



Zintegrowany system opieki psychiatrycznej i odwykowej zorientowany środowiskowo

*An integrated community-oriented system of psychiatric care
and alcohol/drug treatment*

MIECZYŚLAW JANISZEWSKI, LESZEK GÓRECKI,
JAROSŁAW KOZERA, WALDEMAR KWIATKOWSKI

Z Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

STRESZCZENIE. W artykule przedstawiono założenia organizacji opieki psychiatrycznej zgodnie z kryteriami psychiatrii środowiskowej. Autorzy dzielą się 10-letnim doświadczeniem z wdrażania zmiany systemu opieki psychiatrycznej i odwykowej na terenie byłego województwa toruńskiego oraz stwierdzają negatywny wpływ reformy ochrony zdrowia na system opieki psychiatrycznej, w którym dominującą rolę odgrywają pozaszpitalne formy opieki.

SUMMARY. The authors present the assumptions underlying the organisation of mental health care in accordance with the criteria of community psychiatry. They share their 10 year experience in the implementation of changes in the system of mental health care and recovery from chemical dependency in what used to be the Toruń administrative district and conclude that the recent health care reform has had a negative effect on the mental health care system which is largely based on out-patient care.

Słowa kluczowe: psychiatryczna opieka zdrowotnej / organizacja / psychiatria środowiskowa
Key words: mental health care / organisation / community psychiatry

W ciągu najbliższych lat liczba łóżek szpitalnych w dużych szpitalach psychiatrycznych ma zmniejszyć się o ponad 10 tys., a liczba łóżek w oddziałach w szpitalach ogólnych ma wzrosnąć o 6 tys..

- Czy w wyniku restrukturyzacji powstanie nowy model organizacyjny spełniający kryterium psychiatrii środowiskowej?
- Czy dzięki temu świadczenia zdrowotne będą dostępne przede wszystkim w ambulatoriach oraz w pośrednich formach opieki, a hospitalizacja całodobowa ograniczona do niezbędnego minimum i dostępna w oddziałach położonych blisko miejsca zamieszkania pacjenta?
- Czy możliwe jest powstanie takiego systemu opieki automatycznie, w wyniku działania rynku, bez świadomego zarządzania tak ogromną zmianą?

Chcemy podzielić się doświadczeniami tworzenia zintegrowanego systemu organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla populacji 670 tys. mieszkańców byłego województwa toruńskiego w nadziei, że nasze doświadczenia ułatwią podejmowanie trafnych decyzji tym, przed którymi stoi znacznie trudniejsze zadanie przekształcenia systemu opieki zdominowanego przez duży szpital psychiatryczny.

PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA

Definicja i cele psychiatrii środowiskowej

Zakres pojęcia psychiatria środowiskowa jest dwójaki: w szerokim znaczeniu psychiatria środowiskowa to psychiatria społeczności lokalnej; oznacza przejęcie odpowiedzialności przez psychiatryczną opiekę zdrowotną za

całość problemów związanych z ochroną zdrowia psychicznego lokalnej społeczności. W wąskim znaczeniu przez psychiatrię środowiskową rozumie się pewien szczególny rodzaj interwencji w środowisku w przypadku zaburzeń psychicznych wynikający z przekonania o bardzo dużym udziale środowiska w powstawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych [4, 5, 9].

Dla lepszego zrozumienia idei psychiatrii środowiskowej warto przypomnieć trzy cele, których realizacja stoi przed każdą organizacją działającą zgodnie z zasadami psychiatrii środowiskowej [8].

1. *Profilaktyka i promocja zdrowia.* Zadaniem pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest badanie szczególnych potrzeb zdrowotnych i problemów społecznych danej zbiorowości, prowadzenie działalności konsultacyjnej dla innych służb jak: pomoc społeczna, policja, instytucje oświatowe oraz włączanie ich w działania prewencyjne pierwszego stopnia. Bardzo istotne jest aby zespół pracujący w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej doprowadził do współdziałania z reprezentacją społeczności lokalnej w zakresie planowania i realizacji programów środowiskowo-psychiatrycznych. Dzięki działalności promującej zdrowie i działalności profilaktycznej ma zmniejszyć się liczba zaburzeń psychicznych.
2. *Skrócenie czasu trwania zaburzeń psychicznych.* Leczenie w organizacji działającej zgodnie z zasadami psychiatrii środowiskowej nastawione jest na realizację bardzo konkretnych i wybiórczych celów tak, aby pacjent w możliwie krótkim czasie odzyskał zdolności niezbędne do życia we własnym środowisku. Oddziaływaniom terapeutycznym zespołu leczącego musi towarzyszyć świadomość groźby izolacji społecznej pacjenta w czasie interwencji lub możliwość uzależnienia się od służb psychiatrycznych. Dlatego za najlepsze miejsce interwencji uznaje się naturalne środowisko pacjenta. Pomoc

powinna być wszechstronna, łatwo dostępna, udzielana przez różne ruchome służby działające we współpracy ze społecznością lokalną.

