

Współczesne kierunki rozwoju organizacji leczenia psychiatrycznego.

Przedmiotem artykułu są te trendy w organizacji zachodnioeuropejskiej i amerykańskiej psychiatrii, które mogą znaleźć szersze zastosowanie w polskich warunkach oraz opis aktualnego stanu naszego leczenia i perspektyw jego rozwoju na tle zachodnich tendencji. Opiszę je w porządku podstawowych elementów opieki psychiatrycznej.

Opieka ambulatoryjna

Opieka ambulatoryjna jest pod pewnym względem najbardziej charakterystyczną cechą środowiskowo zorientowanej psychiatrii. Korzysta z niej wszędzie największy odsetek pacjentów. Ocena tych świadczeń na Zachodzie jest trudna, bowiem znaczną ich część zapewniają prywatnie praktykujący lekarze i mało wiadomo, kto głównie z niej korzysta i jakie są oferty terapeutyczne. Na podstawie piśmiennictwa i własnych obserwacji wnoszę, że poziom opieki ambulatoryjnej jest ogromnie różnicowany. Wydaje się, że przeważa bierne poradnictwo dla pacjentów z niepsychotycznymi zaburzeniami. Względnie nieliczne są szerokie programy dla przewlekle chorych o typie zorganizowanej w Polsce opieki czynnej.

W Polsce sieć ambulatoryjna zwłaszcza poradni zdrowia psychicznego, zagęszcza się stopniowo. Przybywa przeciętnie 7 placówek rocznie i obecnie z przeszło 600 ośrodkami należy prawdopodobnie do jednej z bardziej do-

stępnych w Europie. Nieznacznie rośnie liczba osób leczonych i porad osiągnął 600 tys. rocznie. W większym stopniu rozszerza się zakres wizyt domowych, wywiadów środowiskowych i świadczeń psychologicznych, co wskazuje na powolny, ale dostrzegalny rozwój orientacji środowiskowej.

Pośrednie formy leczenia

Pośrednie formy opieki obejmują liczne i niedostatecznie zdefiniowane służby: oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, służby kryzysowe, opiekę w rodzinach zastępczych, kluby rehabilitacyjne, mieszkania chronione i inne.

Dzienne oddziały tzw. terapeutyczne stanowią część szpitala czy terenowego ośrodka zdrowia psychicznego, bądź też funkcjonują niezależnie. Stały się w USA, Wielkiej Brytanii i innych krajach bardzo popularną formą leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jak również osób uzależnionych. Wcześniejsze badania wykazały, że dla około 40 % pacjentów leczenie dzienne jest skuteczną alternatywą opieki szpitalnej i że odsetek ten można podwyższyć do 60 %, jeśli jest możliwe przeniesienie pacjenta na kilka dni do szpitala.

Te i podobne doświadczenia wykorzystano w III Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w 1980 r. Zredukowano tam liczbę łóżek do połowy tj. do wska-

znika 2,7 na 10 tys. mieszkańców i zastąpiono je subrejonowym oddziałem dziennym (20 miejsc) i częściowo małym zespołem środowiskowym. Znany bostoński szpital (Massachusetts Mental Health Center) w rezultacie drastycznych cięć finansowych został zmuszony do zmian dalej idących. W r.1981 w miejsce dwóch 50 łóżkowych oddziałów całodobowych i jednego 30 osobowego oddziału dziennego utworzono dwa 50 miejscowe oddziały dzienne i jeden 30 łóżkowy całodobowy. Oddziały dzienne przyjmują wszystkich dobrowolnych i przymusowych pacjentów, natomiast osoby niebezpieczne lub niezdolne do zaspokojenia elementarnych potrzeb przenosi się czasowo do oddziału całodobowego. Oddział ten przyjmuje pacjentów bezpośrednio tylko w nocy.

Bardzo rozpowszechnioną alternatywą szpitala są dzienne ośrodki rehabilitacji społecznej i zawodowej wykorzystujące głównie techniki behawioralne, trening asertywny oraz różnorodne formy terapii zajęciowej.

W USA za pośrednictwem służb kryzysowych realizuje się znaczną część początkowych kontaktów z innymi ośrodkami psychiatrycznymi. Jeśli z pierwszego kontaktu wynika, że pacjent nie potrzebuje dłuższego leczenia, wówczas terapeuta przenosi go do otwartej grupy kryzysowej, która spotyka się dwa lub trzy razy w tygodniu. W większości przypadków krótki udział w dyrektywnej psychoterapii wystarczy do odzyskania względnej równowagi.

