

Regionalny budżet w opiece psychiatrycznej*

Od października 2008 roku zobowiązaliśmy się w umowie podpisanej z kasami chorych na objęcie opieką psychiatryczną wszystkich osób chorych psychicznie z okręgu Herzogtum Lauenburg – wtedy było to 1.749 osób w ciągu roku. Okręg liczy ogółem 188.000 mieszkańców. Kasy chorych oddają nam do dyspozycji ponadindywidualną łączną opłatę zryczałtowaną w postaci „budżetu regionalnego” w wysokości 7 mln euro. My decydujemy, jak wykorzystać te pieniądze. Dysponując „budżetem regionalnym” możemy więc na nowo odkrywać psychiatrię.

Jak wygląda sytuacja dzisiaj po 5 latach?

Wysokość tej kwoty, 7 mln euro na rok – pozostała mniej więcej na tym samym poziomie, chociaż w międzyczasie objęliśmy opieką dodatkowych 300 osób, a więc 2.000 osób w ciągu roku. Pod względem ekonomicznym ta ponadindywidualna łączna opłata zryczałtowana zalicza się więc do instrumentów cut-off.

W międzyczasie powstały jednak 4 mobilne zespoły interwencji kryzysowej, które zajmują się pacjentami powyżej 18 roku życia w zakresie całego diagnostycznego spektrum psychiatrii, osobami z chorobami psychicznymi w ściślejszym sensie tego pojęcia, osobami uzależnionymi, aż po osoby w starszym wieku, włącznie z osobami z demencją. W celu uniknięcia przyjęć stacjonarnych i zachowania inkluzji, zespół pracuje na miejscu 24 godziny.

Jeden z członków zespołu ma w klinice służbowy biper i to on decyduje o Hometreatment (terapia ambulatoryjna, oddział dzienny) lub o przyjęciu do szpitala (Key-Function).

Dodatkowo są jeszcze 4 oddziały dzienne położone poza centrum, między innymi oddział dzienny funkcjonujący 7 dni w tygodniu oraz psychosomatyczny oddział dzienny, jedyny w landzie Szleszwik-Holsztyn, gdzie również wprowadzamy Home-Treatment. Chcemy mianowicie osiągnąć to, do czego zmierzali już Jakob i Thure z Uexküll albo Viktor von Weizsäcker: miejsce zamieszkania ma być też miejscem terapii. I oczywiście jest też ambulatorium (PIA – Psychiatrische Institutsambulanz) (pacjenci: 2008: 2.800/ rok; 2013: 4.000/ rok).

Ale w tej chwili na zapewnienie opieki psychiatrycznej dla 188.000 mieszkańców okręgu potrzebujemy tylko jednego oddziału stacjonarnego.

Liczba stacjonarnych dni terapii spadła w ciągu ostatnich 5 lat z 18.000 poniżej 8.000. Przeciętnie zajętych jest 20 łóżek. Okres pobytu na oddziale stacjonarnym trwa mniej niż 7 dni, chociaż zdarza się, że na oddziale stacjonarnym przebywają pacjenci, których trzeba leczyć niemal przez rok, dokładnie 344 dni.

Wielu twierdzi, że takie wskaźniki idą w parze z większą ilością ponownych przyjęć. To jednak, co można wykazać – przynajmniej u nas – nie jest prawdą:

Liczba powtórnych przyjęć nie wzrosła w

* XXIV Sympozjum PNTZP, Wrocław 2013

ciągu ostatnich 5 lat, lecz spadła o 1 do 2%. Ok. 72% pacjentów widzimy na oddziale stacjonarnym tylko raz w roku, wartość, która pomimo skrócenia czasu pobytu w szpitalu pozostała w ciągu ostatnich 16 lat więcej na tym samym poziomie. Ilość ponownych przyjęć do szpitala w ostatnich 5 latach raczej się więc zmniejszyła. Pomiędzy psychiatria szpitalną a psychiatrą w terenie zapanowała nowa, stabilna równowaga (w języku angielskim konieczność powiązania, względnie scalanie struktur jest bardziej dobitnie wyrażana słowem „care”: A new balance between hospital and community care). Ta nowa równowaga nie wyniknęła sama z siebie, automatycznie, lecz jest rezultatem długoletniego procesu rozwojowego. Żeby móc zrezygnować z oddziału stacjonarnego, potrzebne są w regionie porównywalne, dające oparcie struktury. Konieczne są więc metamorfozy (folia), takie jak te tak cudownie opisane przez Owidiusza:

„In nova fert animus
dicere formas corpora”

(W nową postać zmienione chcę opiewać
ciała)

Bez dużej ilości elementów pomocniczych w regionie, których jednak w tak krótkim czasie nie da się wymienić, zmiana nie może się powieść. A na tej drodze jest, jak zawsze, kilka niespodzianek.