3. *Zmniejszenie niedostosowania społecznego powstającego w następstwie zaburzeń psychicznych.* Oddziaływania rehabilitacyjne uznawane są za bardzo ważne i powinny mieć miejsce nie tylko w wyspecjalizowanych placówkach. Indywidualny plan leczenia opracowywany dla każdego pacjenta musi uwzględniać ten aspekt. Rehabilitację społeczną i zawodową prowadzi się w różnych miejscach, mało znanych w tradycyjnym modelu organizacyjnym. Cel ten realizuje się w domach przejściowych, mieszkaniach adaptacyjnych, mieszkaniach grupowych, klubach pacjentów.

Historia rozwoju psychiatrii środowiskowej

Od okresu międzywojennego system opieki nad psychicznie chorymi bazował na szpitalnictwie psychiatrycznym jako najważniejszym ogniwie. Stopniowo rosła liczba pacjentów długotrwale przebywających w szpitalach psychiatrycznych. Po drugiej wojnie światowej radykalne przemiany społeczne nie ominęły także organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wyniki badań nad zjawiskiem „choroby szpitalnej” oraz wprowadzenie do lecznictwa leków psychotropowych (chloropromazyna, imipramina) ułatwiło świadczenie psychiatrycznych usług zdrowotnych nie tylko w warunkach szpitalnych.

W USA oraz krajach Europy Zachodniej w latach 60 na fali krytyki dotychczasowego systemu opieki nad psychicznie chorymi, w którym szpital stanowił najważniejsze ogniwo, a liczba pacjentów długotrwale przebywających w szpitalach psychiatrycznych niepokojąco rosła, zostały opracowane podstawowe założenia idei psychiatrii środowiskowej. Podstawowym celem było ograniczenie rozprzestrzeniania się „choroby szpitalnej” i związanego z tym wzrostu kosztów leczenia. Zarówno w USA, jak i w Europie Zachodniej zmiana modelu organizacyjnego

opieki psychiatrycznej została poprzedzona uregulowaniami prawnymi.

Cechą charakterystyczną przełomu lat 50 i 60-tych na Zachodzie był dynamiczny rozwój gospodarczy i bardzo dobra sytuacja ekonomiczna oraz optymizm co do możliwości zatrudnienia każdego członka społeczności, który będzie tylko do pracy zdolny. Powszechnie panowało przekonanie o bardzo dużej skuteczności terapii pracą.

W latach 60-tych w USA został opracowany standard rodzaju służb jakie powinny być rozwinięte aby można było uznać organizację świadczącą psychiatryczne usługi zdrowotne za działającą zgodnie z zasadami psychiatrii środowiskowej. Przejęcie odpowiedzialności za całość problemów związanych ze zdrowiem psychicznym populacji od 70 tys. do 150 tys. mieszkańców wymagało utworzenia następujących służb wchodzących w skład Środowiskowych Ośrodków Zdrowia Psychicznego [7].

-
1. Hospitalizacja całodobowa
 2. Hospitalizacja częściowa
 3. Poradnie
 4. Psychiatryczna pomoc doraźna
 5. Służby konsultacyjne
 6. Opieka przedszpitalna
 7. Opieka poszpitalna
 8. Rehabilitacja społeczna i zawodowa
 9. Zespół badający potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności i oceniający jakość świadczonych usług.
 10. Dział szkolenia personelu
-

Dla tworzonych Środowiskowych Ośrodków Zdrowia Psychicznego pięć pierwszych rodzajów służb uznawano za niezbędne minimum.

Lata 70 przyniosły przedłużającą się recesję ekonomiczną i część ambitnych planów nie została zrealizowana. Jednak niewątpliwym sukcesem Środowiskowych Ośrodków Zdrowia Psychicznego był dynamiczny rozwój ambulatoryjnych oraz pośrednich form opieki nad psychicznie chorymi oraz bardzo

znaczny wzrost zaangażowania średniego personelu medycznego, personelu pozamedycznego i wolontariuszy w opiece nad pacjentami. Z czasem część świadczeń na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi została przejęta przez organizacje pozarządowe i rozwinął się ruch samopomocowy pacjentów oraz ich rodzin. Przyczyniło się to do poprawy jakości opieki nad pacjentami oraz poprawy jakości ich życia.

Doświadczenia krajów rozwijających psychiatrię środowiskową pokazały, że przejście od modelu tradycyjnego opartego na instytucji dużego szpitala psychiatrycznego do opieki środowiskowej jest trudne z wielu względów, ale główną przeszkodą okazał się *brak odpowiednio wyszkolonych kadr oraz brak środków finansowych* pozwalających na kompleksowy rozwój usług psychiatrycznych w środowisku. W praktyce bardzo trudne, a najczęściej niemożliwe okazywało się przejęcie odpowiedzialności za całość problemów związanych z ochroną zdrowia psychicznego lokalnej społeczności. W rezultacie oznaczało to, że pacjenci zwalniani ze szpitali psychiatrycznych nie znajdując odpowiednio zorganizowanych usług w środowisku byli umieszczani w domach opieki, które często były wówczas bardziej skażone instytucjonalizmem niż szpitale psychiatryczne. Natomiast wtedy, gdy bez przygotowania byli posyłani z powrotem do rodzinnych domów stawali się zwykle źródłem zamieszania i bólu dla swoich bliskich, co z kolei powodowało szybkie nawroty choroby i ponowne umieszczenie w szpitalu [1, 4, 5, 6].

