

Nasze "najlepsze" błędy. Doświadczenia z niemieckiej reformy psychiatrii

Drodzy Przyjaciele z Polski, Ukrainy, z Niemiec i Izraela,

nasze Niemiecko - Polskie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego (DPGSG) istnieje od 20 lat i znowu przybyliśmy na Sympozjum, tym razem poświęcone podstawowym problemom działalności psychiatrycznej i związanym z nimi potrzebom (i zapotrzebowaniami) oraz odpowiedzialności gminy.

Mogę zabrać głos na temat błędów niemieckiej reformy, ponieważ reforma psychiatrii w Niemczech, ale także i w innych krajach - jak w USA czy we Włoszech - towarzyszyła i wywierała wpływ na całe moje zawodowe życie w minionych 45 latach. Jestem więc świadkiem czasu, współodpowiedzialnym, także współtwórcą, a poza tym od wielu lat muszę wysłuchiwać od mojej, dziś tutaj niestety nieobecnej, żony: "Czy ty musisz wciąż od lat mówić na ten sam temat?"

Tak, muszę i chcę. Gdyż pod koniec mojego wystąpienia będę musiał niestety przyznać, iż w kontekście historycznym liczne błędy, także nasze najlepsze błędy, wydawały się być wówczas działaniami słusznymi, a dopiero później niesłusznymi.

Niestety doświadczenia można przekazać w stopniu o wiele bardziej ograniczonym, niż się wydaje. Dlatego też daleka jest mi myśl, iż przez wyznaczenie własnych błędów powstrzymam innych od popełniania ich. "Człowiek uczy się niestety przeważnie na własnych doświad-

czeniu, nie na cudzych." Mimo takiego ograniczenia chcę zmierzyć się z tym tematem.

Pytania o właściwą drogę w społeczeństwie i w opiece psychiatrycznej zajmują nas jako DPGSG od początku na tle naszej historii i naszych doświadczeń, iż uniwersalne rozwiązania i recepty nigdy nie prowadzą do celu, ponieważ życie zarówno poszczególnych osób jak i społeczeństwa we wszelkich strukturach zawsze kształtuje się jako żywy i uwarunkowany sytuacją kompromis między skrajnościami.

Nasze życie rozgrywa się wśród powodujących napięcie sprzeczności między:

- sterowaniem a pozostawianiem swobody
- stawianiem wymagań a / oraz wspieraniem
- nadopiekuńczością a nieudzielaniem pomocy
- prowadzeniem za rączkę a laissez fair
- gospodarką planową a deregulacją
- nadmiernymi wymaganiami a niedostatecznymi wymaganiami
- itd.
- listę tych haseł możnaby ciągnąć w nieskończoność aż po:

między życiem (przeżyciem) wraz ze wszystkimi zjawiskami marginalnymi a śmiercią (wraz ze wszystkim, co się z nią wiąże).

Sprzeczności stanowią o naszym życiu. Powodują, że unikamy uniwersalnych rozwiązań; gdyż rozwiązania uniwersalne są prawie zawsze rozwiązaniami ostatecznymi.

Zrozumienie tego jest ważne, gdyż jeśli chodzi o unikanie błędów w reformie psychiatrii nie może być żadnych rozwiązań uniwersalnych, żadnych "tylko tak i nie inaczej".

