

Kliniki psychiatrii i psychoterapii – pokażmy co potrafimy!

Wprowadzenie

Światło i cień często sobie towarzyszą. Zauważymy to również śledząc historię rozwoju psychiatrii i psychoterapii oraz sytuacji osób chorych i niepełnosprawnych psychicznie w ciągu ostatnich 20 lat w Niemczech. Jest to jedna z najwyraźniej zmieniających się dziedzin medycyny minionego dwudziestolecia. Wspomnieć tu należy reformę psychiatrii po 1975 roku, w wyniku której m.in. rozwinięto gęstą sieć dziennych oddziałów psychiatrycznych i przyklinicznych poradni, utworzono liczne oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, skrócono pobyty stacjonarne i rozbudowano sieć placówek psychiatrii środowiskowej. Od 1994 funkcjonuje ujednolicony tor specjalizacji z „psychiatrii i psychoterapii”, dzięki czemu przelamano od dekad trwający rozdział między psychiatrią i psychoterapią.

Ale efektem pozytywnym towarzyszą również te nie do końca pożądane: znacznie wzrosła liczba ponownych przyjęć do szpitali (efekt drzwi obrotowych), nadal występują problemy z opieką nad pacjentem na styku obszarów stacjonarnego i ambulatoryjnego. Coraz bardziej odczuwalny w Niemczech brak lekarzy dotyka również psychiatrię. Liczba specjalistów psychiatrów w ostatnich latach, co prawda wzrosła – w żadnej innej dziedzinie medycyny nie mamy obecnie tak wielu młodych szkolących się lekarzy, a zwłaszcza lekarek. Jednak mimo tego nadal zarówno w szpitalach jak i ambulatoriach nadal jest wiele miejsc do obsadze-

nia, a największe braki widać na obszarach wiejskich oraz w nowych landach Niemiec. Szczególnie gwałtownie wzrosła liczba ambulatoryjnych świadczeń psychoterapeutycznych od momentu wprowadzenia ustawy o zawodzie psychoterapeuty w 1999 roku. W systemie opieki opartej na finansowaniu przez kasy chorych mamy obecnie 13 tysięcy psychoterapeutów psychologów i tylko 4,5 tysiąca psychoterapeutów lekarzy. Krytycznie zauważyć tutaj należy, że 75% pacjentów psychiatrycznych leczona jest przez gabinety lekarzy psychiatrów i poradnie przykliniczne. Jednak na tą przeważającą część przypada mniejszość, bo tylko 34,6% dostępnych środków finansowych. Prawie 2/3 środków wydawana jest na pacjentów w praktykach psychoterapeutycznych (lekarzy i psychologów). W praktyce oznacza to, że na tych ciężiej chorych pacjentów w leczeniu ambulatoryjnym wystarczyć musi nieco ponad 1/3 dostępnych środków.

Decentralizacji dużych klinik towarzyszyło redukowanie ilości łóżek szpitalnych o ponad 50% w porównaniu ze stanem wyjściowym – do 55 tysięcy w roku 2004, z dalszą tendencją spadkową. Utworzono ponad 10 tys. miejsc w oddziałach dziennych. Średni okres pobytu w szpitalu spadł z 65 dni w roku 1991 do 23 dni obecnie. Ilość udzielanych świadczeń psychiatrycznych ciągle rośnie. Ilość porad z powodu szeroko pojętej „depresji” w gabinetach psychiatrycznych i psychoterapeutycznych osiągnęła ponad 46% (2007-2008). Problemem jest pogarszanie się struktury zatrudnienia w

opiece psychiatrycznej od czasu wprowadzenia oficjalnego, obowiązującego powszechnie klucza obsady personalnej w psychiatrii - „Psychiatrie Personalverordnung“ (Psych PV) w roku 1991. Mimo krótkotrwałej poprawy w roku 2009 tendencja jest nadal niekorzystna m.in. z powodu rosnących kosztów zatrudnienia – wysokość pensji gwarantowana jest przez specjalne umowy taryfowe, którym nie towarzyszy zwiększenie finansowania przez płatników.

Kliniki psychiatrii i psychoterapii – i o nich w dalszej części będzie głównie mowa – wykonują ogromną pracę, zapewniając opiekę na całym obszarze kraju. Przyjęcia stacjonarne wykonywane są w połowie przez specjalistyczne kliniki i w połowie przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych. Ilość przypadków wzrosła tutaj w ostatnich 15 latach o ponad 45%. Żądania i oczekiwania towarzyszą specjalistycznym (np. Konferencji Dyrektorów Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii i Psychoterapii oraz Stowarzyszenia Dyrektorów Oddziałów Psychiatrycznych przy Szpitalach Ogólnych – ACKPA) odnośnie rozwoju nowego systemu finansowania szpitali uwzględnione zostały tylko po części. Wielokrotnie wskazywano na niebezpieczeństwo nieprawidłowej dystrybucji środków. Jednak istnieje też szansa rozwoju nowych, innowacyjnych modeli opieki, z pomysłami na przekraczanie tradycyjnych podziałów na sektory leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Dzięki nim można również w większym stopniu niż dotychczas realizować podstawową ideę leczenia – „ambulatoryjnie przed stacjonarnym”. Nie będę tutaj wniknął w szczegóły, jeśli chodzi o możliwe ograniczenia wspomnianych nowych modeli (np. perspektywny, sztywny budżet, itp.).