Lata 70 i 80 pokazały też, że cel psychiatrii środowiskowej formułowany jako pomoc pacjentom w powrocie do domu oraz „normalnego życia w środowisku” należałoby reformułować, gdyż narastająca w tym czasie dezintegracja społeczna z alienacją całych grup populacji, wysoka fala przestępczości, wandalizm, nadużywanie alkoholu i narkotyków, bezrobocie i bezdomność powodowały, że integracja pacjenta ze środowiskiem okazywała się nie z jego winy trudna, a czasami nawet niewarta zalecenia.

Niektórzy badacze zajmujący się rozwojem psychiatrii środowiskowej w Europie Zachodniej i USA doszli do wniosku, że sporządzanie bardzo szczegółowych planów rozwoju usług psychiatrycznych jest mało przydatne. Znacznie skuteczniejsze jest określenie głównego kierunku działania i wskazanie ogólnych celów oraz stworzenie takiego mechanizmu, który pozwoli na modyfikację naszych działań pod wpływem informacji zwrotnych dopływających z dobrego systemu monitorowania zmian. Takie postawienie problematyki organizacji lecznictwa psychiatrycznego było nam bardzo bliskie, kiedy od 1990 roku rozpoczęliśmy budowanie organizacji opieki psychiatrycznej zgodnie z ideami psychiatrii środowiskowej.

Zintegrowany system opieki

– służby psychiatrycznej opieki środowiskowej

Zintegrowany system opieki psychiatrycznej oparty jest na doświadczeniach ośrodka w Madison (Wisconsin – USA). Jest on alternatywą dla modelu tradycyjnego charakteryzującego się „brakiem systemu” w organizacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, który polega na braku integracji programów i usług zarówno szpitalnych, jak i pozaszpitalnych oraz ich niedostatecznej funkcjonalności.

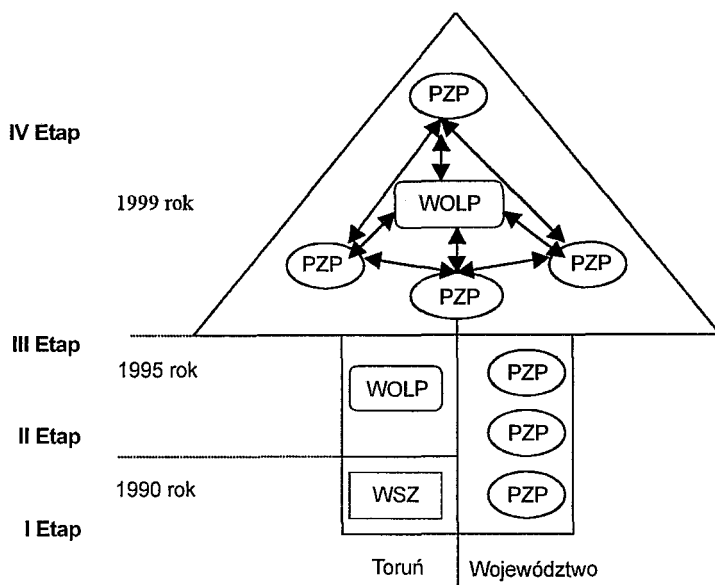
Zintegrowany system opieki zakłada uzupełnianie się usług szpitalnych i pozaszpitalnych. System powinien zapewnić wszechstronną opiekę dla wszystkich potrzebujących. Za najważniejszą uważa się opiekę nad osobami najciężej chorującymi. Zmiana modelu opieki wiąże się ze zmianą finansowania tych usług. W tradycyjnym modelu około 80% budżetu przeznaczanego na opiekę psychiatryczną pochłania lecznictwa szpitalne. Zmiana modelu powoduje, że odsetek ten maleje do około 45–50%, a w najcieplej działających systemach zintegrowanych odsetek ten zbliża się do 15–20%.

Wprowadzenie nowego systemu opieki jest możliwe m.in. dzięki powołaniu zespołów, które mogą świadczyć całodobowe usługi w przypadku kryzysu. Jednym z celów nowe-

go modelu opieki jest spowodowanie aby pacjent był pod opieką jednego opiekuna lub jednego zespołu. Wadą systemu tradycyjnego jest brak współpracy między szpitalem i opieką pozaszpitalną, a także brak kontynuacji leczenia [2, 10].

MODEL TORUŃSKI

Do 1990 roku placówki psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Toruniu znajdowały się w strukturze organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego, a psychiatryczna opieka ambulatoryjna w formie Poradni Zdrowia Psychicznego oraz Poradni Odwykowych działała w każdym z 7 Zespołów Opieki Zdrowotnej województwa toruńskiego. Psychiatryczną opiekę pełnodobową dla większości mieszkańców województwa toruńskiego zapewniał Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Świeciu n/W zlokalizowany w województwie bydgoskim oraz dwa oddziały psychiatryczne pełnodobowe w Toruniu. W 1990 roku w Toruniu powstał Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego (WOLP). Dla osób decydujących o rozwoju służb psychiatrycznych w województwie ważnym celem było osiągnięcia pełnej samowystarczalności województwa w zakresie psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej. Zarządzający psychiatryczną opieką zdrowotną stanęli przed zadaniem organizacji lecznictwa psychiatrycznego dla 670 tysięcy mieszkańców województwa. W sytuacji niedoboru środków kluczową kwestią było ich optymalne wykorzystanie. Punktem wyjścia było określenie: misji, wizji, celów i strategii WOLP. [3] Później okazało się, że zastosowanie aparatu pojęciowego zarządzania strategicznego prowadzi do utworzenia organizacji spełniającej kryteria psychiatrii środowiskowej. Budowa samowystarczalności województwa w zakresie psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej rozpoczęta w 1990 roku odbywała się dwutorowo i dotyczyła Torunia i najbliższych okolic oraz pozostałych placówek opieki psy-



Rysunek 1. Etapy rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w byłym województwie toruńskim

chiatrycznej i odwykowej związanych strukturalnie z Zespołami Opieki Zdrowotnej. Proces ten został podzielony na etapy.