Zanim konkretnie przejdę do mojego tematu, w związku z nim wspomnę krótko pochodzącego z Polski żydowskiego filozofa społecznego Zygmunta Baumana, który odwiedził nas kiedyś w latach tworzenia Towarzystwa, od którego wiele nauczyliśmy się na temat rozumienia społecznych patologii, prowadzących do znanych katastrof. W jego książkach - "Nowoczesność i Zagłada" (Modernity and The Holocaust) i w nowszej - "Życie na przemiał" (Wasted Lives: Modernity and Its Outcasts) Bauman uczy nas, że każdy ekstremalny system społeczny, który oferuje tylko jedno możliwe rozwiązanie jako jedynie słuszne we wszystkich istotnych kwestiach społecznych, musi prowadzić do katastrofy. Albo system porządku, definiującego w dodatku, komu wolno do systemu przynależać, zmusza do niszczenia tych, którzy do niego nie należą (Żydów, Cyganów, chorych i upośledzonych etc.) albo pozornie bardziej humanitarna w systemie kapitalistycznym władza silniejszego, która w niesterującej deregulacji dochodzi do głosu i obligatoryjnie - według jego słów - produkuje społeczne odpady, gdzie wszyscy, którzy wypadają z obiegu, którzy są niepotrzebni, są gruntownie zdeprawowani - i w konsekwencji szkodzą tylko systemowi i "właściwie" nie wolno im do niego należeć.

Do konsekwencji deregulacji odniosłem się podczas naszego Sympozjum w Ravensburgu - Deregulacja ogranicza integrację (zamieszczone w Dialogu nr 15). Bauman prognozował, że szanse przebicia się mają tylko ci, do których należy prawo silnych, bogatych, potężnych, efektywnych tak długo, aż sami się zniszczą. Jeszcze przed niewiele laty nie oczekiwaliśmy, że kapitalizm tak szybko się zachwieje; ale z konieczności musiało do tego dojść.

W przypadku próby unikania błędów istnieje obok kontekstu historycznego, w którym zapadają decyzje uznawane później za błędne, także kontekst koniecznego unika-

nia nadziei na rozwiązania uniwersalne, na słuszną drogę do reformy psychiatrii.

Aktualnym przykładem braku zdolności uczenia się jest światowy kryzys bankowy. Po dziesięcioleciach prywatyzacji zysków, umożliwiającej bossom bogacenie się dzięki zarobkom i wypłatom premii, nastąpiło w ostatnim roku uspołecznienie strat - na odpowiedzialność państwa; ledwo poprawiła się dzięki temu sytuacja banków, już ponownie płyną wypłaty premii. Ten przykład pokazuje jednak także, że państwo dotychczas niczego się nie nauczyło, ponieważ nie podjęło obiecanych decyzji odnośnie regulacji - a menedżerowie nauczyli się, że wszystko im wolno, w sytuacji krytycznej w przyszłości państwo znów pospieszy z pomocą - tzn. my i nasze podatki.

To tyle tytułem wstępu do naszych najlepszych błędów w niemieckiej reformie psychiatrii i do braku zdolności uczenia się w ciężkich kryzysach gospodarczych.

My, którzy poznaliśmy jeszcze nieludzkie stosunki panujące w zakładach i domach opieki na początku lat 70-tych w Niemczech i z reformatorskim rozmachem studenckiego ruchu z roku 1968 i tworzenia Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii Społecznej (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)) domagaliśmy się "marszu przez instytucje" oraz likwidacji hierarchii, wierzyliśmy, że w ciągu niewielu lat możemy osiągnąć godną i odpowiadającą zapotrzebowaniu psychiatrię. Sądziliśmy, że możemy kształtować reformę psychiatrii za pomocą specjalistycznych i organizacyjnych uniwersalnych rozwiązań.

Podczas planowania w ramach federalnej Psychiatrii - Enquete, zleconej w 1970 przez niemiecki Bundestag, wyszliśmy konsekwentnie z założenia, że musi istnieć panujący nad wszystkim zakład psychiatryczny jako centrum opieki. Z dzisiejszego punktu widzenia był to w czasach ankiety psychiatrycznej (Psychiatrie - Enquete) nasz pierwszy błąd. Byłem wprawdzie już wtedy kierownikiem oddziału psychiatrii środowiskowej w Mannheim, ale w czasie Enquete byłem współodpowiedzialny za rozwój tzw. usług poza mura-

mi. Intramural, a więc w obrębie murów - to był zakład a extramural - poza murami - to było wszystko, co miało działać się poza zakładem i gdzie niewiele było, z wyjątkiem kilku specjalistów i paru poradni.

