

### Jak pracuje Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego?

- ◇ Towarzystwo organizuje posiedzenia i sympozja, które odbywają się naprzemiennie w Polsce i w Niemczech.
- ◇ Organizuje programy wymiany i podróże dla osób pracujących w psychiatrii oraz spotkania i wymianę między pacjentami i ich krewnymi.
- ◇ Szczególna rola przypada partnerstwom między instytucjami psychiatrycznymi, które służą osobistym spotkaniom, wymianie pracowników, kształceniu, realizacji wspólnych projektów reform opieki nad chorymi psychicznie, a także wzajemnej pomocy i wsparciu.
- ◇ Towarzystwo działa na rzecz przemian społeczno-politycznych w interesie opieki nad chorymi psychicznie w obu krajach, spełniając funkcję doradczą w towarzyszących przemianom projektach badawczych.
- ◇ W tym celu Towarzystwo powołało sekcję zajmującą się problemem PRACY I MIESZKANIA chorych psychicznie, sekcję BADAŃ I KSZTAŁCENIA oraz polsko-niemiecką KOMISJĘ EKSPERTÓW zajmującą się reformą opieki psychiatrycznej w wybranych modelowych rejonach.
- ◇ O swojej działalności towarzystwo informuje w czasopiśmie, które ukazuje się raz w roku w języku polskim i niemieckim.

JACEK BOMBA

## Opieka psychiatryczna w Polsce po przełomie politycznym\*

Kiedy zaszczycony zaproszeniem podejmowałem się przygotowania omówienia kształtu opieki nad zdrowiem psychicznym ludności kraju, którego sytuacja polityczna podlega przemianom nie zdawałem sobie w pełni sprawy z rozmiaru trudności tego tematu. Teza o zależności między przemianami politycznymi zachodzącymi w jakimś państwie, a stanem zdrowia psychicznego jego mieszkańców zdaje się być oczywistością. Historia, także najnowsza, zdaje się ją potwierdzać. Nie myślę tu o wykorzystywaniu samej psychiatrii do celów politycznych. Mam raczej na uwadze to, że same przemiany polityczne, zmiany sposobów, lub samych tylko kierunków używania siły (władzy) (1) stanowią w systemie społecznym czynnik obciążający (stresor), uruchamiający procesy niekorzystnie wpływające na najłabsze elementy tego systemu: grupy społeczne, rodziny i jednostki (2,10). Stopień złożoności tego procesu jest znaczny a trudności metodologiczne empirycznego weryfikowania hipotezy, że pogorszenie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa ma miejsce, i jest związane z aktualnymi procesami politycznymi przekraczały moje możliwości badawcze.

Uwagi, którymi chcę się z Państwem podzielić dotyczą opieki nad zdrowiem psychicznym w Polsce, kraju w którym zachodzą

wyraźne zmiany polityczne – zresztą nie tylko od 1989 r. – i zapewne nie jest to proces zakończony. Jeśli jednak przyjąć cezurę 1989 r. to trzeba podjąć próbę poszukiwania odpowiedzi na kilka pytań. Jaki był stan opieki nad zdrowiem psychicznym przed 1989 r.? Czy przed 1989 r. opieka nad zdrowiem psychicznym podlegała jakimś zmianom? Czy doszło do jakichś zmian po 1989 r.?

### Opieka nad zdrowiem psychicznym w Polsce do roku 1989

W 1945 r. opieka nad zdrowiem psychicznym musiała być odbudowana niemal od podstaw. Niemal, ponieważ pozostało w kraju kilka wielkich, dziewiętnastowiecznych szpitali psychiatrycznych oraz kilka takich samych dużych zakładów na Ziemiach Zachodnich. Zadanie to spadło na niedużą grupę ocalałych z wojny profesjonalistów. Chociaż odbudowanie rozpoczęto w oparciu o tradycje, to znaczy odwołujące się do dawnych doświadczeń wzory, i chociaż w pierwszej połowie lat pięćdziesiątych doszło do pewnego wzmocnienia tych wzorów w wyniku wewnętrznej izolacji psychiatrów w świecie psychiatrii, to już w drugiej połowie lat pięćdziesiątych pojawiły się wyraźne tendencje orientacji opieki nad zdrowiem psychicznym w stronę koncepcji psychospołecznych. Od tego czasu datować trzeba żywy rozwój kierunków określanych wówczas jako

\* Referat wygłoszony na IV Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, Bielsko-Biała, październik 1993r

psychotherapeuty i rehabilitacyjni. Oba te kierunki mają wyraźny dorobek organizacyjny i badawczy. Trzeba jednak przyznać, że ich wpływ na sytuację w całym lecznictwie psychiatrycznym pozostawał ograniczony.