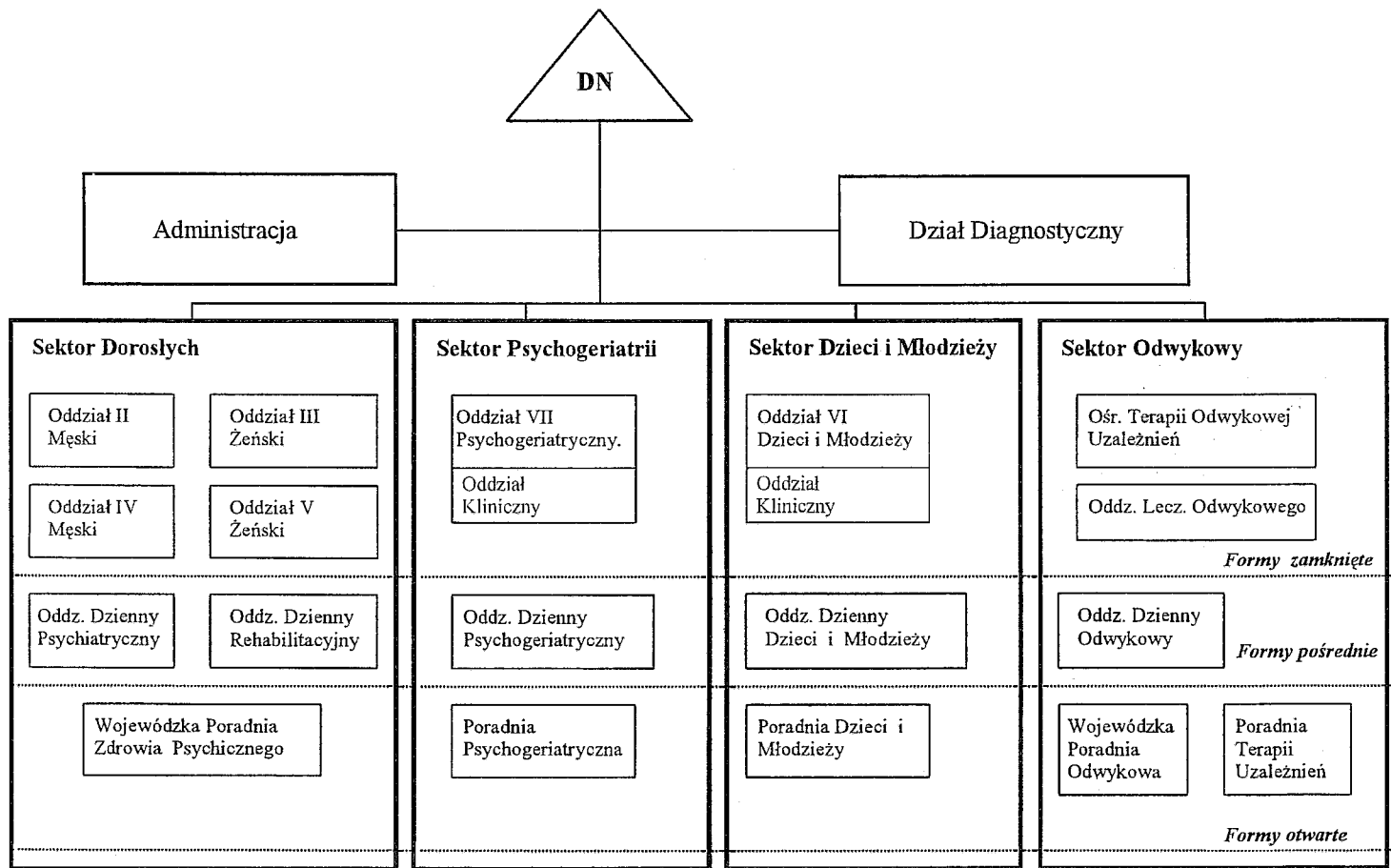
W 1995 roku został zakończony III etap rozwoju, który pierwotnie wydawał się znacznie trudniejszy do realizacji niż etap IV polegający na zmianie modelu pracy Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) i Poradni Odwykowych (PO) oraz integracji działań wszystkich placówek psychiatrycznej odwykowej opieki zdrowotnej. Okazało się jednak, że próba integracji opieki psychiatrycznej dla populacji 670 tys. mieszkańców jest zadaniem równie trudnym jak budowa poszczególnych elementów systemu opieki i zmusza do rozwiązywania problemów, z których istnienia nie zdawaliśmy sobie uprzednio sprawy. Główny nurt zmian dotyczył Torunia, wolniej rozwijała się i zmieniała część placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Zespołach Opieki Zdrowotnej województwa toruńskiego. Ta kolejność rozwoju była nieprzypadkowa, chcieliśmy najpierw stworzyć mocny ośrodek wiodący w zakresie rozwiązywania różnych problemów zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii dorosłych, psy-

chiatryi dzieci i młodzieży, psychogeriatryi oraz leczenia uzależnień. Ośrodek miał być liderem i koordynatorem zmian, oraz głównym miejscem lobbingu na rzecz psychiatrii w województwie toruńskim.