Inną szeroko rozpowszechnioną odmianą są klubowe programy rehabilitacyjne typu Fountain-House, które przewidują na początku różne gospodarczo-rekreacyjne zajęcia w obszernej siedzibie klubu, a następnie nadzorowane przez personel tzw. przejściowe zatrudnienie w otwartych zakładach, głównie w wielkich domach towarowych. Większość tych licznych klubów ma również własne programy mieszkaniowe.

Inną formą, zaliczaną do pośrednich, jest zakwaterowanie chronione, które obejmuje dwa rodzaje ośrodków. W domach przejściowych (half-way) przebywa od kilku do kilkunastu, rzadko, np. w Chicago, kilkaset osób. Przed południem osoby te pracują, chodzą do szkoły lub uczestniczą w zajęciach pobliskiego oddziału dziennego a po południu są pod opieką personelu psychiatrycznego. Mieszkania grupowe (group homes) służą kilku chorym nadzorowanym przez jednego z nich i są systematycznie wizytowane przez fachowy perso-

nel. Z obu typów zakwaterowania korzysta w USA od 130 do 150 tys. przewlekle chorych. Nadal jednak wielu z nich przebywa w szpitalu lub na ulicy.

W Polsce pośrednie formy opieki wykazują także pewien postęp, chociaż nie taki jakiego spodziewano się przed 12 laty. Liczba oddziałów dziennych (80 jednostek) zwiększyła się zaledwie o 50 % w stosunku do 1980 r. Przyczyną tego jest m.in. niechętny stosunek samych psychiatrów do tej sprawdzonej i tańszej formy organizacyjnej. Oddziały dzienne są nieliczne i nie w pełni wykorzystane. Z naszych i zachodnich doświadczeń wynika, że poprawę w tym zakresie można uzyskać poprzez administracyjne lub funkcjonalne powiązanie z oddziałem szpitalnym najlepiej w ramach subrejonu.

W latach 80 powstały nowe formy leczenia środowiskowego rekomendowane przez „Kierunki”. Zorganizowano 20 zespołów leczenia środowiskowego, nie również dla alkoholików i młodzieży szkolnej. Jest to bardzo skromny dorobek, aczkolwiek rozwinął się prawie z niczego.

Opieka szpitalna

Rozwój nowych form środowiskowych idzie w parze z ogromnymi zmianami w liczbie, wielkości, strukturze i funkcji tradycyjnego szpitala psychiatrycznego. W krajach mających wysokie wskaźniki na 10 tys. ludności następuje dramatyczna redukcja łóżek. W USA liczba łóżek w szpitalach stanowych zmniejszyła się z 560 do 138 tys. tj. czterokrotnie, a w niektórych stanach np. Massachusetts lub Kalifornii aż ośmiokrotnie. Podobne trendy występują w Europie, a we Włoszech szpitale psychiatryczne zostały formalnie zlikwidowane.

Zmiany dotyczące struktury polegają na geograficznej decentralizacji dużych i średnich szpitali, określanej w USA jako unityzacja, we Francji – sektoryzacja, w Wielkiej Brytanii – subdivision a w Polsce – subrejonizacja. Polega ona na powiązaniu małych subrejonów z określonymi oddziałami szpitalnymi.

Zmienia się również sposób wykorzystania szpitala. Obniża się liczba pacjentów przebywających dłużej niż 5 lat w szpitalu, rośnie natomiast grupa młodych /przebywających powyżej 1 roku/: alkoholików, narkomanów, psy-

chicznie zaburzonych przestępców, dzieci i młodzieży oraz pacjentów geriatrycznych (20 % w szpitalach amerykańskich). Ze względu na zróżnicowane potrzeby tych grup zachodzi konieczność organizowania odrębnych specjalistycznych oddziałów kosztem oddziałów ogólnopsychiatrycznych.

W wielu szpitalach widoczne są zmiany w stylu pracy oddziałów. Na uwagę zasługuje strukturalizacja czasu pacjentów zbliżona do organizacji stacjonarnych ośrodków odwykowych. Oprócz codziennej społeczności prowadzona jest terapia zajęciowa i grupy dyskusyjne /spotkania z personelem w małych grupach poświęcone dyskusji nad różnymi istotnymi zagadnieniami/, a także gimnastyka i obowiązkowe sprzątanie sal pacjentów i innych pomieszczeń. Tylko ostre zaburzenia są podstawą do zwolnienia z tych licznych zajęć.

Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych są jedną z ważniejszych alternatyw szpitala. Liczba ich systematycznie rośnie nie tylko na Zachodzie, lecz również w krajach wschodnioeuropejskich. W USA jest ich około 1,5 tys. We Włoszech w latach 1968–1984 r. utworzono 240 takich jednostek, przy czym zgodnie z ustawą z 1978 r. nowe oddziały nie mogą mieć więcej niż 15 łóżek, dlatego gęsta sieć nie kompensuje braku łóżek po likwidacji szpitali psychiatrycznych.

Opieka stacjonarna jest tą dziedziną, w której dokonaty się w Polsce największe zmiany zgodnie z „Kierunkami”, przewidujące poprawę dostępności i struktury tej opieki poprzez rozbudowę sieci oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych oraz zmniejszenie wielkich zakładów.

W toku minionej dekady znacznie wzrosła liczba placówek stacjonarnych, z 92 w 1979 do 145 w 1992 r. tj. o 57 %, głównie dzięki oddziałom przy szpitalach ogólnych i ośrodkom rehabilitacyjnym dla narkomanów. Przed 10 laty aż 12 województw nie miało żadnego łóżka, obecnie tylko dwa są w takiej sytuacji. Jednocześnie zlikwidowano prawie 6 tys. łóżek z tego 77 % w wielkich szpitalach. Liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych zwiększyła się z 35 do 52 jednostek, w których jest 3,5 tys. łóżek tj. prawie 10 % wszystkich łóżek, co stanowi odsetek znaczny nawet w skali europejskiej. W odróżnieniu od Zachodu oddziały te spełniają szerszą gamę świadczeń ze względu na rejonizację i rozmiary. Nie mogą jednak całkowicie zastąpić szpitala psychia-

trycznego, a właściwie ich wykorzystanie będzie wymagać bardziej ścisłego powiązania ich ze szpitalami.

Poprawiły się wskaźniki funkcjonowania szpitali. Radykalnie zmniejszyła się średnia liczba pacjentów, z 38 tys. do 29 tys., spadł odsetek chorych pozostających w szpitalu dłużej niż 5 lat do 19 %, zmniejszyło się zagrożenie do 125 %, skrócił się średni czas pobytu do 60 dni. Poprawiły się warunki bytowe, nadal jednak sytuacja znacznej części szpitali jest bardzo trudna.

Mimo zaawansowanej deinstytucjonalizacji przewlekle chorych narasta powoli problem pacjentów geriatrycznych. Na ogół nikt nie ma wątpliwości, że podobnie jak dzieci i młodzież, alkoholicy i narkomani, również pacjenci geriatryczni mają swoje specyficzne potrzeby, które trudno zaspokoić na ogólnym oddziale subrejonowym. Z tego względu w dużych i średnich szpitalach należy dążyć do utworzenia oddziałów czy pododdziałów geriatrycznych dla potrzeb całego rejonu. W lepszej sytuacji są te szpitale, które mogą wykorzystać w tym celu tzw. oddziały somatyczne.

System oparcia społecznego

Doświadczenia związane z deinstytucjonalizacją w USA /gwaltowne zmniejszenie się liczby chorych w szpitalach/ wykazały, że różnorodne świadczenia pozaszpitalne nie były w stanie utrzymać w środowisku dość licznej kategorii przewlekle chorych, którzy wymagają długotrwałej pomocy zarówno w zaspokajaniu podstawowych potrzeb i korzystaniu z usług psychiatrycznych, jak i w odzyskiwaniu i nabywaniu umiejętności samodzielnego radzenia sobie w codziennym życiu. W celu zapewnienia tej pomocy zorganizowano odrębny rodzaj opieki –system oparcia społecznego /Community Support System/. Jest to skoordynowana sieć osób sprawujących opiekę nad tymi pacjentami. Dzięki niej wielu chorych uważanych za trwale niezdolnych do samodzielnej egzystencji nauczyło się żyć niezależnie.

Opieka ambulatoryjna jest pod pewnym względem najbardziej charakterystyczną cechą środowiskowo zorientowanej psychiatrii. Korzysta z niej wszędzie największy odsetek pacjentów. Ocena tych świadczeń na Zachodzie jest trudna, znaczna ich część bowiem zapew-

nią prywatnie praktykujący lekarze i mało wiadomo, kto głównie z niej korzysta i jakie są oferty terapeutyczne. Na podstawie piśmiennictwa i własnych obserwacji wnosi się, że poziom opieki ambulatoryjnej jest ogromnie zróżnicowany. Wydaje się, że przeważa bierność poradnictwa dla pacjentów z niepsychotycznymi zaburzeniami. Względnie nieliczne są szerokie programy dla przewlekle chorych o typie opieki czynnej.