W dalszej części mowa będzie o szczególnych osiągnięciach klinik psychiatrii i psychoterapii.

Kliniki jako miejsca kształcenia

Od dziesięcioleci kliniki psychiatrii i psychoterapii służą różnym grupom zawodowym jako miejsca kształcenia. Oprócz lekarzy uczących się zawodu psychiatry i psychoterapeuty

wspomnieć tu należy personel pielęgniarski, pracowników socjalnych, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych i innych. Przyjrzyjmy się bliżej szczególnej sytuacji, w której znajdują się lekarze.

Warunki pracy

Dylemat nie zaczyna się dopiero u progu drzwi klinik, a znacznie wcześniej: przy odsetku studentów przerywających studia sięgającym 40% fakultety medyczne powinny zadać sobie pytanie, w jakim stopniu również one przeciwdziałają mogą wspomnianemu wcześniej niedoborowi lekarzy. Przy czym warunki pracy w szpitalach też wpływają zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na przyszłych pracowników. Podczas rozmów z odbywającymi praktyki w klinikach studentami zwraca uwagę to, jak niewiele podczas studiów dowiadują się oni o realnych warunkach pracy klinicznej: ile dyżurów nocnych będą musiały w miesiącu przepracować? Czy mam szansę otrzymania pracy na część etatu? Jak wygląda przeciętny rozkład pracy lekarza w ciągu tygodnia i na ile jest on elastyczny? Pytania te ważne są dla wszystkich młodych adeptów medycyny, a w szczególności dla obecnie stanowiących ok. 60-70% studentów kobiet. W porównaniu z innymi dziedzinami medycyny psychiatria prezentuje się korzystnie, ale mogłoby być jeszcze lepiej! Jak dział medycyny o humanistyczno-naukowych podstawach mamy do zaoferowania szeroką paletę kształcenia i praktykowania. Rynek pracy w psychiatrii i psychoterapii jest bogaty i zróżnicowany, od szpitala, poprzez różne formy półstacjonarne, aż do opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. Możliwość zdobywania podspecjalizacji, np. w psychiatrii sądowej, gerontopsychiatrii czy medycynie uzależnień pozwalają na znaczne zindywidualizowanie drogi rozwoju zawodowego.

Zawód a rodzina

Szpital specjalistyczny powinien być przygotowanym na to, że większość osób szukających w nim pracy stanowić będą kobiety, które po pierwsze statystycznie częściej decydują się na specjalizację z psychiatrii, a po drugie przede wszystkim też częściej kończą studia medyczne. Dlatego zapewnienie elasti-

stycznego czasu pracy z zatrudnianiem na część etatu jest absolutnie niezbędne. Powrót do pracy po okresie urlopu macierzyńskiego czy wychowawczego powinien być całkowicie automatyczny i bezproblemowy. Podobnie niezbędne jest wspieranie przy organizacji opieki nad dziećmi, a w dużych placówkach nawet organizowanie opieki nad dziećmi pracowników w ciągu dnia we własnym zakresie.

Praca w zespole terapeutycznym – Multiprofesjonalność

W żadnej innej dziedzinie medycyny nie podkreśla się tak znaczenia pracy zespołowej – szczególnie w szpitalu – jak ma to miejsce w psychiatrii. Multiprofesjonalna współpraca z personelem pielęgniarskim, psychologami, pracownikami socjalnymi oraz terapeutami zajęciowymi i terapeutami ruchem jest standardem w psychiatrii już od dekad, a co najmniej od ruchu reformy psychiatrii lat 70-tych i 80-tych oraz wprowadzenia klucza obsady placówek psychiatrycznych PsychPV w roku 1991. Wspieranie budowania zespołów terapeutycznych poprzez coaching i superwizję należą do podstaw naszej pracy. Nie należy przemiłczać tego, że w ramach liczącego nierzadko do 20 członków zespołu dużego oddziału klinicznego dojść może do konfliktów pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi. Jednak w przeciwieństwie do innych dziedzin medycyny dysponujemy narzędziami, ułatwiającymi obchodzenie się z takimi konfliktami.