Początkowa struktura organizacyjna WOLP w Toruniu w formie Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (etap II) – okazała się mało przydatna dla realizacji wizji WOLP. W etapie III została ukształtowana struktura organizacyjna z rozbudowanymi formami opieki pośredniej i ambulatoryjnej, dobrze pasująca do modelu *sensu largo* psychiatrii środowiskowej.

WOLP składa się z sektora psychiatrii dorosłych, sektora psychiatrii dzieci i młodzieży, sektora psychogeriatryi oraz sektora leczenia uzależnień od alkoholu i od narkotyków (stan na 1999 rok). W każdym z tych czterech sektorów mamy trzy formy opieki: lecznictwo stacjonarne, formy pośrednie i lecznictwo otwarte.

Nasze plany osiągnięcia samowystarczalności województwa w zakresie psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej w 1996 roku okazały się zbyt optymistyczne. W zakresie



Rysunek 2. Struktura organizacyjna WOLP



Rysunek 3. Rejony działania szpitali w Toruniu i Świeciu nad Wisłą

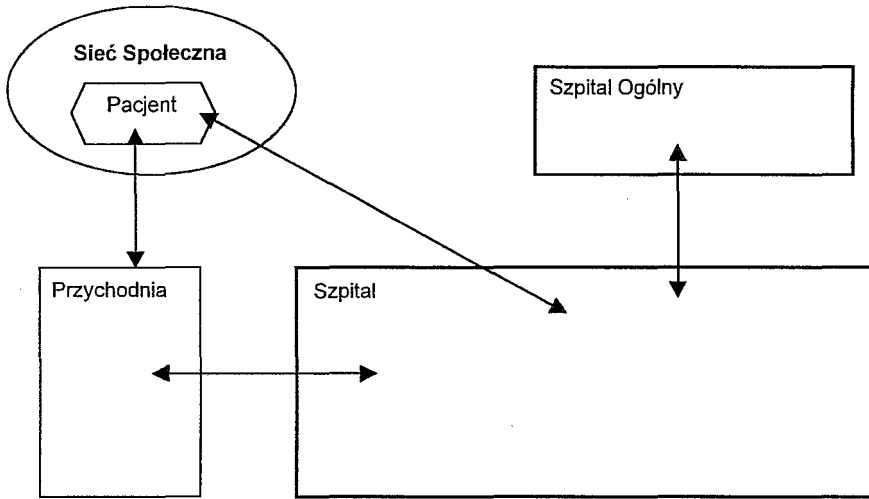
opieki stacjonarnej nadal połowa dorosłej ludności województwa toruńskiego korzystała z pełnodobowej opieki psychiatrycznej Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu n/W. Mapa przedstawia ówczesne rejony działania szpitali w zakresie psychiatrii dorosłych, jak i leczenia odwykowego alkoholików.

Na tym etapie mieliśmy na terenie województwa jakby dwa systemy opieki jeden z pewnymi elementami systemu środowiskowego związany z Toruniem, a drugi z przewagą elementów systemu tradycyjnego, dla którego miejscem hospitalizacji pacjentów wymagających opieki szpitalnej był szpital psychiatryczny w Świeciu n/W.

Jedną z głównych różnic między modelem tradycyjnym, a modelem środowiskowym jest stopień integracji opieki nad pacjentami. W modelu tradycyjnym Poradnie Zdrowia Psychicznego oraz Poradnie Odwykowe są luźno powiązane ze szpitalem, a system cha-

rakteryzuje się niewielkim stopniem integracji opieki. Ilustracją tego stanu rzeczy jest schemat drogi pacjenta w systemie (rys. 4).

Droga pacjenta chorującego na chorobę psychiczną w modelu tradycyjnym przedstawia się następująco: wejście do systemu przez poradnię nie jest najczęstsze, ponieważ część poradni pracuje jeden lub dwa dni w tygodniu. Pacjenci często wchodzą do systemu przez szpital, a potem dopiero kierowani są do dalszego leczenia w poradniach. W poradni pacjent wiąże się ze „swoim lekarzem leczącym”, który zwykle nie ma kontaktu z pacjentem w okresie, gdy ten przebywa w oddziale psychiatrycznym i nie ma wpływu na jego leczenie. W poradniach nie ma wyspecjalizowanych służb zajmujących się szczególnie trudnymi przypadkami osób niechętnie stosujących się do zaleceń lekarskich, część poradni jest otwarta tylko w niektóre dni tygodnia. Lekarze psychiatry i psycholodzy pracujący w poradni są przeciążeni zadaniami