Po zamknięciu jednego z oddziałów stacjonarnych i przekształceniu go w zespół interwencji kryzysowej z połączonym z nim oddziałem częściowo stacjonarnym (Centrum Interwencji Kryzysowej: Kriseninterventionszentrum: K-I-Z) założyliśmy, że pozostałe oddziały będą przepełnione, że koncentracja szczególnie trudnych pacjentów doprowadzi do nieznośnej atmosfery, a liczba pacjentów krępowanych i poddawanych terapii przymusowej będzie miała raczej tendencję wzrostową. To jednak nie nastąpiło.

Chociaż wszyscy chorzy psychicznie z okręgu, czy to z przymusowym skierowaniem czy też bez, muszą być przyjęci na ten jedyny pozostały oddział stacjonarny, to jest on coraz częściej, czasem całymi tygodniami, znów otwarty, a liczba samobójstw od ok. 5 lat zbliża się do zera. Z reguły jest tak – i tak było

też dawniej u nas – że na tysiąc przyjętych pacjentów 1 do 2 pacjentów dokonywało próby samobójczej.

Zmniejszyła się także ilość dni przymusowej hospitalizacji pacjentów. Podczas gdy przed wprowadzeniem budżetu regionalnego ok. 100 pacjentów dostawało przymusowe skierowania do szpitala, a ci pacjenci rzeczywiście pozostawali w szpitalu do końca decyzji sądu, to od ok. 5 lat jedynie 50 do 60% pacjentów poddawanych jest przymusowej terapii stacjonarnej, a jeśli już, to krócej niż przedtem (obecnie trwają badania, w jakim dokładnie zakresie). U pozostałych 40 do 50% nie stosuje się przymusowej hospitalizacji, a wielu zostało wkrótce po przyjęciu na oddział ponownie wypisanych i objętych w domu opieką przez mobilny zespół interwencji kryzysowej. Już sam ten fakt uzasadnia prawnie i etycznie konieczność wprowadzenia na całym terenie Hometreatment: Po co przymusowo kierować do szpitala, gdy w domu też można stosować leczenie psychiatryczne?

Były też inne niespodzianki: życie potrzebuje czegoś więcej niż terapia. Każdy człowiek chce być potrzebny, każdy człowiek chce dla innych coś znaczyć. Albo też: każdy człowiek chce znaleźć potwierdzenie dla swojego bytu i działania.

Dlatego zaczęliśmy wciągać w nasz plan zakłady pracy i firmy. Podczas gdy dawniej myśleliśmy, że firmy ukierunkowane są jedynie na maksymalizację zysków, to teraz mamy wrażenie, że wielu przełożonych i pracowników chce pomóc, aby koledze znów się poprawiło. Są też tacy przełożeni, którzy stają się niemalże koterapeutami, chociaż tak naprawdę nie zdają sobie z tego sprawy.

Część pacjentów (5-10%) jest jednak w takim stopniu nadwrażliwa, podatna na zaburzenia i irytację, ukształtowana przez chroniczny przebieg swojej choroby, że przynajmniej w naszych dotychczasowych warunkach nie mogła się odnaleźć na pierwotnym rynku pracy. Dla nich i dla tzw. wymagających pacjentów stworzyliśmy decentralistycznie „system możliwości dodatkowej pracy zarobkowej” (folia). Z reguły firmy umożliwiające dodatkową pracę zarobkową to kawiarnie, sklepy