Godziny pracy i dyżury nocne

Elastyczna regulacja czasu pracy oraz możliwość pracy na część etatu i otrzymywania dni wolnych jako wyrównania ewentualnych nadgodzin są podstawą naszej polityki personalnej. Ponadto duże kliniki z uprawnieniem do kształcenia specjalistów, dzięki stosunkowo dużej liczbie szkolących się lekarzy asystentów nie obciążają ich nadmierną liczbą nocnych dyżurów. W klinice z 15 do 20 lekarzami dyżurującymi, na każdego z nich przypada nie więcej niż 2-3 dyżury nocne w miesiącu. Jest ilość nie obciążająca nadmiernie, a dodatkowo dyżury są niezbędnym elementem kształcenia specjalizacyjnego.

Pensje wedłu taryf płac

Liczne kliniki specjalistyczne w Niemczech są placówkami publicznymi, w których płace ustalane są wg obowiązujących taryf TV-Ärzte/VKA. Inne organizacje prowadzące szpitale kształtują pensje swoich pracowników w oparciu o wspomniane taryfy, dzięki czemu, od 2006 roku poziom płac w całym kraju kształtuje się na zadowalającym poziomie. Praca w dziale psychiatrii i psychoterapii daje ponadto dodatkowe możliwości zarobkowe, dzięki sporządzaniu opinii sądowo-psychiatrycznych, czy udziałowi w projektach badawczych.

Kształcenie specjalizacyjne

Studenci medycyny już podczas roku stażu otrzymują wsparcie finansowe w wysokości 400 Euro miesięcznie. Po tym okresie, który umożliwi im dogłębne zastanowienie się nad dalszymi planami na przyszłość, decydują się oni, miejmy nadzieję, na dalsze kształcenie w dziedzinie psychiatrii i psychoterapii w klinice specjalistycznej. Kształcenie to odbywa się obecnie w ramach powołanych w tym celu sieci klinik i specjalistów, praktycznie bez dodatkowych kosztów dla młodych adeptów psychiatrii. W ramach wspomnianej sieci lekarze uzyskują wymaganą w katalogu szkolenia wiedzę teoretyczną, jak również nieodpłatnie oferuje się im superwizję i grupy Balinta.

Kombinacja nauki poprzez pracę („Training on the Job“) oraz udziału w teoretycznych seminariach tworzy dobrą podstawę teoretyczną szkolenia. Dodatkowo, szkolący się otrzymują u nas ponadprzeciętnie wysoką liczbę dni wolnych na dodatkowe szkolenia (10 dni w roku), dzięki czemu nie ma konieczności ani wymogu wykorzystywania urlopu w celach szkoleniowych.

Planowy przebieg wprowadzania w pracę kliniczną młodych lekarzy

Po przywitaniu przez szefa kliniki, nowi lekarze asystenci zapoznani zostają z oddziałami, na których będą pracować, co odbywa się pod nadzorem lekarza ordynatora i „patrona“ (jednego z bardziej doświadczonych asystentów). Uporządkowany, 6-miesięczny plan wprowadzenia do pracy zapewnia przekazanie w tym okresie najbardziej niezbędnych

informacji dotyczących wiedzy psychiatrycznej oraz struktury i zasad działania kliniki.

Perspektywy zawodowe

Oprócz możliwości wsparcia w zdobywaniu tytułu doktora nauk medycznych (np. w ramach badań nad strukturą opieki psychiatrycznej), lekarze asystenci mają możliwość uzyskania stałego zatrudnienia w naszej klinice w Paderborn po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego. Specjalistyczny szpital psychiatryczny oferuje wiele możliwości zdobywania podspecjalizacji, np. z psychiatrii sądowej. Ponadto możliwa jest praca w ramach oddziałów dziennych albo ambulatoryjnych, w poradni przyklinicznej. W naszej klinice w okresie od 1997 do 2012 roku liczba etatów lekarskich w poradni przyklinicznej wzrosła z 1,5 do 14, co może służyć jako dowód gwarancji miejsca pracy.

Programy zdobywania nowych adeptów psychiatrii

Zachęcanie przyszłych lekarzy do pracy w psychiatrii nie zaczyna się dopiero na etapie studiów medycznych. Praca z mediami i kampanie społeczne klinik psychiatrycznych mają na celu zainteresowanie psychiatrią uczniów szkół średnich, którzy w okresie przedmaturalnym często niezdecydowani są odnośnie przyszłego zawodu. Umożliwianie im odbywania krótkich praktyk na oddziałach psychiatrycznych, kursów szkoleniowych na temat depresji, wykłady w szkołach odnośnie prewencji uzależnień i zaburzeń depresyjnych mają szansę zaciekać młodzież pracą w medycynie, a zwłaszcza w psychiatrii.

Niektóre duże kliniki oferują obecnie studentom stypendia w wysokości 300 do 500 Euro miesięcznie, w zamian za gwarancję podjęcia w nich pracy po pomyślnym ukończeniu studiów medycznych. Analogicznie, niektóre placówki dopłacają swoim pracownikom do kosztów utrzymania podczas przewodów doktorskich. Co najmniej tak samo ważne jak wspomniane środki finansowe są codzienne rozmowy na temat naszej pracy z naszymi rodzinami, sąsiadami, przyjaciółmi: miejsce pracy, które nawet po wielu latach pracy gwarantuje zadowolenie i równowagę między obowiązkami a czasem wolnym jest zdecydowanie atrakcyjne.

