



Psychiatria środowiskowa w Białymstoku – od teorii do praktyki

*Community psychiatry in Białystok
– from theory to practice*

ŚLAWOMIR ROGOWSKI

Ze Stowarzyszenia na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej w Białymstoku
i Niepublicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

STRESZCZENIE. *Na skutek różnych zjawisk epidemiologicznych, w naszym otoczeniu rośnie liczba osób przewlekle chorych psychicznie. Ciężar opieki nad nimi przesuwają się w kierunku form pozaszpitalnych, rośnie znaczenie oddziaływań rehabilitacyjnych. Powszechna jest świadomość, że oddziaływania te muszą być zarówno wielostronne, jak i indywidualnie dostosowane do pacjenta i jego środowiska. To powoduje potrzebę tworzenia struktur integrujących oba te aspekty. Coraz lepiej wiemy, jakie są potrzeby i oczekiwania pacjentów i ich rodzin: tworzenie zespołów środowiskowych, klubów pacjenta, ośrodków interwencji kryzysowej, różnych możliwości zatrudnienia. Coraz częściej najbardziej palące nie jest już pytanie: co jest pilnie potrzebne? ale: jak to zorganizować? W ostatnich latach powstały nowe możliwości w tym zakresie, coraz bardziej aktywne są zwłaszcza organizacje pozarządowe. Przykładem jest „Powrót do społeczności”, wspólny projekt Stowarzyszenia na rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej w Białymstoku oraz holenderskiej organizacji Stichting Stedenkontakt Eindhoven-Białystok.*

SUMMARY. *For several epidemiological reasons the number of chronic mental patients in our communities is increasing. Major responsibility for these patients is now being shifted to out-patient forms of care and the significance of rehabilitation is increasing. It is generally accepted that this form of intervention must be both comprehensive and individually tailored to the patient and his/her community. This means that we need to develop structures capable of integrating these two aspects of recovery. We know much more than we used to about the needs and expectations of patients and their families: community teams, patient clubs, crisis intervention centres, various employment outlets. More and more frequently the urgent question is not: what has to be done? but: how to do it? Many new options have developed in recent years. In particular, non-government organisations have become increasingly more active. One example of this activity is “Back to the Community”, a project which the Association for Psychiatric Rehabilitation in Białystok carried out in co-operation with Stichting Stedenkontakt Eindhoven-Białystok, a Dutch organisation.*

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa / integracja systemu opieki / zespół leczenia środowiskowego / klub pacjenta

Key words: community psychiatry / health care system integration / community treatment team / patient club

Epidemiolodzy wskazują od lat na na cieka-
wskie światowe trendy w dziedzinie chorób
psychicznych. Pierwszy z nich – to znaczne
wydłużanie długości życia osób z zaburzenia-

mi psychicznymi. O ile kilkadziesiąt lat temu
przeciętna długość życia po pierwszym za-
chorowaniu na jedną z psychoz wynosiła
15 lat, to obecnie okres ten wydłużył się do

40 lat. Wpływ na to ma wprowadzenie nowych, skutecznych leków, być może także inne czynniki m.in. genetyczne i środowiskowe. Po drugie, obserwuje się znaczne zmniejszenie częstości występowania dramatycznych form schizofrenii, z pobudzeniem, dziwnym zachowaniem i urojeniami, więcej jest przypadków przebiegających z przewagą objawów negatywnych: apatią, wycofaniem i zaburzeniami funkcjonowania społecznego, co powoduje powstanie nowego typu „chroniczności” w przebiegu choroby [7].

Te dwa zjawiska powodują, że znacznie wzrosła, i nadal wzrasta, liczba osób, które nie wymagają stałego leczenia szpitalnego a jednocześnie nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku. Jest to fakt istotny społecznie, gdyż coraz częściej będziemy spotykać się z nimi w naszym otoczeniu, coraz bardziej niezbędna będzie pomoc zarówno tym osobom jak i edukacja przygotowująca społeczeństwo. Stawia to również wyzwania przed instytucjami i osobami zajmującymi się planowaniem i organizowaniem pomocy dla tej grupy osób.

W pierwszej części artykułu zarysowane zostaną niektóre możliwości oraz wyzwania, jakie ostatnio pojawiły się w długoterminowej pracy z pacjentami cierpiącymi na przewlekłe zaburzenia psychiczne, zwłaszcza na schizofrenię. W tym celu podjęta zostanie próba wykazania słuszności dwóch tez:

-
1. Terminy, które najlepiej oddają kierunek, w jakim powinna zdążać opieka nad osobami przewlekłe chorymi psychicznie to *różnorodność* oraz *integracja*,
 2. Zespół leczenia środowiskowego jest strukturą odpowiednią do realizacji tego kierunku.
-

Część druga artykułu opisuje przykład praktycznego podejścia do zagadnienia – realizację projektu, w ramach którego utworzono zespół leczenia środowiskowego, klub pacjenta, hostel oraz sklep.

