

Przyszłość szpitali psychiatrycznych

The future of mental hospitals

STANISŁAW DĄBROWSKI, WANDA LANGIEWICZ, TERESA
ŻAKOWSKA-DĄBROWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Na tle zasad przygotowywanej reformy organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przedstawiono perspektywy przyszłego miejsca i roli dzisiejszych szpitali psychiatrycznych (red.)*

SUMMARY. *Perspectives of the future position and role of the existing mental hospitals are discussed in the light of the currently prepared reform of the psychiatric care system (Eds.)*

Słowa kluczowe: szpitale psychiatryczne / psychiatryczna opieka zdrowotna / reforma psychiatrii
Key words: mental hospital / psychiatric care / reforms in psychiatry

Rozwój psychiatrii środowiskowej wiąże się z nieuchronnymi zmianami liczby, wielkości, struktury i funkcji szpitali psychiatrycznych. W niektórych krajach (Anglia, Włochy, USA) następuje znaczące zmniejszenie liczby szpitali i drastyczna redukcja łóżek. Zmiany w strukturze polegają na decentralizacji szpitali (unityzacja, sektoryzacja, subrejonizacja), której często towarzyszy poprawa kultury, stylu i jakości świadczeń, rozwój systematycznej działalności rehabilitacyjnej, dążenie do zapewnienia bardziej rezydencjalnych (mieszkaniowych) niż instytucjonalnych (szpitalnych) warunków opieki i inne przekształcenia określane jako "normalizacja" szpitala psychiatrycznego.

Obniża się również liczba tzw. "starych chroniczków" (ostatni pobyt w szpitalu powyżej 1 roku, a poprzednio 5 i więcej lat), rośnie proporcja "nowych chroniczków" (pierwszy pobyt dłużej niż rok), pacjentów geriatrycznych, dziecięcych, młodzieżowych, sprawców czynów karalnych, uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Do wzrostu tych grup przyczyniają się na Zachodzie liczne alternatywne do szpitala formy opieki, głównie oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (PSO), które z racji małych rozmiarów, ograniczonych możliwości rehabilitacji i względnie wysokich kosztów nie są w stanie

zaspokoić zróżnicowanych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Większości tych potrzeb nie udaje się zapewnić również w środowisku i dlatego szpitale psychiatryczne, chociaż mniej liczne i dysponujące mniejszą liczbą łóżek będą jeszcze długo niezbędnym elementem wielostronnej opieki psychiatrycznej.

W Polsce zachodzą również istotne przeobrażenia, chociaż nie tak spektakularne jak na Zachodzie. W ostatnich kilkunastu latach zwiększyła się liczba placówek stacjonarnych z 92 w 1980 do 149 w 1993 roku, głównie dzięki oddziałom psychiatrycznym PSO i zakładom odwykowym. W 54 oddziałach znajduje się obecnie ponad 10% ogólnej liczby łóżek psychiatrycznych.

Radykalnie zmniejszyła się średnia liczba osób przebywających powyżej 5 lat, skrócił się średni czas pobytu, obniżyło się zagęszczenie.

Należy spodziewać się, że oddziałów PSO będzie przybywać i że będą one przejmować od szpitali coraz więcej zadań ogólnopsychiatrycznych, jednakże nie zastąpią one całkowicie szpitali, które wraz z kurczeniem się dotychczasowych zadań, będą podejmować się nowych świadczeń specjalistycznych.

Ogólny kierunek rozwoju szpitali sygnalizowano już w *Raporcie o stanie psychiatrii z 1980*

roku i *Informacji o najpilniejszych zadaniach lecznictwa psychiatrycznego z 1992 roku*. Nowe zadania najpełniej zarysowano w *Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego* zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w styczniu 1995 r. Program przewiduje m.in.:

1. poprawę dostępności opieki środowiskowej,
2. znaczne zagęszczenie sieci oddziałów PSO,
3. zmniejszenie liczby łóżek w dużych i średnich szpitalach,
4. zmianę zadań części oddziałów szpitalnych z przeznaczeniem ich na specjalistyczne formy opieki: oddziały psychogeriatryczne i rehabilitacyjne, w tym również dzienne dla pacjentów szpitalnych, oddziały dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji, regionalne ośrodki psychiatrii młodzieżowej, leczenia nerwic i psychiatrii sądowej.

