



Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło¹

Community psychiatry: idea, system, method and background

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Zwrócono uwagę oraz scharakteryzowano różnorodność znaczeniową terminu „psychiatria środowiskowa”, rozumianego jako pewne przesłanie moralne (idea przyjaznej wspólnoty), system organizacyjny (środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej), metoda leczenia i rehabilitacji (leczenie środowiskowe) lub sytuującego zagadnienia psychiatryczne w kontekście lub na tle innych problemów społecznych (ekologia społeczna). Zestawiono też aktualną sytuację oraz uwarunkowania pozytywnie lub negatywnie wpływające na możliwości realizacji celów psychiatrii środowiskowej w Polsce. Podkreślono znaczenie dzisiejszych rozstrzygnięć dla przyszłości.

SUMMARY. The author draws attention to and characterises the multiple meanings of the term “community psychiatry” which has been understood as a certain moral message (the friendly community idea), an organisational system (the community model of psychiatric health care), a method of treatment and rehabilitation (community treatment) or has situated psychiatric issues in the context or against the backdrop of other social problems (social ecology). He also reviews the present situation and the positive and negative contingencies affecting the feasibility of implementation of the goals of community psychiatry in Poland. He emphasises the importance of today’s solutions for the future.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa / Polska

Key words: community psychiatry/ Poland

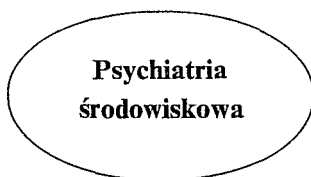
Termin „psychiatria środowiskowa” jest pojęciem wieloznacznym. Nie ma jednej, prostej definicji. Chcąc przybliżyć jego znaczenie trzeba odnieść się zarówno do jego językowych źródeł, jak i do różnorodnej praktyki językowej definiującej to pojęcie jakby ciągle od nowa, w zależności od przesłanek, kontekstu i celu, do jakiego zmierza jego konkretne zastosowanie.

Termin utworzony pierwotnie w języku angielskim (*community psychiatry*) zdawał się podkreślać raczej ten aspekt oddziaływania i zainteresowania psychiatrii, który wiąże się ze społecznością, tj. lokalną wspólnotą

społeczną (*community*), a więc środowiskiem społecznym skupionym na stosunkowo niewielkim terytorium, pozwalającym na jeszcze względnie bliskie, osobowe relacje z innymi osobami raczej niż ze środowiskiem ujmowanym ogólniej (*environment*) czy społeczeństwem (*society*), w którym relacje stają się bardziej odległe, bezosobowe i abstrakcyjne. Podobne znaczenie stara się proponować niemiecka adaptacja terminu (*Gemeindenähe-psychiatrie*), która również zwraca uwagę na wspólnotowy, społeczny i lokalny aspekt działania psychiatrii (dosłownie: psychiatria blisko gminy). Polski odpowiednik wspomnianych obcych terminów (*psychiatria środowiskowa*) kieruje uwagę czytelnika na szerszy zakres zjawisk, niekoniecznie związanych z uwarunkowaniami społecznymi, lokalnymi

¹ Zmieniona i rozszerzona wersja wystąpień na Konferencjach w Dębem (październik 1999) i Tworkach (wrzesień 2000).

Przesłanie moralne
System organizacyjny
Metoda leczenia
Tło, osadzenie, kontekst



Idea przyjaznej wspólnoty
Środowiskowa opieka zdrowotna
Terapie środowiskowe
Ekologia społeczna

Rysunek 1. Znaczenia terminu „psychiatria środowiskowa”

i wspólnotowymi. Z jednej bowiem strony zaciera granice z psychiatrią dostrzegającą również pozaspołeczne aspekty środowiska, którą czasem określa się jako „psychiatria ekologiczna” [Andresen i wsp. 1992]. Z drugiej – rozmywa aspekt lokalności i wspólnoty, zbliżając się do szerszych zainteresowań, typowych dla „psychiatrii społecznej”.

strzec co najmniej cztery ważniejsze. Psychiatria środowiskowa bywa traktowana jako pewna *idea* stanowiąca rodzaj moralnego przesłania praktyki psychiatrycznej, jako pewien *system organizacji* psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jako pewna *metoda* leczenia oraz jako pewien *sposób osadzenia, kontekst* czy *tło działania* psychiatrii (rys. 1).

język	termin	układ odniesienia
angielski	<i>community psychiatry</i>	społeczność, lokalna wspólnota społeczna
niemiecki	<i>Gemeindenähe-Psychiatrie</i>	gmina – lokalna społeczność
polski	<i>psychiatria środowiskowa</i>	środowisko

Może celowe byłoby więc mówić raczej o *psychiatrii lokalnej wspólnoty społecznej* niż o psychiatrii środowiskowej, a przynajmniej pamiętać o układzie odniesienia, dla którego ten termin wybrano i w którym znajduje on swoje właściwe zastosowanie.

Warto dodać jeszcze, że pierwotnie celem psychiatrii środowiskowej miało być zwiększenie potencjału zdrowia psychicznego dostępnego w takiej społeczności-wspólnocie, poprzez zajmowanie się raczej różnymi aspektami zdrowia psychicznego (promocja, prewencja, zdrowe funkcjonowanie i jego zaburzenia) niż tylko problemami zaburzeń psychicznych. W praktyce jednak tak dalece idące rozumienie zakresu psychiatrii środowiskowej nie znalazło szerszej realizacji i na ogół koncentruje się ono i kończy na rozwiązywaniu zagadnień związanych z obecnością osób chorych psychicznie. Przyglądając się kontekstom, w jakich pojawia się termin „psychiatria środowiskowa” można do-

IDEA: PRZYJAZNA WSPÓLNOTA SPOŁECZNA

Analizując argumenty i opinie powoływane przez orędowników psychiatrii środowiskowej można dostrzec liczne wątki przekonujące, iż jest to sposób rozumienia i uprawiania psychiatrii wyróżniający się spośród innych i wart zalecenia. Gdyby szukać jakiejś przewodniej idei zasilającej zainteresowanie psychiatrią środowiskową – to można by określić ją jako ideę przyjaznej wspólnoty i wskazać kilka ważniejszych drogowskich rozwiązań rozwijanie tego przesłania.

Humanizm. Ta myśl wyrażana bywa w stwierdzeniu, że psychiatria środowiskowa jest psychiatrią doceniającą godność osoby ludzkiej i skupiającą swe zainteresowania bardziej niż inne sposoby jej uprawiania na specyficznie ludzkich aspektach funkcjonowania człowieka. Zwykle spina się w tym celu kłamrą epizod tzw. „leczenia moralnego” okresu romantyzmu, z odrodzeniem zainteresowania społecznymi aspektami powstawania i przebiegu chorób psychicznych, leczenia i lecznictwa psychiatrycznego po drugiej wojnie światowej, a zwłaszcza w latach sześćdziesiątych, wyrażanym wtedy może najkrócej w hasle „od nadzorującej opieki (*custodial care*) do społeczności terapeutycznej (*therapeutic communi-*

ty)”. W Polsce najbardziej jaskrawym przejawem tego typu ideowej perswazji była wtedy głośna książka Kazimierza Jankowskiego „Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej” [1976]. Jednak późniejszy rozwój wydarzeń dowiódł, zdaje się, że humanizujące akcenty psychiatrii środowiskowej zwracały się raczej przeciw bezduszności i alienacji tradycyjnych instytucji psychiatrycznych i społecznych, oskarżanych o etykietowanie, stygmatyzowanie, demoralizację, uniformizację i cywilne uśmiercanie ludzkiej indywidualności osób z zaburzeniami psychicznymi poddanych ich oddziaływaniu, niż przeciw biologicznemu spojrzeniu na genezę i leczenie zaburzeń psychicznych.

