dotyczy 50 - 60 000 pacjentów chronicznych.

Już choćby z powodu prawdopodobieństwa statystycznego można byłoby oczekiwać, że podczas tego procesu - na przykład ze względu na niekorzystne położenie - w każdym większym kraju związkowym zostanie zamknięty przynajmniej jeden wielki szpital, tym bardziej, że w Anglii w tym samym okresie zamknięto 40 ze 120 szpitali. W Niemczech tak się jednak nie stało, co świadczy o małej wiarygodności „decydentów - płatników” jeśli chodzi o ekonomiczną racjonalność i orientację na reformę ewentualnie interesy pacjentów, bardziej skuteczne są inne motywy, jak np. własny interes instytucji. Jedyny wyjątek: na mocy politycznej decyzji parlamentu krajowego, kraj Saary zlikwidował swój jedyny wielki szpital w Merzig. Jego zadania przejęło stopniowo 5 małych oddziałów środowiskowych przy szpitalach ogólnych.

Od kilku lat opisywany tutaj proces reform przeżywa coraz większy zastój. Ten kryzys reformy, który częściowo prowadzi do powrotu starego systemu, jest obiektywnie rzecz biorąc nieunikniony. Winę za ten stan rzeczy ponosi nieszczęśliwe połączenie przynajmniej trzech czynników:

1. Jak każdy społeczny ruch reformatorski reforma psychiatrii czerpała siły ze swojej siły politycznej, której starczyło tylko na pewien określony czas, tym bardziej, że nowe rozwiązania systemowe na korzyść chorych musiały być niejednokrotnie przeprowadzane wbrew instytucjonalnym interesom osób za nie odpowiedzialnych. Tak więc reforma społeczna forsuje stale to, co nieprawdopodobne wbrew temu, co prawdopodobne. Ta polityczna siła reformy psychiatrii w Niemczech w dużym stopniu zużyła się już. Osoby działające w psychiatrii, decydujące o finansach i politycy nie są już tak silnie zmotywowani, aby chcieć urzeczywistnić cele reformy psychiatrii. Nie jest to zarzut, a tylko chłodne stwierdzenie faktu.
2. Zbiegło się to w czasie z kryzysem gospodarki narodowej w Niemczech, który zgodnie z oczekiwaniami odbił się niekorzystnie na służbie zdrowia i opiece socjalnej.
3. Skutki kryzysu w gospodarce narodowej zaostrzają się jeszcze na nieszczęście na skutek równoczesnych kłopotów finansowych instytucji utrzymujących szpitale: dawne wielkie szpitale, a dzisiejsze szpitale specjalistyczne tak się zmniejszyły w procesie deinstytucjonalizacji, co było właśnie sukcesem reformy, że osiągnęły granice swojej wydolności ekonomicznej. Gdyby wola reform zwłaszcza wśród polityków była jeszcze dostatecznie silna, to te stare, wielkie szpitale byłyby teraz restrukturyzowane albo zamknięte - od biedy za cenę premii za zamknięcie - tak jak działo się w Anglii, gdzie w międzyczasie zlikwidowano jedną trzecią starych wielkich szpitali. Takie rozwiązanie byłoby sensowne nie tylko z fachowego i ludzkiego punktu widzenia, ale także z ekonomicznego, gdyż wtedy liczby udowodniłyby, że opieka w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych jest tańsza od

zamieszkania lub większym udziale „instytucji totalnej” w uzyskaniu diagnostycznej jednorodności pacjentów jednego oddziału. Przede wszystkim jednak strategia ta zupełnie rozmija się z faktem, że aktualna, poprawna pod względem fachowym psychiatria oznacza dziś przede wszystkim to, że pobyt pacjenta w szpitalu dla tego może trwać tak krótko, ponieważ służy głównie jeszcze tylko do łagodzenia ostrych stanów choroby, interwencji kryzysowej oraz zaplanowaniu długoterminowej terapii specjalistycznej dostosowanej do potrzeb każdego pojedynczego pacjenta, skutkiem czego owa specjalistyczna terapia może odbywać się w przestrzeni pozaszpitalnej - i to z większym zyskiem.