Rysunek 4. Droga pacjenta w systemie tradycyjnym

związanymi z diagnozowaniem, prowadzeniem i konsultowaniem bardzo dużej liczby osób zgłaszających się do poradni. Wielu z tych pacjentów „grzęźnie” w poradni, nie są przekazywani do dalszego leczenia w poradniach ogólnych. Integracja opieki nad pacjentem w tym systemie jest niewielka, a współpraca między formami otwartymi lecznictwa, a szpitalem rzadka. W rezultacie przedłuża się pobyt pacjentów w szpitalu psychiatrycznym, często oddalonym wiele kilometrów od ich miejsca zamieszkania. Wyrazem niedostatku systemu jest fakt, że nieliczni otrzymują w nim więcej niż potrzebują mając nieuzasadniony dostęp do wysokokwalifikowanej opieki. Najbardziej potrzebujący często nie otrzymują tego, co się im należy z powodu niedostatku wyspecjalizowanych usług dla pacjentów chorujących na choroby psychiczne. Część pacjentów niechętnych leczeniu wypada z systemu opieki psychiatrycznej, w najgorszym razie do Domów Pomocy Społecznej.

Przekonani do przewagi systemu środowiskowego nad tradycyjnym podjęliśmy próby osiągnięcia pełnej samowystarczalności opieki psychiatrycznej nad mieszkańcami województwa w ramach systemu środowiskowego. Dokonanie zmiany wiązało się z koniecz-

nością bardzo szerokiego szkolenia personelu medycznego: lekarzy, psychologów, pielęgniarek, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych oraz jak największej liczby osób spoza personelu medycznego szczególnie z sektora pomocy społecznej i samorządów lokalnych. Wszystko to wymagało bardzo dużych nakładów finansowych oraz przychylności władz samorządowych i rządowych województwa. Głównym źródłem finansowania okazał się grant z Funduszu PHARE, który w ostrej konkurencji udało się nam uzyskać przedstawiając projekt w ogłoszonym konkursie. Dzięki temu został zakupiony sprzęt umożliwiający łatwą komunikację między poszczególnymi poradniami zdrowia psychicznego w województwie, zostało stworzone centrum szkoleniowe, pozyskaliśmy do szkoleń pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz *Colegium Medicum UJ*. Bardzo wielu ludzi zetknęło się po raz pierwszy z problematyką psychiatrii. Kilkadziesiąt osób przeszło intensywne szkolenia, kilkanaście osób odbyło szkolenie w Birmingham gdzie mieliśmy szczęście spotkać australijskiego psychiatrę Johna Houltta, który wdrażał zintegrowany system opieki z Madison najpierw w Sydney, a w chwili naszego spotkania w Birmingham. Zespół projektowy składający

się z pracowników WOLP uzyskał doświadczenie w prowadzeniu dużego projektu zgodnie ze standardem Unii Europejskiej. Bardzo krzepiającym doświadczeniem był entuzjizm średniego personelu, którego zaangażowanie w szkolenia, a następnie w samodzielną pracę było bardzo duże.

Tak więc od 1995 roku koncentrowaliśmy się na zmianie pracy ambulatoryjnych placówek psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej funkcjonujących w strukturze organizacyjnej wszystkich siedmiu ZOZ województwa i WOLP w Toruniu. Uznaliśmy się, że zmiany w ambulatoryjnych formach leczenia psychiatrycznego są kluczem do zmiany organizacji opieki psychiatrycznej tak, aby odpowiadała kryteriom psychiatrii środowiskowej. Bardzo dobrze działające służby ambulatoryjne, zapewniające wszechstronną i łatwo dostępną opiekę nad pacjentami psychotycznymi są podstawowym elementem i pozwalają na racjonalne tworzenie pozostałych form opieki w organizacji oraz kadrowego i materialnego zaplecza do przejęcia odpowiedzialności za całość problemów zdrowia psychicznego społeczności lokalnej rozumianej jako populacja rejonu ZOZ. W 1996 roku nie wiedzieliśmy ile w naszym województwie potrzebujemy psychiatrycznych łóżek szpitalnych, ile miejsca w oddziałach dziennych, jakie inne formy opieki pośredniej i ambulatoryjnej powinniśmy mieć, aby zapewnić odpowiedniej jakości opiekę. Są to pytania podstawowe dla organizatora opieki zdrowotnej, a prawidłowa na nie odpowiedź ma także wymiar ekonomiczny.

Organizacja opieki została podporządkowana priorytetom, które uznaliśmy za najważniejsze w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a mianowicie:

-
- koncentracja pomocy na osobach chorujących na choroby psychiczne, a szczególnie psychozy o ciężkim przebiegu
 - najważniejszą częścią systemu opieki jest leczenie otwarte
 - integracja opieki pozaszpitalnej i szpitalnej
-

Uzasadnienie priorytetów znaleźliśmy w argumentach formułowanych zarówno z pozycji osób korzystających z opieki, jak i profesjonalistów udzielających pomocy. Punkt widzenia, bliski użytkownikom wiąże się z cechami charakterystycznymi chorób psychicznych:

-
- początek zwykle w młodym wieku
 - przewlekły przebieg
 - częsta utrata pracy
 - obniżenie pozycji społecznej
 - pogorszenie sytuacji materialnej
 - stygmatyzacja chorego i jego rodziny
 - izolacja społeczna i osamotnienie dotyczące pacjenta i rodziny
-