Zróźnicowanie opieki nad zdrowiem psychicznym w różnych częściach kraju, nieraz nawet w tym samym regionie było ogromne. Obejmowało organizację, filozofię terapeutyczną, materialny standart ośrodków, rodzaje i dostępność świadczeń. Zróźnicowanie jawi mi się jako naturalny fenomen odpowiadający różnorodności form istniejących w świecie. Jest też wyrazem różnych dróg poszukiwania odpowiedzi na wielkość pytań, na które psychiatria nie odpowiedziała dotychczas jednoznacznie. Wręcz przeciwnie przypomnienie prób wprowadzenia jednorodnego, obowiązującego wszystkich sposobu myślenia i działania budzi we mnie zdecydowaną niechęć pomieszaną z silnym niepokojem. Zróźnicowanie, o którym mówię wynikało raczej z takiego korzystania z wolności, w którym wybiera się pozostawanie w sztywnych konserwatywnych strukturach myślenia i nie podejmuje wysiłków zmierzających do zmiany zastanego. Wynik weryfikujący tę postawę negatywnie wyraża się w jakości opieki. Jest to szczególnie pociągające rozwiązanie wobec niedostatku środków materialnych i ich niesprawnego rozdziału.

Niejako na marginesie chciałbym zauważyć, że konsekwencje w postaci podobnego zróźnicowania jakości opieki nad zdrowiem psychicznym dają się interpretować jako wyraz niesprawiedliwego podziału dóbr (3), co wydaje się być interpretacją nie całkiem uzasadnioną (4). Podstawowa zmiana zasad organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym rozpoczęła pod koniec lat sześćdziesiątych (5) a przeprowadzona w latach siedemdziesiątych (6,7,8,9) wyrażała się we wprowadzeniu subrejonizacji. Jej celem było zapewnienie jednorodności opieki, integracji leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego, stymulowanie opieki aktywnej. W praktyce realizacja modelu subrejonizacji niedostatecznie jednak zintegrowała istniejące już formy opieki (szpital, poradnie). W małym też stopniu pobudziła do tworzenia innych form. Pozostawało to zapewne po części w związku z istnieniem dużych szpitali psychiatrycznych przyjmujących na leczenie stacjonarne pacjentów z rozległego obszaru i znacznych odległości między poradniami a szpitalem. Miała w tym swój udział także reforma administracyj-

na państwa wprowadzająca w połowie lat siedemdziesiątych, w miejsce jedenastu - pięćdziesiąt kilka województw, przy czym rozdział środków budżetowych przeznaczonych na opiekę nad zdrowiem psychicznym następował właśnie przez administrację państwową na poziomie województw. W wyniku reformy powstało wiele takich, w których opieka nad zdrowiem psychicznym była co najmniej niepewna, jeżeli nie znikoma i w których przez kilkanaście lat nie uczyniono niemal nic, aby ją zbudować. Ten pesymistyczny obraz nie jest jednak sprawiedliwy. Utworzono jednakże wiele oddziałów psychiatrycznych zintegrowanych organizacyjnie ze szpitalami ogólnymi, co przybliżyło osiągnięcie rzeczywistej integracji opieki szpitalnej i pozaszpitalnej.