second-hand połączone z przemysłowymi lub rzemieślniczymi zakładami usługowymi. Przy załatwianiu i odpracowywaniu zleceń powstaje coś takiego jak „czynna wspólnota”. Osoby, które ze sobą pracują, nawzajem się przy tym wspierają i finansują. W przyszłych latach alternatywą dla dodatkowej pracy zarobkowej mogłaby się okazać metoda, która w Vorarlberg / Austria nazywana jest „szpagatem” (podobna do wirtualnego warsztatu dla osób niepełnosprawnych (Saarbrücken, Lubeka), jednak jeszcze bardziej „normalna”). Zamiast „chronionych” miejsc pracy tamtejsze stowarzyszenie poszukuje w każdym przypadku odpowiednich ofert pracy na pierwotnym rynku pracy. Jednak nie chodzi przy tym o to, żeby ludzie niepełnosprawni musieli osiągać takie same wyniki jak ludzie pełnosprawni, lecz przede wszystkim o możliwość pracy zorientowanej na indywidualne możliwości. To może być 40 godzin tygodniowo albo tylko 5 godzin. Ważna jest jakaś czynność w kontekście możliwości pracy dostępnej dla wszystkich obywateli. Tak czy owak: zgodnie z naszym doświadczeniem praca jest najważniejszym czynnikiem przyspieszającym normalizację.

W tej chwili mamy nawet usługi pielęgnacyjne – „Opieka według potrzeb” – które w większości wykonywane są przez pacjentów z i spoza szpitala. Wszystko zaczęło się od założenia stowarzyszenia samopomocowego „Razem – Dla siebie”, któremu po krótkim czasie udało się powołać do życia kawiarnię jako miejsce spotkań, jako miejsce dodatkowej pracy zarobkowej i jako punkt wyjścia dla interwencji kryzysowej we własnej sprawie. Z tego rozwinął się tzw. „Peer-support”. Członkowie tej grupy pomagają innym w domu, na oddziale stacjonarnym, w oddziale dziennym, albo świadczą usługi pielęgnacyjne i są, jak wspominałem, pracownikami z odpowiednią umową o pracę, od której odprowadzane są w różnym zakresie składki na ubezpieczenie społeczne.

Dodatkowa praca zarobkowa jest w kontekście czynnej wspólnoty obecnie ciągle jeszcze nieodzowna. W każdym przypadku należy jednak preferować kolegalność w miejscu pracy w sensie inkluzji.

Jeszcze pilniej niż młodzi ludzie potrzebują mobilnych zespołów ludzie starsi (gerontopsychiatria):

Żaden człowiek w wieku 70, 80, 90 lat nie chce trafić do szpitala na oddział psychiatryczny, jeśli do tej pory zostało mu to w jego życiu oszczędzone. On i jego bliscy wstydzą się, obawiają się stygmatyzacji, co dodatkowo opóźnia rozpoczęcie terapii. Oprócz tego właśnie ludzie w podeszłym wieku, zwłaszcza ci z demencją, reagują bardzo boleśnie na zmiany w swojej codzienności. Często już niewielkie zmiany w utartych zwyczajach dnia codziennego zaburzają tę jako tako utrzymującą się w równowadze rutynę codzienności, co ma poważne skutki, takie jak dezorientacja, pomieszanie albo symptomy podobne do delirium. A więc właśnie w przypadku starszych osób każdy plan terapii musi unikać ekskluzji i absolutnie zachować inkluzję.

Jednak terapia pacjenta w środowisku domowym jest niewystarczająca, i to pomimo dużych możliwości mobilnego zespołu interwencji kryzysowej. Życie to coś więcej niż cała teoria, a życie potrzebuje czegoś więcej niż terapia.

W dalszym leczeniu trzeba uwzględnić kontekst rodziny, przestrzeń społeczną. To właśnie w przestrzeni społecznej odnajduje się możliwości, które mogą doprowadzić do rozwoju potencjalnych możliwości pacjenta i jego rodziny, a przynajmniej do zachowania tychże. W związku z tym następująca myśl:

Badanie Extended Mind wykazało, że mózg nie „należy” do człowieka. Mózg jest narządem do nawiązywania relacji (Fuchs). Człowiek myśli poprzez swoje ciało, które z kolei jako sprawca w środowisku reaguje na feedback i procesy feedforward środowiska życia. Upraszczając: na początku naszego życia „wciągamy” w siebie wszystko ze środowiska społecznego. Aby lepiej radzić sobie w życiu, próbujemy przy tym przy pomocy naszej pamięci zapamiętać i odkryć pewne wzorce i reguły.