CEL ANALIZY

Celem naszego doniesienia jest przedstawienie tylko dwóch z wielu analizowanych zagadnień: redukcji łóżek w szpitalach psychiatrycznych i zmiany funkcji części oddziałów w tych szpitalach.

METODA BADANIA

Badania nad przyszłością szpitali opierają się na informacjach o przewidywanych przekształceniach w 31 szpitalach, które uzyskano przed rokiem przy pomocy *Ankiety o przyszłości szpitali psychiatrycznych*. Drugim, częściowo wykorzystanym, źródłem danych są kwestionariusze dostępności opieki stacjonarnej wypełniane przez specjalistów wojewódzkich we współpracy z dyrektorami szpitali w toku prac nad projektem docelowej sieci psychiatrycznej opieki zdrowotnej przewidzianej w art. 55 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Trzecim źródłem jest *Rocznik Statystyczny*.

Redukcja liczby łóżek

Najpierw przedstawimy krótką charakterystykę przemian jakie nastąpiły w ostatnim dwudziestoleciu w 26 największych szpitalach

psychiatrycznych, liczących wtedy od 700 do 2000 łóżek. W 1973 roku skupiały one około 90% wszystkich łóżek szpitalnych.

Po 20 latach liczba łóżek w tej grupie szpitali zmalała o ponad jedną trzecią, tj. o prawie 12 tys. Skala spadku w poszczególnych szpitalach wahała się od 100 do 1600 łóżek, wynosząc przeciętnie około 50

Najczęstszą formą redukcji łóżek było ich usuwanie z nadmiernie zatłoczonych oddziałów. W niektórych szpitalach redukcja polegała na przekazywaniu innym użytkownikom tzw. oddziałów filialnych, które na ogół nie były dostosowane do potrzeb szpitalnych oraz na wyłączaniu z eksploatacji obiektów całkowicie zdekapitalizowanych. W rezultacie wskaźniki zagęszczenia zmniejszyły się w tych szpitalach ze 155% do 126%.

Wydaje się, że na proces zmniejszania się szpitali miały wpływ dwa główne czynniki. Pierwszym było wprowadzanie subrejonizacji, co potwierdziły analizy przeprowadzone na materiale kilkunastu szpitali. Drugim czynnikiem był sukcesywny przyrost liczby oddziałów PSO. Dla przykładu - w latach 1975-1985 liczba ich podwoiła się, co niewątpliwie wpłynęło na odciążenie niektórych szpitali.

Analizując wewnętrzne przemiany szpitalne spowodowane redukcją łóżek należy stwierdzić, że zmniejszanie objęło prawie wszystkie rodzaje oddziałów. W tzw. oddziałach ogólnych, głównie dla przewlekłe chorych, zlikwidowano około 10 tys. łóżek, tj. prawie 4 z każdych 10 łóżek. W oddziałach specjalistycznych ogólna skala spadku łóżek była mniejsza, chociaż w takich oddziałach jak zakaźne, psychosomatyczne, sądowe, dziecięco-młodzieżowe i nerwic zlikwidowano co drugie łóżko. Wzrost liczby łóżek miał miejsce przede wszystkim w oddziałach odwykowych (30%) oraz neurologicznych (28%). W latach osiemdziesiątych zaczęły także pojawiać się pierwsze oddziały dla uzależnionych od środków psychoaktywnych - w 1994 r. łącznie było już ponad 100 łóżek na tych oddziałach.

Zmniejszanie się liczby łóżek zarówno w oddziałach ogólnych, jak i specjalistycznych dowodzi, że w omawianych szpitalach potrzeba rozgęszczenia i poprawienia warunków dominowała nad potrzebą poszerzenia oferty świadczeń specjalistycznych.