RÓŻNORODNOŚĆ I INTEGRACJA W OPIECE NAD OSOBAMI PRZEWLEKLE CHORYMI PSYCHICZNIE

Potrzeba wielu różnorodnych form w systemie opieki nad przewlekłe chorymi psychicznie wynika zarówno z wiedzy, jaką zgromadzono w miarę rozwoju psychiatrii na temat samych chorób psychicznych, jak i z doświadczenia zdobytego w ich leczeniu. Powszechnie obecnie uznanym podejściem jest stanowisko holistyczne, uwzględniające czynniki biologiczne, psychologiczne, psychospołeczne oraz zachodzące pomiędzy nimi interakcje. Można także powiedzieć, że większość szkół ortodoksyjnego myślenia, zwłaszcza na temat schizofrenii, znacznie złagodziła kategoryczność swoich poglądów, pozostawiło natomiast poszczególne, przydatne w terapii i w rozumieniu sytuacji chorego narzędzia (np. systemowa terapia rodzin). Ponieważ schizofrenia jest chorobą o znacznej różnorodności form przebiegu oraz występujących objawów, często u tego samego pacjenta, nie ma jednej formy terapii czy rehabilitacji, którą można powszechnie stosować i planowanie systemu opieki musi to uwzględniać. Osoba zajmująca się profesjonalnie opieką nad przewlekłe chorymi psychicznie powinna więc przynajmniej orientować się w takich zagadnieniach jak: biologiczne uwarunkowania chorób psychicznych, farmakoterapia, psychoterapia, terapia rodzin, rehabilitacja psychospołeczna i zawodowa. Dzięki temu może ona patrzeć na chorego z różnych punktów widzenia, a tym samym dostrzegać różne możliwości interwencji i pomocy.

Poza rozwojem wiedzy na temat chorób psychicznych, istotnym zjawiskiem jest rozwój form pozaszpitalnych dla przewlekłe chorych osób, zwłaszcza w USA i krajach Zachodniej Europy. Często na fali negacji zamkniętych instytucji psychiatrycznych stworzono wiele takich placówek, zakładając, że pacjent sam efektywnie skorzysta z oferowanych możliwości. Założenie to nie

sprawdziło się. Ośrodki te zakładane były przez różne resorty i instytucje, często kierujące się w swoim działaniu odmiennymi paradygmatami. W konsekwencji pacjent dokonywał często wyborów przypadkowych, przechodził z jednych placówek do innych, co odbijało się niekorzystnie na ciągłości opieki. Piszą Stein i Santos [8]:

Dodatkowo problem (opieki na przewlekle chorymi psychicznie – S.R.) komplikuje brak integracji systemu (w oryginale *fragmented nonsystem*) publicznej opieki psychiatrycznej. Poszczególne formy środowiskowe i szpitalne działają tak, jakby pozostałe w ogóle nie istniały; każda ma własne kryteria przyjęciowe oraz zasady, których klient musi przestrzegać, aby utrzymać się w programie. Działalność tych placówek nie jest koordynowana, nie istnieje między nimi współpraca (...) Ponadto w wielu, jeśli nie w większości regionów, lokalne społeczności nie dysponują wszystkimi potrzebnymi formami opieki. Przy tym braku systemu (*in this nonsystem*), nawet gdy istnieją niezbędne placówki, tylko niewielu klientów dostaje to, co jest im naprawdę potrzebne, wielu otrzymuje tylko część niezbędnej opieki, niektórzy nie otrzymują jej wcale. Taki brak systemu (*this nonsystem*) nie zaspokaja potrzeb klientów, powoduje frustrację ich rodzin i ogranicza skuteczność działania pracowników.

W Polsce w ostatnich latach widać znaczący postęp w rozwoju form pozaszpitalnych – pomimo trudności powstają nowe oddziały dzienne, kluby pacjenta, środowiskowe domy samopomocy. Wydaje się jednak, że środowisko psychiatryczne nie do końca jeszcze zdało sobie sprawę ze wszystkich następstw tego zjawiska, między innymi z pojawienia się problemu optymalnego korzystania z istniejących form opieki, terapii i rehabilitacji. Brak odpowiedniej struktury integrującej będzie powodować niewykorzystanie lub niewłaściwe wykorzystanie ich przez pacjentów a tym samym nierzadko utratę szansy na sukces terapeutyczny i rehabilitacyjny. Zapewne w tym miejscu część psychiatrów stwierdzi, że ten problem ich nie dotyczy, ponieważ w regionie, w którym pracują, pacjenci mają dostęp jedynie do podstawowych form opieki, a i to w ograniczonym zakresie.

Jednak taka konstatacja powinna raczej skłaniać do prób angażowania się w poszerzanie istniejącego systemu o różnorodne formy nietradycyjne. Postawa przeciwna – zaniechanie takich wysiłków – powoduje bowiem, że godzimy się na pozostanie poza głównym nurtem rozwoju współczesnej psychiatrii. Konsekwencją znacznie gorszą jest to, że z istniejącej wiedzy i możliwości pomagania nie korzystają nasi pacjenci i ich rodziny.

Sytuację pacjenta w systemie pozbawionym struktury integrującej ukazuje rys. 1.

