

Elmar Spancken

Dokąd zmierzasz psychiatrio?

W ramach wprowadzenia chciałbym nawiązać do miejsca sympozjum i wytłumaczyć Państwu, dlaczego klinika jest szczególnie odpowiednim miejscem do roztrząsania kwestii: co osiągnięto w psychiatrii i co mogłoby jej zagrażać. W końcu wybraliśmy Mönchengladbach również i dlatego, że po raz ostatni nadarza się okazja, aby Ralf Seidel, który kieruje tą kliniką od 20 lat, mógł zorganizować sympozjum niemiecko – polskie, zanim przejdzie w stan spoczynku.

Ukształtowany przez tradycję tej kliniki i długoletnie zajmowanie się kwestiami etyki jest on w szczególności wyczulony na aktualne prądy i tendencje, które mogłyby zagrozić naszym normom humanitarnego działania w dziedzinie psychiatrii.

Przypomnijmy sobie: Klinika w Mönchengladbach została otwarta przed ponad 30 laty, w 1973 roku. Jej zadaniem i wizją było stać się prekursorem i modelowym przykładem konsekwentnie realizowanej psychiatrii środowiskowej w myśl wielkiego ruchu reformatorskiego lat siedemdziesiątych. Ralf Seidel i ja mieliśmy szczęście współpracować przy tym projekcie niemal od samego początku.

Tworzenie kliniki i całego systemu opieki psychiatrycznej odbywało się w napiętej atmosferze dyskusji polityczno – ideologicznych po wydarzeniach z 1968 roku. Dla wielu z nas psychiatria była tym polem, na którym prowadziliśmy zażarte dyskusje także na temat kwestii i utopii społeczno – politycznych.

Nie chcę idealizować tych lat, ponieważ istniało też niebezpieczeństwo instrumentalizacji psychiatrii i chorych w celu wyjaśnienia i przeforsowania własnych idei społeczno – politycznych, ewentualnie uzasadniania i forsowania koncepcji psychiatrycznych z punktu widzenia własnej pozycji ideologicznej. To że w Mönchengladbach uniknęliśmy tego niebezpieczeństwa, wynikało ze wspaniałomyślnej i tolerancyjnej, a równocześnie pragmatycznej i zorientowanej na działanie postawy założyciela kliniki, dr Alexandra Veltina. To, jak z jednej strony dopuszczał do szerokiego spektrum naszych debat, które niekiedy były okropnie zuchwale, a z drugiej strony dawał im ujście w praktycznych projektach, stanowi dla nas przykład jakości kierowania, żeby nie powiedzieć znakomitego zarządzania.

W zależności od pochodzenia i skłonności podkreślaliśmy albo aspekty socjalne, spojrzenie humanistyczno – hermeneutyczne albo też psychoterapeutyczno – analityczny wymiar psychiatrii.

Nasze dyskusje zahaczały o zasadnicze kwestie naszej dziedziny, a więc np. istotne problemy

- podejścia biologicznego i społecznego
- autonomii i przemocy
- farmako- i psychoterapii
- zlikwidowania albo niezbędności instytucji.

W tym klimacie powstał – przede wszystkim dzięki konkretnym działaniom naszego szefa w kierunku psychiatrii środowiskowej – wysoce zróżnicowany system opieki psychiatrycznej z ambulatoriami, schroniskami, wspólnotami mieszkaniowymi itd., który w tamtych latach stał się wzorem dla podobnych projektów na terenie całej RFN. Cały ten rozwój był rezultatem obszernego programu reform, wspieranego przez Związek Krajowy Nadrenii. W trakcie realizacji tego programu w ciągu ostatnich 30 lat nastąpiły głębokie zmiany w krajobrazie psychiatrycznym w Nadrenii.

Nie jest to tylko i wyłącznie nostalgiczna identyfikacja z intensywnie przeżyтыми latami z okresu powstawania kliniki, chociaż z dystansu wielu lat ciągle jeszcze jestem zdania, że ta klinika, której tradycję kontynuował Ralf Seidel, ciągle jeszcze reprezentuje wymagania i wartości, jakie wiążemy z nowoczesną psychiatrią.

Ale czyż nie żyjemy w czasach, w których te normy i oczekiwania są zagrożone? Czyż nie wpadają one, i o tym będziemy musieli porozmawiać, w nowy obszar konfliktów, w którym warunki dyktuje ekonomia?