Zbyt wiele wówczas myśleliśmy o instytucjach - np. o domach opieki - jako miejscach wychwytywania chronicznie chorych ludzi, których przenoszono tam z zakładów - lub ze szpitali. Pokonywano w ten sposób szczególnie obciążające nieludzkie warunki - pierwszy ważny krok ku przewyciężeniu stosunków, w jakich chronicznie chorzy pacjenci zakładów byli przenoszeni do domów opieki. Dalsze kroki wiodące ku wypisaniu ze szpitala były wówczas prawie niewyobrażalne. Myśleliśmy w kategoriach takich jak opieka i nie mogliśmy sobie wyobrazić udziału pacjentów w życiu społecznym. A oprócz zakładów i domów opieki domagaliśmy się - związanych właściwymi instytucjami - uzupełniających usług i jednostek. Uzupełniających w stosunku do instytucji właściwych, zakładu i domu opieki.

Cała psychiatria środowiskowa, charakteryzująca dziś krajobraz niemieckiej psychiatrii, ograniczyła się do pojęć poza murami i uzupełniająco (extramural und komplementär), odnosiła się więc do instytucji właściwej, do zakładu.

Same zasady reformy były raczej typu organizacyjnego, a więc: najpierw ambulatoryjnie, potem stacjonarnie, zgodnie z zapotrzebowaniem, kompleksowo, w sposób zorganizowany w tzw. catchment areas, obszarach objętych podstawową opieką (Standardversorgungsgebiete), ustanawianych niezależnie od politycznych struktur gmin, okręgów i miast o wielkości 200 - 250 000 mieszkańców.

Samo tylko domaganie się "Zrównania ludzi chorych psychicznie i chorych somatycznie" było wynikiem dowartościowania tzw. umysłowo chorych do poziomu chorych z zakresu medycyny somatycznej.

Element "społeczny" w wymyślonej przez nas ludzkiej psychiatrii był nacechowany troską o ludzi, którzy podobno nie potrafią odpowiednio o sobie decydować. "Współdział" i "rów-

noprawna przynależność" wydawały nam się wówczas utopijną wizją.

Planowanie psychiatrii - w końcu napędzane pragnieniem zlikwidowania nieludzkich warunków i przyznania pacjentom większego zakresu wolności, prawa do leczenia i opieki - było dla nas początkowo wyłącznie fachowo - organizacyjnym problemem. I dopiero gdy przyszło do realizacji, zauważyliśmy, że ani pacjenci ani społeczeństwo i jego struktury nie byli tak po prostu gotowi na przejście naszego sposobu rozumowania.

Zadania, z którymi zostaliśmy skonfrontowani 40 lat temu, stanęły przed Wami w Polsce po przemianach politycznych sprzed 20 lat, a nasze doświadczenia z wizyt naszej polsko - niemieckiej delegacji na Ukrainie w ubiegłym roku pokazały, że każda reforma psychiatrii może zacząć się dopiero po przewyciężeniu niegodnych człowieka warunków.

To, co zwróciło naszą uwagę podczas pierwszych wizyt w polskich placówkach, to były z jednej strony nędzne, nacechowane niedostatkiem warunki, ale też zarazem fakt, iż - w przeciwieństwie do stosunków panujących w Niemczech na początku lat 70-tych, czy też obecnie w niektórych zakładach na Ukrainie - takie na ogół odnieśliśmy wrażenie - przynajmniej w tych placówkach, które odwiedziliśmy - ciężko i chronicznie chorzy ludzie byli traktowani z szacunkiem i godnością.

Znaczenie poszanowania praw podstawowych i godności każdego człowieka, która jest nienaruszalna - tak stanowi artykuł 1 naszej ustawy zasadniczej (jakkolwiek jest on realizowany) - stało się dla mnie wyraźne dopiero w trakcie wieloletniego zajmowania się reformą psychiatrii. W ubiegłym roku słusznie zwróciliśmy na to uwagę w naszej deklaracji w Kijowie. Ile czasu potrzebowała wspólnota światowa, żeby opowiedzieć się za tą postawą, pokazuje fakt, iż deklaracja ONZ w kwestii praw osób niepełnosprawnych została uchwalona dopiero w ostatnich latach, w Niemczech ratyfikowana dopiero w roku 2008, a w wielu krajach jeszcze nie.