Pacjenci chorujący na psychozy wymagają specjalistycznego leczenia, niedostępnego zwykle poza służbami psychiatrycznymi i ta grupa pacjentów powinna być przedmiotem naszej największej troski. Powszechnie uważa się, że kluczowe znaczenie dla przebiegu przewlekłych zaburzeń psychotycznych i poprawy funkcjonowania pacjentów ma stosowanie się przez pacjenta do zaleceń lekarskich i akceptowanie farmakoterapii. Pacjenci akceptują leczenie i dobrze współpracują z lekarzem leczącym, jeżeli otrzymują leki powodujące niewielkie objawy uboczne oraz jeśli w procesie leczenia i rehabilitacji stosowano wobec nich strategie wspomagające leczenie farmakologiczne, takie jak: psychoedukacja, treningi aktywnego udziału we własnym leczeniu, wczesnego rozpoznawania objawów nawrotu choroby, radzenia sobie ze stresem. Z badań tych wynika także, iż odpowiednio przeszkolony personel ze średnim wykształceniem jest równie skuteczny w prowadzeniu tych zajęć, jak psycholodzy lub psychiatry.

Punkt widzenia bliski osobom zajmującym się organizacją i zarządzaniem wiąże się z ekonomicznymi konsekwencje przewlekłego charakteru chorób psychicznych:

-
- ponad 70% kosztów w opiece psychiatrycznej – to koszty opieki całodobowej
-

- około 70% kosztów hospitalizacji stacjonarnej – to koszty generowane przez mechanizm „obrotowych drzwi szpitala psychiatrycznego”
- koszty opieki w ciągu życia chorego wzrastają o około 25% w przypadku opóźnionego rozpoczęcia leczenia
- koszty bezpośrednie i pośrednie wzrastają znacznie w przypadku nieakceptowania przez pacjenta pomocy
- wysokie koszty pośrednie ponoszą chorzy i ich rodziny oraz całe społeczeństwo

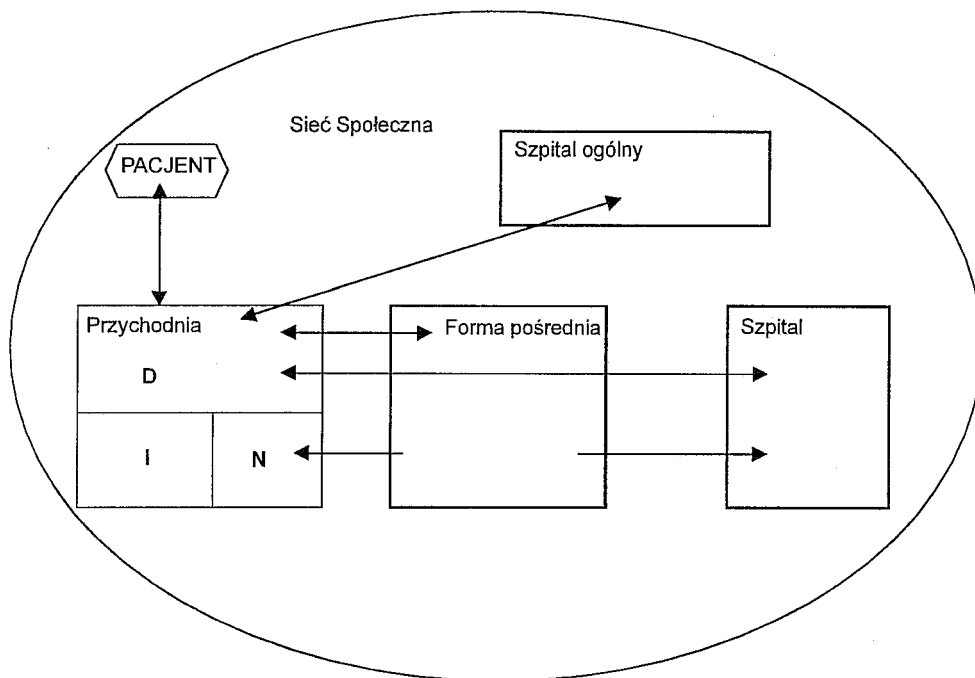
Z danych tych wynika oczywista konieczność ograniczenia do niezbędnego minimum leczenia stacjonarnego oraz stworzenia systemu opieki nad osobami chorującymi na choroby psychiczne, w którym leczenie otwarte odgrywać będzie najważniejszą rolę.

W modelu środowiskowym stopień integracji opieki nad pacjentem jest większy. Rola oddziałów szpitalnych i leczenia stacjo-

narne ograniczona do niezbędnego minimum. Ograniczeniu roli leczenia stacjonarnego towarzyszy rozwój pośrednich form opieki – oddziały dzienne oraz zmiana organizacji leczenia ambulatoryjnego poprzez uzupełnienie funkcji diagnostyczno-leczniczo-konsultacyjnej działalnością zespołów zajmujących się przypadkami szczególnie trudnymi oraz przypadkami nagłymi. Droga pacjenta w systemie środowiskowym dobrze ilustruje jego funkcjonowanie (rys. 5).

