



## Psychiatria na pograniczu kliniki i środowiska: nowe perspektywy rozwoju psychiatrii środowiskowej w Holandii<sup>1</sup>

*Psychiatry at the clinic-community intersection:  
new developmental perspectives for community psychiatry  
in the Netherlands*

MARGAREET DE PATER

**STRESZCZENIE.** *Chociaż psychiatria środowiskowa w Holandii ma bogatą tradycję, a jeden z najslawniejszych psychiatrów holenderskich pracował zgodnie z jej zasadami, w latach siedemdziesiątych psychiatria środowiskowa funkcjonowała dość kiepsko. Główną przeszkodą jej prawidłowego wdrożenia były czynniki kulturowe i społeczne oraz rozczłonkowanie systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej a nie brak dostatecznych środków finansowych. Rządowe akty prawne stworzyły nową szansę. Rząd zmusił instytucje do wzajemnej współpracy i przeznaczył pieniądze na nowe programy opieki. Znaczenie nowych lub modyfikacja starych sposobów pomocy chorym psychicznie w utrzymaniu się w środowisku i prowadzeniu godnego życia zależy już teraz tylko od pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej.*

**SUMMARY.** *Although community psychiatry has a rich tradition in the Netherlands and one of the most famous Dutch psychiatrists was a community psychiatrist, community psychiatry still functioned rather poorly in the seventies. There was no lack of money, but cultural and social factors and a fragmented structure of the mental health system hampered good performance. Governmental legislation created new opportunities. The government forced institutions to co-operate with each other and allocated money to finance new programs of care. It is now the turn to the mental health workers to create new ways (or rediscover old ways) to help mentally disturbed persons to survive in the community and lead a dignified life.*

---

**Słowa kluczowe:** psychiatria środowiskowa / Holandia

**Key words:** community psychiatry / Netherlands

---

Querido był pierwszym psychiatrą, który użył terminu „psychiatria środowiskowa”. W 1931 r. zarząd miasta Amsterdam powierzył mu zadanie kontrolowania hospitalizacji mieszkańców Amsterdamu, ponieważ miasto musiało pokrywać koszty pobytów szpitalnych i chciało obniżyć wydatki, przeznaczane na ten cel. Querido odwiedził 3000 pacjentów przebywających w szpitalach całego kraju i stwierdził, że wszyscy oni wykazują wy-

rażne zaburzenia, ale część chorych mogłaby wrócić do domów, gdyby zapewniono im lepsze warunki socjalne. W 1932 r. odwiedził w domach pacjentów oczekujących na hospitalizację i próbował zapobiec umieszczeniu ich w szpitalu, pomagając w rozwiązaniu ich problemów. Międzynarodową sławę przyniosło mu sformułowanie teorii kryzysu głoszącej, że czynnik stresujący, z którym człowiek nie może sobie poradzić, zaburza dotychczasowy stan równowagi, a kolejny stan równowagi (gorszy, taki sam lub lepszy od poprzedniego) zależy od sposobu rozwiązania kryzysu. Wypowiedział on sławne zdanie,

---

<sup>1</sup> Wystąpienie na Konferencji Polsko-Holenderskiej „Psychiatria środowiskowa”, 15–16 września 1999 w Dębem.

że ludzie, którzy chcą uciec od konfliktu, chowają się w mysiej dziurze. Nie mogą się potem z niej wydostać, ponieważ inni ludzie już nie chcą ich powrotu, a życie stało się dla nich zbyt trudne. Querido miał do dyspozycji niewielką sumę pieniędzy, 1500 guldenów rocznie, ale czasami potrafił rozwiązać czyjś problem płacąc 10–15 guldenów właścicielce domu lub kupując benzynę. Pomimo, że był to trudny okres (bardzo wielu ludzi cierpiało biedę z powodu zamykania fabryk), udało mu się zapobiec przewidywanemu wzrostowi liczby hospitalizacji w latach 1931–1939.