Każda reforma psychiatrii jest ostatecznie zależna od tego, jakie miejsce w społec-

czeństwie przyznaje się ludziom, którzy przeskadzają, którzy dopuszczają się przestępstw, są bezproduktywni, jak mówi Bauman, niepotrzebni (używa strasznego słowa "waste" - odpady) i dlatego nie należą tak naprawdę do społeczeństwa. Jakkolwiek nie wyglądają konkretne kroki reform, dokonywane w Niemczech, Polsce czy na Ukrainie, nikt nie przechodzi obojętnie obok problemu pozaszanowania podstawowych praw każdego pojedynczego człowieka. Dotyczy to również pacjentów psychiatrii sądowej.

Historia reformy psychiatrii pokazuje, jak trudna i długotrwała była i jest droga ku niej wiodąca. Zgodnie z przekonaniem "Wolność uzdrowia" rozwiązano we Włoszech po roku 1978 wszystkie zakłady (na mocy ustawy 180). Proces integracji chronicznie chorych psychicznie osób we Włoszech trwał jednak mimo tak radykalnego kroku kilka dziesięcioleci.

Ronald Regan był jeszcze radykalniejszy. W oparciu o argumenty progresywnej psychiatrii środowiskowej i książkę Goffman ("Asylums") po prostu rozwiązał w połowie lat 70-tych zakłady w Kalifornii, wyłączenie w celu zaoszczędzenia kosztów.

Inne stany w USA poszły w jego ślady, co poskutkowało tym, że w ciągu niewielu lat setki tysięcy byłych mieszkańców zakładów znalazło się na ulicach i w noclegowniach dla bezdomnych, w nędzy, bez wsparcia i opieki medycznej.

W Niemczech proces ten włócił się. My jako mała klinika psychiatryczna w północnoniemieckim okręgu otworzyliśmy w roku 1976 Socjalno - Psychiatryczną Służbę (Sozialpsychiatrischen Dienst) jako modelową placówkę państwową. Rząd dawał dużo pieniędzy, a my wykonywaliśmy bardzo dobrą pracę. Ale stworzyliśmy tę Służbę wbrew woli polityków i administracji okręgu; dlatego też nikt nie był gotów na finansowanie Służby, gdy skończyły się pieniądze z programu rządowego, chociaż w międzyczasie zgodnie z Nową Ustawą Psychiatryczną w Dolnej Saksonii, w której tworzeniu mieliśmy swój decydujący udział, Służby Socjalno - Psychia-

tryczne były obowiązkowymi placówkami okręgów. Dopiero z pomocą i przy wsparciu działających w okręgach lekarzy, ale przede wszystkim pacjentów i ich rodzin, organizujących akcje protestacyjne i demonstracje, udało się z poparciem prasy, radia i telewizji przekonać okręg do identyfikowania się z placówką i finansowania jej.

Podobną sytuację przeżywali inni, którzy konkretnie na miejscu chcieli tworzyć służby psychiatryczne i placówki w gminach. Kto chciał wypuszczać pacjentów z klinik i domów opieki do ich własnych mieszkań, napotykał na wieloraki opór - ze strony sąsiadów, którzy obawiali się molestowania i wykorzystywania dzieci czy utraty wartości ich dzielnicy mieszkaniowej, wskutek obecności niechcianych chronicznie chorych osób w sąsiedztwie. Był opór polityków komunalnych, którzy nie chcieli mieć w swoich gminach osób, wysłanych przed laty do zakładów. Poza tym obawiali się konieczności ponoszenia kosztów.