Sprzeciw i wyzwalenie. Drugi wątek przesłania moralnego psychiatrii środowiskowej wiąże się ze sprzeciwem wobec zastanych rozwiązań społecznych i instytucjonalnych oraz z wyzwaniem osób poddanych ich oddziaływaniu od różnych ograniczeń (np. zniewolenia, przemocy, wymuszania, uniformizacji, izolacji, mistyfikacji). Światło działania z epoki Pinela, były tu zestawiane z krytyczną literaturą z lat 50-tych, zwracającą uwagę na mniej formalne funkcje i mechanizmy działania typowych instytucji psychiatrycznych i typowych psychiatrów [np. Caudil 1956, Stanton i Schwartz 1954] oraz z późniejszymi, wpływowymi esejami socjologicznymi [Goffman 1974] i historycznymi [Foucault 1967]. Ten bardzo krytyczny nurt przewartościowania podstaw myślenia i praktykowania psychiatrii, nazwany ostatecznie „antypsychiatrią” doprowadził (choć już zwykle pod innymi hasłami) w wielu krajach do znacznych, często radykalnych zmian w ustawodawstwie psychiatrycznym i kształcie instytucjonalnym opieki psychiatrycznej [por. Kisker 1979], właśnie w duchu psychiatrii środowiskowej. Z dzisiejszego punktu widzenia można dodać, że obok zainicjowania środowiskowych reform w psychiatrii pozwalających chorym na odzyskiwanie należnych im praw i godności, jednym z ważniejszych składników tego nurtu było przeciwdziałanie kulturze „wykluczania” chorych z obsza-

ru wspólnoty społecznej zarówno w sensie fizycznym (przez przenoszenie ich z wiejsko-funkcjonujących instytucji do naturalnego środowiska społecznego), jak i społecznym (poprzez blokowanie procesów stygmatyzacji, marginalizacji i izolacji) czy indywidualnym (przez docenienie roli ich osoby i indywidualności).

Dzielenie losu i odpowiedzialności. Ten wątek idei psychiatrii środowiskowej wiąże się zarówno z podkreśleniem odpowiedzialności i partnerstwa pacjenta w relacjach z osobami leczącymi, jak i tworzeniem nowych relacji między osobami uczestniczącymi w pracy terapeutycznej z pacjentem a dysponującymi różnym przygotowaniem zawodowym. Sposobem realizowania nowych zasad kształtujących te relacje (np. demokracji, permisywności, partnerstwa, przyzwalania, zgody, realizmu, wspólnoty) była społeczność terapeutyczna – wielkie hasło odnowy postaw zawodowych w latach sześćdziesiątych [por. Bizoń 1973]. Patrząc na tamte uniesienia i odkrycia z dzisiejszego punktu widzenia, dostrzeżemy w nich zapewne wiele uproszczeń, złudzeń i powierzchowności. Czas i bieg wydarzeń uświadamiają jednak wyraźnie, że nie można wyobrazić sobie funkcjonowania psychiatrii środowiskowej bez podstawowego poczucia solidarności między członkami wspólnoty, bez gotowości do negocjowania warunków współżycia, brzmienia demokratycznych reguł podejmowania decyzji oraz bez poczucia odpowiedzialności za siebie i innych. Zarazem widzimy, jak te zasady przekraczają granice szpitali, jak skłaniają do pracy zespołowej i do uzgadniania warunków terapii z przedstawicielami innych funkcjonalnych segmentów lokalnej społeczności (np. administracji, bezpieczeństwa, edukacji, zatrudnienia), jak tworzą się zawody obejmujące pewne obszary odpowiedzialności za chorych oraz dysponujące specyficznymi umiejętnościami i wrażliwością (pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowe), jak krystalizują się nowe grupy zainteresowania w postaci różnych organizacji samopomocowych [por. Stein i Santos 1998].

Socjocentryzm. Dostrzeżenie społecznego kontekstu wydarzeń, współwyznaczających przebieg zachorowania i los chorego stanowiły i stanowią jeden z podstawowych składników przesłania psychiatrii środowiskowej. Zdobyte socjologii zaburzeń psychicznych i psychiatrii społecznej stanowią dla niej podstawowy układ odniesienia teoretycznego i praktycznego, a metody oddziaływania na otaczające chorego układy społeczne i jego umiejętności społeczne stanowią istotną część charakterystycznego dla niej programu leczenia. Mimo podnoszonych dziś niekiedy wątpliwości, czy ten społeczny „paradygmat” nie wyczerpał już swoich możliwości, wiele badań wskazuje, że niedostrzeżenie społecznych uwarunkowań i powikłań przebiegu zaburzeń psychicznych sprawia, że psychiatria działa mniej celowo i okazuje się mniej skuteczna [Stark 1998].

Zapobieganie. Ten wątek podkreśla przekonanie, że lepiej zapobiegać zaburzeniom psychicznym niż potem z wielkim nakładem wysiłku i kosztów je leczyć. Przesuwa on punkt ciężkości zadań psychiatrii na wydarzenia i okoliczności poprzedzające pojawienie się choroby, jej nawrotu lub niesprawności życiowej. Taki sposób myślenia o psychiatrii środowiskowej znajduje swe odleglejsze korzenie w ruchu higieny psychicznej zapoczątkowanym w początku XX wieku przez Clifforda Beersa [1946], a rangę nadało mu wprowadzenie do programów rozwoju psychiatrii modelu wielostopniowej prewencji [za Okin i Borus 1989], wykorzystanego także w polskim „Programie ochrony zdrowia psychicznego” [2000].

ORGANIZACJA: ŚRODOWISKOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Jest to najczęściej podejmowany, a w sensie społecznym kluczowy fragment zagadnień związanych z psychiatrią środowiskową. Nie ma jednego, ani nawet dominującego modelu organizacji takiej opieki. Konkretny kształt organizacyjny jest różny w różnych krajach, w różnych regionach tego samego kraju,

a nawet w różnych częściach tego samego regionu. Lokalne doświadczenia zmieniają go odpowiednio do pojawiających się okoliczności, dostępnych zasobów ludzkich i materialnych. Można jednak wskazać pewne ogólniejsze cechy wspólne dla wielu konkretnych rozwiązań. Są to:

-
- *odniesienie do społeczności lokalnej, określonej terytorialnie* (regionu, miasta, dzielnicy, gminy itp.)
 - *podział odpowiedzialności* (praca w zespołach o zróżnicowanie kompetencji zawodowej, współpraca z różnymi elementami sieci społecznej pacjenta)
 - *wielostronność świadczeń* (zadania związane z somatycznymi, psychicznymi, społecznymi i innymi aspektami problemów zdrowotnych)
 - *wielokierunkowość oddziaływań* (różne metody, różne osoby, różne instytucje)
 - *zintegrowany model rozwiązywania problemów zdrowotnych* (jakiś rodzaj koordynacji wysiłków, zapewniającej ciągłość opieki)
-

Pojęcie *community psychiatry* utworzono w USA dla odróżnienia psychiatrii działającej poza szpitalami psychiatrycznymi, w środowisku lokalnym od psychiatrii szpitalnej. Potrzebę działań w tym kierunku dostrzeżono i nadano jej instytucjonalny charakter (*Joint Commission for Mental Illness and Health*) w latach pięćdziesiątych. Postulaty Komisji opublikowane w latach sześćdziesiątych zapoczątkowały proces tzw. „deinstytucjonalizacji” tj. ograniczania działalności wielkich szpitali psychiatrycznych (lub ich zamykania) oraz tworzenie placówek środowiskowych (*Community Mental Health Centers, CMHC*) jako tych, które przejmą ciężar opieki. CHMHC miały dysponować dla swego rejonu działania, obejmującego ok. 75–200 tys. mieszkańców, co najmniej pięcioma formami aktywności: opieką szpitalną, ambulatoryjną, częściową hospitalizacją, pomocą doraźną oraz służbami konsultacyjnymi

mi i szkoleniowymi. Proces ograniczania roli szpitali w USA miał jednak, jak niektórzy sądzą, uwarunkowania bardziej ideologiczne niż racjonalne i jego realizacja nie została dostatecznie przygotowana. W praktyce deinstytucjonalizacja okazała się często raczej transinstytucjonalizacją przenoszącą pacjentów z względnie dobrych warunków szpitalnych do różnych kiepskich form opieki pozaszpitalnej, stacjonarnej lub niestacjonarnej, o ograniczonych lub wątpliwych walorach terapeutycznych czy rehabilitacyjnych. Wobec szybkiego i radykalnego spadku liczby łóżek w szpitalach stanowych (z 560 tys. w roku 1955 do 88 tys. w roku 1998), wysiłek wkładany w rozwój różnorodnych, alternatywnych form opieki środowiskowej – w postaci CMHC, a potem całych systemów oparcia (*community support systems*) [Słupczyńska 1987] oraz intensywnej opieki środowiskowej dla najciężej chorych (*assertive community treatment*) [Stein, i Santos 1998] – okazał się zbyt słaby i do dziś nie pozwolił na pełne zrównoważenie skutków likwidacji szpitali. Dla wielu chorych oznacza to ograniczenie szans zdrowotnych i życiowych, a dla społeczności lokalnych niekiedy dezorganizującą obecność kłopotliwych (zagrożających, bezdomnych, naruszających prawo) chorych [Shore 1989, Elpers 1995, Elpers 2000]. Niespójność systemu prawnego, niedostateczna sieć placówek środowiskowych, ograniczenia finansów publicznych i systemu ubezpieczeń zdrowotnych spowodowały, że można dziś w USA mówić o społecznym zniechęceniu i zniecierpliwieniu wobec obecności chorych psychicznie w środowisku i odżywaniu tęsknoty za instytucjami pełniącymi rolę azylu. Historia zatoczyła więc krąg i społeczeństwo jako całość stanęło na powrót wobec sytuacji przypominającej tę z końca ubiegłego stulecia, która spowodowała rozwój wielkich szpitali stanowych. Bieg wydarzeń uwydatnił więc pogląd, że przeciwstawianie sobie psychiatrii szpitalnej i środowiskowej nie ma sensu, bo stanowią one integralne składniki każdego sensownego systemu publicznej psychiatrycznej opieki zdrowotnej [Elpers 2000].