Szczególnie interesującym przykładem istniejących tendencji i możliwości ich realizacji są wyniki pracy zespołu bielsko-bialskiego, który niemal od zera zbudował efektywny i wielopłaszczyznowy system opieki nad zdrowiem psychicznym. Nie jest to przykład odosobniony. Warto przypomnieć dużo wcześniejsze działania zespołu gruntownie reorganizującego wielkie, peryferyjne szpitale psychiatryczne (w Branicach, Lubiążu) wypełnione przewlekłe hospitalizowanymi pacjentami, których skutecznie przywracano do ich naturalnego środowiska, czy opiekę w środowisku utworzoną w Rzeszowie. Wyraźne zmiany miały także miejsce w węższych działach psychiatrii. Wspomniałem już o żywym rozwoju różnych form psychoterapii, którego znaczenie dla ożywienia procesu modyfikacji zastarzałego systemu opieki jest ogromne. Samo środowisko zawodowe uczyniło bardzo wiele dla unowocześnienia opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Została przybliżona do tych nurtów psychiatrii ogólnej, które zorientowane są bardziej w stronę problemów psychospołecznych. Powstał wyraźny nurt wskazujący na niezbędność postrzegania dziecka w jego kontekście rodzinnym i pozarodzinnym. Krajowy Zespół Specjalistów dla Psychiatrii wyraźnie wspierał też rozwój pozainstytucjonalnej opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży.

Nie bez znaczenia jest to, że rozwój, którego kierunki starałem się naszkicować miał miejsce wobec braku ustawowej regulacji zasad polityki państwa wobec zdrowia psychicznego obywateli.

## Rozwój opieki psychiatrycznej po roku 1989

Bezkrwawa rewolucja 1989 r. spowodowała zmiany na stanowiskach kierowniczych w państwowej administracji, także tej zajmującej się polityką zwrotną. Przeprowadzona też została weryfikacja osób zajmujących stanowiska kierownicze w psychiatrii. Nierzadkie były sytuacje, w których konkursy wygrywali dotychczasowi dyrektorzy instytucji. Radykalna zmiana polityczna wyrażała się w rozdziale opieki zdrowotnej od pomocy społecznej. Nadal nie mamy ustawowych regulacji zasad opieki nad zdrowiem psychicznym, chociaż prace są zaawansowane, jak również dyskusje nad zasadami reformy opieki zdrowotnej, zwłaszcza zasadami jej finansowania.

W jakich kierunkach rozwija się psychiatria polska po 1989 r.? Czy w ogóle można już teraz odpowiedzieć na to pytanie? Spróbujmy przyrzec się temu, czy w okresie ostatnich czterech lat da się zauważyć jakąś radykalną zmianę kierunku.

Jednym z pierwszych zjawisk towarzyszących zmianom gospodarczym było zagrożenie istnienia wielu ośrodków opieki nad zdrowiem psychicznym powstałych nieraz z ogromnym wysiłkiem zaangażowanych ludzi bezpośrednio w środowisku. Mam tu na uwadze domy grupowe, hostele, ośrodki dzienne, oddziały dzienne, przychodnie – mieszczące się nierzadko w domach mieszkalnych, którymi przymusowo zarządzały władze komunalne. Zwrócenie tych domów osobom fizycznym (lub prawnym) spowodowało wypowiedzenie najmu tym małym pozaszpitalnym ośrodkom opieki. Właściciele, czemu trudno się dziwić, stawiali wyżej możliwość większych dochodów nad korzyści wynikające z istnienia, zwłaszcza w ich domu, placówki psychiatrycznej. A jednak konsekwencje nie były dramatyczne. Ilość instytucji tego typu stale wzrasta. Można nawet przypuszczać, że zagrożenie likwidacją postawiło zespoły tych ośrodków wobec konieczności konfrontacji swojej orientacji z przeciwnościami organizacyjnymi i zmobilizowało je do aktywnego poszukiwania rozwiązań. Przynajmniej tam, gdzie rozwiązania zostały znalezione.

Nieco inne zagrożenia dla kontynuowania rozwoju opieki nie opartej o duży szpital psychiatryczny stanowiły próby oszczędności, koniecznych wobec ograniczonego budżetu, podejmowanie przez zarządzających lecznic-

twem, wyrażające się w planach zamykania, lub czasowego zawieszania działalności małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, ale i to w istocie nie spowodowało zmniejszenia się liczby tych oddziałów.

Nowym niewątpliwie zjawiskiem w polskiej opiece nad zdrowiem psychicznym jest pojawienie się prywatnych gabinetów psychiatrycznych. Prywatna praktyka psychiatryczna była niezbyt powszechna w poprzednich dekadach.