Obecnie wiele szpitali stanęło przed problemem wykorzystania łóżek. Dotyczy to także tych zakładów, które uległy już znacznemu zmniejszeniu. Przed dwudziestu laty wskaźnik wykorzystania w dużych, załoczonych oddziałach przekraczał poziom bezpieczny dla ich prawidłowego funkcjonowania i wynosił 97%, podczas gdy teraz wynosi 85% a poziom 60-70% nie należy do rzadkości. Z ostatnich danych wynika, że stosunkowo najmniej są wykorzystane oddziały dziecięco-młodzieżowe (62%) oraz nerwicowe. W najbliższych latach w miarę powstawania nowych oddziałów PSO problem ten będzie narastać.

Na malejące wykorzystanie łóżek wpłynęły także zmiany struktury leczonej populacji. Ponad dwukrotnie zmniejszyła się liczba pacjentów długotrwale hospitalizowanych (powyżej 1 roku zmalała z 17 do 8 tys.; powyżej 5 lat - z 10,6 do 5 tys.). Część pacjentów długotrwale hospitalizowanych - zwłaszcza z tzw. transportów - zmarła, część natomiast trafiła do domów opieki społecznej. Znalazło to swój wyraz m.in. w znacznym skróceniu średniego rocznego czasu hospitalizacji, który zmniejszył się ze 100 do 70 dni.

Jednym z poważniejszych problemów prac nad siecią zakładów psychiatrycznych jest określenie skali dalszej redukcji łóżek szpitalnych. Stosunkowo prosta jest sytuacja tych placówek, gdzie zmniejszenie będzie niezbędne dla poprawy warunków - zgodnie z wymaganiami odpowiednich przepisów. Trudniejsze decyzje staną przed tymi szpitalami, gdzie mimo planów rozgęszczenia i poprawienia standardów oddziałów, nadal występuje poważny nadmiar łóżek. Niektóre spośród nich planują przeznaczenie części swoich obiektów na zakłady leczniczo-opiekuńcze, bądź domy pomocy społecznej.

Przy określaniu zapotrzebowania na psychiatryczną i odwykową opiekę szpitalną na

koniec następczej dekady przyjęto ogólne założenie, że wskaźnik dostępności w skali kraju nie powinien przekraczać 6 (z uwzględnieniem uzależnień) łóżek na 10 tys. mieszkańców. W ocenie potrzeb dla poszczególnych województw uwzględniano także poziom obecnej dostępności, która w kraju jest zróżnicowana i waha się od kilku do kilkunastu łóżek na 10 tys. mieszkańców.

Interesująco wypada porównanie zakresu planowanej przez część szpitali redukcji łóżek przedstawionej w ankiecie o przyszłości szpitali, z planami zmniejszania ustalonymi w ramach opracowywanej sieci.

Spośród 18 dużych szpitali, które udzieliły w tej sprawie odpowiedzi, jedynie 12 zapowiedziało zmniejszenie na łączną liczbę około 1500 łóżek. Tymczasem, jak wynika ze wstępnych oszacowań, dla całej tej grupy zapotrzebowanie na opiekę szpitalną powinno zmniejszyć się o około 8 tys. łóżek, pod warunkiem, równoczesnego utworzenia nowych placówek opieki stacjonarnej i środowiskowej w rejonie tych szpitali. Wydaje się, że tak skromny zakres planowanych redukcji może wynikać ze sceptycznej oceny możliwości poprawy dostępności opieki psychiatrycznej oraz z utrzymującego się czasami przekonania, że szpitala nie da się w niczym zastąpić.

Zmiana funkcji szpitali

Kolejnym zadaniem Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w zakresie poprawy dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest zmiana funkcji części oddziałów szpitalnych i przeznaczenie ich na oddziały specjalistyczne.

