

## Partnerstwo w pracy psychiatrycznego oddziału stacjonarnego\*

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!

Na wstępie pragnę podziękować organizatorom Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, kierownictwu LWL oraz w szczególności Dyrektorowi ds. Medycznych Kliniki LWL w Paderborn, panu Doktorowi Bernwardowi Vietenowi za zaproszenie mnie na sympozjum.

Moja radość z nawiązania kontaktu z Polsko-Niemieckim Towarzystwem Zdrowia Psychicznego wynika z bardzo osobistych powodów. Gdy powiem, że urodziłam się w Bochum, w Zagłębiu Ruhry, gdzie spędziłam pierwsze 20 lat mojego życia można już wnioskować, że mam szczególny stosunek do Polski. Moi dziadkowie z jednej strony pochodzą ze starych westfalskich rodzin, a z drugiej z rodziny, która ponad 100 lat temu przesiedliła się z okolic Poznania do Zagłębia Ruhry w poszukiwaniu pracy. Z tego powodu oczywistym jest to, że w życiu moim i mojej rodziny tematy polsko-niemieckiego partnerstwa oraz integracji były bardzo ważne.

Z tego bardzo osobistego powodu gratuluję szczególnie serdecznie Państwu z okazji 20.-lecia Towarzystwa.

Praca ponad granicami była zawsze istotną cechą Towarzystwa, z celem zarówno rozwoju psychiatrii w obu krajach, jak i przyczyniania się do porozumienia między narodami w Europie. Praca ta wykonywana była na dłu-

go przed tym jak w 2005 roku państwa członkowskie UE w ramach WHO w Helsinkach, podczas konferencji nt. zdrowia psychicznego zdecydowały się ogłosić zdrowie psychiczne tematem priorytetowym. Potwierdzono to przyjęciem deklaracji i planu działania na 5 – 10 lat z zobowiązaniem się do politycznej aktywności w tej dziedzinie. W owej deklaracji helsińskiej WHO, oprócz 11 innych punktów znalazło się wymaganie partnerstw ponad sektorami.

Komisja Europejska pod koniec roku 2005 przedstawiła Zieloną Księgę „Poprawa zdrowia psychicznego ludności – rozwój strategii promowania zdrowia psychicznego w Unii Europejskiej”. Celem było tworzenie warunków ramowych do nawiązywania współpracy i wymiany doświadczeń między państwami członkowskimi. A właśnie to Szanowni Członkowie Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego zaczęliście robić poprzez aktywną osobistą wymianę już 15 lat przed Komisją Europejską, i to jest wasza zasługa!

Temat mojego wystąpienia „Działania partnerskie w praktyce psychiatrycznej” przedstawię w trzech punktach:

- partnerska współpraca w instytucjonalnej psychiatrii między służbami pozastacjonarnymi i szpitalami
- partnerstwo w multiprofesjonalnym temacie w szpitalu
- partnerstwo w dialogu z pacjentami i ich bliskimi

## Partnerska współpraca w instytucjonalnej psychiatrii między służbami pozastacjonarnymi i szpitalami

W wyniku ruchu reformy psychiatrii w Niemczech (Psychiatrie-Enquête), który w 1975 roku ukazał strukturalne, profesjonalne i międzyludzkie nieprawidłowości w powojennej psychiatrii, jak również po doniesieniu ekspertów z roku 1988 udało się w większości regionów Niemiec dokonać głębokich przemian w opiece psychiatrycznej.

- Nastąpiła dehospitalizacja pacjentów przewlekle chorych, w wyniku czego liczba łóżek stacjonarnych z 110 000 (1972) spadła do 54 000 (2004) łącznie z miejscami na oddziałach dziennych.

- Zredukowano liczbę łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych. Obecnie opiekę zapewnia 217 szpitali specjalistycznych, które poza nielicznymi wyjątkami mają maksymalnie 200-300 łóżek, oraz 217 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.

- W wyniku żądania regionalizacji opieki w większości landów szpitale psychiatryczne zobowiązane są do przyjmowania pacjentów z określonych regionów.

- W samych szpitalach nastąpiło zróżnicowanie oddziałów na ogólnopsychiatryczne, psychoterapeutyczne, psychogeriatryczne, leczenia uzależnień i dalsze specyficzne dla poszczególnych zaburzeń.

- Równolegle utworzono ponad 10 000 oddziałów dziennych – około 20% łóżek stacjonarnych przekształcono w półstacjonarne.