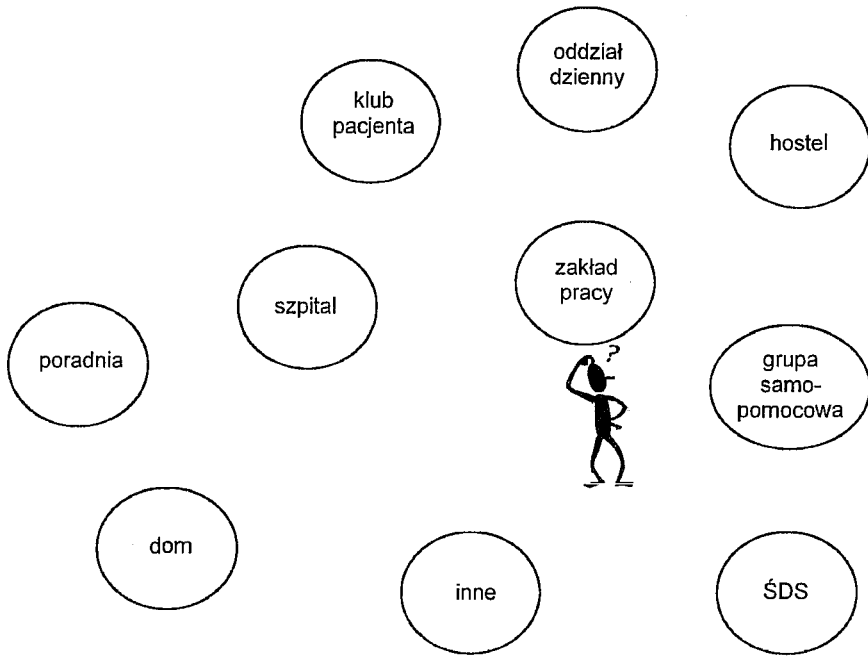
Potrzeby, jakie powinien zaspokajać system opieki dobrze ilustrują wypowiedzi Amerykanki Patrycji Deegan, osoby zarówno dotkniętej schizofrenią, jak i będącej uznanym profesjonalistą w dziedzinie rehabilitacji psychiatrycznej:

Program rehabilitacyjny może stworzyć środowisko sprzyjające zdrowieniu, jeżeli jego struktura nakierowana jest na dynamikę procesu, uwzględnia zjawiska podejście/wycofanie, próba/niepowodzenie [3].

Deegan podkreśla też wielką odrębność każdej sytuacji:

Następny punkt istotny przy tworzeniu sprzyjającego środowiska wynika ze zrozumienia faktu, że każdy odbywa swoją własną, wyjątkową podróż ku zdrowieniu. Oczywiście, istnieją pewne zjawiska w tym procesie, które są wspólne dla wszystkich dotkniętych chorobą, takie jak doświadczenie rozpacz i przejścia do nadziei, przebudzenia woli, podjęcia działania. Jednakże każda z tych osób jest przede wszystkim indywidualnością, która sama z czasem określa, co wspomaga jej zdrowienie, a co nie. Z tego względu podstawową sprawą jest oferowanie tym osobom różnych możliwości do wyboru, dla przykładu: programy oferujące możliwość podjęcia pracy w warunkach specjalnych, kluby, zakłady pracy prowadzone przez byłych pacjentów, czasowe zatrudnienie, treningi umiejętności, programy wsparcia [3].

Uwzględniając ten *par excellence* indywidualny proces i definiując sukces terapeutyczny przede wszystkim w kategoriach zaspokojenia potrzeb oraz osiągnięcia własnych celów klienta, (a nie w kategoriach celów poszczególnych instytucji, co jest bardzo



Rysunek 1. Niezintegrowany system opieki

częste, choć rzadko przyznawane), widzimy wyraźnie, że pojawiło się nowe wyzwanie: stworzenie sprawnie działającej struktury, której zadaniem powinna być integracja rozumiana w trzech aspektach:

aspekt interdyscyplinarny – ujmowanie choroby psychicznej w ramach wspomnianego ujęcia holistycznego, oraz stosowanie w związku z tym różnych możliwych do zastosowania form terapii i rehabilitacji

aspekt przestrzenny – możliwość dostępu do odpowiedniej formy pomocy: klubu, środowiskowego domu samopomocy, oddziału dziennego, oddziału szpitalnego, zakładu pracy itp. oraz szczegółowa wiedza na temat programów i form pracy tych placówek,

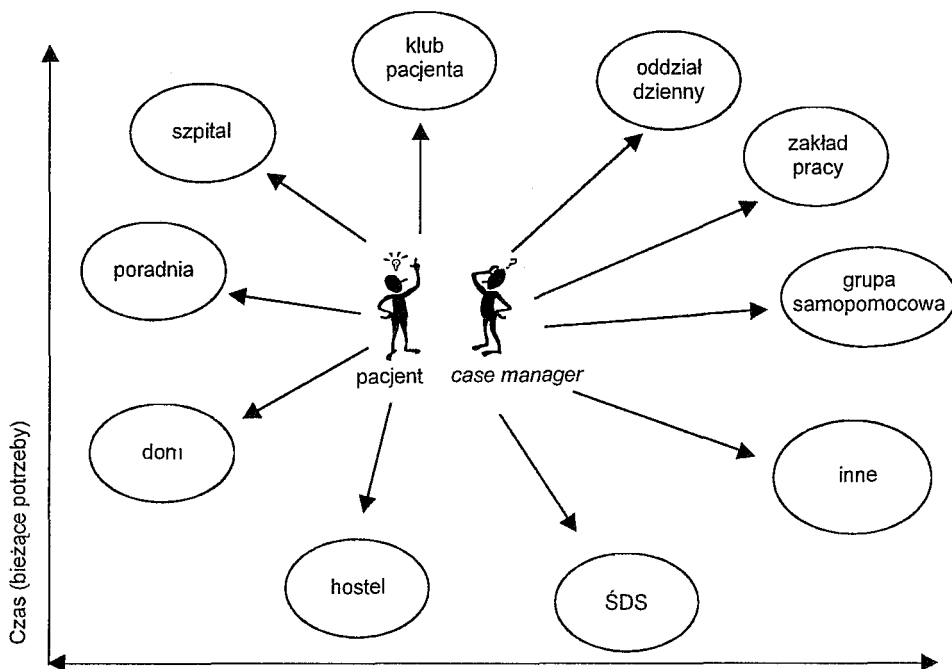
aspekt czasowy – skorzystanie z odpowiedniej metody terapii oraz formy pomocy w odpowiednim czasie, stosownie do aktualnego etapu procesu rehabilitacji i/lub bieżących potrzeb

ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO JAKO STRUKTURA INTEGRUJĄCA

Jak stwierdzono powyżej, oprócz aspektu przestrzennego, tj. równoczesnej dostępności różnych form w systemie opieki, istnieje aspekt dynamiczny, czasowy. Niezbędnym jest bowiem, aby dany pacjent mógł skorzystać z określonej formy (programu, miejsca itp.) właśnie w tym a nie w innym momencie, na tym a nie na innym etapie swojej leczniczo – rehabilitacyjnej wędrówki. Taką sytuację ilustruje rys. 2.

Oś pozioma diagramu jest dwuwektorkowa, ponieważ przebieg procesu rehabilitacji najczęściej nie jest ciągły i jednokierunkowy:

Dla wielu ludzi kalekich zdrowienie jest procesem, sposobem życia, postawą, sposobem radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami. Nie jest to proces linearny. Niekiedy nasz kurs jest błędny, zawracamy wówczas, ześlizgujemy się w tył, przegrupowujemy i zaczynamy raz jeszcze [3].



Rysunek 2. Proces rehabilitacji (funkcjonowanie w rolach)

Wydaje się, że prowadzenie pacjenta w ramach jednej z istniejących form zespołu leczenia środowiskowego jest obecnie najbardziej konsekwentną odpowiedzią na przedstawione wyzwania. Długoterminowość opieki, bycie z pacjentem w najróżniejszych sytuacjach społecznych, znajomość jego środowiska rodzinnego, obserwowanie pacjenta w okresach nasilonych objawów choroby i w czasie ich remisji, pozwala na optymalizację wykorzystania różnych dostępnych środków. Interdyscyplinarna struktura zespołu umożliwia też dostrzeganie różnorodnych możliwości terapeutycznych. W takim ujęciu tradycyjna nazwa – zespół leczenia środowiskowego – jest pojęciem zdecydowanie zbyt wąskim, ponieważ sugeruje koncentrowanie się na jednym tylko aspekcie pracy z pacjentem, właśnie na leczeniu, w rozumieniu usuwania objawów choroby. Jest to o tyle zrozumiałe, że pierwsze zespoły leczenia środowiskowego powstawały w Polsce na bazie oddziałów szpitalnych, w czasach, kiedy rozwój placówek pozaszpitalnych dopiero się zaczynał. Co więcej idee

i metody rehabilitacji psychiatrycznej nie były jeszcze dostatecznie skonceptualizowane i siłą rzeczy główny cel pracy skupiał się usuwaniu objawów i zapobieganiu nawrotom za pomocą farmakoterapii. Te zadania nadal należą do podstawowych w długoterminowym prowadzeniu chorych, jednakże pojawiły się tutaj bardzo istotne nowe obszary. Dlatego też angielski termin *case management team*, wskazując osobę pacjenta jako centrum, wokół którego skupiają się wszelkie działania, jest o wiele bardziej adekwatny, ta oryginalna nazwa przyjęła się nie tylko w krajach anglojęzycznych, być może przyjmie się i u nas.

Praca w zespole leczenia środowiskowego może przynosić na co dzień wiele zawodowej satysfakcji, ale na dłuższą metę najważniejsze są rzeczywiste efekty wykonywanej pracy. Aby je osiągnąć konieczne są następujące elementy:

1. *Jasna wizja celów w pracy z klientem.* Jak każda instytucja, zespół leczenia środowiskowego działa najbardziej efektywnie, jeśli każdy

pracownik zdąży w swojej pracy do zdefiniowanego celu działania, opiera się na określonej wizji sukcesu. W myśleniu o przewlekłe choroby psychiczne, zwłaszcza cierpiących na schizofrenię, za wielkie osiągnięcie należy uznać odchodzenie od tradycyjnie definiowanego sukcesu terapeutycznego. W tradycyjnym modelu (można go nazwać „szpitalnym”) za sukces uznawano głównie ustąpienie ostrych, psychotycznych objawów schorzenia, głównie urojeń i halucynacji.

W tym celu stworzono liczne kwestionariusze i skale (np. *Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS). Jednak dzięki poszerzonemu spojrzeniu na pacjenta, zwłaszcza jako na członka danej społeczności, w której pełni on wiele różnorodnych ról, stworzono definicje sukcesu odmienne od dotychczasowych. W ujęciu rehabilitacyjnym praca z pacjentem ma na celu przede wszystkim poprawę jego funkcjonowania, tak aby w sposób pełny i satysfakcjonujący mógł żyć w swoim środowisku przy minimalnej interwencji osób pomagających. Osiąga się to zarówno poprzez rozwijanie specyficznych umiejętności, których pacjent potrzebuje aby efektywnie funkcjonować jak i rozwijanie źródeł wsparcia potrzebnych do umocnienia się na odpowiednim poziomie funkcjonowania [2]. Z takiego ujęcia wyłania się nieskończona wprost liczba możliwych interwencji.