W obliczu rozwoju demograficznego i wobec perspektywy, że każdy z nas może mieć na starość demencję, powinniśmy od połowy życia w większym stopniu zastępować te

struktury, które do tej pory dawały nam oparcie i orientację, strukturami w naszym środowisku, żeby stały się dla nas oparciem, gdy nasze komórki mózgowie będą stopniowo odmawiały posłuszeństwa. Upraszczając: „Psycho” musi znów stać się „socjo”!

Gdy nasza pamięć zacznie nas zawodzić, nasz partner, nasza rodzina albo nasi koledzy pomogą nam skompensować luki, później być może także iPhone albo inne systemy nawigacyjne.

W dalszym przebiegu demencji będziemy zdani na bezpieczne struktury w naszej dzielnicy, we wsi, sklepiki w pobliżu, opiekę stacjonarną itp.

Gdy nasza pamięć będzie nas dalej opuszczała i będziemy potrzebowali opieki przez całą dobę, konieczne staną się mieszkania chronione dla seniorów, w których znajdziemy całodobową opiekę. Także dlatego, że ponad 90% ludzi nie chce trafić do domu opieki, nawet gdy mają demencję. Oprócz tego pensjonariusze domów opieki mają znacznie niższą prognozę długości życia niż starsi ludzie z demencją, którzy mają zapewnioną opiekę w domu (folia: Federalny Urząd Statystyczny: Średni czas życia w domach opieki: 29,2 miesiące, u siebie w domu 55,5 miesięcy).

Takie grupowe mieszkania chronione dla seniorów, które można by określić lepiej jako wspólnoty domowe (Dörner, Fundacja Bertelsmanna, Kuratorium niemieckiej pomocy dla osób starszych), są tu i ówdzie zakładane przez bliskich. Aby były na całym obszarze dostępne dla każdego, potrzebna jest jednak inicjatywa oddziału psychiatrycznego, podmiotu świadczącego usługi opiekuńcze albo może nawet jakiegoś domu opieki. W naszym regionie będziemy potrzebowali do 2030 roku w przybliżeniu przynajmniej 100 takich grupowych mieszkań chronionych dla seniorów. Dlatego od kilku lat stale poszukujemy odpowiednich domów i mieszkań, ale nie tylko dla starszych osób z demencją, lecz także dla młodszych, którzy potrzebują „swojego domu”. Jak tylko znajdujemy jakąś nieruchomości, tworzymy przy współudziale miejscowego podmiotu świadczącego usługi pielęgnacyjne taką wspólnotę domową, także jako

punkt kryształacyjny dla odpowiedzialnych da system opieki w danej dzielnicy czy wsi.

Dla młodszych osób psychicznie chorych organizujemy oprócz mieszkania osobę pomagającą w razie potrzeby w załatwianiu spraw codziennych oraz w miejscu pracy. Taki formalny i merytoryczny sposób działania określamy mianem „terapia poprzez dom” (Immobilientherapie). W Nowym Yorku, w Montrealu i w innych miejscach nazywa się jest to „housing first”. Tak tutaj jak i tam przekonano się, że własne mieszkanie bardzo ułatwia wszystkie inne rzeczy, i to niezależnie od tego, czy ktoś choruje na psychozę, jest uzależniony, cierpi na demencję czy jest bezdomny. Dlatego „terapia poprzez dom” albo „Real estate therapy”.

Na podstawie tych przykładów mogą Państwo zobaczyć, że przestrzeń społeczną wykorzystujemy jako zasoby, aby osobom z symptomatyką psychiatryczną zapewnić odpowiednie nisze. Już zanim jakiś przypadek stanie się przypadkiem, powinniśmy się rozejrzeć w przestrzeni społecznej za okazjami i kontaktami. To nazywa się pracą niezależną od danego przypadku. Jeżeli później dla jakiegoś pacjenta i dla jego bliskich potrzebujemy stosownych odpowiedzi na „niemożliwe” sytuacje, to mamy już coś w zanadru: zawniczu zorientowaliśmy się w sytuacji, wyszukaliśmy okazje i nawiązaliśmy kontakty, które w danej chwili można wykorzystać do rozwiązania problemu. Uaktywnienie przestrzeni społecznej, zwłaszcza tzw. trzeciej przestrzeni społecznej (Dörner), przyczynia się do tego, że hospitalizacja nie jest już nieodzowna, a kryzysy dostają jakąś szansę, ponieważ natychmiast dysponujemy stosownymi odpowiedziami.