W Anglii proces reformowania psychiatrii przebiegał również pod hasłem deinstytucjonalizacji oznaczającej zamykanie dużych szpitali psychiatrycznych i przemieszczenia ich mieszkańców do innych, bliższych ich naturalnemu środowisku miejsc pobytu. System opieki reformowano tu może nie tak radykalnie, lecz bardziej stopniowo i ewolucyjnie [Tornicroft i Bebbington 1989]. Becker [1995] informuje, że liczba łóżek zmniejszyła się tam między rokiem 1954 a 1989 z 35 do 13,3/10 tys., a próby badań monitorujących przebieg tej deinstytucjonalizacji wskazują na jej obiektywnie i subiektywnie pozytywne rezultaty [Leff 1993]. Bliższa analiza sugeruje jednak [Bennet i Yates 1995], że i tu nastąpiło raczej przeniesienie chorych z wielkich instytucji psychiatrycznych do mniejszych instytucji socjalnych niż rzeczywiste wchłonięcie ich przez naturalne środowiska społeczne. Mniejszy dramatyzm sytuacji w Anglii wynika zapewne i stąd, że publiczna opieka zdrowotna dysponuje tu niezłe funkcjonująca instytucją lekarza praktyki ogólnej (*general practitioner*) wspieranego w zakresie zadań psychiatrycznych przez skuteczne i profesjonalne pielęgniarstwo środowiskowe. Poza tym działają również różnorodnie zorganizowane i funkcjonujące na różnych zasadach oraz z różną intensywnością placówki środowiskowe dla chorych psychotycznych, których efekty są starannie badane [por. Thornicroft i wsp. 1998], ponieważ i tu ciągle pojawiają się głosy kwestionujące celowość nadmiernego upowszechniania opieki środowiskowej i związanej z nią obecności chorych w środowisku lokalnym – czasem zakłócającej, czasem zagrożającej, a zawsze wymagającej [por. Tyrer 1998, Tylor i Gunn 1999].

W *Włoszech* symbolem modernizowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest działalność Franco Basaglii nad „demokratyzacją psychiatrii” w regionie Triestu. Wg Riquelmo [1988], poprzedziły je pozytywne doświadczenia tegoż zespołu nad zmianą organizacji i atmosfery szpitala w Gorizii, zgodne z duchem społeczności terapeutycznej i przeciwdziałania depersonalizującym

Tablica 1. Zestawienie instytucji opieki psychiatrycznej w Trieście na początku i pod koniec działalności zespołu F. Basaglii [za Riquelmo, 1988]

Prowincja Triest – ok. 300 tys. mieszkańców	
1971	1981
szpital ogólny – pomoc doraźna kieruje do szpitala psychiatrycznego – klinika psychiatryczna	szpital ogólny – psychiatryczna pomoc doraźna (diagnostyka + możliwość nocowania do 1 doby, 8 łóżek) – klinika dla dzieci (40 łóżek) – klinika psychiatryczna (40 łóżek)
szpital psychiatryczny (1200 łóżek) – 830 chorych przymusowych – 230 chorych dobrowolnych	22 mieszkania dla byłych pacjentów szpitala 289 miejsc w domach opieki składających się z mieszkań indywidualnych lub grupowych dla osób niesamodzielnych w podeszłym wieku i byłych pacjentów szpitala spółdzielnie: rolnicza, usługowa (punkt handlowy, kawiarnia, fryzjer), administracyjna 7 rejonowych centrów zdrowia psychicznego (ambulatoria + po 5 łóżek kryzysowych) zespół opieki nad uwięzionymi (2 lekarzy i psychologów z centrów) centrum uzależnień (psychiatra, pracownik socjalny i 5 osób do pomocy) ok. 40 wolontariuszy
ok. 1200 łóżek	ok. 120 łóżek

wpływem wielkiego szpitala. Eksperyment w Trieście doprowadził w ciągu ok. 10 lat do zupełnej przebudowy systemu opieki psychiatrycznej. Co może jednak najważniejsze, przemiany nie ograniczały się do przebudowy struktur instytucjonalnych, lecz pociągały za sobą istotne zmiany społecznej roli chorych psychicznie, kultury współżycia zdrowych i chorych członków społeczności. Zestawienie (tabl. 1) ilustruje zmiany form pomocy dostępnych w Trieście na początku i końcu tego okresu.

Zachęcające wyniki tej działalności stały się jedną z zasadniczych przesłanek wprowadzenia przez parlament włoski „ustawy 180”, która w imię zachowania i obrony godności oraz praw obywatelskich osób chorych zabraniała w całym Włoszech tworzenia – w zakresie publicznej opieki zdrowotnej – nowych szpitali psychiatrycznych, pozwalając jedynie na tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i funkcjonowanie starych szpitali jako spe-

cialistycznych oddziałów szpitali ogólnych. Zalecała natomiast tworzenie środowiskowych placówek o nastawieniu psychospołecznym. Reforma w tym duchu postępuje zwolna, choć w różnym tempie i z różną konsekwencją w różnych częściach kraju. Budziła też wiele kontrowersyjnych opinii [Ernst i Ernst 1987, Bollini i Mollica 1989].

W Niemczech reformowanie psychiatrii rozpoczęto na przełomie lat 60-tych i 70-tych od opisu sytuacji („ankieta psychiatryczna”), na podstawie którego komisja Bundestagu oraz odpowiednie ciała regionalne, wspomagane przez ekspertów przygotowały nowe modele organizacji opieki, zmierzające głównie w stronę zwiększenia podmiotowości, praw i godności osób chorych, ograniczenia przerostu opieki stacjonarnej oraz tworzenia zróżnicowanych, zintegrowanych form organizacji środowiskowej. W opublikowanych po ok. 15 latach od „ankiety” zaleceniach Komisji Ekspertów wskazano na podstawowe funkcje reformy opieki psychia-

trycznej i psychoterapeutyczno-psychosomatycznej, na kilka jej podstawowych elementów (cegielek) oraz kształt, umiejscowienie i zadania struktury organizacyjnej, jaką z tych cegiełek można tworzyć w różnych wspólnotach lokalnych, wykorzystując przy tym placówki już istniejące, jak i tworzone od nowa.

Obszary potrzeb:

- leczenie/opieka/rehabilitacja
- mieszkanie
- podtrzymanie kontaktu, codzienna aktywność/struktura dnia, uczestnictwo w życiu społecznym
- praca i przygotowanie zawodowe

Elementy:

- uprawniony lekarz
- ambulatorium instytucjonalne
- świadczenia społeczno-psychiatryczne
- placówki podtrzymywania kontaktu i pobytu dziennego
- chronione mieszkania
- oddział dzienny
- placówka stacjonarna: szpital/oddział

Organizacja: psychiatryczny związek gminy (*gemeindepsychiatrischer Verbund*)

- koordynacja i kierowanie
 - wykorzystanie naturalnych źródeł pomocy
 - tworzenie możliwości pracy i rehabilitacji zawodowej
 - zaspokajanie potrzeb grup specyficznych (dzieci i młodzież, starcy, uzależnieni, nerwice i psychosomatyka)
 - problemy kadrowe, administracyjne, ustawodawcze
-

Korzystając z wcześniejszych ustaleń programowych i doświadczeń praktycznych wspomniane zalecenia pokazują sposoby realizowania takiego zamysłu psychiatryczno-środowiskowego w różnych warunkach lokalnych. Proces reformowania w Niemczech trwa, nie jest zakończony. Komisja ekspertów podkreśla, że reformy nie można sprowadzić do „odszpitalnienia” opieki zdrowotnej – zadanie jest daleko szersze, wy-

maga stopniowego, realistycznego działania dopasowującego już istniejące i dopiero tworzone możliwości do lokalnych potrzeb i warunków społecznych. Jak trudny, żmudny i długotrwały jest to proces świadczy analiza udanej „deinstytucjonalizacji” szpitala Gütersloh [Dörner 1998] i nacisk położony przez autora na konieczność istotnej zmiany pryncypiów reformowania, jeśli ma ono służyć nie tylko rezultatom makrospołecznym i ekonomicznym, ale rzeczywistej poprawie sytuacji i perspektyw pacjentów. Zmiany polegającej na odejściu od haseł i przedmiotowego ujmowania zadań, a skupieniu uwagi na codziennym dialogu osób reformujących i osób doświadczających skutków ich decyzji. Wyważone, mimo optymizmu, są też uwagi Beckera [1999] wskazującego na ogromne korzyści reformy niemieckiej dla poziomu opieki przy – jednak – niemałych jej kosztach i ciągle niepełnej integracji systemów finansowania.