2. *Właściwy dobór i wszechstronne szkolenie personelu.* Ta mnogość wyboru dostępnych środków jest ważna także ze względu na zatrudnionych pracowników, którzy mogą się zawodowo realizować, twórczo wynajdując i elastycznie stosując w pracy różnorodne metody i strategie, łatwiej jest przeciwdziałać zjawiskom typu *burn out*. Płyńie stąd także imperatyw stałego poszerzania repertuaru umiejętności pracowników, głównie przez stałe szkolenia. Poza niezbędną wiedzą profesjonalną pracownik zespołu leczenia środowiskowego musi też posiadać odpowiednie cechy osobowości, nie można stworzyć sprawnie działającego zespołu z lu-

dzi przypadkowych. Pacjenci cenią u terapeuty jego poczucie humoru, otwartość, zdolność do empatii, okazywanie troski, uczciwość. Pomimo bardzo indywidualnej pracy z pacjentem, choć może także na skutek pojawiającej się wówczas osobistej relacji, warunkiem zupełnie podstawowym jest działanie jako zgrany zespół ludzki. Wynika to między innymi ze wspomnianej potrzeby interdyscyplinarności a także z przesłanek psychologicznych, emocjonalnych, z potrzeby uzyskiwania wsparcia, zrozumienia i pomocy od kolegów z zespołu. Codzienne spotkania całego teamu są właściwie formą nieustającej superwizji, co nie znaczy wcale, że okresowa superwizja z zewnątrz jest zbyteczna.

3. *Intensywne współdziałanie z innymi placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej.* W literaturze wymienia się kilka typów zespołów środowiskowych, jednak w każdym z nich *case manager* musi posiadać wiedzę na temat istniejących w środowisku zasobów i form pomocy oraz umiejętność korzystania z nich. Jak wiadomo obserwacja pacjenta w jednym tylko środowisku, na przykład w szpitalu psychiatrycznym, dostarcza bardzo niepewnych, czasem wręcz mylących, przesłanek do przewidywania efektu oddziaływań rehabilitacyjnych [2]. Może również prowadzić do stosowania niewłaściwych lub zwyczajnie niepotrzebnych interwencji, jak na przykład uczenie pacjenta umiejętności, które nie są mu niezbędne do sprawnego funkcjonowania w określonym otoczeniu. *Case manager*, w trakcie współpracy z daną placówką, uzyskuje ponadto istotne informacje na temat możliwości i ograniczeń swojego klienta, które służą następnie do modyfikacji planu rehabilitacyjnego. Ten proces wymiany informacji działa, rzecz jasna, także w drugą stronę, choćby w trakcie hospitalizacji danego klienta. Dla przykładu *case manager* może dostarczyć lekarzowi prowadzącemu informacji na temat stosowanych leków i objawów niepożądanych oraz ich wpływu na funkcjonowanie danej

osoby. Takie objawy uboczne jak spowolnienie, nadmierna senność czy wystąpienie dysfunkcji seksualnych nie są zbyt uciążliwe w warunkach oddziału szpitalnego, mogą natomiast całkiem zdeorganizować życie poza nim. Nie trzeba udowadniać, że wiedza na ten temat może stanowić o istotnych różnicach w podejmowaniu decyzji z zakresu farmakoterapii.

Omawianie aspektu ekonomicznego nie jest celem tego artykułu, jednak warto o nim hasłowo wspomnieć. Nawet dla wysoko rozwiniętych gospodarek krajów zachodnich i USA obciążenia ekonomiczne związane z chorobami psychicznymi są ogromne, porównywalne z kosztami chorób układu krążenia [6]. W Polsce, w sytuacji reformy służby zdrowia oraz deficytu dostępnych środków tym bardziej nie można sobie pozwolić na marnotrawstwo istniejących zasobów. Opisana powyżej, zintegrowana przez zespół środowiskowy, struktura systemu opieki nad przewlekle chorymi pozwala na optymalne ich wykorzystanie przy zachowaniu naczelnej dla lekarza zasady, jaką jest kierowanie się indywidualnym dobrem pacjenta.

PROJEKT „POWRÓT DO SPOŁECZNOŚCI”

W listopadzie 1996 roku w Białymstoku powstało Stowarzyszenie na rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej (SnrRP). Inspiracją były kontakty z holenderskim miastem Eindhoven, gdzie od lat wprowadzane są nowoczesne formy pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Głównym celem działania SnrRP jest organizowanie wszechstronnej rehabilitacji osób niepełnosprawnych z powodu przewlekłych zaburzeń psychicznych. Największym projektem i zarazem osiągnięciem SnrRP była realizacja projektu „Powrót do społeczności”. Trwał on 2 lata i był finansowany ze środków programu PHARE Unii Europejskiej oraz holenderskiego stowarzyszenia Stichting Stedenkontakt Eindhoven Białystok. W ramach projektu utworzono:

Klub pacjenta „Przystań”. Początek działalności „Przystani” miał miejsce 1 września 1997. Obecnie zapisanych jest ponad 200 osób, codziennie jest ich w klubie około 30.

Zespół leczenia środowiskowego (obecnie w ramach Niepublicznego ZOZ). Początek działalności 1 marca 1998. Aktualnie pod opieką zespołu jest 120 osób, głównie z rozpoznaniem schizofrenii.

Hostel. Działa od początku 1999 roku. Aktualnie przebywa w nim 5 pacjentów.