Z trudem trzeba było w wielu gminach walczyć o poszczególne etapy tworzenia służb i placówek psychiatrii środowiskowej. Związki i spółki użyteczności publicznej (NGO) powstawały licznie w całym Niemczech, jako zorganizowane połączenie zaangażowanych obywateli i specjalistów zorientowanych w problematyce socjalno - psychiatrycznej, w celu zakładania wspólnot mieszkaniowych, tworzenia mieszkań chronionych lub samodzielnych mieszkań z zapewnioną opieką dla osób niepełnosprawnych, organizowania miejsc spotkań i punktów konsultacyjnych, w celu tworzenia projektów pozyskiwania miejsc pracy etc. Od Berlina począwszy po najmniejszą wioskę krajobraz psychiatrii środowiskowej nacechowany jest licznymi mniejszymi i większymi związkami i spółkami użyteczności publicznej, które towarzyszą, opiekują się, chronią i wspierają psychicznie chorych i uzależnionych ludzi. Organizacje charytatywne jak Caritas, diakonia, Dobroczynność Robotnicza (Arbeiterwohlfahrt) czy Parytetowy Związek Dobroczynny (paritätischer Wohlfahrtsverband) są organi-

zaczajami nadrzędnymi dla prawie wszystkich tych związków i spółek. Z tych wielu inicjatyw obywatelskich powstał tymczasem rynek dobroczynności, nad którym muszą panować Zrzeszenia Psychiatrii Środowiskowej (Gemeindepsychiatrische Verbände), żeby z początkowo sensownych obywatelskich inicjatyw nie wyrósł rynek dobroczynnych usług, który rośnie i rośnie i przeciąża system opieki społecznej. Tak jak na rynku kapitałowym należy osiągnąć równowagę między elastycznością i kreatywnością z jednej strony a sterowaniem i kontrolą z drugiej.

Nauczenie się, że nie ma jedynej drogi prowadzącej do celu; że każdy sensowny proces może skutkować swoim przeciwieństwem, gdy się nim nie steruje; to były dla nas bolesne doświadczenia.

Jeśli dziś przytacza się argument, że istnienie dużego krakowskiego szpitala w Kobierzynie jest także przez postępowych psychiatrów i ekonomistów z Niemiec postrzegane na dłuższą metę jako błąd, to wszystko się zgadza. Ale jeśli w kolejnym zdaniu z tej słusznej analizy wyciąga się wniosek, żeby Kobierzyn zamknąć w celu sprzedaży atrakcyjnego terenu, a pacjentów umieścić w pustych koszarach gdzieś na wsi, to jest to skandal, tak trzeba to nazwać. Kobierzyn wolno zamknąć tylko pod warunkiem, że zostanie zapewniona opieka na oddziałach szpitalnych w mieście Krakowie.

Podobne przykłady są i w Niemczech. Nawet w przypadku pełnych najlepszych chęci partnerów trzeba zawsze poznać ukryte w tle interesy, żeby nie popierać inicjatyw wiodących do celu odwrotnego niż zamierzony.

Tak więc np. obok zmniejszonych specjalistycznych klinik psychiatrycznych (lub zakładów), zapewniających leczenie stacjonarne, istnieje tymczasem ponad 200 oddziałów w szpitalach ogólnych, które przejmują opiekę na swoim terenie. Większość tych oddziałów ma się gorzej, jeśli chodzi o finanse lub personel, niż kliniki specjalistyczne, ponieważ dyrektorzy finansowi wycofują pieniądze z oddziałów psychiatrycznych - tzn. zwłaszcza pieniądze dla personelu - żeby wyrów-

nać deficyty na oddziałach somatycznych. Tak więc nie ma mowy o sensownej reformie, ponieważ uważa się, że można oszczędzać na psychiatrii.

To samo dotyczy tendencji do inwestowania pieniędzy w atrakcyjne projekty psychiatryczne zamiast w podstawową opiekę. U nas tymczasem wydaje się znacznie więcej pieniędzy na ambulatoryjną psychoterapię osób, które nie są ciężko chore, niż na psychiatrię ambulatoryjną. Psychosomatyczne kliniki specjalistyczne rozbudowują liczbę łóżek, podczas gdy my na psychiatrii likwidujemy łóżka.