Cztery lata to okres zbyt krótki, żeby próbować rzetelnej oceny skutków tej tendencji. Nie można nawet ocenić konsekwencji jakie dla psychiatrii ma prowadzenie leczenia poza, być może ograniczającą, ale zapewniającą pewne poczucie bezpieczeństwa, strukturą instytucji państwowej. Może przy tym niepokoić rozwój, w prywatnym sektorze, form przynoszących szybki dochód, przy krótkotrwałym zaangażowaniu. Nie kwestionując potrzeby jego istnienia odczuwam stale pewien niepokój związany z asymetrycznym rozwojem sektora prywatnego. Wynika on, z być może nieuzasadnionej obawy przed odpływem wykształconych psychiatrów nie tyle do wąskich, choć potrzebnych działów psychiatrii, ile od tych, których zaniedbać nam nie wolno. Drugą ważniejszą obawą wynika z ryzyka, jakie wiąże się ze wzrostem kosztu leczenia ponoszonym bezpośrednio przez pacjenta. Wolny rynek być może pozwała na selekcję oferty najlepszej, najbardziej kompetentnej, czym przyczynia się do poprawy kwalifikacji. Mechanizm ten ma jednak szansę ujawnić się wówczas, kiedy jest wystarczający i swobodny popyt na świadczenia. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę, że siła ekonomiczna populacji pacjentów psychiatrycznych jest raczej niższa od przeciętnej, to należy obawiać się, że dostęp do leczenia, którego jakość ulegnie poprawie na drodze rynkowej, będą mieli tylko ci pacjenci, którzy sami odniosą sukces na rynku. Większość skazana będzie na leczenie w programach wyselekcjonowanych negatywnie. Jak dotychczas zamierzone reformy opieki zdrowotnej nie rozwiązały możliwości refundowania leczenia w zakładach i placówkach prywatnych.

Zdaję sobie sprawę z tego, że niepokój, tak werbalizowany, może mieć jeszcze inną przyczynę, tkwiącą w lęku przed zmianą znanej (i przez to bezpiecznej) chociaż niedostatecznie finansowanej i niesprawnie administrowanej struktury państwowej służby zdrowia, na insty-

tucję prywatną, wymagającą sprawności, których u siebie nie przewidujemy i umiejętności, jakich nie mamy.

Nie sposób pominąć jeszcze jednej konsekwencji jaką dla opieki nad zdrowiem psychicznym ma utworzenie samorządu lekarskiego. Nieuchronnie, jak się wydaje, doprowadziło to do lekarzocentryzmu, ze szkodą dla tych dziedzin medycyny, a do takich należy psychiatria, które swój rozwój upatrują w wielozawodowości.

Nie sposób wyobrazić sobie dzisiaj psychiatrię bez psychologów, asystentów społecznych, terapeutów zajęciowych i rehabilitantów. Wszyscy oni znajdują się poza zainteresowaniem samorządu lekarskiego, co w sytuacji, w której to samorząd przejmuje wiele istotnych decyzji w sprawach opieki nad zdrowiem nie jest bez znaczenia. Napięcie jakie obserwuje się obecnie między psychiatrami a psychologami ma wśród przyczyn zapewne również przedstawiony problem.

Rozdzielenie opieki zdrowotnej i opieki społecznej spowodowało niepokój w środowisku psychiatrycznym. Wydawało się, że krok ten spowoduje wzrost dyspersji w miejsce oczekiwanej integracji różnych form opieki nad potrzebującymi. A jednak, przynajmniej w niektórych ośrodkach stało się wręcz przeciwnie. W miejsce organizacyjnych pojawiły się świadome więzi (np. Pruszków), co być może da w efekcie lepszą i efektywniejszą współpracę. W sytuacji rozdziału zachodzą jeszcze zjawiska inne, takie jak ośrodek interwencji kryzysowej dla najbardziej potrzebujących (w Krakowie). Stopniowo też dają o sobie znać aktywności podejmowane na zaniedbanym polu przez organizacje wyznaniowe i obywatelskie.

To ostatnie zjawisko, uruchomienie aktywności obywatelskiej da się także zauważyć w postaci powstających stowarzyszeń „konsumenckich” (pacjentów, rodzin pacjentów). Ich działalność jest jeszcze nieśmiała i krucha. Można się jednak spodziewać, że ich głos będzie znaczący. Być może nawet w sprawie ustawowej regulacji zasad opieki nad zdrowiem psychicznym.