Koordinacja działalności i integracja z innymi służbami

Koordinacja służb i ciągłości opieki jest bardzo istotnym aspektem leczenia psychiatrycznego. W USA w celu zapewnienia ciągłości opieki powoływane są specjalne komitety i zespoły opracowujące wytyczne w tym zakresie i nadzorujące stopień ich realizacji. Obowiązuje zasada, że przed zwolnieniem pacjenta ze szpitala należy sporządzić plan postępowania uwzględniający ciągłość opieki. Przewiduje się również premie dla szpitala tzw. bridging fee /65 dol./ za zapewnienie skutecznego kontaktu jednego pacjenta z poradnią w okresie do 10 dni po wypisaniu.

W Polsce subrejonizacja, wdrożona prawie powszechnie przed 20 laty, przyczyniła się do poprawy współdziałania między oddziałami szpitala i poradniami zdrowia psychicznego, do stworzenia warunków ciągłości wewnątrzszpitalnej a poprawy ciągłości pozaszpitalnej. W części poradni poziom powiązania, mierzony liczbą zakończonych ruchów pacjentów jest względnie wysoki. Wbrew zaleceniom zawartym w „Kierunkach” nie skorygowano oczywistych błędów w subrejonizacji, co uniemożliwia dalszą poprawę ciągłości opieki.

Niewiele dokonano w zakresie współpracy z podstawową opieką zdrowotną i służbami pomocy społecznej. Wraz z przejęciem pomocy społecznej przez resort pracy i polityki społecznej nastąpiło osłabienie dotychczasowych kontaktów i utrudnienie w przyjmowaniu przewlekle chorych przez domy pomocy społecznej. Pewien skromny sukces można odnotować w działalności konsultacyjno-edukacyjnej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Rola ustawodawstwa

Ogromną rolę w rozwoju psychiatrii odgrywa ustawodawstwo. Francuska ustawa (Loi sur aliènes z 1938 r.) zmieniona gruntownie dopiero przed trzema laty, regulowała sprawy dotyczące nie tylko przymusowego przyjęcia i leczenia, lecz stanowiła także podstawę do utworzenia szpitali psychiatrycznych w każdym departamencie. Memorandum rządowe z 1960 r. wytyczyło dalszy rozwój psychiatrii w kierunku środowiskowo zorientowanej sektoryzacji tj. sprawowania opieki nad określonym obszarem przez zespół terapeutów związanych z odpowiednim oddziałem szpitala.

Ustawa o terenowych ośrodkach zdrowia psychicznego w USA z 1963 r. zabezpieczała środki finansowe i funkcjonowanie wszechstronnej opieki nad geograficznie określoną populacją. Dzięki tej ustawie nastąpił imponujący postęp w ochronie zdrowia psychicznego i przesunięcie środka ciężkości z tradycyjnych instytucji psychiatrycznych do środowiskowego typu opieki.

Ustawy brytyjskie z 1930 i 1959 r. przyczyniły się do drastycznego zmniejszenia populacji szpitalnej i poważnych sukcesów w zakresie rozwoju służb alternatywnych i opieki nad przewlekle chorymi. Włoska ustawa z 1978 r. rozpatrywana jako najbardziej radykalny eksperyment powiązała opiekę psychiatryczną z opieką ogólnomedyczną wskutek dalszej intensyfikacji rozwoju małych oddziałów przy szpitalach ogólnych i innych służb alternatywnych. Nakażała również zamykanie szpitali psychiatrycznych w utopijnym dążeniu do ich całkowitej likwidacji. Z aktualnej sytuacji wynika, że pierwsza próba eliminacji szpitala psychiatrycznego okazała się przedwczesna.

Projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ma podobno wkrótce trafić do sejmu. Projekt przewiduje współczesny model opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, która będzie sprawowana w ramach podstawowej, psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej oraz w domach pomocy społecznej. Zawiera postanowienia zapewniające realizację tego modelu, m.in. zobowiązuje wojewodów do tworzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami, zawiera przepisy zabezpieczające prawa obywatelskie osób poddanych przymusowemu postępowaniu oraz normy zapobiegające lub ograniczające możliwość naruszania praw obywatelskich wynikającą z trudnych warunków pobytu i leczenia.