Tworzenie domów opieki

Na terenie dawnego wielkiego szpitala powstają „zakłady opiekuńcze” o różnorodnych nazwach, takich jak „Heilpädagogisches Heim”, „Förderzentrum”, „Pflegerzentrum”, przewidziane dla różnych grup pacjentów przewlekle chorych, którzy nie wymagają już leczenia szpitalnego, a więc np. chronicznych psychotyków, chronicznie uzależnionych, osób upośledzonych umysłowo, z zaburzeniami zachowania, pacjentów gerontopsychiatrycznych. Wprawdzie z reguły podkreśla się, że zakłady te poprzez dehospitalizację pacjentów mają być wkrótce rozwiązane. Nie może jednak dojść do tego, ponieważ nie zostały spełnione odpowiednie warunki: po pierwsze już samo pojęcie dehospitalizacji jest zdradliwe, ponieważ kojarzy się raczej z działaniami natury biurokratycznej, a nie z uwzględnieniem specjalnych potrzeb każdego pojedynczego pacjenta. Poza tym struktura kierownictwa tych zakładów uzależniona jest silnie od administracji i w zasadzie wszyscy pensjonariusze „zakładów opiekuńczych” mają możliwość powrotu do szpitala lub ponownego przejścia pod opiekę ambulatorium, a tym samym zachowują prawo do rehabilitacji. Żeby to zrealizować psychiatrzy i opiekunowie pacjentów, którzy znają się

na psychiatrii chronicznie chorych musieliby mieć coś więcej do powiedzenia. To, że wszystkich chronicznych pacjentów psychiatrycznych można przygotować do życia poza szpitalem i wypisać do środowiska, a w 70 - 80% objąć opieką ambulatoryjną udowodniła empirycznie Westfalska Klinika w Gütersloh. Jeśli pacjentów pozbawi się przysługujących im i możliwych warunków rozwoju, powstanie niebezpieczeństwo powrotu do brania zakładników jak za czasów starych wielkich szpitali. Wreszcie, nie dojdzie do likwidacji tych zakładów również i dlatego, że w razie ich zmniejszenia, także kiedyś osiągniętą granicę swojej wydolności ekonomicznej. Ekonomiczny i instytucjonalny ciężar własny tych zakładów potrafi już zapobiec ich likwidacji, tym bardziej, że dzisiejsza, uzależniona od ekspertów słaba scena polityczna nie zdoła przemóc się do wydania odpowiednich decyzji. W rezultacie należy stwierdzić, że opisane tu strategie reinstytucjonalizacji mogą doprowadzić do tego, że w przyszłości znów możemy mieć „względnie powiązany ze sobą zakład leczniczo - opiekuńczy”, tak jak opisał go Damerov ok. roku 1850, chociaż wszyscy uczestnicy dobrze odegrali swoje role i nikt nie chciał, aby tak się stało. To, że niekoniecznie musi dojść do takiego rozwoju sytuacji pokazują wymienione tu krótko przykłady - na różnych poziomach kompetencji - Anglii, Merzig/Kraj Saary i Gütersloh. Główne cele reformy: deinstytucjonalizacja, ścisła rejonizacja i komunalizacja - których chcieliśmy i o których zdecydowaliśmy w latach 70-tych i 80-tych, są w dalszym ciągu obowiązujące i osiągalne, tym bardziej, że wprowadza się je na całym świecie. Oczywiście w tej krytycznej sytuacji, gdy istnieje niebezpieczeństwo, że sukces reformy przekształci się nagle w jej przeciwieństwo, należy uzgodnić dalsze nowe zasady, np. po pierwsze - taką, że wszystkie wielkie szpitale psychiatryczne, które stały się zbyt małe powinny się „zsomatyzować”, tzn. przyjąć do swoich pustych budynków inne dyscypliny me-

dyczne i w ten sposób przekształcić się w szpitale ogólne, jak to np. wypraktykowano w Hesji. Po drugie - niezbędne jest konsekwentne rozbudowywanie ambulatoriów przy poszczególnych oddziałach psychiatrycznych w dzisiejszym, pomniejszonym już szpitalu psychiatrycznym, aby w ten sposób zmniejszyć przepaść pomiędzy ambulatorium a oddziałem stacjonarnym, i aby pracownicy szpitala oferowali terapię w ambulatorium znacznie dłużej, niż są to w stanie czynić inni oferenci. Po trzecie - potrzebna jest aktywna polityka tworzenia „zakładów opiekuńczych”, która powinna brać pod uwagę to, żeby każdy zakład dyspo-

nował nie tylko stacjonarnymi możliwościami opieki, ale także półstacjonarnymi i ambulatoryjnymi, ponieważ tylko w ten sposób można doprowadzić do tego, żeby pacjenci chronicznie potrzebowali kiedyś wyłącznie tylko opieki ambulatoryjnej. Ale przede wszystkim nie wolno pozostawić tych wielkich szpitali samym sobie w ich dzisiejszym kryzysie spowodowanym reformą, a więc nie przez nich zawinionym. Ponieważ nie jest jeszcze za późno: o ile jeszcze teraz odpowiednie ministerstwa i parlamenty skorzystają z danych im uprawnień politycznych.