Przejdźmy do teraźniejszości. Co jest dzisiaj naszym tematem? Wokół czego krążą dzisiaj nasze dyskusje?

Ponad wszystkim stoi „**budżet**”. Ten budżet jest nam przydzielany. Następnie budżet ten rozdzielamy między sobą. Czy ten budżet rozdzielony jest sprawiedliwie? Na ten temat można się długo spierać. Czy liczby są prawidłowe? Jak je obliczono? Trzeba to jeszcze raz sprawdzić i przedyskutować. Stale dochodzą nowe liczby. Jak powstają? Czy wypełniłem moje zadanie i wykonałem pracę?

Myślenie i działanie w ramach budżetu stanowi niewątpliwie jakiś postęp. Wprowadza przejrzystość. Wie się, co się ma, co można planować i czym gospodarować. Wszyscy staliśmy się małymi ekonomistami. To nie jest błąd, ponieważ stajemy się realistami, przestajemy marzyć i narzekać.

Budżet ma tylko jedną wadę: z roku na rok jest mniejszy! Jak się do tego odnieść? Debaty na ten temat prowadzą chcąc nie chcąc do centralnego pytania o to, co **niezbędne**. Skoro z roku na rok mamy coraz mniej środków, to co jest jeszcze absolutnie niezbędne?

Pragmatycznie problem ten rozwiązujemy następująco: Zatrudnić lekarza czy psychologa? Oczywiście lekarza, ponieważ lekarz może też pracować na dyżurach. Zatrudnić pielęgniarkę czy ergoterapeutę? Oczywiście pielęgniarkę, ponieważ zapewnienie dobrej opieki ma bez wątpienia pierwszeństwo przed terapią zajęciową, itd.

Kontynuując ten proces znów możemy wyładować przy dwóch grupach zawodowych, które zawsze były nieodzowne, a mianowicie lekarze i personel pielęgniarski. To niezbędne okaże się w końcu medycyną. Tym, co nas jeszcze najprędzej wiąże ze sposobem myślenia i działania medycyny somatycznej.

Kto wywodzi się z tradycji kliniki w Mönchengladbach, być może inaczej odpowiedziałby na pytanie o to, co niezbędne i jako konieczny wymiar podkreśliłby właśnie specyfikę psychiatrii. Na przykład:

- rozwijanie relacji
- wrażliwość w postrzeganiu i refleksowaniu
- budowanie zaufania i pewności
- ostrożne odkrywanie związków pomiędzy chorobą a biografią
- staranne odnajdywanie i przygotowywanie indywidualnej drogi powrotu z choroby do życia
- a to wszystko w środowisku, dającym czas i przestrzeń na zmiany, których człowiek nie może dokonać w ciągu trzech tygodni.

Ten zagrożony redukcją „dodatek” z dala od somatycznego jądra naszego fachu jest więc właściwie tym co niezbędne.

Ale co robić, gdy budżet nie pozwala na oba te niezbędne czynniki?

Próbując rozwiązać tę kwadraturę koła, stawiamy coraz mocniej na strategię, których wspólną cechą jest podnoszenie skuteczności i optymalizacja procesu, przy czym nie możemy się pozbyć wrażenia, że projekty te zaczynają żyć własnym kosztownym życiem i dodatkowo uszczuplają i tak już kurczące się zasoby, w których optymalnym wykorzystaniu miały pomóc.

Na pierwszym miejscu znajduje się **zarządzanie jakością**. W międzyczasie wszyscy uzyskaliśmy certyfikat EFQM (European Foundation of Quality – Management). W naszej klinice mamy ponadto:

- menadżera jakości
- komisję d.s. sterowania jakością
- kontrolę jakości

- pełnomocników d.s. jakości na wszystkich szczeblach.

Przeszliśmy kompleksowy proces samooceny, na wszystkich poziomach poznaliśmy nasze słabe punkty i zdefiniowaliśmy kilka niezbędnie koniecznych projektów racjonalizatorskich. Ale jak zrealizować te projekty? Jest to trudniejsze niż można by pomyśleć. W tym celu potrzebujemy szkolenia w kierunku **zarządzanie projektem**. Oczywiście ukończyliśmy stosowne szkolenie, ale musimy je rozszerzyć o wiadomości z dziedziny **zarządzania procesami**. Zarządzanie jakością niemożliwe jest bez zarządzania projektem, a zarządzanie projektem niemożliwe jest bez zarządzania procesem.