Jak bardzo konieczna jest integracja działalności środowiskowej wskazuje przykład bogatej Holandii, gdzie nawet dobrze wyposażonym regionalnym ośrodkiem opieki środowiskowej (RIAGG) trudno było uzyskać oczekiwane efekty lecznicze i ekonomiczne, jeśli ich działalność pozostawała niezależna od działających równolegle placówek stacjonarnych [por. De Pater 2000].

Przytoczone tu uwagi na temat głośniejszych i bardziej systematycznych prób wprowadzania środowiskowej organizacji opieki psychiatrycznej wskazują na pewne podstawowe podobieństwa zasadniczych rozwiązań (przeniesienie punktu ciężkości i odpowiedzialności do środowisk lokalnych, zmniejszenie i przybliżenie do nich placówek stacjonarnych oraz tworzenie szerokiej i zróżnicowanej oferty świadczeń niestacjonarnych). Doświadczenia wskazują, że taka przemiana systemu trwa długo, jest raczej kosztowna i wymaga determinacji. Metodyczne badanie tych procesów nie jest łatwe, a podejmowane próby nie zawsze dają wyniki o jednoznacznej wymowie [Słupczyńska-Kossobudzka i Boguszevska 1997, 1998]. Jednak mimo

wszystkich trudności, środowiskowy model opieki psychiatrycznej rozwija się i upowszechnia.

METODA: TERAPIE ŚRODOWISKOWE

Trzeci sposób myślenia o psychiatrii środowiskowej wiąże się z terapią środowiskową, tj. z metodą postępowania, a raczej z licznymi sposobami działania, służącymi zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, ich leczenia lub rehabilitacji, w których środowisku społecznemu przypada do spełnienia główna rola, ponieważ:

-
- cele związane są z funkcjonowaniem w środowisku społecznym
 - jako metodę wpływu wykorzystuje się wpływ środowiska społecznego
 - środowisko społeczne pacjenta staje się bezpośrednim adresatem działań terapeutycznych
-

W ramach krótkiego przeglądu nie sposób omówić bardziej szczegółowo różnorodnych form terapii środowiskowej, pozostaje więc tylko zwrócenie uwagi na ważniejsze z nich i podkreślenie środowiskowego charakteru proponowanej metody działania.

Wzmacnianie indywidualnej kompetencji społecznej koncentruje uwagę na tych aspektach funkcjonowania pacjenta, które mają znaczenie dla jego skutecznego zachowania się w kontaktach z innymi ludźmi, realizowania zadań i oczekiwaniach związanych z pełnieniem ról społecznych, umiejętności rozwiązywania pojawiających się napięć i konfliktów. Celem oddziaływania jest tu zasadniczo osoba, lecz pośrednio wpływa ono na charakter i funkcjonalność układów społecznych, w których przyszło pacjentowi żyć. Do metod tego rodzaju należą różnorodne sposoby ćwiczenia umiejętności społecznych prowadzone w warunkach *in vitro*, tj. w ramach specjalnych programów behawioralnych, w warunkach *ex vivo*, gdy tera-

pia odbywa się w warunkach zbliżonych do naturalnych, lecz jakby wyjętych z codziennej aktywności (różnorodne, grupowe spotkania zadaniowe, np. dyskusyjne, sportowe, teatralne, edukacyjne) lub w warunkach *in vivo*, gdy toczą się one w ramach spontanicznej aktywności życiowej pacjenta (np. kursy zawodowe, turnusy rehabilitacyjne, spotkania towarzyskie, klubowe). Te różnorodne oddziaływania terapeutyczne od spontanicznych doświadczeń życiowych pacjentów odróżniają się właściwie tylko mniej lub bardziej zaznaczoną asystą profesjonalnie przygotowanych pomocników (terapeutów).

Wzmacnianie oparcia społecznego i sieci społecznej – to różne formy działania sprzyjające rozbudowie, wzbogaceniu tematycznemu, zagęszczaniu, udrażnianiu, wielokierunkowości otaczającej chorego sieci relacji społecznych oraz źródeł społecznego oparcia. Do najprostszych metod należą tu interwencje socjalne np. w środowisku pracy, rodziny, w instytucjach ubezpieczeniowych i medycznych lub opieka domowa świadczona w ramach tzw. usług specjalistycznych przez pielęgniarki lub opiekunów socjalnych. Bardziej zorganizowane, środowiskowe formy takiego wzmacniania oparcia i sieci obejmują działalność rozmaitych klubów, klubo-domów, domów samopomocy, stowarzyszeń samopomocowych. Szczególną rolę w nowoczesnych systemach środowiskowych odgrywa indywidualna koordynacja (*case management*), polegająca na powierzeniu budowy sieci społecznej i oparcia dla pacjenta oraz organizacji jego leczenia (czyli odpowiedzialności za nie) jednej osobie (lub jednemu zespołowi), której zadaniem jest koordynowanie tego procesu lub zarządzanie nim (*case manager*). Jest to zwykle osoba o różnym przygotowaniu (np. pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa, pracownik zdrowia psychicznego, wolontariusz), której zadania wobec pacjenta bywają ujmowane w różnych miejscach różnie, jako złożone z wielu składników, obejmujących np. wspieranie emocjonalne, reprezentowanie wobec instytucji, pomoc

w decyzjach i planowaniu leczenia, kierowanie do różnych placówek. Rola tego typu aktywności w wielozawodowych zespołach i zintegrowanych systemach opieki jest coraz silniej akcentowana, jako zapewniająca niezbędną ciągłość opieki [Intagliata 1982].

Budowanie środowisk treningowych i zastępczych. W sytuacji, gdy indywidualne i społeczne zasoby pacjenta okazują się niewystarczające, pomocną metodą działania jest budowanie dla niego środowisk terapeutycznych czy rehabilitacyjnych, które czasowo (środowiska treningowe) lub stale (środowiska zastępcze) uzupełniają lub wypełniają otaczającą go przestrzeń społeczną. Tego typu oddziaływania są charakterystyczne dla społeczności terapeutycznych tworzących się w różnych placówkach leczniczych, rehabilitacyjnych, dla przedsięwzięć typu chronionego zatrudnienia czy zamieszkania, dla klubów, klubo-domów, domów dziennego pobytu, domów opieki, wspólnot czy stowarzyszeń.

Modyfikowanie środowisk naturalnych. Chodzi tu głównie o próby modyfikowania systemu, klimatu oraz wzajemnych postaw i interakcji w mikrospołeczności rodzinnej proponowane w ramach różnorodnych form pracy z rodziną [Namysłowska 1999, Mueser i Gingerich 1996]. Z drugiej strony chodzi tu o rozliczne, pośrednie próby zmiany uwarunkowań makrospołecznych, np. postaw społecznych, prawa medycznego i ubezpieczeniowego, świadomości praw i godności osoby ludzkiej, kulturowych wyobrażeń i wzorców związanych z chorobą psychiczną, na przykład poprzez kształtowanie opinii publicznej, wpływ na politykę społeczną, działania edukacyjne czy kulturalne. Inaczej mówiąc – chodzi o różnorodne formy przeciwdziałania stereotypom związanym z chorobą psychiczną oraz z procesami piętnującymi (stygmatyzującymi) chorych. Jednym z nich jest np. program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”, prowadzony w wielu krajach, a ostatnio i w Polsce z inicjatywy i pod patronatem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (WPA).