Praca w zespole multiprofesjonalnym – praca zespołowa w klinice

Pojęcie zespołu terapeutycznego („team”) jest w placówkach psychiatrycznych od lat jednym z pojęć definiujących naszą pracę. Przyjęty w roku 1991 w Niemczech klucz obsady personalnej w psychiatrii (PsychPV) stworzył obowiązujące już od ponad 2 dekad podstawy, dotyczące nie tylko liczby członków personelu z poszczególnych grup zawodowych, ale również ich ścisłej współpracy między sobą. Chociaż nie ma w PsychPV bezpośrednio mowy o systemach jakości, współpracy ponad hierarchiami i dyscyplinami, klucz ten otworzył drogę do wprowadzenia tych zasad pracy w psychiatrii. Budowanie i rozwój zespołu terapeutycznego są polem działania doradców i superwizorów. Wg przeze mnie preferowanej szkoły myślenia systemowego wszelkiego rodzaju organizacje, w tym również zespół terapeutyczny, są systemami społecznymi, a rzeźczony team rozumiany jest jako podsystem w ramach organizacji szpitala.

Jeśli poważnie potraktujemy założenie o samoorganizacji systemów społecznych, na dalszy plan schodzą systemy kontroli i planowania, a większego znaczenia nabywa tworzenie środowiska korzystnego dla samorozwoju i samoorganizacji teamu. Chodzi tu o umożliwienie zespołowi samodzielnego kształtowania, zamiast bezpośredniego nań oddziaływania. Podobnie jak w przypadku postępowania psychoterapeutycznego, interakcja instruktywna okazuje się być tutaj wcale, bądź w tylko niewielkim stopniu skuteczna. Zmiany można uzyskać wprawdzie poprzez stosowany z zewnątrz przymus, jednak zarówno w kontekście psychoterapii, jak i rozwoju organizacji z reguły są to działania niekorzystne.

Od czasu przyjęcia paradygmatu o pracy zespołowej, zespoły donoszą o zmianach w warunkach ich pracy. Nie chodzi tutaj o tak często słyszane stwierdzenie: „pacjenci są coraz trudniejsi”, a raczej o realnie narastające obciążenie wynikające ze skrócenia

pobytu pacjentów w szpitalu z rozbudową działu ambulatoryjnego, przez co właśnie w szpitalach psychiatrycznych dochodzi do koncentracji ciężko i przewlekłe chorych, często obciążonych licznymi pozapsychiatrycznymi schorzeniami i problemami społecznymi. Zjawisko to musi zostać uwzględnione zarówno w procesie kontroli jakości pracy w klinice, jak i w rozwoju zespołów terapeutycznych.

Bez wchodzenia w szczegóły, jeśli chodzi o kwestię kierowania zespołem terapeutycznym, zaznaczyć należy, że w naszej klinice standardem jest podwójne kierownictwo zespołów, co uwzględnione zostało w opisie zadań związanych z funkcją ordynatora oraz pielęgniarki oddziałowej. Za Wedekindem i Georgim (2005; S. 273 – 275) patrzymy na team danego oddziału jako włączony w hierarchię szpitala, która nie powinna być traktowana jako hierarchia rozkazów, a raczej jako częściowo od siebie niezależne poziomy danej organizacji. Centralną rolą kierownictwa jest optymalizacja ram działania tak, aby możliwe było autonomiczne kształtowanie zadań poszczególnych grup zawodowych w zespole, z równoczesnym poczuciem przynależności do niego. Funkcja kierownicza powinna opierać się na następujących zasadach:

- sprawowana powinna być w sposób prosty, tj. dzięki niej umiejętności członków zespołu powinny być w pełni wykorzystane, przy możliwie niewielkim ograniczaniu pomysłowości pracowników poprzez nadmierny formalizm.

- Kierownictwo powinno wspierać autonomię: co znaczy, że jednostki danej organizacji pracować powinny jako autonomiczne, samorganizujące się i równocześnie do siebie podobne podjednostki, które komunikują się ze sobą i współpracują w oparciu o jak najmniej absorbujące, a jednocześnie maksymalnie wydajne środki.

- Kierownictwo buduje wspólną „kulturę pracy”, co pomaga wszystkim elementom organizacji w samoświadomym poruszaniu się w ramach wspólnej sieci, którą jednocześnie poprzez swoje działania kształtują i zmieniają. Orientowanie się w pracy codziennej na podstawowych założeniach misji organizacji

(„Leitbild”) jest w tym bardzo pomocne, jednocześnie ułatwiając rozwój we wspólnym dla podjednostek kierunku, przy czym tempo tego rozwoju może być inne dla każdej z nich.