Na oddziałach, tuż obok pacjentów, niezmiennie zestresowani lekarze i pielęgniarki walczą z załatwieniem tego, co rzeczywiście niezbędne, do czego należy też sarta niewypełnionej dokumentacji chorych i listów z kas chorych. A co jest napisane w tej dokumentacji, gdy jest już wypełniona? Już nie rzeczywiście zaobserwowany przebieg choroby i spostrzeżenia dotyczące diagnozy oraz patogenety, lecz sformułowania zgodne z oczekiwaniami kas chorych w celu uzyskania zezwolenia na dalsze leczenie. Narażamy się na niebezpieczeństwo dopasowywania i podporządkowywania istotnych działań lekarskich strategiom ekonomicznym.

Następnie uprawiamy też **benchmarking**. To znaczy, podpatrujemy, jak robią to inni. Są to pracochłonne porównania wyników pomiędzy klinikami, które mają nas nauczyć, jak przy pomocy możliwie najmniejszych środków osiągać możliwie najlepsze rezultaty. W tym celu mamy teraz:

- komisję do kierowania benchmarkingiem
- pełnomocnika d.s. benchmarkingu
- odpowiedzialnych za benchmarking na wszystkich szczeblach, itd.

Ale przełomu w przewyżnianiu wszystkich problemów oczekujemy po całościowym systemie przetwarzania danych. Nazywamy go **KIS** (Krankenhaus – Informations – System = Szpitalny System Informatyczny) i inwestujemy w niego wiele personelu, środków finansowych oraz czasu, ponieważ mamy nadzieję, że kiedyś wszystko co robimy, będzie przebiegało prościej i szybciej. Rzecz jasna mamy

- komisję d.s. kierowania systemem
- menadżera systemu
- osoby odpowiedzialne za szkolenie itp.

W ten sposób np. już po dwóch latach intensywnych przygotowań i szkoleń setek współpracowników udało się nam przeprowadzić proces rejestracji przyjęć i zwolnień ze szpitala przy pomocy PC, co do tej pory odbywało się ręcznie na kilku formularzach. Pracownicy, którzy nabyli już wprawy twierdzą, że rejestracja nie trwa teraz dłużej niż dawniej. Dlatego teraz możemy zacząć już nowy etap. W naszym języku nazywa się to: „Po udanym kick-off zaczyna się teraz rolling-out w second level.”

Tak więc znają już Państwo kilka pojęć i metod z repertuaru nowoczesnej psychiatrii. Nie chcę w ten sposób rozpowszechniać pesymizmu. Zapewne dojdzie do tego, że wszyscy będziemy musieli korzystać z tej techniki. W procesie poszukiwania tego co niezbędne istnieje też szansa. Można absolutnie wyrażać pogląd, że redukcja podejścia kompleksowego, skupienie się na kontrolowalnych, pragmatycznych strategiach terapeutycznych oznacza postępek w rozumieniu działań skoncentrowanych na pacjencie.

Z pewnością jednak nadszedł czas, aby uświadomić sobie te tendencje, tkwiące w nich szanse i ryzyka i na nowo uprzytomnić sobie wartości i normy naszego zawodu.

Chodziłoby więc dzisiaj o ocenę prądów i tendencji, wiodących w następujących kierunkach:

- redukcji kompleksowości teorii i praktyki psychiatrycznej w celu generalnego skupienia się na „jądrze” biologiczno – przyrodniczym
- zasady skuteczności, sprzyjającej redukcji do tego, co mierzalne
- pośpiechu i braku tchu, zagrażającym kulturze leczenia psychiatrycznego

- ograniczania działalności klinik psychiatrycznych do tego, co uleczalne i obiecujące powodzenie, co skutkuje usunięciem osób przewlekle chorych z zakresu ich odpowiedzialności.

Dyskusję na powyższe kwestie chciałbym pozostawić następnym mówcom.

Ralfowi Seidelowi życzę, aby w tym pięknym i funkcjonalnym nowym budynku, który poświęci jeszcze pod koniec swojego urzędowania, mógł zachować coś jeszcze z ducha ostatnich 30 lat.

Niemiecko – polskie sympozjum w Mönchengladbach, 16 – 18. 09. 04