TŁO: EKOLOGIA SPOŁECZNA

Idea, systemy i metody środowiskowe nie funkcjonują w próżni, lecz w realnych warunkach społeczno-kulturowych i cywilizacyjnych, które w wieloraki i intensywny sposób wpływają na ich powstanie, postać, upowszechnienie i skuteczność. Jednym z podstawowych założeń psychiatrii środowiskowej jest przekonanie, że sprawa opieki nad chorymi, ich indywidualny i społeczny los nie są zadaniem wyłącznie psychiatrii, lecz całej społeczności i społeczeństwa. Można wskazać trzy podstawowe rodzaje więzi osadzających osobę w jej społecznym środowisku:

-
- jako *członka rodziny*, tj. naturalnej, pierwotnej grupy oparcia (*primary support group*)
 - jako *obywatela państwa*, tj. uczestnika regulowanej prawem wspólnoty interesów lokalnych lub ponadlokalnych
 - jako *uczestnika wspólnoty kulturowej*, tj. pewnego systemu przekonań i znaczeń określających podzielane przekonania, zachowania i wartości
-

Rodzina stanowi podstawowy obszar doświadczeń związanych z fazami cyklu życiowego. Literatura poświęcona wzajemnym relacjom między członkami rodziny pełna jest gorących sporów, oskarżeń i apologii, których nieraz używano jako przesłanek do konstruowania patogenezy i prób terapii różnych zaburzeń psychicznych [Namysłowska 1999]. Wydaje się, że oskarżycielski wobec środowiska rodzinnego ton wielu wcześniejszych teorii ustępuje dziś zdecydowanie pojednawczości i woli współdziałania [Mueser i Gingerich 1996], a samopomocowe organizacje rodzin zyskują coraz silniejszą pozycję [por. Program 2000] i posłuch w różnych gremiach decydujących o kształcie opieki psychiatrycznej. Warto pamiętać, że mimo wielu słabości i trudności, to właśnie rodziny dźwigają często w największym stopniu brzemień związane z chorobą swych

bliskich i są często ich jedynym realnym sojusznikiem w zmaganiach z chorobą.

W stosunkach z obywatelami współczesne państwa przyznają sobie wiele uprawnień oraz podejmują – zwłaszcza w okresie wyborów – wiele zobowiązań. Z punktu widzenia obywateli chorych psychicznie najważniejsze są te z nich, które określają zakres i sposób określania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Koszty opieki psychiatrycznej nie są małe, natomiast w porównaniu z kosztami innych problemów zdrowotnych nacisk obywateli na ich respektowanie jest jeszcze stosunkowo niewielki, a w związku z tym pokusa bagatelizowania tych potrzeb – szczególnie duża. Doświadczenia innych, nawet najbogatszych krajów pokazują, z jakim trudem sprawa praw, godności oraz potrzeb zdrowotnych osób chorych psychicznie przebiła się do świadomości i woli politycznej władz ustawodawczych i wykonawczych [Elpers 2000, *Empfehlungen* 1988, Tornicroft i Bebbington 1989, Bollini i Mollica 1989, Riquelmo 1988]. Wiele wskazuje, że osiągnięte na tej drodze postępy nie są trwałe, a regresja jest możliwa. Nigdzie na świecie system finansowania psychiatrycznej opieki nie jest w pełni zadowalający [por. Campbell 2000, Becker 1999], a i polskie doświadczenia ostatnich dwóch lat wyraźnie pokazują, jak łatwo błędy i brak wyobraźni w polityce społecznej przenoszą się na ograniczenie jej dostępności i skuteczności. Obok finansowania ubezpieczeń zdrowotnych, polityka w zakresie ubezpieczeń społecznych oraz zatrudnienia i opieki społecznej – to te dziedziny, których niedocenywanie i niedoinwestowanie stwarza wokół chorych pustkę, wskutek ograniczenia dostępu do sensownego zatrudnienia i braku bezpieczeństwa socjalnego. W takiej sytuacji niezwykle trudno jest planować i realizować skuteczne programy opieki psychiatrycznej.

Ostatni z wymienionych rodzajów więzi sprzęga realia psychiatrii środowiskowej z tłem kulturowym. Do najczęściej podkreślanych należy tu wpływ poziomu cywiliza-

cyjnego i poziomu wykształcenia danej społeczności. Paradoksalnie, wbrew oczekiwaniom, okazało się, że tzw. „wysoki poziom cywilizacyjny” (przypisywany społeczeństwom zindustrializowanym) sprzyja pogarszaniu pozycji społecznej chorych psychicznie i rokowania dotyczącego przebiegu ich choroby, nawet w krajach o dobrze rozwiniętych systemach organizacyjnych [Jablensky i wsp. 1992, Leff 1992]. Przypuszczalnie rozwój cywilizacyjny ogranicza naturalne źródła oparcia, wymusza większy poziom oczekiwań i zmniejsza tolerancję okresowego bądź stałego ich niewypełnienia. Poziom wykształcenia przekłada się wprost na dominujące w danym kręgu kulturowym wyobrażenia na temat chorych oraz chorób i ich leczenia. Brak wiedzy sprzyja podtrzymywaniu fałszywych, negatywnych stereotypów oraz – co za tym idzie – utrwalaniu stygmatyzujących, niechętnych i restrykcyjnych postaw społecznych. Nawet jednak w światłych kręgach społecznych zainteresowanie problemami chorób i chorych nie musi być ożywiane przez motywy korzystne dla relacji chorego z otoczeniem. Często kulturowe znaczenie choroby psychicznej wyraża się raczej mało płodną fascynacją dla niezwykłości świata choroby psychicznej lub słabo angażującą litością wobec trudnego losu chorych niż wolą rozumienia i solidarnego rozwiązywania trudności.

PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA W POLSCE

Idea

Nadzieje. Idea psychiatrii środowiskowej jest w Polsce znana. Przeszło przez nasz kraj kilka fal entuzjazmu dla jej założeń, najwyższa w początku lat siedemdziesiątych, gdy dotarły echa antypsychiatrycznych sporów na zachodzie Europy. Ideę propagowało co najmniej kilka charyzmatycznych postaci, z których jednak tylko niewiele pozostało jej wiernymi do końca. Większość powoli zajęła się bardziej praktycznymi działaniami. Entuzjazm tych postaci udzielił się

jednak lokalnie na tyle silnie, iż doprowadził w różnym czasie, co najmniej w kilku miejscach do prób praktycznego zastosowania idei środowiskowych (Kraków, Katowice, Łódź, Bielsko-Biała, Suwałki, Warszawa). Drugi powiew idei dotarł do Polski w latach 90-tych, głównie za sprawą kolegów z Holandii, którzy zechcieli podzielić się doświadczeniami i umiejętnościami w ramach kilku programów realizowanych m.in. w Drewnicy i w Białymstoku. Idea psychiatrii środowiskowej ożywia też od dawna działalność partnerstw Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego oraz wymianę doświadczeń na dorocznych Konferencjach w Tworkach.

Zagrożenia. Od około dwóch dziesięcioleci obserwujemy radykalny zwrot zainteresowań psychiatrii w stronę modelu biologicznego. Zmiany te nie wydają się powierzchowne, sięgają w głąb zainteresowań (*neuroscience*) i teoretycznych podstaw myślenia naukowego w psychiatrii („neokraepelinizm”). Nowe, choć może nie całkiem nowe, koleiny myślenia kuszą prostotą uogólnień (choroba mózgu), łatwością metod (ofensywa przemysłu farmaceutycznego) i ułatwiają abstrahowanie od trudnych, choć nader praktycznych i bardzo realnych, środowiskowych uwarunkowań losu chorych. Oczywiście, osiągnięcia psychiatrii biologicznej nie muszą eliminować idei ożywiających działania psychiatrii środowiskowej. Przynajmniej dopóty, dopóki nie wiążą się z jednostronnością spojrzenia na sytuację chorych. W praktyce jednak dzieje się chyba tak, że uproszczone, biologiczne (może – rzekomo biologiczne) spojrzenie na sytuację chorego często ogranicza terapeutyczną wszechstronność działań profesjonalnych i prowadzi do realnych zaniechań.

System

Nadzieje. W ostatnich dekadach uczyniono bardzo wiele dla stworzenia podstaw funkcjonowania systemu opieki środowiskowej, porzucający od wzorcowych regulaminów „pośrednich” form opieki, poprzez uwzględnia-

jące ich znaczenie standardy świadczeń zdrowotnych, do zapisu niektórych składników modelu środowiskowego w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Środowiskowy model opieki zdrowotnej (założenia, wskaźniki, rozwiązania) jest modelem proponowanym tak w poprzedniej, jak i aktualnej wersji „Programu opieki ochrony zdrowia psychicznego” [Program 2000]. Zasady środowiskowej organizacji opieki psychiatrycznej organizują także konstrukcję „Docelowej sieci publicznych zakładów opieki zdrowotnej”, podstawowego dokumentu planującego mocą Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego rozmieszczenie i charakter placówek psychiatrycznych w przyszłości (więcej oddziałów, mniej łóżek, mniejsze szpitale, wzmocnienie ambulatoriów i form pośrednich). Fakty te wskazują, iż model środowiskowy jest doceniany i chętnie planowany przez środowisko psychiatrów i organizatorów psychiatrii. Potwierdza to obserwacja wieloletnich tendencji w zakresie liczby placówek, wskaźników liczby łóżek oraz osób leczonych w różnego typu placówkach w Polsce (tabl. 2, 3 i 4), które wskazują na stopniowe zmniejszanie się łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych (od roku 1970 o ok. 1/3) oraz powolny przyrost liczby oddziałów przy szpitalach ogólnych i dostępnych tam łóżek oraz liczby innych form organizacyjnych typowych dla opieki środowiskowej.