Przykład 1:

Multiprofesjonalny projekt SYMPA (Systemtherapeutische Methoden in der psychiatrischen Akutversorgung – Metody psychoterapii systemowej w warunkach pracy ostrego oddziału psychiatrycznego) prowadzono w latach 2002 – 2009 w trzech wybranych klinikach psychiatrycznych w Niemczech. W jego ramach opracowano poszerzone koncepcje terapii na ogólnopsychiatrycznych oddziałach ostrych. Wprowadzanie systemowych technik terapeutycznego systematycznie ewaluowano zarówno na poziomie pacjentów i ich rodzin, jak i na poziomie pracowników i całych organizacji. Celem było włączenie pacjentów i ich bliskich w proces terapeutyczny, w oparciu o wspólne dla wszystkich zrozumienie choroby. Koncepcja ta używa objawy chorobowe w kontekście społecznej, zawodowej i życiowej sytuacji pacjenta, jako element mający swoją funkcję i sens. Świadomie rezygnuje się tutaj z patologizującego spojrzenia na sytuację kryzysową, z jednoczesnym dążeniem do wzmocnienia odpowiedzialności własnej chorego i jego systemu społecznego. W tym celu, w latach 2003 - 2005 całe zespoły terapeutyczne, niezależnie od panujących w nich hierarchii poddano szkoleniu systemowemu. Po ewaluacji fazy badawczej projektu stwierdzono, że wprowadzenie postawy systemowej oraz poszczególnych interwencji terapeutycznych doprowadziło m.in. do redukcji obciążenia poszczególnych członków zespołów terapeutycznych. Jako stałe elementy postępowania wprowadzono precyzowanie oczekiwań pacjenta wobec kliniki oraz cyrkularne rozmowy rodzinne. U pacjentów z długotrwałym przebiegiem choroby szczególnie przydatne okazało się sporządzanie genogramu; w superwizji i interwizji wprowadzono Reflecting Team.

Zaznaczenie roli najliczniejszej grupy zawodowej – personelu pielęgniarskiego daje możliwość realizacji wymaganej często przez pacjentów intensyfikacji kontak-

tów terapeutycznych, dzięki rozłożeniu ich na większą liczbę pracowników. To z kolei, w obliczu zwiększenia obciążenia pracą z powodu skrócenia pobytu chorych w szpitalach i większej rotacji pacjentów, pomaga odciążyć lekarzy i psychologów. Jednocześnie, wpływająca z wspólnych szkoleń „demokratyzacja” pracy na oddziale kryje w sobie również ryzyko konfliktów: zatarciu ulegają tradycyjne role zawodowe i granice kompetencji, co wymaga zdefiniowania ich na nowo. Proces ten, na oddziałach uczestniczących w projekcie, po początkowej fazie niepewności, uczyniono przedmiotem świadomej refleksji. Dla personelu pielęgniarskiego centralną kwestią było pytanie o autoryzację („co mi wolno, a czego nie”). Równocześnie u lekarzy i terapeutów widoczna była obawa o relatywizację ich monopolu terapeutycznego. Stąd wynika, że wprowadzanie multiprofesjonalnej filozofii leczenia zakłada i promuje równocześnie gotowość do negocjacji pomiędzy grupami zawodowymi.

Po zakończeniu projektu SYMPA ok 50% pracowników trzech oddziałów ogólnopsychiatrycznych w Paderborn jest przeszkolona systemowo. Szczególnie podkreślić należy, że projekt ten przyczynił się do rozwoju zawodowego personelu, szczególnie zaś do zdefiniowania na nowo struktur kierowania na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe pracują nieustannie nad wcielaniem w życie koncepcji terapeutycznych, wspólnie odpowiadając za kierunek pracy swoich oddziałów. Poprawa jakości pracy została również dowiedziona w ramach towarzyszących projektowi SYMPA programów badawczych, co widać do dzisiaj w pracy codziennej oraz w ramach badań kwestionariuszowych wśród pracowników.

Jakość pracy multiprofesjonalnej w ramach działań zespołu terapeutycznego w oparciu o orientację systemową ulega poprawie również poprzez wzmocnienie motywacji poszczególnych pracowników.

Orientacja na rodzinę – pomoc zinstytucjonalizowana

Do 2005 roku w Paderborn i w Herne-Eickel Lenz prowadził badanie „Dzieci chorych psychicznie”. Jego celem było położenie nacisku na zorientowanie na rodzinę pracy różnych obszarów systemu opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej.

Przykład 2:

Od początku programu kładziono nacisk na wzmocnienie kooperacji różnych instytucji w regionie Paderborn, która istnieje już od lat, wpływając na kształt pracy codziennej w klinice psychiatrycznej. Obecnie działa w Paderborn grupa robocza KIPKEL Paderborn („Dzieci chorych psychicznie”), w której pracach uczestniczą przedstawiciele Urzędu ds. Dzieci i Młodzieży, różnych placówek doradczych i domów przejściowych, placówek psychiatrycznych dorosłych oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, Uniwersytetu Katolickiego, Urzędu Zdrowia oraz Służby Socjopsychiatrycznej.