Wspomniałem już, że nadal nie ma w Polsce ustawy określającej podstawowe zasady prawne opieki nad zdrowiem psychicznym. Istniejące projekty nie dotarły do Sejmu. Mimo żywego zaangażowania środowiska. Zapewne wynika to z niskiej pozycji ochrony zdrowia psychicznego wśród problemów zmierzających do demokracji państwa. Czy słusznie?

## Podsumowanie

Ludzie tworzący opiekę nad zdrowiem psychicznym w Polsce chyba nigdy nie odznaczyli się ksenofobią. Sięganie po przykłady myśli i rozwiązań mających swoje źródła w innych obszarach językowych w historii polskiej psychiatrii były częste, chociaż ich wprowadzanie w polskie warunki nigdy chyba nie było niewolniczym naśladownictwem. Korzystanie z możliwości komunikacji i wymiany nawet przed 1980 rokiem trzeba ocenić jako żywe. Żywe, chociaż ograniczone do najbardziej zainteresowanych, znających obce języki i wystarczająco wytrwałych aby pokonać ograniczenia wyjazdowe władz tutaj i nieufność wobec przybyszów zza żelaznej kurtyny tam. Kiedy te ograniczenia zniknęły (zainteresowanie Polską pojawiło się już w 1980 roku, utrudnienia wyjazdowe - po 1989 roku) intensywność współpracy wyraźnie wzrosła. Można oczywiście przeliczyć ilość wizyt, konferencji, wydane w tym celu fundusze. Można przeliczać zmiany wprowadzane w wyniku doradztwa lub naśladownictwa. Nie sposób jednak ocenić – jak się wydaje najważniejszego – roli tych kontaktów w przebudowywaniu świadomości.

Zastanawiając się nad kierunkami i dynamiką zmian w polskiej psychiatrii nie doszedłem do jednoznacznych wniosków. Może nie wybrałem najskuteczniejszej metody. Może takich wniosków nie można w ogóle wyprowadzić.

Wydaje się jednak, że kierunek rozwoju opieki nad zdrowiem psychicznym nie uległ po 1989 roku radykalnej zmianie. Kontynuowane jest raczej to, co dotychczas staraliśmy się realizować. Ocena czy dynamika tych procesów jest inna, jest bardzo trudna. Z pewnością inne są motywacje. Inna treść poczucia odpowiedzialności.

## Piśmiennictwo

1. Lolas F.: Występowanie przemocy i jej uzasadnienia. *Psychoterapia* 1993, 1/84, 3–8
2. Bomba J., Piotrowski A., Szymusik A.: *Psychiatry in Eastern Europe*. AM. J. Psychiat. 1993, 150, 6, 988–989.
3. Neumann J.: *Psychiatry in Eastern Europe Today: Mental Health Status, Politics, and Practices*. AM. J. Psychiat. 1992, 148, 10

4. Bomba J., Piotrowski A., Szymusik A.: *Psychiatry in Eastern Europe*. AM. J. Psychiat. 1993, 150, 6, 988–989.

5. Różycki A.: *Struktura organizacyjna współczesnego szpitala psychiatrycznego*. Pamiętnik Kraj. Symp. Psychiat., Bytom 1968, 66–70

6. Dąbrowski S.: *O niektórych metodach usprawnienia leczenia psychiatrycznego*. Biul. Inst. Psychoneurol., 1970, 1, 64–68.

7. Dąbrowski S.: *Subrejonizacja*. Psy-

chiatr. Pol., 1974, 4, 345–350

8. Jaska M., Kliks I.: *Subrejonizacja w Szpitalu Psychiatrycznym w Gnieźnie*. Biul. Inst. Psychoneurol., 1970, 1, 69–70

9. Dziduszko T., Langiewicz W., Karewicz Z.: *Organizacja i efekty subrejonizacji*. Psychiatr. Pol., 1974, 4, 351–360

10. Bomba J.: *Children in political changes*. W: J. Hattab /red/: *Ethics and child mental health*. Gefen Publishing House, Jerusalem (w druku).