Trzeba jednak z naciskiem podkreślić, że w praktyce realizacja tych zasad i planów nie ma w Polsce charakteru systemowego i dotyczy głównie inicjatyw lokalnych, choć niekiedy bardzo przekonujących (Kraków, Bielsko-Biała, Toruń).

Zagrożenia. Niestety, psychiatria środowiskowa znajduje niewielkie zainteresowanie i uznanie u politycznych decydentów i administratorów ubezpieczeń zdrowotnych. Boleśnie dowodzą tego doświadczenia ostatnich dwóch lat, związane z reformą finansowania opieki zdrowotnej, które doprowadziły w wielu regionach do istotnego zachwiania dotychczasowych kierunków rozwoju, rzutu-jącego już na tendencje ogólnopolskie [tabl. 3 i 4], do dezorganizacji w zakresie form opieki

Tablica 2. Tendencje rozwoju opieki psychiatrycznej od roku 1970: placówki

Placówki	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999
Szpitala psychiatryczne	34	39	41	44	47	49	49	49	50
Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych	21	22	35	43	51	55	56	59	61
Poradnie zdrowia psychicznego [#]	418	453	524	533	595	598 683	594 690	603 720	571 ?
Oddziały dzienne	–	33	53	56	76	99	110	112	110
Oddziały środowiskowe	–	–	–	–	12	16	19	19	18
Oddziały opieki domowej	15	16	14	14	11	5	4	3	3
Hostele	–	–	–	–	7	9	10	10	?

Wg: *Rocznik statystyczny 1998*, IPiN, Warszawa 1998; niepublikowane dane z roku 1999

kursywą zaznaczono informacje wg Zd-3, pozostałe wg Mz-15

Tablica 3. Tendencje rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce od 1970: łóżka

Łóżka (wskaźniki/10 000)	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999
Szpitala psychiatryczne	11,2	10,8	9,8	8,9	8,3	7,1	6,8	6,3	5,9
Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych	0,4	0,4	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Ogółem placówki stacjonarne	12,3	12,0	11,1	10,2	9,6	8,6	8,3	8,3	8,0

Wg: *Rocznik statystyczny 1998*, IPiN, Warszawa 1998; niepublikowane dane z r. 1999

Tablica 4. Tendencje rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce od 1970: leczeni

Leczeni (wskaźniki/100 000)	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999
Oddziały psychiatryczne	377,5	420,0	453,8	467,1	440,6	466,7	474,4	486,0	?
Poradnie zdrowia psychicznego	1 339,4	1 229,9	1 279,0	1 308,2	1 362,9	1 602,0	1 642,2	1 803,9	1 954,6
Oddziały dzienne	–	–	17,4	17,2	18,1	20,6	22,6	22,5	?
Oddziały środowiskowe	–	–	–	–	3,2	5,0	5,7	5,9	?
Oddziały opieki domowej	–	–	1,9	2,2	0,8	0,4	0,3	0,3	?
Hostele	–	–	–	–	0,3	0,5	0,6	0,7	?

Wg: *Rocznik statystyczny 1998*, IPiN, Warszawa 1998; niepublikowane dane z r. 1999 (? brak danych)

środowiskowej, a nawet do sytuacji, które wymuszają powrót do systemu zdominowanego przez opiekę szpitalną. Dalsze narastanie tych niekorzystnych tendencji może wiązać się ze zdecydowanym pogorszeniem jakości opieki i szpitalnej (która ulega ograniczaniu), i pozaszpitalnej (która nie powstaje lub zanika). Doceniając zachodzące równo-

ześnie bardziej pomyślnie wydarzenia (np. tworzenie nowych oddziałów przy szpitalach ogólnych), trzeba jednak zdecydowanie podkreślić, że nowi kreatorzy polityki zdrowotnej (administracja samorządowa, Kasy Chorzych) najwyraźniej nie rozumieją, nie doceniają lub nie chcą uznać znaczenia, jakie dla ekonomicznej i zdrowotnej efektywności psy-

chiatrycznej opieki zdrowotnej ma model środowiskowy. Lub też doceniają go jedynie werbalnie, praktycznymi decyzjami oddalając szansę realizacji. W nadziei, że ostatecznie uda się przekonać kreatorów do promocji bardziej zintegrowanej i ukierunkowanej środowiskowo opieki psychiatrycznej, oraz w celu zapobieżenia narastającej atomizacji i jednostronności świadczeń w placówkach pozaszpitalnych, przygotowano w IPiN standard Centrum Zdrowia Psychicznego, nowej formy organizacyjnej nawiązującej do dotychczasowych doświadczeń opieki środowiskowej w Polsce, lecz proponującej bardziej zintegrowany, elastyczny i wielokierunkowy sposób działania oraz kapitałowy sposób finansowania. (p. Aneks). Czas pokaże czy ta propozycja zyska uznanie jako rozwiązanie modelowe.

Metoda

Nadzieje. Większość metod leczenia środowiskowego jest w Polsce znana i w różnych ośrodkach stosowana, często od lat. Jednak nie można mówić o ich systemowym wykorzystaniu w ramach jakiejś jednoczącej, środowiskowej myśli teoretycznej i organizacyjnej. Można natomiast odnieść wrażenie, że mamy raczej do czynienia z szeregiem lokalnych inicjatyw, karmiących się zapalem swych animatorów, nie wspomaganym jednak przez systemową, świadomą działalność różnych organów organizujących życie w społecznościach lokalnych. Dlatego można w Polsce spotkać nawet bardzo dobrze działające formy budowania sieci i oparcia społecznego, przykłady środowisk terapeutycznych oraz aktywnej pracy z rodzinami, interesujące przykłady rozwiązywania problemów chronionego zatrudnienia czy zamieszkania, lecz nie stanowią one rozwiązań, które tworzą całościowy system środowiskowej opieki.

Zagrożenia. Wydaje się, że obecnie zainteresowanie metodami środowiskowymi wśród różnych grup zawodowych działających w opiece psychiatrycznej nie jest duże. Tylko bardzo nieliczne ośrodki próbują prowadzić

bardziej systematyczne szkolenie w tym zakresie. Nie wyłoniły się grupy zawodowe, dla których działania środowiskowe stanowiłyby główny sposób aktywności i budowy swego zawodowego autorytetu. Lekarze i pielęgniarki zdecydowanie częściej i intensywniej realizują swe ambicje poza pracą środowiskową. Zawód pielęgniarki środowiskowej nie powstał. Pracownicy socjalni w placówkach psychiatrycznych mają pozycje słabą, niesprzyjającą inicjatywie ani samodzielności. Psycholodzy kliniczni coraz częściej szukają spełnienia ambicji zawodowych poza pracą środowiskową, a nawet w ogóle poza psychiatrią. Dużo lepiej dzieje się w opiece społecznej, która przejęła spory odcinek zadań w zakresie opieki nad chorymi psychicznie i kształci kadry, które coraz skuteczniej działają na tym polu. Zagrożeniem może być powstający tu niekiedy spór kompetencyjny i brak współdziałania między opieką socjalną a opieką zdrowotną, ponieważ mechanizmy (finansowe, prawne, organizacyjne) integrujące te dwa systemy nie są dostatecznie przejrzyste i sprawne.

Tło

Nadzieje. Wiąże się one zwłaszcza z coraz liczniejszą i coraz aktywniej wyrażającą swe potrzeby, zainteresowania i ambicje grupą sojuszników psychiatrii środowiskowej, do których należy zaliczyć pracowników opieki społecznej oraz przedstawicieli różnych grup samopomocowych skupiających przyjaciół i rodziny osób chorych psychicznie oraz ich samych. Ich liczebność oraz coraz śmielszy głos pozwalają patrzeć w przyszłość z nadzieją, ponieważ wiele doświadczeń zagranicznych dowodzi, że lobbing grup samopomocowych może być skutecznym czynnikiem budzenia zainteresowania środowiskowym modelem opieki psychiatrycznej u decydentów politycznych i dysponentów środków publicznych.

W świetle badań opinii publicznej, postawy społeczeństwa polskiego, choć nacechowane stereotypowością przekonań i pewnym dystansem zachowań, w podstawowych

odruchach można jednak traktować jako nie-negatywne raczej niż zdecydowanie negatywne [Wciórka i Wciórka 2000]. Każę to przypuszczać, że społeczna edukacja i działania ograniczające wpływ stygmatu choroby psychicznej mogłyby otworzyć społeczne zasoby życzliwości i współdziałania na rzecz modelu środowiskowego.