Wypracowane w ramach projektu Lenza wytyczne co do współpracy zinstytucjonalizowanej zostały wcielone w życie w działaniach grupy roboczej. Ciągłość personalna w ramach KIPKEL doprowadziła do wzrostu wzajemnego zaufania między biorącymi w nich udział organizacjami oraz do podwyższenia transparentności podejmowanych decyzji. Wszystkie organizacje partnerskie doceniły przydatność grupy roboczej i nieustannie biorą udział w jej pracach. Początkowy sceptycyzm profesjonalistów, obawiających się, że praca w KIPKEL wiązać się będzie wyłącznie z dodatkowymi obowiązkami bez widocznych efektów ulotnił się już po krótkim czasie, ustępując miejsca wzajemnemu zrozumieniu i uznaniu licznych korzyści wynikających z bliskiej, bezpośredniej współpracy.

Grupa robocza KIPKEL opracowała broszurę informacyjną, ilustrującą swoją strukturę organizacyjną. Projekty badawcze Uniwersytetu Katolickiego w Paderborn zostały przedstawione grupie KIPKEL, a dalej posłużyły one jako źródło inspiracji w opracowywaniu sieci pomocy w naszym regionie. We wrze-

śniu 2007 odbyła się konferencja naukowa zorganizowana przez KIPKEL na temat dzieci osób chorych psychicznie.

Oprócz wprowadzonych w Klinice w Paderborn już w 1999 roku umów z pacjentami na temat przebiegu przyszłego leczenia („Behandlungsvereinbarungen“ – Dietz, u. a. 1998), w których częściowo planowane są swoiste sposoby postępowania w razie przyszłego zachorowania znajdującego się pod naszą opieką pacjenta z dziećmi, w ciągu ostatnich lat w Paderborn wypracowano następujące dodatkowe propozycje:

- Doradztwo dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, prowadzone regularnie raz w tygodniu przez pracowników punktu poradnictwa wychowawczego – raz w tygodniu na terenie naszej Kliniki.
- Poradnictwo dla naszych pacjentów jako rodziców w ramach leczenia w naszej Klinice.
- Grupy wsparcia dla partnerów oraz starszych dzieci naszych pacjentów.
- Grupa dla matek w naszej poradni przyklinicznej.
- Dwie grupy dla dzieci, dla różnych grup wiekowych w dwóch punktach poradnicwa na terenie miasta.
- Możliwość leczenia matki wraz z małym dzieckiem na ostrych oddziałach naszej kliniki.

Systemowa terapia rodzin podczas leczenia stacjonarnego (Vieten 2009).

Ambulatoryjne/stacjonarne omówienia przypadków („Interwizja“) z zespołami terapeutycznymi oddziałów lub poradni.

Inne obszary działania klinik

W dalszej części przedstawione zostaną inne aktywności klinik psychiatrycznych, które rozumieć można jako reakcję na szczególne sytuacje czy zapotrzebowania w kontekście poszczególnych zaburzeń klinicznych.

„Bündnis gegen Depression“ – Koalicja przeciw depresji

W wyniku nasilonych działań badawczych nad zaburzeniami depresyjnymi w ramach tzw.

„Sieci kompetencyjnej – depresja“, na początku obecnego tysiąclecia założono międzynarodową inicjatywę „Koalicja przeciw depresji“. Koalicja ta działa obecnie w 17 krajach europejskich, w Niemczech w 70 miastach, angażując kliniki i placówki oraz organizacje ambulatoryjne w aktywności zmierzające do poprawy leczenia i opieki nad osobami cierpiącymi na depresję. Działania koncentrują się na informowaniu społeczeństwa o depresji oraz na propagowaniu jej leczenia według przyjętych standardów i wytycznych. Na poziomie lokalnym organizowane są szkolenia dla lekarzy i multiplikatorów na temat optymalnego diagnozowania i leczenia depresji. Koalicja działa też aktywnie na rzecz tworzenia grup samopomocy. Ważne są również działania prewencyjne, w tym spotkania z uczniami w szkołach, służące zapobieganiu stygmatyzacji. Centrala Koalicji w Niemczech mieszcząca się w Lipsku uczestniczy aktywnie w tworzeniu sieci zarówno organizacji członkowskich, jak i grup samopomocy, co również wpływa na poprawę leczenia blisko 4 milionów cierpiących w Niemczech na depresję osób. Koalicja przeciwstawia się aktywnie poszerzeniu granic diagnostycznych depresji, do czego dojść może m.in. z powodu modnej i nagłaśnianej w ostatnim czasie w mediach dyskusji nad tzw. „Burnoutem“. Chodzi tu nie o poszerzenie rynku dla leków przeciwdepresyjnych. Celem jest uwzględnienie warunków życia i pracy osób z depresją tak, aby możliwe było wcześniejsze dotarcie z adekwatną pomocą.