Pacjent zazwyczaj trafia do systemu przez poradnię i często jest prowadzony przez tego samego lekarza w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. W poradni wyraźnie wyodrębniona zostały funkcje:

(D) – diagnozowania, prowadzenia pacjentów chętnie stosujących się do zaleceń, konsultowania – do pełnienia tej funkcji niezbędny jest lekarz psychiatra i psycholog



Rysunek 5. Droga pacjenta w systemie środowiskowym

- (I) – polegająca na objęciu opieką pacjentów chorych psychicznie wymagających szczególnej uwagi i zaangażowania także innych pracowników zespołu poradni – bardzo duża rola odpowiednio przeszkolonego personelu średniego
- (N) – to nagła pomoc psychiatryczna oparta w dużej mierze na pracy odpowiednio wyszkolonych pielęgniarek psychiatrycznych, środowiskowych, pracowników socjalnych.

W systemie najważniejszą rolę pełni leczenie otwarte i formy pośrednie z programami rehabilitacyjnymi nastawionymi na utrzymanie pacjenta w środowisku, budowanie oparcia społecznego dla pacjentów psychotycznych i ich rodzin oraz koordynowanie pomocy różnych służb i środowisk na rzecz rozwiązywania problemów osób z zaburzeniami psychicznymi.

Od 1996 roku w organizacji opieki psychiatrycznej można było wyróżnić dwa podsystemy. Jeden z przewagą elementów systemu środowiskowego obejmował populację zamieszkałą w rejonie działania WOLP – Toruń, ZOZ Chełmża, ZOZ Golub – Dobrzyń; drugi określany jako tradycyjny obejmuje populację zamieszkałą w rejonie działania ZOZ Brodnica, ZOZ Chełmno, ZOZ Grudziądz, ZOZ Nowe Miasto Lubawskie i ZOZ Wąbrzeźno. Populacje zamieszkałe w obu podsystemach były zbliżone ilościowo, a różnice między mieszkańcami wsi i miast były niewielkie. Ten fakt sprowokował nas do przeprowadzenia w 1998 roku badań porównawczych obu systemów w zakresie dostępności do leczenia, kosztów i jakości opieki zdrowotnej, w tym również satysfakcji pacjentów korzystających z usług zdrowotnych. Uwzględniając trudności metodologiczne tego naturalistycznego badania okazało się, że system środowiskowy charakteryzuje się lepszą dostępnością do opieki, wyższymi kosztami stacjonarnej opieki odwykowej i opieki ambulatoryjnej oraz wyższą satysfakcją pacjentów korzystających z jego świadczeń.

PODSUMOWANIE

Na progu reformy ochrony zdrowia oczekiwaliśmy rozwiązań systemowych w zakresie finansowania sprzyjających takim organizacjom jak nasza. Okazało się, że jest wprost przeciwnie. W pierwszym roku reformy oraz w pierwszym półroczu 2000 r. uzyskaliśmy ujemny wynik finansowy we wszystkich naszych poradniach oraz oddziałach dziennych. Wprowadzenie zasady płacenia za usługę zahamowało proces integrowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie byłego województwa toruńskiego, a także spowodowało zmniejszenie nakładów na psychiatryczną opiekę zdrowotną w porównaniu z nakładami na ochronę zdrowia ogółem w województwie toruńskim. Obecny system finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest destrukcyjny dla organizacji tworzącej system opieki zintegrowanej zorientowany środowiskowo. Próbuje odwrócić ten niepokojący trend negocjując z Kasą Chorych kapitałowy system finansowania psychiatrii.

Nasze doświadczenie z przekształcania systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w byłym województwie toruńskim wskazuje, że wprowadzanie dużej zmiany organizacyjnej wymaga profesjonalnego zarządzania zmianą.

PIŚMIENNICTWO

1. Foley A.R.: Perspectives on delivery of mental health services. in: American Handbook of Psychiatry. 1975, Vol. VI, Ch.33, 756–778.
2. Houlst J.: Community care of the mentally ill. Br. J. Psychiatry. 1986, 149, 137–144.
3. Janiszewski M., Kozera J.: Koncepcja rozwoju regionalnej opieki psychiatrycznej i jej realizacja w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu, Psychiatria Polska – XXXVIII Zjazd Psychiatrów Polskich Wrocław 4–7.05.1995 r.
4. Langsley D.G.: Community psychiatry, in: Comprehensive Textbook of Psychiatry edited by Kaplan H., Freedman A., Sadock B., Vol 3, 1980, 2836–2854.
5. Macht L.B. Community Psychiatry in: The Harvard Guide to Modern Psychiatry, edited by

- Nicholi A.M., The Belknap Press of Harvard University Press, 627-647.
6. Regier D.A., Taube C.A.: The delivery of mental health services. in: American Handbook of Psychiatry. 1975, Vol. VII, ch.36, 715-740.
 7. Ruiz P., Tourlentez T.: Community Mental Health Centers. in: Psychiatric Administration edited by Talbott J.A., Kaplan S.R. 1983. 103-116).
 8. Spiro H.R.: Prevention in Psychiatry: Primary, Secondary, and Tertiary. in: Comprehensive Textbook of Psychiatry edited by Kaplan H., Freedman A., Sadock B., Vol 3, 1980, 2858-2871.
 9. Wilkinson G., Freeman H.: The provision of mental health services in Britain: the way ahead. 1986, Gaskell, London.

*Adres: Dr Mieczysław Janiszewski, WOLP – Toruń,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 27/29, 87-100 Toruń*