Zagrożenia. Zagrożenia jakie płyną z aktualnych uwarunkowań społecznych politycznych i kulturowych są bardzo liczne i niestety silne. Czas niedokończonej transformacji ustrojowej, wprowadzania trudnych reform naruszających poczucie stabilności i bezpieczeństwa, licznych zmian cywilizacyjnych i kulturowych sprzyja decyzjom o odkładaniu rozwiązania mniej pilnych zadań. Brak pieniędzy, pewna anomia modernizacyjna sprzyjająca egoistycznym postawom silniejszych jednostek i grup, fałszywa mitologia oczekiwania na samouregulowanie się trudnych i konfliktowych problemów polityki społecznej (przez rynek, przetarg interesów społecznych itp.) – to przykłady mechanizmów odsuwania pilnych zadań, wymagających nakładów oraz wysiłku na dalszy plan i w odległą przyszłość. Wydaje się, że opiekę psychiatryczną zaliczono do tej kategorii spraw. Jak sądzę, niesłusznie.

Wydaje się też, że media publiczne i środowiska opiniotwórcze raczej potęgują niż ograniczają siłę stygmatyzującego i dystansującego oddziaływania stereotypów związanych z chorobami psychicznymi i osobami chorymi psychicznie.

DZIŚ CZY JUTRO?

Kto uważa, że tylko model środowiskowy ma szansę zaspokoić podstawowe potrzeby chorych psychicznie w sposób pozwalający nie tylko na skuteczne przeciwdziałanie ich trudnościom zdrowotnym, lecz także na zapewnienie im równości dostępu do opieki oraz na chronienie ich godności (są ludźmi), indywidualności (są osobami) oraz praw (są obywatelami), staje przed trudną konstatacją i trudnymi pytaniami.

Z perspektywy dnia dzisiejszego trudno wyobrazić sobie jak aktualna anomia miała by przekształcić się jutro w sprawnie funkcjonujący system. Jednak brak działania dziś pozbawia szansy osiągnięcia oczekiwanych celów w przyszłości. Co należałoby więc robić teraz?

Po pierwsze – ogłosić profesjonalną pobudkę, budzić zainteresowanie środowiskowym sposobem myślenia o zdaniach i powinnościach psychiatrii. Pytanie brzmi: jak budzić takie zainteresowania? Od tego, czy uda się nam tego dokonać zależy, czy w przyszłości będziemy zajmować się tylko organizmem pacjenta (ku czemu bieg spraw zdaje się szybko zmierza), czy całą jego osobą.

Po drugie – tworzyć modele instytucjonalne i modele zachowań zawodowych sprzyjające realizacji idei psychiatrii w przyjaznej wspólnocie społecznej. Pytanie brzmi: jak budzić dobrą wolę do profesjonalnego wysiłku w tym kierunku? Od tego czy uda się to osiągnąć zależy, czy w przyszłości realizacja idei nadal będzie osiągać jedynie poziom lokalnych inicjatyw entuzjastów, czy też zdoła przekształcić się w rozwiązania systemowe o rozległym zasięgu.

Po trzecie – promować, szkolić i upowszechniać dobre narzędzia terapii i rehabilitacji środowiskowej, by zmniejszyć poczucie profesjonalnej bezradności i pokusę bierności. Pytanie brzmi: jak szkolić? Od tego czy uda się upowszechnić znajomość metod pracy środowiskowej zależy, czy w przyszłości będziemy działać skutecznie, czy nieskutecznie.

Po czwarte – edukować, kształtować wyobrażenia, przyciągać uwagę wspomnianych wielokrotnie kreatorów, decydentów i dysponentów oraz osób kształtujących opinię publiczną oraz wartości kulturowe. Pytanie brzmi: jak oswajać ich z problemami psychiatrii, jak przyciągać rozsądne zainteresowania, jak wciągać do współpracy? Od tego, czy uda się rozciągnąć nad chorymi psychicznie osnowę sprzyjającej ekologii społecznej zależy, czy w przyszłości będziemy mówić jednym językiem, czy też podzielimy smutny los budowniczych wieży Babel.

PIŚMIENNICTWO

1. Andresen B, Stark F-M, Gross J (red): Mensch, Psychiatrie, Umwelt. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis. Psychiatrie Verlag, Bonn 1992.
2. Becker T: Die Schliessung psychiatrischer Grosskrankenhäuser in England: Evaluation durch TAPS-Projekt: Eine Literaturbericht. Psychiat Prax 1995, 22, 50–54.
3. Becker T: Ubezpieczenia zdrowotne w opiece psychiatrycznej w Niemczech. Post Psychiatr Neurol 1999, 8, 269–272.
4. Beers C: Umysł, który sam siebie odnalazł. PTHP, Warszawa 1948.
5. Bennet DH, Yates JM: Schliessung von psychiatrischen Grossen Krankenhäusern in England. Psychiat Prax 1995, 22, 55–57.
6. Bizoń Z: Społeczność lecznicza. W: Wardaszkowska H (red): Terapia grupowa w psychiatrii. PZWL Warszawa 1980 (wyd. 2), s. 358–382.
7. Bollini P, Mollica RF: Surviving without the asylum. An overview of the studies on the italian reform movement. J Nerv Ment Dis 1989, 177, 607–615.
8. Campbell RJ III: Managed care. W: Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan's and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Lipponcott Williams and Wilkins, Baltimore 2000, s. 3199–3209.
9. Caudill W: The psychiatric hospital as a small society. Harvard Univ Press, Cambridge 1956.
10. Dörner K (red): Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Jacob von Hoddis. Gütersloh 1998.
11. Elpers JR: Community psychiatry. W: Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Williams and Wilkins, Baltimore 1995, s. 2663–2677.
12. Elpers JR: Public psychiatry. W: Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan's and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Lipponcott Williams and Wilkins, Baltimore 2000, s. 3185–3198.
13. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn 1988.
14. Ernst K, Ernst C: Italienische psychiatrie: augenschein in der Lombardei. Nervenarzt 1986, 57, 494–501.
15. Foucault M: Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason. Tavistock, London 1967.
16. Goffman E: Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Penguin, Harmondsworth 1974 (I wyd. 1961).
17. Intagliata J: Improving the quality of care for chronic mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia Bull 1982, 8, 655–674.
18. Jablensky A: The epidemiological horizon. W: Hirsch SR, Weinberger DR (eds) Schizophrenia. Blackwell Science, Oxford 1995, s. 206–253.
19. Jankowski K: Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej. PIW, Warszawa 1976.
20. Kisker KP: Antypsychiatrie (AP). W: Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (red): Psychiatrie der Gegenwart. Springer Berlin 1960, I/1.
21. Leff J (ed.) The TAPS project: evaluating community placements of long-stay psychiatric patients. Brit J Psychiatry 1993, 162, suppl. 19.
22. Namysłowska I: Terapia rodzin. PWN, Warszawa 1999.
23. Okin RT, Borus JF: Primary, secondary and tertiary prevention of mental disorders. W: Kaplan HI, Sadock BJ (red): Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. Williams and Wilkins, Baltimore 1989, s. 2067–2071.
24. Program ochrony zdrowia psychicznego. Post. Psychiatr. Neurol 2000, 9 (w tym zeszyt).
25. Riquelmo HU: Italien: psychosoziale Versorgung im Wandlungsprozess. W: Riquelmo HU (red): Die neue italienische Psychiatrie. Wandel in der klinischen praxis und im psychosozialen Territorium. Peter Lang, Frankfurt/Main 1988, s. 145–181.
26. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L: Główne kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie. Post Psychiatr Neurol 1997, 6, 381–392.
27. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L: Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. Post Psychiatr Neurol 1998, 7, 387–398.
28. Słupczyńska-Kossobudzka E: Organizacja opieki psychiatrycznej w USA – zarys ogólny. Biuletyn IPiN 1987, 4/68.
29. Stanton AH, Schwartz MS: The mental hospital. Basic Books, New York 1954.
30. Stark F-M: Does social psychiatry have a future? Int J Mental Health 1998, 26, 3–26.
31. Stein LI, Santos AB: Assertive community treatment of persons with severe mental illness. W.W. Norton, New York 1998.

32. Taylor PJ, Gunn J: Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Brit J Psychiatry* 1999, 174, 9–14.
33. Thornicroft G, Bebbington P: Deinstitutionalisation – from hospital closure to service development. *Brit J Psychiatry* 1989, 155, 739–753.
34. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szukler G: From efficacy to effectiveness in community mental health service. *PrISM Psychosis Study 10. Brit. J. Psychiatry* 1998, 173, 423–427.
35. Tyrer P: Whither community care? *Brit J Psychiatry* 1998, 173, 359–360.