Sieć poradni leczenia traumy

W Północnej Nadrenii Westfalii od około 10 lat działają poradnie oferujące pomoc osobom po ostrych przeżyciach traumatycznych, np. ofiar napadów czy wypadków. Początkowo organizowane one były przez Urzędy Zdrowia, później poradnie te w większości usamodzielnili się jako część klinik psychiatrycznych, pozostając między sobą w ścisłej współpracy. W regionie Westfalen-Lippe poradnie te oferują dodatkowe świadczenia dla pacjentów pracujących w placówkach publicznych, bankach Sparkasse oraz w policji. Na poziomie lokalnym również utworzyły się sieci współpracy między poradniami leczenia traumy, poradniami przyklinicznymi, punktami doradczymi dla ofiar

przemocy, policją oraz gabinetami psychoterapeutycznymi, dzięki czemu możliwe jest szybkie zapewnienie ciągłej opieki potrzebującym. Po 10 latach działania widać coraz wyraźniej, że szybka pomoc często zapobiega rozwojowi zaburzenia stresu pourazowego oraz umożliwia wczesną aktywację własnych zasobów pacjenta. Zaledwie w nielicznych przypadkach potrzebna jest długotrwała psychoterapia celem przepracowania traumy i ustabilizowania stanu pacjenta. Również w tej dziedzinie psychiatrii, jak i w wielu innych podstawą działania powinno być zrozumienie tego, że samopomoc ma priorytet przed pomocą z zewnątrz!

Konsultacje w szpitalach somatycznych

Obecnie standardem stało się oferowanie przez poradnie przy klinikach psychiatrycznych konsultacji w sytuacjach kryzysowych dla pacjentów pobliskich szpitali somatycznych. Dla przykładu w mieście Paderborn, dzięki temu liczba porad w sytuacjach kryzysowych w ciągu ostatnich 4 lat wzrosła czterokrotnie. W jednym z okolicznych szpitali ogólnych wprowadzono stałe godziny konsultacji psychiatrycznych, które uzupełnione mogą być w sytuacjach nagłych przez psychiatrę z naszej kliniki po uprzednim kontakcie telefonicznym. Szczególna rola przypada już od lat działającej współpracy między psychiatrami i lekarzami innych specjalności w ramach leczenia bólu. Oprócz omawiania przypadków między anestezjologami a psychiatrami wprowadzono również psychoedukacyjne spotkania grupowe dla pacjentów w szpitalach somatycznych, a w niektórych przypadkach oferowana jest również psychoterapia indywidualna.

Towarzystwo Alzheimerowskie

Na poziomie krajowym, jak i lokalnym w Niemczech aktywne są grupy zrzeszające bliskich osób z chorobą Alzheimera. W psychiatrycznych poradniach przyklinikalnych utworzone zostały poradnie leczenia zaburzeń pamięci, których celem jest wczesne rozpoznawanie otępienia oraz różnicowanie np. z zaburzeniami depresyjnymi. Ocenie gerontopsychiatria dysponuje technikami diagnostycznymi (w tym technikami obrazowymi oraz testami neuropsychologicznymi),

dzięki którym możliwe jest różnicowanie między poszczególnymi organicznie uwarunkowanymi zaburzeniami pracy mózgu. W leczenie pacjentów aktywnie włączani są ich opiekunowie, przy czym tym ostatnim pomagamy w adekwatnym reagowaniu na problemy mogące wystąpić w codziennym obcowaniu z osobami cierpiącymi na otępienie, jak również zwracamy ich uwagę na konieczność chronienia własnego zdrowia fizycznego i psychicznego, co przyczynia się do prewencji zaburzeń depresyjnych.

Stacjonarne interwencje kryzysowe

W dzisiejszych czasach kliniki psychiatryczne coraz częściej stają się tymczasowym azylem dla osób z problemami w funkcjonowaniu społecznym. Nie ma weekendu, podczas którego osoby w trudnej społecznie sytuacji nie trafiłyby do nas z powodu występujących nagle myśli samobójczych. Po części zgłaszają się one samodzielnie, po części przywożone są przez straż pożarną lub inne służby kryzysowe. Konflikty między partnerami życiowymi, z wynikającymi z nich zaburzeniami adaptacyjnymi są częstym powodem zgłaszania się do klinik psychiatrycznych. Ponieważ podczas weekendów z reguły większość innych punktów doradczych czy gabinetów terapeutycznych nie pracuje, klinika psychiatryczna pozostaje ostatnim miejscem, w którym otrzymać można pomoc w sytuacjach kryzysowych, z zagrożeniem życia w wyniku ew. próby samobójczej.