Sklep. Sklep działa na terenie szpitala psychiatrycznego, znalazły w nim zatrudnienie 4 osoby. W sklepie sprzedawane są towary, głównie odzież, dostarczane przez holenderskie stowarzyszenie Stichting Stedenkontakt Eindhoven – Białystok.

Ważnym w historii projektu wydarzeniem było sympozjum pod nazwą „Innej drogi nie ma” zorganizowane w kwietniu 1998 roku. Miało ono na celu promocję projektu w mieście, a w szerszym kontekście zwrócenie uwagi społeczeństwa Białegostoku na problemy dużej grupy jego mieszkańców – osób z zaburzeniami psychicznymi. Sympozjum uzyskało uroczystą oprawę ze względu na lokalizację w prestiżowym Pałacu Branickich oraz udział władz miejskich i regionalnych. Uświetnił je swoją obecnością ambasador Holandii w Polsce. Jednak najważniejszy był liczny udział mieszkańców Białegostoku oraz osób chorych i ich rodzin – w sumie w Wielkiej Auli Pałacu Branickich zgromadziło się 250 osób. Istotnym momentem w rozwoju psychiatrycznej opieki środowiskowej w Białymstoku było także powstanie samopomocowego Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi POMOST. Dwie główne składowe projektu opisane zostaną teraz bardziej szczegółowo.

Klub pacjenta „Przystań”

Model klubowy ma już wieloletnie tradycje jako forma łącząca różne metody rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Początki ruchu klubowego sięgają lat 40-tych, kiedy to powstał nowojorski Fountain House [1]. Klub jest miejscem aktywizacji społecznej i zajęciowej, różnych form samopomocy. Inspiracją do założenia klubu pacjenta w Białymstoku stały się odwiedziny w holenderskim Eindhoven. Od 1991 roku istnieje tam klub De Boei, do którego należy obecnie blisko 300 osób. Założycielom De Boei przyświecała idea stworzenia placówki typu *drop in*, która służyłaby chorym psychicznie będąc jednocześnie całkowicie niezależną od systemu tradycyjnej opieki psychiatrycznej. Klub „Przystań” powstał początkowo jako dość dokładna kopia De Boei, przejęto stamtąd zasadniczą ideę oraz podstawową strukturę organizacyjną, większość pracowników „Przystani” odbyła tam również staże szkoleniowe. Z czasem rozwój placówki zaczął przebiegać w sposób coraz bardziej indywidualny i obecnie białostocki klub różni się znacznie od swego holenderskiego pierwowzoru.

Członkowie. Członkiem „Przystani” może zostać każda osoba z tzw. „przeszłością psychiatryczną”, głównie z rozpoznaniem schizofrenii. Dotychczas zapisało się ponad 200 osób. Zdecydowaną większość stanowią mężczyźni, których jest 3-krotnie więcej niż pań. Najwięcej, blisko 40%, jest osób w przedziale wieku 31–40 lat, około 30% stanowią osoby młode w przedziale 21–30 a 20% w przedziale 40–50 lat. Tylko kilka osób ma zatrudnienie, pozostali nie pracują, utrzymując się z niewielkich rent chorobowych.

Trudne początki. Zasadniczym zadaniem pracowników klubu od początku istnienia było zachęcanie klubowiczów do uczestnictwa w proponowanych zajęciach, stymulowanie aktywności własnej, zachęcanie do współdecydowania o tym, co się dzieje w klubie. Realizacja tych założeń natrafiła na poważne trudności. Jedną z najważniejszych wynikała z nowatorstwa placówki, z założenia nastawionej na oddziaływanie pozamedyczne oraz angażowanie uczestników w sprawy klubu. Pojawiający się coraz liczniej klubowicze, mający uprzednio kontakty wyłącznie z tra-

dycyjnymi formami, w których panował biomedyczny paradygmat myślenia i terapii, oczekiwali także od klubu podobnych usług. Na porządku dziennym było domaganie się recept na leki, porad psychiatrycznych, psychologicznych czy zabiegów pielęgniarstwa. Osoby funkcjonujące od lat w społecznej roli chorego, nierzadko wieloletni rezydenci oddziałów psychiatrycznych, przychodząc do klubu automatycznie przyjmowały tę właśnie postawę. Wiążąca się z nią atrofia poczucia odpowiedzialności oraz własnej inicjatywy („nie potrafimy, jest nam za ciężko bo jesteśmy chorzy”), połączona nierzadko z postawą roszczeniową („nam się należy bo jesteśmy chorzy”) często doprowadzały personel do prawdziwej rozpaczki. Nieocenione były wówczas rady i wsparcie od holenderskich kolegów z De Boei. Szczęśliwie na ogół dość wyraźnie udawało się widzieć granice pomiędzy zachowaniami wynikającymi wyłącznie z choroby a sytuacjami, kiedy należało egzekwować podstawowe społeczne normy zachowania. Wymagało to wielkiej elastyczności: czasem cierpliwości a innym razem zdecydowanego działania. Trzeba było stale pamiętać, że ludzie przychodzący do klubu mają rzeczywiste i istotne ograniczenia wynikające z choroby psychicznej i jej psychospołecznych następstw, z drugiej strony za wszelką cenę nie można było dopuścić, aby klub przekształcił się w kolejny oddział psychiatryczny, w którym głównym zajęciem jest palenie papierosów oraz picie kawy i herbaty.