- Wszystkie szpitale psychiatryczne i oddziały przy szpitalach ogólnych prowadzą poradnie przyszpitalne, zapewniające leczenie ambulatoryjne chorym przewlekle oraz przyczyniają się do skracania lub unikania pobytów stacjonarnych.

- Czas leczenia stacjonarnego skrócił się z ponad 200 dni (1972) do 24 dni (2007).

- pozaszpitalną opiekę przejęły liczne placówki w rodzaju mieszkań chronionych, oddziałów pobytu dziennego, punktów doradztwa i innych instytucji socjopsychiatrycznych.

Leczenie ambulatoryjne zapewnia w Niemczech ponad 4000 lekarzy psychiatrów oraz 12000 pracujących ambulatoryjnie psychologów.

Ogólnie wydaje się, że propozycje stacjonarne i ambulatoryjne w pełni zaspokajają zapotrzebowanie na leczenie psychiatryczne. Jednak podkreślić należy, że w niektórych regionach, oraz z punktu widzenia poszczególnych pacjentów nadal widoczne są godne pożałowania deficyty. Wymienić można następujące ich przejawy:

1. Między dużymi miastami i aglomeracjami a regionami wiejskimi, jak również między starymi a nowymi landami są duże różnice (wschód/zachód).

2. Różne propozycje stacjonarne i ambulatoryjne finansowane są w Niemczech z różnych źródeł. Opieka stacjonarna i ambulatoryjna uregulowana jest przez zapisy Księgi Prawa Socjalnego V i opłacana przez kasy chorych. Tzw. Placówki pozastacjonarne uregulowane są zapisami Księgi Prawa Socjalnego VII, co z reguły oznacza, że do finansowania zobowiązani są ponadregionalni płatnicy pomocy społecznej. Propozycje rehabilitacyjne, zarówno medyczne jak i zawodowe finansowane są przez ubezpieczycieli rentowych. Taka fragmentacja systemu finansowania, przy nacisku na wyniki ekonomiczne negatywnie wpływa na niezbędną kooperację i koordynację w ramach wspólnej odpowiedzialności za system opieki psychiatrycznej.

Mimo tych negatywnych uwag stwierdzić należy, że w ostatnich 20 latach doszło do zmiany paradygmatu w psychiatrii, który opisują najlepiej następujące hasła:

- opieka ambulatoryjna przed półstacjonarną, półstacjonarna przed stacjonarną
- udział w życiu społecznym
- umożliwianie samostanowienia

### **Związki psychiatrii środowiskowej**

W wielu regionach udało się stworzyć zintegrowany system psychiatrii środowiskowej. Szpitale i placówki pozastacjonarne nauczyły się patrzeć szerzej, nie tylko na własne interesy, z gotowością do wspólnego planowania na przyszłość. Niedostatek środków, na który ciągle narzekamy okazuje się tutaj być rów-

niez szansą na włączenie myślenia z szerszej perspektywy, w sposób niekonwencjonalny. Oprócz innych form kooperacji, w wielu landach powstały w różny sposób zorganizowane związki psychiatrii środowiskowej, przyjmujące stopniowo postać funkcjonalnych, samodzielnych jednostek organizacyjnych.

Te związki kładą nacisk na wspólne działanie w danym regionie, celem zapewnienia możliwie ciągłej opieki między placówkami stacjonarnymi, półstacjonarnymi i ambulatoryjnymi. W kontraktach ramowych ujęte są:

- służba socjopsychiatryczna,
- poradnia przykliniczna,
- oddziały dzienne,
- psychiatryczne pielęgniarstwo ambulatoryjne,
- ambulatoryjna socjoterapia,
- placówki ergoterapeutyczne,
- warsztaty terapii,
- mieszkania chronione,
- kliniki.

Najważniejszą grupą docelową centrów psychiatrii środowiskowej są przewlekle psychicznie chorzy, szczególnie ze schizofrenią, zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym i zaburzeniem osobowości typu borderline.

Na przyszłość pozostaje mieć nadzieję, że coraz bardziej ograniczane środki kierowane będą do organizacji odpowiedzialnych za tworzenie coraz to nowszych związków psychiatrii środowiskowej tudzież do wspierania już istniejących tak, aby dla poszczególnych pacjentów możliwe było płynne przechodzenie między różnymi formami opieki, w zależności od potrzeb.

### **Opieka zintegrowana**

W wyniku reformy systemu ochrony zdrowia z roku 2004 utworzono instrument zintegrowanej opieki, dzięki któremu kasy chorych mogą wg § 140 a – d SGB V podpisywać kontrakty z różnymi instytucjami na opiekę „ponadsektorową”, tzn. zarówno stacjonarną jak i pozaszpitalną. Kontrahentami mogą być tutaj szpitale, placówki rehabilitacyjne, lekarze domowi i lekarze specjaliści, instytucje ambulatoryjnego pielęgniarstwa psychiatrycznego i ambulatoryjnej socjoterapii. Dzięki temu mają powstawać interdyscyplinarne, zintegrowane

sieci opieki.