Adres: J. Wciórka, I Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa

E-mail: wciorka@ipin.edu.pl

ANEKS

Centrum Zdrowia Psychicznego

Zadania

Wszechstronna psychiatryczna opieka zdrowotna (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oraz orzecznictwo i konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej). Zadania Centrum mogą być w przyszłości uzupełniane świadczeniami Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży a także Centrum Leczenia Uzależnień.

Wszechstronność opieki świadczonej przez Centrum wynika ze zróżnicowania świadczeń zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły, koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym chorym oraz dostosowania struktury organizacyjnej do lokalnych potrzeb zarejestrowanej populacji.

Centrum tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500 osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej ok. 50 tys. mieszkańców.

Centrum składa się co najmniej z:

1. zespołu ambulatoryjnego.

zadania: badania, porady i konsultacje lekarskie, badania i porady psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje i porady socjalne

2. zespołu środowiskowego.

zadania: wizyty domowe, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne, terapia (psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia społeczna (treningi umiejętności, praca z rodziną, budowanie sieci oparcia społecznego, stymulowanie aktywności życiowej),

3. zespołu dziennego.

zadania: częściowa hospitalizacja

Centrum zapewnia w niezbędnym zakresie dostęp do odpowiednio kwalifikowanej i profilowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej.

Centrum udziela:

- pomocy konsultacyjnej (porady jednorazowe lub opieka do 7 dni)
- opieki krótkoterminowej (do 60 dni)
- opieki długoterminowej (powyżej 60 dni)

Centrum jest finansowane wg stawki kapitałowej. Działając w strukturze ZOZ lub szpitala Centrum zachowuje autonomię wykorzystania zakontraktowanych środków.

Ponadto, stosownie do lokalnych potrzeb zdrowotnych i możliwości organizacyjnych Centrum może organizować inne zespoły o zadaniach ukierunkowanych na potrzeby wybranych grup chorych lub na potrzeby wykraczające poza minimalne zadania Centrum:

- zespół ambulatoryjny leczenia zaburzeń nerwicowych i psychogeriatryczny
- zespół dzienny leczenia zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczny i rehabilitacyjny
- hostel
- zespół szpitalny (oddziału psychiatrycznego, oddziałów psychiatrycznych) ogólny lub profilowany
- inne potrzebne zespoły

Leczeni

W Centrum Zdrowia Psychicznego leczeni są dorośli chorzy:

- w zespole ambulatoryjnym: z rozpoznaniem – F00-F99
- w zespole środowiskowym: z rozpoznaniem – F00-F09, F20-F99
- w zespole dziennym: z rozpoznaniem – F00-F09, F20-F99

Ponadto, w przypadku organizacji innych, typowych zespołów

- w zespole poradni zaburzeń nerwicowych: z rozpoznaniem – F07, F40-F69
- zespołu poradni psychogeriatrycznej: z rozpoznaniem – F00-F99, w wieku podeszłym
- zespołu dziennego leczenia zaburzeń nerwicowych: z rozpoznaniem – F07, F40-F69
- zespołu dziennego psychogeriatrycznego: z rozpoznaniem – F00-F99, wieku podeszłym
- zespołu dziennego rehabilitacyjnego: z rozpoznaniem – F00-F49, zwłaszcza F20-29
- zespołu szpitalnego (oddziału psychiatrycznego, oddziałów psychiatrycznych): z rozpoznaniem F00-F99, wymagający leczenia lub obserwacji w szpitalu

Procedury

Diagnostyka psychiatryczna /94.1/, diagnostyka psychologiczna /94.0/, farmakoterapia /94.2/, psychoterapia (formy grupowe /94.4/ i indywidualne /94.3/, socjoterapia /94.3, 94.4/, rehabilitacja psychiatryczna /93.8/, interwencje socjalne /93.89/, prowadzenie dokumentacji.		
<i>Dostępne świadczenia</i>	<i>Pracownicy realizujący</i>	<i>Przeciętny czas realizacji (w min.)</i>
Świadczenia wstępne		
badanie lekarskie /94.1, 94.2/	psychiatra	60–120
badanie psychologiczne /94.0/	psycholog	60–120
konsultacja kwalifikacyjna /94.0, 94.1/	psychiatra, psycholog	60
Świadczenia wielokrotne		
porady lekarskie /94.1/	psychiatra	20
porady psychologiczne	psycholog	20
wizyty domowe /94.12, 94.49/	zespół	60 (do 5/tyg)
terapia indywidualna /94.3/	osoba z przygotowaniem terapeutycznym	30–60
kwalifikowana psychoterapia indywidualna /94.3/	psychoterapeuta	sesja po 60

zajęcia grupowe terapeutyczne /94.4/	osoba z przygotowaniem terapeutycznym	60–120
psychoterapia grupowa /94.4/	psychoterapeuta	sesja 60
spotkanie społeczności oddziału /94.44/	zespół	60
zorganizowane zajęcia grupowe /94.4/	odpowiednio do potrzeb	180
czynności pielęgniarские /99.99/	pielęgniarka	15
wywiady i interwencje socjalne /93.89/	pracownik socjalny	60
Świadczenia okresowe		
zajęcia grupowe rehabilitacyjne /93.8/	odpowiednio do potrzeb	240/tydz.
turnusy rehabilitacyjne /93.8/	odpowiednio do potrzeb	do 6 tyg./rok
spotkania rodzin, opiekunów /93.82/	osoba z przygotowaniem terapeutycznym	120/tydz.
sesje terapii rodzinnej /94.42/	osoba z przygotowaniem terapeutycznym	wg potrzeb
Dostęp do: konsultacji specjalistycznych badań laboratoryjnych: diagnostycznych i kontrolnych, w tym EKG, EEG, CT, MR opieki szpitalnej		wg potrzeb

Pracownicy

Organizacja Centrum zapewnia elastyczność obsady zespołów, odpowiednio do lokalnych potrzeb i możliwości organizacyjnych

<i>Stanowisko</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Optymalny wymiar zatrudnienia (w etatach)</i>
kierownik centrum	specjalista psychiatra	1
ordynator zespołu dziennego	specjalista psychiatra lub psycholog kliniczny z co najmniej 5 letnim stażem w psychiatrii	1
lekarz	specjalista lub w trakcie specjalizacji	3
psycholog kliniczny	specjalista lub w trakcie specjalizacji	2
psychoterapeuta	specjalista z certyfikatem psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia	1
pielęgniarka	5-letni staż pracy w psychiatrii lub odpowiednia specjalizacja	3
terapeuta zajęciowy/ inny terapeuta	świadcstwo odpowiedniej szkoły, studium, uczelni	3
pracownik socjalny	świadcstwo odpowiedniej szkoły, studium, uczelni	2
pracownik gospodarczy	w zależności od specyficznych potrzeb, np. sekretariat, magazyn, księgowanie, obsługa administracyjna, kuchenkowa	1

– kalkulacja dla 1500 chorych, przy ok. 20 miejscach w zespole dziennym i ok. 70 chorych w opiece zespołu środowiskowego

Pomieszczenia i wyposażenie

Podstawowe normy określa Rozp. MZiOS z 21.09.1992 r. (Dz. U. nr 74 z 5.10.1992 r. z późn. zm.)	
Rodzaj	Uwagi
ZESPÓŁ AMBULATORYJNY I ŚRODOWISKOWY	
gabiny lekarskie i psychologiczne	co najmniej 3
sale do zajęć grupowych i rehabilitacyjnych	co najmniej 2, sprzęt do prowadzenia zajęć odpowiedni do realizowanych programów
gabinet zabiegowy	
recepcja	
poczekalnia	
pomieszczenia dla personelu	
pomieszczenia gospodarcze i sanitarne	wg norm
Podstawowe wyposażenie do zabiegów pielęgnacyjnych i diagnostycznych, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, testy psychologiczne. Środki transportu do pracy środowiskowej.	
ZESPÓŁ DZIENNY	
gabiny lekarskie i psychologiczne	co najmniej 2
sale zajęć terapeutycznych i rehabilitacyjnych	co najmniej 1 sala na 10 chorych
gabinet zabiegowy	proste zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne
wyodrębniona palarnia	sprawną wentylacją
świetlica/jadalnia	
pomieszczenia dla personelu	
pomieszczenia gospodarcze i sanitarne	wg norm
Zestaw reanimacyjny, podstawowe wyposażenie do zabiegów pielęgnacyjnych i diagnostycznych, testy do diagnostyki psychologicznej, sprzęt do zajęć terapeutycznych – stosownie do programu (np. aparatura video do treningów umiejętności, wyposażenie kuchni do treningu kulinarnego, pracownie do terapii zajęciowej).	

Dokumentacja

Dokumentacja medyczna zgodna z Rozp. MZiOS z 17.12.1992 r. (Dz. U. nr 3 z 14.01.1993 r.).