Obecna sytuacja. Dzisiaj można stwierdzić, że okres pionierski klub ma już za sobą, i jest to w równej części zasługą klubowiczów jak i personelu. Ośrodek stworzył własną tożsamość, z którą identyfikują się osoby przychodzące na Grotgiera 8. Najważniejsze, że jest to placówka żywa, stale zmieniająca się i rozwijająca, niektóre formy działalności są po pewnym czasie porzucane, w tym czasie tworzą się nowe. Prawie każdy znajduje coś dla siebie, niektóre osoby przychodzą tylko na określone zajęcia: język angielski, kółko teatralne, pływalnia, sala hobby, inni wpadają co jakiś czas na kawę i pogawędkę, jesz-

cze inni przychodzą z rana i wychodzą wraz z zamknięciem klubu. Wielkie znaczenie dla klubu ma utrzymywanie kontaktów z podobnymi placówkami za granicą, w Holandii a ostatnio także w Niemczech. Organizowane są wyjazdy, goście zapraszani są do Białegostoku. Coraz ciekawszy jest biuletyn redagowany i wydawany w klubie. Ukazało się kilkanaście numerów, wiele z nich zawiera osobiste wypowiedzi klubowiczów, poezje i opisy bieżących spraw klubowych. Oto fragmenty wypowiedzi na temat klubu, zamieszczone na łamach biuletynu:

Już dwa miesiące mija, odkąd zacząłem się pojawiać w Klubie Przystań. (...) Pierwsza rzecz, która mnie zaskoczyła mile po przekroczeniu progu Przystani, to niezwykła, bezinteresowna serdeczność klubowiczów. Ci ludzie autentycznie cieszą się z każdej nowoprzybyłej osoby. (...)

Nie trzeba nikogo przekonywać, że dla nas, ludzi ze schorzeniami psychicznymi, nastąpiły ciężkie czasy. Dzisiaj, kiedy miarą wartości człowieka jest konto w banku, nowy luksusowy samochód, dom obwieszony antenami satelitarnymi, my ludzie żyjący ze skromnej renty, nie przywiązujący wielkiej wagi do

wartości materialnych, jesteśmy zjawiskiem niezrozumiałym, jakby nie pasującym do epoki. (...)

Czy zauważyliście, że telewizor praktycznie stoi bezużyteczny? (...) Dzieje się tak dlatego, że dla nas większą wartość od najlepszego programu TV przedstawia rozmowa z drugim człowiekiem, zwyczajne bycie sobą. (...) To właśnie tu przychodzą ludzie, którzy potrafią „przystanąć, gdy zaśpiewa ptak”, potrafią zachłysnąć się zapachem wiosennych bzów lub kwitnącej łąki. To właśnie tu przychodzą ludzie o bardzo dużej wrażliwości na piękno, potrafiący dostrzec piękno w tym, co dla innych jest czymś zwyczajnym, czymś pospolitym. (...)

Co pewien czas wśród klubowiczów przeprowadzane są anonimowe ankiety. Tabl. 1 przedstawia wyniki jednej z nich, którą wypełniły 34 osoby.

Na zakończenie fragment tekstu z biuletynu klubowego:

Słyszysz się pogłoski, że Klub Przystań ma zapewnić byt tylko do kwietnia (zagrożenie takie istniało w miarę zbliżania się do końca funduszy z PHARE – S.R.). (...) Cóż się z nami stanie, gdy nam ten klub odbiorą? Znowu zamknijemy się w swoich czterech ścianach lub będziemy się snuć po ulicach; samotni,

Tabela 1. Dlaczego przychodzę do klubu „Przystań”?

Treść odpowiedzi	Odpowiedzi	
	liczba	%
Przychodzę do miejsca, gdzie są ludzie, którzy mają podobne problemy, mogę porozmawiać, nie wstydę się mówić o sobie, o swojej chorobie, swoich problemach	19	55
Mogę wyjść z domu i mam dokąd pójść	16	47
Bo klub jest miejscem, gdzie zawsze mogę przyjść	12	35
Mogę spotkać się ze znajomymi i spotkać nowych przyjaciół	11	32
Lubię spotykać się z określonymi osobami z personelu klubu	8	24
Być może kontakty klubowe pomogą mi w znalezieniu pracy	8	24
Lubię organizowane spotkania z ciekawymi ludźmi	7	21
Inne (odpowiedzi klubowiczów: „Praca za barem”, „Nie jestem sam!!!”, „Bo to jest dobry pomysł”, „Fajnie jest”, „Z nudów”, „?”)	6	18
Mogę rozwijać swoje zainteresowania	4	12
Z przyzwyczajenia	3	9
Jestem dumny, że mam swój klub	2	6
Mogę spotkać osoby płci przeciwnej	2	6

anonimowi, nikomu nie potrzebni i przez nikogo nie rozumiani. (...) W tym klubie są ludzie z różnymi schorzeniami. Są mniej i bardziej chorzy. Jednak wszyscy się wzajemnie tolerują, czują, że są sobie potrzebni i chociażby dla tego jednego powodu klub Przyszań powinien istnieć

Zespół leczenia środowiskowego

Przygotowania do uruchomienia zespołu leczenia środowiskowego w ramach projektu „Powrót do społeczności” rozpoczęły się z początkiem roku 1998. Jednak na długo przedtem kierownik projektu kilkakrotnie odwiedzał Eindhoven, gdzie pierwszy taki zespół utworzono w 1994 roku. Oprócz praktycznej i teoretycznej wiedzy w tym zakresie niezwykle ważny był osobisty kontakt z grupą tamtejszych profesjonalistów rehabilitacji psychiatrycznej. Ich zaangażowanie, nierzadko wręcz entuzjazm w pracy z przewlekle chorymi pacjentami pokazał, jak wiele zawodowej satysfakcji może przynosić ta dziedzina psychiatrii.