Szanse na udzielenie adekwatnej, zintegrowanej pomocy rosną dzięki temu szczególnie dla osób chorych psychicznie, którym często brak napędu do wyszukania dla siebie, a przede wszystkim do korzystania z proponowanych form pomocy.

Dla szpitali i instytucji pozastacjonarnych powstaje szansa utworzenia kompleksowych świadczeń ponad sektorami i pojedynczymi placówkami dla pacjentów psychiatrycznych, co przyczynia się do optymalizacji opieki.

Niestety od roku 2004, z ponad 5000 kontraktów na świadczenia zintegrowane, tylko 100 dotyczyło działu psychiatrii. Wynikało to wyraźnie z jak dotąd wstrzemięźliwej postawy kas chorych, ale również z narastającego nacisku na koszty przy ocenianiu nowych inicjatyw. Niestety wśród propozycji zintegrowanych uwzględnia się tylko te, które finansowane są przez kasy chorych. Formy takie, jak mieszkania chronione, propozycje kształtowania struktury dnia nie są dotychczas wśród nich przewidziane. To należy w następnych latach zmienić.

Z punktu widzenia szpitali, nauczyliśmy się w ostatnich 20 latach doceniać tworzenie i rozwój pozastacjonarnych, komplementarnych form opieki psychiatrycznej, przestaliśmy koncentrować się na naszej roli jako dominującej, wchodząc w partnerstwa w interesie naszych pacjentów. Konkurencja i izolacja są w odwrocie, rozwija się kooperacja i integracja różnych sektorów opieki, dzięki szerszej, bardziej otwartej perspektywie w leczeniu poszczególnych chorych.

### **Partnerstwo w multiprofesjonalnym teamie w klinice**

Również w wyniku reformy psychiatrii w 1991 roku wprowadzono obowiązujące wytyczne co do liczby personelu. Celem ich było zapewnienie odpowiednio licznego i dobrze wykwalifikowanego personelu w szpitalach psychiatrycznych, a jednocześnie opisanie koniecznych koncepcyjnych, organizacyjnych i strukturalnych zmian w ramach reformy.

Wytyczne te mają również umożliwić prowadzenie terapii o odpowiedniej jakości, dzięki której pacjenci możliwie szybko będą w stanie samodzielnie kształtować swoje życie poza placówkami opieki stacjonarnej, żyjąc w pełni zintegrowani w społeczeństwie.

Ujęto tutaj również wskazówkę co do leczenia w pobliżu miejsca zamieszkania jako optymalnej formy dla wszystkich, również przewlekle i ciężko chorych psychicznie. Szpitale psychiatryczne powinny być w stanie leczyć chorych w sposób zindywidualizowany, adekwatnie do ich schorzenia, jego przebiegu, jak i osobistej, domowej i zawodowej sytuacji pacjenta.

Leżący u podstaw takiego podejścia koncept wielowymiarowego podłoża zaburzeń psychicznych, uwzględniający czynniki somatyczne, psychiczne, biograficzne i społeczne wymuszał w ten sposób leczenie poprzez multiprofesjonalny zespół terapeutyczny („team”).

W ramach wprowadzania wytycznych liczba personelu w psychiatrii wzrosła w latach 1991-1995 o 25%. Oprócz lekarzy i personelu pielęgniarskiego wzrosła liczba psychologów dyplomowanych, ergoterapeutów, terapeutów ruchem i gimnastyką, pracowników i pedagogów socjalnych.

Celowane leczenie stacjonarne wymaga intensywnej wymiany, omówienia. W tym sensie praca zespołowa jest nieodzowną cechą leczenia stacjonarnego i dziennego. Pomocne w tworzeniu teamów terapeutycznych było opisanie konkretnych zadań i kompetencji poszczególnych grup zawodowych w ramach zespołu. Chociaż rodzaj i kierunek poszczególnych elementów leczenia z perspektywy celu leczenia leży ostatecznie w odpowiedzialności lekarza, to za swoje elementy postępowania odpowiadają poszczególni członkowie teamu, w ramach swojej dziedziny. Można mówić o fachowym równouprawnieniu. Wspólne wizyty, codzienne raporty, omówienia przypadków zapewniają odpowiednią komunikację między różnymi grupami zawodowymi w ramach teamu.