Zarówno grupy samopomocy, jak i ambulatoryjne lekarskie służby kryzysowe nie są tutaj w stanie spełnić roli, jak przypada szpitalowi psychiatrycznemu. Z powodu powszechnego w Niemczech niedoboru lekarzy, w i tak coraz mniej licznych ambulatoryjnych lekarskich służbach kryzysowych coraz częściej rezygnuje się z udziału w nich również psychiatrów. Tylko w nielicznych regionach dostępne są 24-godzinne psychospołeczne służby kryzysowe, co wynika z problemów z ich finansowaniem – nie należą one do ustawowo zagwarantowanej palety świadczeń medycznych, a w obliczu nacisku na gminy w kierunku oszczędzania – często są one jedną z pierwszych ofiar lokalnych cięć budżetowych.

• Perspektywy

Według Niemieckiego Towarzystwa Psy-

chiatrui i Psychoterapii największymi wyzwaniami dla psychiatrii do roku 2020 będą:

- Optymalizacja diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych.

- Redukowanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również stygmatyzacji pracowników i placówek psychiatrycznych.

- Zapewnienie powszechnej dostępności do opartego na dowodach naukowych leczenia psychiatrycznego.

- Dbanie o następców zarówno w sektorze klinicznym, jak i badań naukowych.

Lęk, depresja, trauma, ból – czy wszystko to tylko wymyślone choroby? Uważam, że nie. Codziennosc klinik psychiatrycznych pokazuje nam, że tak nie jest. Oczywiście dziedzina psychiatrii i psychoterapii, jak żaden inny dział medycyny jest odzwierciedleniem szerszych tendencji społecznych. Z jednej strony system opieki zdrowotnej jest rynkiem, podlegającym specyficznym procesom rynkowym, również temu podaży i popytu. Jednak całkowicie błędnym byłoby przypisanie wzrostowi zapotrzebowania na świadczenia psychiatryczne tylko i wyłącznie temu mechanizmowi. Zmieniający się obraz psychiatrii w społeczeństwie, liczne wysiłki na rzecz destygmatyzacji doprowadziły do tego, że liczne osoby, które dotąd „cierpiały w milczeniu”, odważyły się w końcu zabrać głos i starać o odpowiednie leczenie. Każdej nocy, podczas każdego weekendu część zgłaszających się osób musi zostać odesłana, ze wskazówką na możliwość korzystania z zasobów własnych i opieki ambulatoryjnej, ponieważ kliniki są już i tak w większości przepelnione. Szczególnie leczenie psychoterapeutyczne celuje na aktywację własnych zasobów pacjenta oraz jego środowiska. Chodzi o to, aby przywrócić choremu jego autonomię i uczynić go niezależnym od terapii. Jednocześnie dużej grupie ciężiej psychicznie chorych i niepełnosprawnych, którzy potrzebują pomocy przez całe swoje życie należy taką pomoc w adekwatny i przystępny sposób umożliwić. Konieczne w tym celu jest sprawiedliwe rozdzielanie dostępnego kapitału społecznego. Nie może być tak, że całym grupom osób cierpiących odmawia się niezbędnej pomocy, etykietując ich jako chorujących na „wymyślone choroby”.

Bibliografia

Dietz, H., Pörksen, N., Völzke, W. (1998). *Behandlungsvereinbarungen*

Haun, M.W., u. a. (2012). *Langfristige Wirkungen systemtherapeutisch erweiterter stationärer Psychiatrie im Erleben von PatientInnen. MitarbeiterInnen und externen KooperationspartnerInnen*, in: *Systeme 2/2012*, Seite 142 – 169

Lenz, A., (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*, Göttingen

Schneider, F., Falkai, P., Maier, W. (2011): *Psychiatrie 2020 – Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*

Schweitzer, J., Engelbrecht, D., Schmitz, D., Borst, U., Nicolai, E. (2005). *Systemische Akutpsychiatrie, Psychotherapie im Dialog*, 6 (3), S. 255 – 263

Schweitzer, J., Grünwald, H. (2004). *SYMPA: Vorschau auf ein Großexperiment zur systemischen Forschung in der Akutpsychiatrie. Zeitschrift Systeme*, 17 (1), S. 36-45

Schweitzer, J., Nicolai, E. (2010). *SYMPATHISCHE Psychiatrie*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Schweitzer, J., Rotthaus, W., Altmix, M., Kröger, F., Wachta, V. M., Kirschnick-Pänzer, S., Oestereich, C. (2007). *Stationäre systemische Therapie, Psychotherapie im Dialog* 1 (8) S. 29-35

Vieten, B., u. a. (2009), *Systemische Konzepte in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Im Kontext*, 40/3, S. 261 – 278

Wedekind, E., Georgi, H. (2005). In: Schindler, H., von Schlippe, A. (Hrsg.), *Anwendungsfelder systemischer Praxis*. Dortmund, S. 265-284

Zwack, J., Schweitzer, J. (2007). *Multiprofessionelle systemisch-familientherapeutische Teamweiterbildung in der Akutpsychiatrie – Auswirkungen auf die Teamkooperation und die Mitarbeiterbelastung. Psychiatrische Praxis*, 34, S. 1-6