Gdy na początku tego roku dyskutowaliśmy z Jackiem Wciurką i innymi członkami polskiej psychiatrycznej komisji planowania na temat wlokącego się procesu reform w Polsce, stwierdziliśmy podobny brak zrozumienia w stosunkach między politykami, administracją a fachowcami, jak było to u nas w Niemczech przez wiele lat.

Potrzebowaliśmy dużo czasu, aby zrozumieć, że droga do psychiatrii takiej, jakiej

chcieliśmy,

nie bez i nie wbrew pacjentom

nie bez i nie wbrew krewnym i rodzinom

nie bez i nie wbrew społeczeństwu

nie bez i nie wbrew polityce

nie bez i nie wbrew administracji,

a także nie bez i nie wbrew przepisom socjalnym, regulującym warunki ramowe i finansowanie była możliwa.

Jednocześnie nie można zbyt długo czekać, aż przekona się wszystkie grupy; bo wtedy nic się nie będzie działo. Trzeba zaczynać przy nadarzającej się okazji od koniecznych kroków reform - jak my w 1976 w Dolnej Saksonii - także wbrew woli niezbędnych partnerów. Zresztą długotrwały sukces osiąga się tylko wówczas, gdy pozyska i zaangażuje się wszystkich.

Dopiero w żmudnym procesie reform, które my jako przeceniający siebie samych profesjonalności chcieliśmy narzucić wszystkim innym, musieliśmy pojąć, że nie da się tego dokonać bez tych wszystkich właśnie wymie-

nionych, ale też że każdy z aktorów ma przed oczyma swoje własne interesy. Dotyczy to bez wyjątku wszystkich - dlatego jest tak ważne, żeby znać i traktować serio różnorodne interesy każdej grupy i w procesie reform osiągnąć stosowny kompromis. Zrozumienie tej zasady i działanie według niej sprawia, że praca w obszarze psychosocjalnym jest tak pociągająca, także jeszcze po latach i na emeryturze.

Socjalnopsychiatryczna interwencja mająca na celu stworzenie zgodnej z zapotrzebowaniem opieki psychiatrycznej w gminach - patrz tytuł naszego Sympozjum - musiała z mozołem uczyć się, że wszyscy ludzie i organizacje muszą być przekonani o swoim zadaniu, kompetencjach i współodpowiedzialności.

Gdy pod koniec marca 2009 jako członkowie zarządu Akcji Chorzy Psychiczenie (Aktion Psychisch Kranke) w Niemczech, która jednocząc politykę, administrację i specjalistów ma u nas istotny udział w realizacji reform, uczestniczyliśmy w Krakowie w weekendowym seminarium z udziałem pacjentów i ich rodzin oraz specjalistów, mogliśmy przekonać się o tym, że istotne kroki w kierunku partnerstwa między pacjentami, specjalistami i rodzinami zostały już zrobione. Byliśmy pod wrażeniem klimatu otwartego spotkania między ugrupowaniami, które przecież na codzień mają wiele wspólnych, ale także wiele sprzecznych interesów. Tylko jeśli wszędzie w Polsce będzie możliwe takie otwarte współistnienie, zostaną wykonane kroki wiodące do partnerstwa.

Wychodzę z założenia, że w gruncie rzeczy nie ma alternatywy w stosunku do partnerstwa wszystkich aktorów, że konwencja ONZ jest bazą naszego działania, że partnerskie uczestnictwo w pracy i życiu zawodowym, w możliwie najsamodzielniejszym mieszkaniu z zapewnioną pomocą i w życiu społecznym są niezbędnymi składnikami każdej reformy psychiatrii.