Praca terapeutyczna z pacjentami opiera się w znacznym stopniu na budowaniu więzi,

wymaga też częstej refleksji i dyskusji, stąd zapewnia się zespołom terapeutycznym możliwość zewnętrznej superwizji, a w wielu szpitalach również udział w grupach Balinta.

Leczenie szpitalne z dzisiejszej perspektywy jest leczeniem multipersonalnym. Wg doświadczeń społeczności terapeutycznej (Main 1946) cały szpital postrzegać można jako społeczność terapeutyczną. Leczenie odbywa się zawsze dzięki grupie terapeutów, jest zatem leczeniem zespołowym. Np. poszczególne zachowania pacjenta wobec lekarza postrzegać należy w odniesieniu do zachowań wobec innych pacjentów. Dlatego procesy wewnątrz teamu muszą być poddawane regularnej refleksji, w atmosferze otwartości, poczuciu bezpieczeństwa, jednak bez unikania tematów konfliktowych.

Sposób interakcji między poszczególnymi członkami teamu terapeutycznego jest ważnym modelem dla interakcji z pacjentami, tudzież modelem dla pacjentów, którzy uczą się w ten sposób nowych wzorców zachowania i mogą je ćwiczyć.

Oprócz niewątpliwie ważnej kwestii – jak zapewnić wysoką jakość pracy w teamie, ważnym pytaniem w ramach rozwoju teamu jest również to, jak zmotywować poszczególne grupy zawodowe, jak zorganizować pracę w sposób partnerski.

Oprócz wprowadzonych we wszystkich szpitalach instrumentów takich jak wewnętrzne szkolenia dla wszystkich grup zawodowych, omówienia przypadków, superwizje, moim zdaniem, bardzo ważne dla osobistego rozwoju członków personelu jest planowe, strukturyzowane rozwijanie teamów. Jasne sformułowanie zadań i procesów w teamie oraz zasad w ramach organizacji dają wstępne poczucie bezpieczeństwa. Poza tym, ważne jest szczególnie na oddziałach z przyjęciami ostrymi, na których często dochodzi do zachowań agresywnych, nauczenie się technik deeskalacji oraz prowadzenia omówień sytuacji kryzysowych możliwie szybko po ich wystąpieniu. Istotne jest przy tym, aby członkowie teamu, pomimo odmienności swoich zadań czuli się równouprawnieni w ramach swobodnej komunikacji między sobą,

z wymianą czasami obciążających uczuć – za stworzenie sprzyjającej ku temu atmosfery odpowiedzialne jest kierownictwo zespołu. Kierownik zespołu, a nie szpitala, widzi w tym, aby ograniczać konflikty, zachowywać integralność zespołu, co zapewnia ciągłość procesu uczenia się. Transparentność, otwartość, bezpieczeństwo oraz gotowość do rozwiązywania konfliktów powinny stać się elementami kultury zespołu i szpitala. Przede wszystkim wspierać należy wzajemny szacunek do siebie, niezależnie od wykonywanego zawodu czy stażu pracy.

W wielu szpitalach powstały już kompetentne, świadome swoich umiejętności multiprofesjonalne zespoły terapeutyczne. Szczególnie młodzi lekarze i asystenci cenią sobie bardzo pracę w psychiatrii, w wykwalifikowanych zespołach terapeutycznych, które nie są ściśle wertykalnie shierarchizowane, jak ma to jeszcze często miejsce w medycynie somatycznej, z naciskiem na rolę lekarza. Rozwój w tym kierunku należy w przyszłości również wspierać, ponieważ moim zdaniem czyni to pracę w psychiatrii szczególnie atrakcyjną. W przyszłości na znaczeniu zyskają również kwestie takie jak delegowanie zadań, np. przypisanych dzisiaj lekarzom i terapeutom do innych grup zawodowych, jak np. pielęgniarki czy pracownicy socjalni. Kolejnym impulsem do rozwoju zespołów będzie także akademizacja zawodów nielekarzkich, ze studiami, stopniami licencjatu i magistra.

## Partnerstwo w dialogu z pacjentami i ich bliskimi

Wielu chorych psychicznie żyje ze swoimi rodzinami. Dla wielu krewnych pacjentów jest to sprawa oczywista, że troszczą się oni o chorych w swoich rodzinach. Często są oni jednak w tej sytuacji przeciążeni, izolowani, osamotnieni. W latach 80-tych powstał ruch rodzin pacjentów, który obecnie zorganizowany jest już na poziomie województwa i całego kraju. W grupach krewnych rodziny znajdują wzajemne wsparcie, informacje o chorobie i leczeniu oraz konkretną pomoc.