Po drugiej wojnie światowej Querido pełnił wiele funkcji: był profesorem psychiatrii środowiskowej zdrowia psychicznego, odgrywał znaczącą rolę w światowej federacji zdrowia psychicznego, był członkiem parlamentu. Ale gdy w 1978 r., pod koniec życia, udzielał wywiadu, w którym zapytano go o vitalność psychiatrii środowiskowej jako nauki, odpowiedział, że nauka ta nie miała korzeni, jest jak roślina wymagająca troskliwej pielęgnacji, bez której szybko zginie. Okazało się, że miał rację.

## SYTUACJA W LATACH SZEŚCIDIESIĄTYCH I SIEDEMDZIESIĄTYCH

Dlaczego funkcjonowanie i poziom psychiatrii środowiskowej w latach siedemdziesiątych były niezadowolające? Omówię kilka przyczyn, a wśród nich: kulturę leczenia, czynniki społeczne oraz organizację psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

### Kultura leczenia

*Jak optymizm na temat leczenia spowodował skutki odwrotne od oczekiwanych?* Coraz większy był optymizm co do możliwości psychoterapii w rozwiązywaniu problemów. Tworzono społeczności lecznicze. Uważano, że osoby z problemami psychiatrycznymi można wyleczyć, jeśli zastosuje się odpowiednio intensywną psychoterapię. Gdy patrzymy wstecz musimy powiedzieć, że pa-

cjenci z poważnymi problemami psychiatrycznymi nie skorzystali na tych zmianach. Społeczności terapeutyczne wykluczały ich. W środowiskowych ośrodkach zdrowia nie przyjmowano ich do psychoterapii. Znaczna liczba pacjentów przebywała w różnych instytucjach.

W możliwość wyleczenia uwierzyli nie tylko specjaliści, ale też i laicy. Rodziny i przyjaciele chorego, nie umiając sobie dalej radzić z trudnościami w kontaktach z nim, odsyłali chorego do leczenia do specjalisty. „Nie możemy ci już więcej pomóc, teraz musisz iść do specjalisty”. Jeśli to nie pomogło, umieszczano chorego w szpitalu, a w razie dalszego braku poprawy – w wyspecjalizowanym szpitalu. Jeśli chory zachowywał się nieodpowiednio lub „odmawiał” leczenia, wyrzucano go na ulicę. Tak więc specjaliści nie mogli spełnić oczekiwań, a rodziny i przyjaciele chorych często byli źli na specjalistów i czuli się przez nich zawiedzeni. Czasami rodziny włączały się w terapię, ale zrażały się do niej otrzymując informację, że same wymagają leczenia, mówiły „nie jesteśmy pacjentami, doktorze”. Tak więc terapia rodzinna ciężko chorych pacjentów okazała się nieefektywna.

### Czynniki społeczne

Życie w społeczeństwie stawało się coraz trudniejsze. Wiejskie społeczności rozpadły się.

Nie było już prostych prac lub wymagano zbyt dużej szybkości ich wykonywania. Człowiek mógł tylko funkcjonować na wysokich obrotach lub nic nie robić. Nawet zakłady pracy chronionej musiały przynosić zysk. Coraz mniej było miejsc dla osób niepełnosprawnych.

### Rozczłonkowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W okresie działalności Querido w Amsterdamie utworzono służby psychiatrii środowiskowej w dużych miastach, w latach sześćdziesiątych były one subsydiowane przez rząd. Były poradnie wychowawcze dla dzieci, a od czasu wojny ośrodki pomocy dla osób z problemami małżeńskimi i ro-

dziwnymi. Były też instytuty psychoterapii. W końcu lat siedemdziesiątych wszystkie te placówki połączono w jeden rodzaj instytucji – Regionalne Ośrodki Ambulatoryjnej Opieki Psychiatrycznej (RIAGG).