Gdy wszyscy się z tym zgodzimy, wówczas stanie się także nieuniknionym, że otrzymamy wsparcie na wszystkich płaszczy-

znach ukierunkowanych na taki rozwój. A to wsparcie nie przyjdzie samo z siebie. Trzeba je mozolnie wypracować, gdyż we wszystkich grupach społecznych wymaga ono zmiany paradygmatu

- od opieki do uczestnictwa
- od zaleconego leczenia do negocjacji celów i warunków leczenia
- od biernego wspierania do pracy i zatrudnienia
- od umieszczania w domach opieki do wspierania w samodzielnym mieszkaniu
- od orientacji na placówki do orientacji na osobę i jej potrzeby
- od rozproszonej odpowiedzialności wielu do wyjaśnienia kompetencji i odpowiedzialności w każdym poszczególnym przypadku
- i tak dalej.

Żadna reforma psychiatrii się nie powiedzie, jeśli ważni partnerzy, z których nie można zrezygnować, nie będą w niej uczestniczyć.

Dopiero wyznając motto: "jednakowe i różne interesy (leczonych psychiatrycznie) pacjentów, ich rodzin i specjalistów" doprowadziliśmy do dialogu w Bielefeld. Wszędzie trwał ten proces, gdyż to przede wszystkim my, specjaliści, zbyt mało oczekiwaliśmy od pacjentów i ich rodzin i musieliśmy mozolnie uczyć się negocjowania zamiast ordynowania leczenia.

Tak samo mozolnie musieliśmy się uczyć, że na drodze od instytucji do osoby i od zakładu do gminy musimy uwzględniać wszystkich związanych z wdrożeniem i odpowiedzialnych za nie. Możliwe jest to tylko wtedy, gdy prawidłowo przebiega finansowanie szpitala i leczenia ambulatoryjnego, gdy funkcjonuje zgodna współpraca różnych grup zawodowych wśród specjalistów, gdy odpowiedzialne władze gmin (miast) aktywnie współuczestniczą w sprawach politycznych i administracyjnych, gdy przepisy dotyczące psychiatrii oraz finansowanie przystają do procesu reform.

W te procesy trzeba zainwestować mnóstwo energii i siły przekonywania. Gdyż z punktu widzenia medycyny atrakcyjniej jest wybu-

dować w centrum miejscowości centrum kardiologiczne niż klinikę psychiatryczną. Chętniej wydaje się pieniądze na dzieci i noworodki niż na uzależnionych od alkoholu. Niechętnie przeznaczają się pieniądze na projekty związane z zatrudnieniem, gdy brak już pracy dla zdrowych ludzi. Nie chodzi o preferowanie naszych pacjentów, raczej o realizowanie jednakowych praw dla wszystkich.

Wszystkiego tego musieliśmy się mozolnie nauczyć i zawsze zbyt chętnie ukrywaliśmy się w naszych instytucjach. O sobie mogę powiedzieć, że ja sam, mimo 25 lat kierowania kliniką w jednym z okręgów i w dużym mieście Bielefeld, zawsze inwestowałem ok. 1/3 mojego czasu pracy we wspieranie warunków ramowych, na płaszczyźnie komunalno - politycznej, na płaszczyźnie krajowej w Akcji Chorzy Psychiczenie, w poradnictwie dotyczącym inicjatyw ustawodawczych, w walce o środki finansowe itd.

Dobrym przykładem udanego długiego procesu przekonywania było dla mnie przyjęcie naszej delegacji ukraińskiej przez burmistrza miasta Bielefeld w maju tego roku. Powitał nas i później pozdrowił na początku posiedzenia Rady Miasta słowami: "Jesteśmy dumni z tego, że możemy nazwać nasze miasto przyjaznym dla osób niepełnosprawnych. Warto żyć w mieście dopiero wtedy, gdy wszyscy obywatele do niego przynależą, przede wszystkim ci, za których ochronę i opiekę jesteśmy odpowiedzialni..." Ten burmistrz w okresie swojego urzędowania dopiero dojrzał do takiej postawy; umiał się uczyć, zmienił się z Szawła w Pawła, z naszą pomocą.

Zdolność do uczenia się osób odpowiedzialnych za politykę i administrację była dla mnie ważnym doświadczeniem w moim długim życiu zawodowym. Często zbyt mało spodziewaliśmy się po ludziach i zbyt mało robiliśmy, aby ich pozyskać.