Organizacja leczenia osób uzależnionych

Opieka nad uzależnionymi charakteryzowała się zawsze pewną swoistością niezależnie od organizowanej przynależności, tj. w ramach psychiatrii czy poza nią. Na uwagę zasługują trzy trendy, które wyraźniej zaznaczyły się w USA. Pierwszy, to imponujący rozwój ilościowy ośrodków leczenia odwykowego. O ile ogólna liczba zakładów psychiatrycznych zbliża się tam do 5 tys., o tyle liczba ośrodków odwykowych do 7 tys. Po drugie, z tej liczby 26% to ośrodki alkoholowe, 24% dla narkomanów i 50% wspólne dla obu grup. I w tym, przypadku praktyka wyprzedziła niekończącą się dyskusję nad tym, co lepsze: razem czy oddzielnie. Po trzecie, personel tych zakładów rekrutuje się głównie spośród byłych pacjentów, którzy pracowali tam początkowo jako nieprofesjonaliści, potem paraprofesjonaliści, a obecnie głównie jako doradcy /counselor/ do spraw alkoholizmu lub uzależnień.

Ta ostatnia okoliczność jest tylko jednym z aspektów szerszej tendencji: nieustannego wzrostu liczby zatrudnionych z różnych dyscyplin niemiedycznych, zwłaszcza psychologów, asystentów społecznych, terapeutów, różnego rodzaju doradców specjalistów, ochotników i innych. Tendencja ta idzie w parze z załamaniem się tradycyjnych hierarchii zawodowych i służbowych. Asystent społeczny czy psycholog jest nierzadko dyrektorem ośrodków specjalistycznych, bądź pełni funkcję „głównego terapeuty” współpracującego z psychiatrą jako konsultantem. Poważne problemy stwarza inna grupa zawodowa – prywatnie praktykujący lekarze ogólni i specjaliści, w tym psychiatry. Ze świadczącego sektora prywatnego korzysta w USA około 2/3 ogółu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Niejasny jest podział pracy między nimi a sektorem specjalistycznym. Brak jest również skutecznego powiązania między tymi sektorami. Stopień przygotowania psychiatrycznego lekarzy ogólnych jest niski, a liczba przeszkolonych – niewielka.

Ogólny trend do zapewnienia opieki na poziomie lokalnej społeczności łączy się z burzliwym rozwojem różnorodnych organizacji ochotniczych i grup samopomocy. Działania niektórych grup pokrywają się częściowo z zawodowymi funkcjami lekarzy, psychologów i innych, stąd szeroki udział tych grup w ośrodkach specjalistycznych.

Liczne programy leczenia uzależnień m.in. popularny – Minnesota – opierają się bezpośrednio na niezbędnym i długotrwałym uczestnictwie byłych pacjentów w programach Anonimowych Alkoholików lub Anonimowych Narkomanów /Narcotic Anonymous/.

W Polsce ustawodawstwo odegrało już ważną rolę w organizacji leczenia odwykowego. Kolejne ustawy doprowadziły do utworzenia sporej liczby – 454 poradni odwykowych i 9 ośrodków leczenia odwykowego. W szpitalach psychiatrycznych wydzielono 46 oddziałów odwykowych i 9 w szpitalach ogólnych. Większość placówek poradnianych pracuje w bardzo złych warunkach i bez odpowiednio przygotowanej kadry, ograniczając się do dystrybucji antycipolu. W lepszej sytuacji są oddziały w szpitalach i ośrodkach leczenia odwykowego. W części z nich, jakość postępowania i wyniki terapii ustabilizowanych społecznie pacjentów odpowiadają średnim standardom europejskim. Prawie wszystkie z nich pracują w oparciu o program AA, wiele – o kluby abstynenckie, niektóre – o służby środowiskowe i coraz więcej, o byłych pacjentów jako terapeutów.

Ustawa o zapobieganiu narkomanii przyczyniła się do zorganizowania 28 poradni, 23 ośrodków rehabilitacyjnych w większości opartych o MONAR i około 30 małych oddziałów detoksykacyjnych.

Rosnący udział grup samopomocowych, absolwentów Studium Pomocy Psychologicznej, paraprofesjonalistów i byłych pacjentów w terapii i rehabilitacji uzależnionych od alkoholu i innych środków jest być może sygnałem nowego etapu, w którym nie będzie już, jak dotychczas, brakować odpowiednich ludzi.

Można przypuszczać, że te doświadczenia znajdą również zastosowanie w psychiatrycznej opiece lekarskiej, w której zakresie, poważny niedobór kadry specjalistycznej głównie lekarskiej, hamuje rozwój leczenia i obniża poziom świadczeń. Od dłuższego czasu, brak ten jest kompensowany częściowo przez coraz większy udział psychologów, którzy nie zawsze są właściwie doceniani i wykorzystani zgodnie z ich kwalifikacjami. Jednakże i najlepiej przygotowani psychologowie nie będą w stanie zastąpić psychiatrów jako lekarzy, a bez lekarzy nie będzie harmonijnego rozwoju psychiatrii.