Psychiatria jaką znamy, zamieniła się w tym procesie w postpsychiatrię. W konwencjonalnej psychiatrii pacjenci muszą opuścić swój kontekst, swój dom, aby skorzystać z pomocy w szpitalu. W postpsychiatrii to pracownicy opuszczają swój kontekst, klinikę, podczas gdy pacjenci mogą pozostać w swoim środowisku.

Postpsychiatrii nie należy utożsamiać z rajską psychiatrią, ale postpsychiatria otwiera dostęp do miejsca życia pacjentów, gdzie

napięcia, nieprzyjemne uczucia, dysharmonia (Bleuler, M.) lub sprzeczności (Grave, K.) raportownie zamieniają się w cierpienie i symptomy choroby lub w ten sposób się wyrażają. Jednak symptomy nie należą wyłącznie do pacjenta, pacjent jest bowiem częścią złożonego systemu zależności i wyraża jedynie dysharmonię i sprzeczności całości.

Jeżeli pacjent i jego bliscy nie znajdują żadnej stosownej odpowiedzi na utrzymujące się napięcia, zwracają się do pracowników psychiatrii jako potencjalnych poszukiwaczy odpowiedzi. Przy poszukiwaniu odpowiedzi tak długo naświetla, prześwietla i wypróbowuje się w kontakcie z pacjentem i jego bliskimi rozmaite obszary jego życia, jak rodzina, działalność, sąsiedztwo, przeszłość, terażniejszość, przyszłość, itp. aż znajdzie się stosowne odpowiedzi, a dysharmonie i sprzeczności staną się nieszkodliwe, podobnie jak sformułował to Freud: osobista nędza musi przerodzić się w ogólne nieszczęście.

Chociaż poszukiwania te w przypadku wszystkich pacjentów są podobne, to istnieją także różnice. W odróżnieniu od osób chorych psychicznie stworzyliśmy np. dla osób uzależnionych następujące hasło: „Na progę albo na krawędzi – gotowi – start”, w którym zawierają się różne aspekty, jak sztuka właściwego punktu czasowego, ambiwalencja u osób uzależnionych, którą się w środowisku dekonstruuje i rozgrywa, przestrzeń społeczną dla korzystnych okazji i zastosowanie antabusu – disulfiramu – jako środka dającego różne możliwości.

Wszystkie te koncepcje mają jednak wspólną cechę: jeśli tylko miejsce życia stanie się w odpowiednim momencie miejscem leczenia, to psychiatria staje się bardziej skuteczna.

Stymulujące działanie ponadindywidualnego ryczału, z którego finansuje się niezbędne świadczenia dla indywidualnego obywatela, a który jest związany z danym rejonem (sektorem), jest podwójne.

Taki ryczałt powoduje 1. elastyczność, która jest m.in. niezbędna dla przekształcenia szpitala i obszaru komunalnego, a więc całego systemu opieki. 2. oddziałuje on perspektywnie na przestrzeń społeczną i ak-

tywizuje koterapeutycznie zwłaszcza trzecią przestrzeń społeczną. Dzięki temu rozwija się oddziaływanie prewencyjne na jednostkę i jego rodzinę, ale także ogólnie na całą społeczność.

Koncepcja ta, zawierając inne założenia – zwłaszcza projekty opieki zintegrowanej – powoduje, że poszczególne struktury i elementy terapeutyczne mogą działać „właściwie”.

Projekty opieki zintegrowanej działają zbyt punktowo aby mieć potencjał do trwałej przebudowy psychiatrycznego systemu opieki, a nie każda forma Hometreatment jest skuteczna i nie każdy region posiadający zespół HT pracuje efektywnie.

Badania w Anglii, przeprowadzone w 2006 roku przez Glovera, wykazały, że zespoły psychiatrii społecznej, tzw. Assertive Community lub outreach Teams nie przyczyniają się do zmniejszenia ilości hospitalizacji, wręcz przeciwnie. W regionach bez zespołów ACT spadek liczby hospitalizacji był wyraźniejszy niż w regionach posiadających takie zespoły.