W sumie zachowywaliśmy się zbyt często - i zdarza się to także jeszcze dzisiaj - jakbyśmy byli jedynymi, którzy wiedzą, dokąd prowadzi droga. I mozolnie uczyliśmy się, że współpraca ze wszystkimi, z pacjentami, ich rodzinami, politykami itd. funkcjonowała lepiej wtedy,

gdy więcej słuchaliśmy, poważniej traktowaliśmy troski i wątpliwości innych i stawialiśmy ludziom wyższe oczekiwania, niż zazwyczaj.

I jeszcze coś: zazdrościliśmy wam w Polsce Narodowego Systemu Opieki Zdrowotnej. Wszystko z jednej ręki, to wydawało nam się idealne. My musimy konfrontować się z kasami chorych, z rządami, z administracjami na wszystkich płaszczyznach, z pogmatwanymi drogami finansowania, odsyła się nas od jednego do drugiego, żeby uzyskać finansowanie takich czy innych przedsięwzięć. Ubezpieczenie obywatelskie (Bürgerversicherung), którego domaga się w Niemczech wielu, obejmujące ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, było także i teraz znowu tematem kampanii wyborczej przy okazji wyborów do Bundestagu. Byłoby pięknie, gdybyśmy mogli zrezygnować z pochłaniających czas i biurokratycznych przeszkód w naszym rozczłonkowanym systemie ubezpieczenia społecznego, żeby zainwestować naszą siłę we właściwą pracę. Straty wynikające z ciągłego wyjaśniania kompetencji i odpowiedzialności są znaczne i kosztują zbyt wiele wysiłku.

Nie możemy także zrezygnować z roszczeń ubezpieczonych w przypadku ubezpieczenia obywatelskiego. Ludziom przysługuje u nas prawo do roszczeń (Rechtsanspruch), niezależnie od tego, czy są ubezpieczeni w kasach czy jako obywatele w ramach zapewnienia bytu przez państwo. Finansowanie nie według stanu kasy lecz według prawa do roszczeń. Nie można nie docenić skutków tego zjawiska. W pojedynczych przypadkach państwo lub kasa chorych mogą powiedzieć: nie ma pieniędzy. Wtedy można iść do sądu ds. socjalnych i dochodzić prawa do leczenia czy opieki.

Na czerwcowym posiedzeniu senackiej komisji zdrowia w Warszawie, w którym przewodnicząca APK (Aktion Psychisch Kranke), była deputowana Bundestagu Regina Schmidt-Zadel i ja uczestniczyliśmy, stało się bardzo wyraźnym, że mimo postępowej ustawy o zdrowiu psychicznym w Polsce ministerstwo zdrowia najwyraźniej opóźnia finansowanie Narodowego Programu Reform. W mojej oce-

nie także parlamentarzyści wywierali zbyt mały nacisk na rząd, by wprowadzał w życie uchwaloną ustawę, a specjaliści niedostatecznie naciskają na polityków i rząd w kwestii wdrażania koniecznego programu reform.

Drodzy przyjaciele, zbliżam się do końca.

Wskazałem na wiele przeszkód, na które natknęła się federalna reforma psychiatrii i uskarżałem się na zbyt długą drogę jej realizacji. Z drugiej strony w naszym kraju ważną sprawą było przekonanie opinii publicznej, fachowców, polityków i administracji o tym, że ludzkie społeczeństwo można osiągnąć tylko wtedy, gdy udział i przynależność wszystkich staną się podstawą i prawem.

Ten proces trwał długo, nie skończył się jeszcze i wymaga nadal wsparcia, np. ze strony Konwencji ONZ w sprawie praw osób niepełnosprawnych we wszystkich krajach.

Błędów nie da się uniknąć. Uniknąć można rezygnacji, wycofywania się do roli profesjonalistów lub instytucji, czy też przypisywania winy innym.

Dzięki temu odpowiedzialność należy do nas i tak jest dobrze.

Serdecznie dziękuję!