Ośrodki te miały zaspokajać potrzeby wszystkich pacjentów ambulatoryjnych – prowadziły takie usługi, jak: opieka nad dziećmi, poradnictwo w problemach małżeńskich, opieka nad osobami w wieku podeszłym oraz opieka nad osobami ciężko chorymi psychicznie. Ośrodki ugiwały się pod naporem pacjentów. Chorym psychicznie nie można było poświęcić dostatecznie dużo uwagi ze względu na znaczny napływ innych pacjentów. Psychiatryczne pielęgniarki środowiskowe miały trudności w nawiązaniu kontaktu z pacjentami wypisanymi ze szpitala. Działo się tak, ponieważ, jak od dawna wiemy, osoby ciężko chore z trudem wchodzą w relacje z nowymi osobami. Pielęgniarki nie miały czasu na wielokrotne nie uwieńczone sukcesem telefony do domu pacjenta. Kiedy jednak w końcu udało się pielęgniarce nawiązać relację, trzeba już było pacjenta posłać do szpitala i znów traciły z nim kontakt. Taka praca nie dawała satysfakcji, wiele pielęgniarek psychiatrycznych i psychiatrów wolało prowadzić cenioną społecznie psychoterapię osób z zaburzeniami nerwicowymi.

Szpitala psychiatryczne funkcjonowały niezależnie od RIAGG, opiekę poszpitalną prowadziły we własnych poradniach, brak było jednak pieniędzy na telefony do domów pacjentów. Personel był przywiązany do swego własnego miejsca i nie znał sytuacji życiowej pacjenta. Gdy chory przestawał się zgłaszać, wysyłano jeden lub dwa listy przypominające o umówionych wizytach, a gdy to nie skutkowało, skreślano go z rejestru chorych. Jeżeli pacjent był również uzależniony, sytuacja była jeszcze trudniejsza, ponieważ placówki leczące uzależnienia były odrębnymi organizacjami.

Tak więc, praca w psychiatrii środowiskowej miała niski prestiż, personel miał za mało czasu, a zarazem była silna presja na stosowanie hospitalizacji jako skutecznej

metody leczenia. Było, i jest nadal, wiele instytucji wyspecjalizowanych w rozwiązywaniu różnego rodzaju problemów, dlatego też z łatwością można było ciągle chorego gdzieś kierować. Ponieważ wszystkie instytucje chciały leczyć, ale czuły się odpowiedzialne tylko za tych pacjentów, którzy aktualnie w nich przebywali, a ponadto pacjenci czasem nie dostosowywali się do reguł pobytu, coraz więcej chorych z poważnymi problemami psychiatrycznymi mieszkalo na ulicach. Rodziny i przyjaciele chorych byli wściekli, toteż włączenie ich do procesu leczenia było czynem heroicznym.

## POSTĘPY W LATACH DZIEWIĘDZIESIĄTYCH

### Kultura leczenia

Rosło niezadowolenie z opieki psychiatrycznej dla najbardziej problematycznych pacjentów. W końcu lat dziewięćdziesiątych sprawy przyjęły nowy obrót. Przyczyniły się do tego następujące czynniki kulturowe: akceptacja faktu, że niektóre osoby są niepełnosprawne i zarówno one, jak społeczeństwo muszą sobie z tym radzić; zmiana paradygmatu w psychiatrii; zrzeszanie się rodzin pacjentów psychiatrycznych oraz polityka rządu.