Zgodnie z wynikami ankiety, do najczęstszych obecnie funkcjonujących oddziałów specjalistycznych w 31 szpitalach należały oddziały: rehabilitacyjne (21), detoksykacyjne (16), dla uzależnionych od alkoholu (10), detoksykacyjne dla narkomanów (10), dziecięco-młodzieżowe (12), nerwicowe (10), dla przewlekłe chorych (12), w tym tylko 2 o charakterze rehabilitacyjnym, psychogeriatryczne (8), hostelowe (10).

Do najczęściej planowanych typów oddziałów specjalistycznych w 22 szpitalach należały oddziały: leczniczo-rehabilitacyjne geriatryczne całodobowe (13) i dzienne (7), dzienne rehabilitacyjne dla pacjentów z oddziałów subrejonowych (10), dziecięco-młodzieżowe (7), nerwicowe (6), hostelowe (10). Rzadziej planowano oddziały odwykowe alkoholowe i dla narkomanów.

W 9 szpitalach nie przewidywano żadnych zmian uzasadniając to brakiem perspektyw poprawy sytuacji finansowej.

Szereg szpitali zamierzało organizować takie struktury jak: oddziały dla pobudzonych, gwałtownych, ostrych i agresywnych, dla zaostrzeń psychotycznych i świeżych przyjęć, dla krótkoterminowych i długoterminowych, dla pierwszych przyjęć i dla wielokrotnie hospitalizowanych. W większości szpitali planuje się ponadto różnorodne zmiany ukierunkowane na "normalizację" zakładu.

PODSUMOWANIE

1. W okresie ostatnich 20 lat liczba łóżek w największych szpitalach psychiatrycznych zmalała o jedną trzecią (około 12 tys.).
2. Zamierzenia dyrektorów dotyczące redukcji łóżek - według danych sprzed roku - okazały się wielokrotnie niższe niż zaplanowane w ramach docelowej sieci.
3. Prawie 1/3 ankietowanych szpitali nie zamierzała przeprowadzać zmian w strukturze i funkcjonowaniu zakładu mimo nieuniknionej konieczności dostosowania się do nowych wymogów.
4. 1/5 szpitali nie przewidywała utworzenia oddziałów odwykowych dla uzależnionych od alkoholu, a 1/3 leczniczo-rehabilitacyjnych oddziałów psychogeriatrycznych, mimo znanych trudności w zapewnieniu adekwatnej opieki specjalistycznej dla tych kategorii pacjentów w subrejonowych czy ogólnych oddziałach.

5. Szereg szpitali wykazywało tendencję do planowania oddziałów dziecięco-młodzieżowych i nerwicowych nie uwzględniając niskiego dotychczas wskaźnika wykorzystania tych oddziałów.

6. Dążenie do wyodrębnienia "nowych" oddziałów na podstawie kryteriów behawioralnych (dla pacjentów agresywnych, pobudzonych, gwałtownych lub ostrych) albo kryteriów przebiegu (pacjenci przyjmowani po raz pierwszy czy wielokrotnie, świeży czy przewlekli, krótkoterminowi czy długoterminowi), nie jest czymś nowym lecz nawrotem do poprzednich struktur segregacyjnych, które przyczyniły się do krytycznego zatłoczenia zakładów psychiatrycznych w końcu lat sześćdziesiątych. Dążenia te są sprzeczne z elementarnymi wymogami organizacyjnymi psychiatrii środowiskowej, które są określone w obowiązujących wytycznych organizacyjnych, Programie i Ustawie. Do podstawowych cech psychiatrii środowiskowej, obok dążenia do zapewnienia wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki, należy również rejonizacja i subrejonizacja świadczeń leczniczych, bez której nie można zapewnić ciągłości opieki i zbliżenia jej do miejsca zamieszkania pacjentów.

Podziękowania

Pragniemy wyrazić podziękowanie dyrektorom 31 szpitali psychiatrycznych, którzy zadali sobie trud wypełnienia ankiety pt. *Przyszłość szpitali psychiatrycznych*.

PIŚMIENNICTWO

1. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej - Roczniki Statystyczne. IPiN, Warszawa 1973-1993.
2. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Post. Psychiatr. Neurol. 1995,4,3:321-332.