We wszystkich województwach krewni chorych psychicznie są członkami rad ds. psychiatrii, działając na rzecz poprawy psychosocjalnej opieki nad chorymi w rozmowach z kasami chorych i politykami.

Dopiero w latach 90-tych zorganizowały się grupy samopomocy chorych psychicznie. Obecnie w każdym województwie istnieją związki grup samopomocy jak również krajowy związek pacjentów psychiatrycznych. Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej są akceptowanymi partnerami rozmów, dają cenne wskazówki co do dalszego rozwoju form opieki, udzielają się w specjalnych zespołach doradczych, komisjach, grupach roboczych, pomagają innym chorym dotrzeć do potrzebnych informacji, wsparcia, porad, leczenia, w tym metod alternatywnych. Liczne województwa wspierają działalność związków chorych psychicznie środkami finansowymi.

Ruch rodzin i ruch osób doświadczonych chorobą psychiczną stanowią nowe siły, które stawiają pod znakiem zapytania tradycyjny podział ról w psychiatrii. Wspierają i oczekują one partnerskiego dialogu, chcą jak ko-eksperti w dziedzinie swoich doświadczeń aby traktowano ich poważnie. Od osób pracujących w psychiatrii oczekuje się nowej roli – zamiast odgórnie narzuconego leczenia – rozmowy, negocjacji.

W ostatnich 25 latach profesjonalści z dziedziny psychiatrii nauczyli się w znacznym stopniu postrzegać chorych i ich rodziny nie jako obiekty swojej pracy, a raczej jako równouprawnione podmioty. Spotkanie jak równy z równym, otwarta rozmowa powinny mieć miejsce wszędzie, gdzie to tylko możliwe. Pewni siebie i krytyczni chorzy i ich bliscy spowodowali wykształcenie się nowej formy związku – partnerskiego dialogu.

Jako przykłady odmiennej jakości kontaktów i ról w pracy psychiatrycznej w sensie dialogu wymienić należy grupy rodzin chorych, wizyty z członkami rodzin, grupy osób z doświadczeniem psychozy, seminaria na temat psychozy dla pacjentów, rodzin i profesjonalistów.

Cechą powyższych nowych ofert jest pełne szacunku podejście do subiektywnych do-

świadczeń, przeżyć i znaczeń pacjentów i ich bliskich. Z drugiej strony pacjenci mają prawo do tego, aby korzystać z wiedzy ekspertów.

Żywe partnerstwo z pacjentami widać szczególnie pod postacią umów terapeutycznych, zawieranych między leczącymi i pacjentami, jak prospektywna metoda służąca wzmocnieniu wzajemnego zaufania. Celem takich umów jest nadanie byłym pacjentom roli partnera w ramach umowy – umowy, która bazując na doświadczeniach z poprzednich pobytów w szpitalu formułuje zasady postępowania przy ewentualnych przyszłych przyjęciach do szpitala. Grupa pracująca nad projektem umów terapeutycznych w 2001 roku ogłosiła wyniki badania, które pokazało, że kumulatywny czas leczenia stacjonarnego, po zawarciu takiej umowy spada średnio o 40%.

Seminaria na temat psychoz przeprowadzono pierwszy raz w 1989 roku w Hamburgu-Eppendorf. Obecnie prowadzi się je w ponad 100 lokalizacjach w Niemczech. Biorą w nich udział pacjenci, rodziny i profesjona-

liści. Uczestnicy próbują wspólnie poszerzyć swoje spojrzenie i zrozumienie psychozy, jak również wyjaśnić, jakie formy pomocy są adekwatne. Uczenie się wzajemnie od siebie – w wyjściowym sensie dialogu.

Podsumowując, spotkanie z pacjentami i rodzinami jako równouprawnionymi partnerami w ramach dialogu jest istotną cechą rozwoju psychiatrii ostatnich 20 lat. Związki chorych i ich rodzin cieszą się dużym szacunkiem zarówno wśród polityków jak i społeczeństwa. Tym niemniej są na pewno szpitale, w których można jeszcze sporo zmienić. Pewna pacjentka powiedziała mi niedawno: „Czy nie jest to tak, że dialog widać tylko na sympozjach i podczas seminariów, a na co dzień się go po prostu pomija. Dla pracowników psychiatrii równouprawnienie, traktowanie pacjentów jako partnerów oraz dialog stanowią na pewno duże wyzwanie, a jednocześnie jest to oznaka jakości pracy, test, któremu wszyscy nieustannie musimy się poddawać.