*Jak „pesymistyczny” pogląd na możliwość wyleczenia problemów psychiatrycznych przyniósł pozytywne efekty? Zmienił się klimat w psychiatrii. Nie uważano już, że najcięższe choroby – schizofrenię, psychozę maniako-depresyjną i osobowość *borderline* – można wyleczyć psychoterapią. Wzrosło znaczenie psychiatrii biologicznej. Ale w cieniu tych zmian przeformułowano również rolę psychiatrii środowiskowej. Wielu dyrektorów RIAGG zreorganizowało działalność swoich placówek. Środowiskowe pielęgniarki psychiatryczne miały czas na wielokrotne próby nawiązania kontaktu z pacjentem i nie zrażały się tym, że pacjenta nie było w domu lub nie chciał otworzyć. Nawiązanie relacji z pacjentem, który ma trudności w kontaktach z ludźmi, stało się znowu cenioną wartością. Negocjowanie z rozwścieczonymi sąsiadami,*

pracodawcą lub członkiem rodziny stało się wyzwaniem. Członkowie organizacji rodzin szkolili profesjonalistów. Członkowie rodzin byli włączeni w proces terapii, ale tym razem jako ko-terapeuci. Środowiskowe pielęgniarki psychiatryczne uczyły się technik rehabilitacji.

Uznanie, że choroby psychiczne faktycznie istnieją, spowodowało, że nie obarczano już pacjentów winą za to, że nie spełniają oni oczekiwań. Nie obwiniano już również rodzin. I *vice versa*, rodziny dowiedziały się od innych lub same doszły do wniosku, że mają niepełnosprawnego członka rodziny, mogły więc cierpieć zamiast zmuszać członka rodziny lub terapeutę do zrobienia rzeczy niemożliwych. Rodziny nauczyły się też, że wspólna praca może pomóc zarówno im, jak chorej osobie. Organizacje samopomocy uczyły swych członków umiejętności komunikowania się. Wielu członków rodzin potrafiło zmienić sposób komunikowania się z pacjentem. A w latach siedemdziesiątych tak wielu terapeutów bezskutecznie próbowało pozwolić im na to!

Zmieniło się też podejście do pacjentów z osobowością typu *borderline*. Zamiast różnych rodzajów głębokich terapii zmierzających do „rekonstrukcji” osobowości, zaoferowano im trening Linehana, uczący radzenia sobie ze swoim porywczym temperamentem.

### Czynniki społeczne

Coraz bardziej zwiększał się nacisk na psychiatryczną opiekę zdrowotną, aby coś zrobić dla pacjentów bezdomnych. Organizacje rodzin chorych na schizofrenię zdobyły znaczne wpływy, również na scenie politycznej.

Złagodniały również postawy wobec zmian i leczenia. Sławne stało się nie przetłumaczone słowo „gedogen”, któremu najbliższy znaczeniowo jest termin: tolerancja. Oznacza ono odstępianie od zamiaru radykalnego rozwiązania problemu, podjęcie natomiast środków minimalizujących konsekwencje. Tak np. ulicznych włóczęgów nie zamykano i nie oskarżano, ale władze zaoferowały im możliwość zarabiania sprzedając gazet na uli-

cach (za 2 guldeny, w tym 1 gulden dla sprzedającego), pod warunkiem, że nie będą żebrać. Włóczęgom, którzy nie chcieli mieszkać w schroniskach, proponowano nocleg w kartonowych pudłach. Organizacje samopomocy pacjentów przestały już głosić radykalne poglądy i stały się bardziej skłonne do współpracy i konsultacji. Klienci promowali ideę ciągłości opieki i podkreślali konieczność utrzymania kontaktu ze swoim środowiskiem w trakcie leczenia.

### Rządowe akty prawne reorganizujące psychiatryczną opiekę zdrowotną

Parlament zaakceptował ustawę o ochronie zdrowia psychicznego. Promowany przez ustawę model opieki spełniał oczekiwania pacjentów, zapewniał lepszą ciągłość opieki i prowadzenie jej w środowisku. Dzięki temu pacjenci nie tracili niepotrzebnie kontaktu ze swoim naturalnym otoczeniem. Rząd przeznaczył 3% funduszy szpitali psychiatrycznych na nowe programy opieki, np. takie jak zespół koordynatorów leczenia pacjentów lub klubo-dom prowadzony przez chorych.