Ponadto wiadomym jest, co potwierdzają (szwedzkie) badania, że każde łóżko zwolnione w szpitalu, zajmowane jest przez innych pacjentów i nie jest likwidowane. Dlatego bez współpracy z obszarem stacjonarnym i na skutek działania zespołów HT dochodzi do dublowania się działań psychiatrii, tak jak można to zaobserwować w Holandii.

Efekt ten jest obecnie jeszcze bardziej wyraźny, ponieważ według A. Ehrenberga obywatele w krajach zachodnich od 1980 roku coraz częściej wyrażają swoje złe samopoczucie przy pomocy słów, które zaczerpnęli ze słownika psychiatrycznego. Przez to trudno jest rozróżnić pomiędzy zaburzeniami samopoczucia a chorobami. Na skutek tego mechanizmu obok osób chorych psychicznie powstaje cała rzesza „zdrowych chorych”. Trudność ta wykorzystywana jest ekonomicznie przez wiele klinik w celu uzyskania łóżek lub zwiększenia ich ilości.

Aby nie włączać się lekkomyślnie w ten szereg i nie przerwać uciążliwych poszukiwań stosownych odpowiedzi, ponieważ pieniądze zbyt kusząco nęcą, to takie cięcie w postaci „budżetu regionalnego” jest bardzo pomoc-

ne. Pod tym względem budżet regionalny jest zabezpieczeniem przed uczeniem pacjentów bezradności, jak to ujął Martin Seligman. Ruth Cohn, twórczyni koncepcji TZI (Themenzentrierte Interaktion) idzie tu jeszcze jeden krok dalej: zbyt małą pomoc ludziom nazywa kradzieżą, zbyt dużą pomoc ludziom – morderstwem.

Czynienie tego, co właściwe, np. utworzenie zespołów HT, nie stanowi jeszcze żadnej gwarancji, że odniesie to „właściwy” skutek: w najkorzystniejszym przypadku niektóre typy są nieskuteczne, w najgorszym przypadku dochodzi do dublowania się działań psychiatrii, co daje ten efekt, że ludzi uczy się bezradności zamiast udzielać im pomocy.

Zespoły HT muszą więc w kontekście budżetu regionalnego znaleźć zastosowanie dokładnie jako Crisis-Resolution-Teams – zespoły interwencji kryzysowej – jako środek do zapobiegania hospitalizacjom.

W 2008 nie znaleźliśmy jeszcze w Geesthacht angielskich badań. Ale nie postawiliśmy na zespoły psychiatrii społecznej w postaci „Assertive Community Teams”, lecz na mobilne Crisis-Resolution-Teams. Zespoły te pracują lepiej, co da się udowodnić, jeśli stałym członkiem zespołu jest lekarz. Oprócz tego wyposażyliśmy te zespoły w „elastyczność”, tak jak to

robią Holendrzy w Rotterdamie. Oprócz tego członkowie zespołu pracują w zakresie całego spektrum psychiatrii, tak że wszyscy pacjenci danego rejonu mogą być leczeni przez ten sam zespół (analogia – piłka nożna: obrońcy muszą czasem strzelać bramki, a zawodnik w ataku musi umieć się bronić). Dzięki odpowiedniej organizacji wizyt domowych (scalaniu i łączeniu) w podległym rejonie otwarto się dla pracowników psychiatrii możliwości, jakie daje połączenie w sieć, które właściwie trzeba tylko podchwycić. Tak powstaje w rejonie sieć społeczna, dająca wzajemne oparcie i pozwalająca na stopniowe powstanie nowego „my” (Opaschowsky, Dörner). Dzięki temu psychiatria staje się ogólnie bardziej skuteczna, a ekonomiczny skutek uboczny stanowi fakt, co dla kas chorych jest zazwyczaj głównym skutkiem – że jest o wiele korzystniejsza pod względem kosztów.

Postpsychiatria opłaca się więc wszystkim: pacjentom, ich rodzinom, społeczeństwu, gminie. Pozwala to na powstanie inkluzji.

No i wreszcie psychiatria zaczyna znów sprawiać przyjemność pracującym w niej osobom. I dla tego rodzaju psychiatrii istnieje już hymn, który śpiewa grupa Opus. Znają go Państwo: „Na, na, na, na, na: live is life!”