Podjęto kolejne działania zmuszające instytucje do współpracy. RIAGG i szpitale psychiatryczne miały obowiązek współdziałania w „wielofunkcyjnych jednostkach”. Ośrodki ambulatoryjne i szpitale mogły otrzymać pieniądze na budowę nowych gabinetów i oddziałów tylko wtedy, gdy spełniły ten warunek. W skład każdej wielofunkcyjnej jednostki musiał wchodzić zespół środowiskowy (*outreaching team*), oddział całodobowy i oddział dzienny.

### NOWE SZANSE PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

Dla pracowników psychiatrycznej opieki okres reorganizacji był okropny, a połączone RIAGG i szpitale są ogromnymi instytucjami. Ale w całym kraju istnieją już jednostki wielofunkcyjne, a psychiatria środowiskowa ma znacznie większe możliwości rozwoju.

Jednostka wielofunkcyjna nie może odmówić pacjentowi opieki. Personel musi umieć

sobie radzić również z trudnymi pacjentami z rejonu. Można oczywiście skierować pacjenta na leczenie w innej placówce, ale jeśli tamtejsze postępowanie okaże się nieskuteczne, jednostka macierzysta ponownie przejmuje opiekę nad chorym. Dlatego też kładzie się duży nacisk na negocjacje z pacjentem i jego rodziną.

Środowiskowa pielęgniarka psychiatryczna ma obecnie możliwość długotrwałego kontaktu z pacjentem i może się z nim spotykać również w trakcie jego pobytu w szpitalu. Większe są też możliwości współpracy z kolegami i koleżankami z oddziału szpitalnego, a odstąpienie od niej jest obecnie praktycznie wykluczone. Nie można już teraz zostawić pacjenta w szpitalu i nie interesować się jego dalszym losem. Pobyt w szpitalu musi mieć konkretny cel.

Większe są też możliwości zapewnienia ciągłości opieki dzięki temu, że leczenie nie jest ściśle związane z rodzajem placówki. Tak np. pacjent wypisany z oddziału dziennego może nadal uczęszczać na sesje terapii grupowej.

Jest również łatwiej zamienić opiekę szpitalną na środowiskową. Pielęgniarki szpitalne mają dużo większe możliwości wyjścia ze szpitala i pomagania chorym w ich domach.

### **Graniczne warunki systemu opieki psychiatrycznej**

Nic się jednak nie zmieni, jeśli pracownicy psychiatryczni będą nadal tkwić w starych schematach pracy. Niektórzy z nich powinni być rzecznikami zmian i promować nowy sposób myślenia. Ogromne są również potrzeby szkolenia. Na wszystko musi być dostatecznie dużo czasu. Psychiatryczna opieka środowiskowa jest czasochłonna: pielęgniarka musi załatwić mnóstwo telefonów, mieć czas na dojazd na wizytę domową u pacjenta, na negocjacje z pracodawcami i właścicielami domów oraz na interwencję kryzysową. Jej rozkład dnia powinien też być elastyczny – czasami musi ona bowiem poświęcić bardzo dużo czasu nieprzewidzianym uprzednio czynnościom, np. zając się pacjentem z ten-

dencjami samobójczymi lub epizodem psychotycznym, zamiast kierować go do służby kryzysowej. Czasami wszystko idzie gładko. Wtedy z kolei przełożony powinien odwieść swego szefa od zamiaru zwiększenia liczby chorych pod opieką.

Trzeba też zmienić system finansowania. Opieka medyczna uznana za zbyt ryzykowną dla ubezpieczeń (np. pobyt w szpitalu psychiatrycznym lub uzależnienie od psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej) jest opłacana z funduszy państwowych, każdy pracujący obywatel płaci na nie składki (tzw. AWBZ). Rząd przekazał kontrolę nad wydatkami z tego funduszu firmom ubezpieczeń zdrowotnych, które zawierają kontrakty z instytucjami na konkretną liczbę wizyt i hospitalizacji pacjentów. Obcinają należności, jeśli liczba tych usług jest zbyt duża lub zbyt mała. Ponieważ firmy ubezpieczeniowe nie płacą za prace pośrednio związane z opieką nad pacjentem, menadżerowie mają tendencje do zniechęcania pielęgniarek do pracy środowiskowej. Jeżeli personelowi oddziału i zespołowi środowiskowemu uda się skrócić czas pobytu pacjenta w szpitalu, pacjent jest wdzięczny, ale wpływa mniej pieniędzy.

### **Nacisk oddolny**

W tworzonych od nowa instytucjach pracowników oraz pacjentów i ich rodziny zachęca się do pisania programów. Wspólnie opracowują oni najlepszy program opieki dla określonej grupy pacjentów. Pomysł ten zaopieczono od nieistniejącego już stowarzyszenia dyrektorów RIAGG. Menadżerowie stosują to narzędzie w celu motywowania swoich pracowników. W takich programach mogą oni określać koszt czasu opieki i sposób, w jaki powinna ona być zorganizowana. W wielu miejscach pracownicy poświęcają sporo czasu na pisanie programów. Może się to wydawać niemądre, ponieważ wielu ludzi od początku wynajduje koło, ale ma to sens. Pracownicy mają większą motywację, jeżeli stosują programy, które sami sobie narzucili. Napisanie programu to jedna sprawa, ale jego wdrożenie jest znacznie trudniejsze.

Trzeba wymyślić sposób odpowiedniej ewaluacji programów oraz, wspólnie z towarzystwami ubezpieczeniowymi, nowy sposób finansowania. Towarzystwa współpracują chętnie, pod warunkiem, że nowy system nie jest droższy od dotychczasowego.

Trudności jest wiele, ale nigdy przedtem nie było tak dużych możliwości kształtowania modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wykorzystanie tych możliwości zależy jednak od tego, czy pracownicy wraz z pacjentami i ich rodzinami opracują jasne programy, będą chcieli o nie walczyć i uda im się zdobyć poparcie dla ich realizacji.

### **Graniczne warunki społeczne**

Najlepszy nawet system ochrony zdrowia psychicznego nie zaspokoi potrzeb pacjentów, jeżeli nie są spełnione pewne warunki społeczne. Np. wiele osób cierpiących z powodu poważnych chorób, takich jak schizofrenia, chciałoby zarabiać pieniądze. Udowodniono już, że płatna praca wpływa korzystnie na stan chorych. Wprowadzono nowe przepisy, dzięki którym pracodawca zatrudniający osobę niepełnosprawną może otrzymać pieniądze wyrównujące ewentualną stratę dochodów.

Ale sytuacja pacjenta i jego pielęgniarki środowiskowej zależy również od dobrej woli właścicieli domów i sąsiadów. Organizacje pacjentów i ich rodzin wiele już zrobiły, aby zyskać przychylną opinię publiczną. Doświadczenie wykazało, że jeżeli respektuje się potrzeby właścicieli i sąsiadów, ich współpraca z pacjentami i pielęgniarkami układa się dobrze.

### **WARUNEK PODSTAWOWY**

W najbardziej nawet sprzyjających okolicznościach, gdzie jest bardzo dobry system ochrony zdrowia, dobrzy pracownicy, mądry psychiatra, dobrze nastawieni sąsiedzi i skóra do opieki rodzina, nic się nie osiągnie, jeżeli nie będzie spełniony jeden warunek. Jest nim chęć osoby z zaburzeniami psychicznymi, aby codziennie i wytrwale radzić sobie z trudnościami spowodowanymi chorobą.

*Tłumaczenie:*

*Elżbieta Słupczyńska-Kossobudzka*

### **PISMIENICTWO**

1. Heerma van Voss AJ: Querido, een levensverhaal. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1991, 7/8.

*Adres: Dr Margareet de Pater,  
Oude Arnhemse Weg 260, 3705 BK 2EIST, The Netherlands*