Bardzo pomyślnym zbiegiem okoliczności równoległe do realizacji projektu „Powrót do społeczności” realizowany był inny projekt polsko-holenderski – *Community cares*. Było to wspólne przedsięwzięcie szpitala psychiatrycznego w Drewnicy oraz holenderskiej *Rümke Group* z Utrechtu. Dzięki temu nowopowstały zespół białostocki mógł skorzystać z bogatych doświadczeń obu tych instytucji uczestnicząc w spotkaniach, szkoleniach i superwizjach, wymieniając doświadczenia z innymi polskimi zespołami.

Kwalifikacja pracowników odbyła się w lutym 1998, w doborze pracowników, oprócz kwalifikacji zawodowych, zwracano uwagę na takie cechy kandydata jak cierpliwość, opanowanie, umiejętność nawiązywania kontaktu, zdolności negocjacyjne i samodzielność. Początkowy skład zespołu to: psychiatra, psycholog, pielęgniarka, pielęgniarz, pedagog i pracownik socjalny. Przez 3 miesiące siedziba zespołu mieściła się w tym samym budynku co klub pacjenta „Przyszań”, w maju 1998 została przeniesiona do samodzielnego budynku.

Stopniowo przybywało pacjentów, kierowanych przez szpital psychiatryczny w Choroszczy, rodziny lub zgłaszających się samodzielnie. Nie obyło się bez nieporozumień, chyba naturalnych w całkowicie nowej dla pacjentów sytuacji: niektórzy z nich oczekiwali wyłącznie dostarczenia recept, inni natychmiastowego załatwienia ich spraw socjalnych, czasami wręcz pomocy materialnej. Nietypowa, w porównaniu z dotychczasowymi bardzo „nieformalna”, forma i miejsce spotkań, w mieszkaniu pacjenta, w klubie czy „na mieście” wymagała od pracowników zespołu wyraźnego określenia charakteru relacji z podopiecznymi, którzy niejednokrotnie traktowali spotkania wyłącznie towarzysko. Problemy występowały także przy kontaktach z rodzinami pacjentów: najczęściej były to nierealistyczne nadzieje na błyskawiczną poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania chorego, innym razem oczekiwano, że pacjent na każde przywołanie rodziny zabierany będzie do szpitala. Istotną poprawę w tym zakresie przyniósł kurs psychoedukacji przeprowadzony w okresie listopad 1998 – luty 1999. Obejmował on po 8 spotkań w grupie pacjentów (10 osób) oraz w grupie rodzin (13 osób). Program kursu opierał się w dużej mierze na materiałach programu PRELAPSE firmy Lundbeck, jednakże w jego trakcie pojawiło się bardzo wiele zagadnień i pytań znacznie wykraczających poza te materiały.

W miarę upływu czasu opracowywano różnorodne narzędzia służące większej efektywności pracy zespołu. Bazując na kwestionariuszach do oceny pacjentów otrzymanych z Eindhoven oraz od dr Jacka Matkowskiego z Krakowa stworzono własne narzędzia do okresowej oceny procesu rehabilitacji. Odbywa się ona mniej więcej co 6 miesięcy, z udziałem pacjenta oraz całego zespołu. Służy to podsumowaniu dotychczasowej współpracy oraz wyznaczeniu głównych obszarów problemowych i kierunków działania na przyszłość.

Odrębny formularz używany jest do rejestracji codziennej pracy terapeutów zespołu,

metodą zero-jedynkową rejestrowane są tutaj istotne elementy każdego kontaktu z pacjentem. Dzięki stworzeniu odpowiedniego programu komputerowego powstała w ten sposób możliwość uzyskiwania różnorodnych danych statystycznych. Pozwala to na szczegółową dokumentację dla celów sprawozdawczości (np. dla Kasy Chorych), daje istotne wskazówki przy organizowaniu pracy zespołu. Oto dla przykładu dwie tabele (2 i 3) dotyczące miejsca i rodzaju kontaktów z klientami w roku 1999:

Tabele ukazują między innymi wielkie znaczenie kontaktu telefonicznego. Stąd bardzo istotna w białostockim złś rola sekretarki odbierającej telefony, pełniącej rolę dyspozytora zgłoszeń.

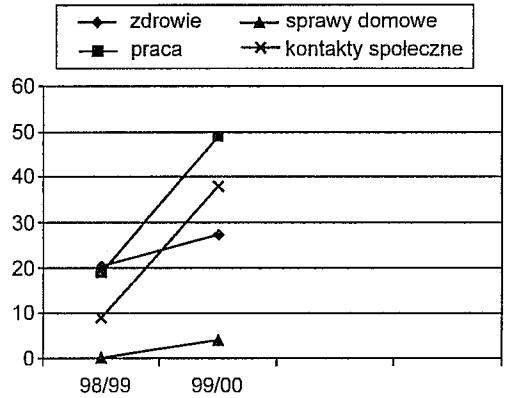
Baza danych umożliwia też porównanie poszczególnych okresów współpracy z klientem, a dzięki temu śledzenie różnych aspektów tego procesu. Oto ilustracja tych możliwości na przykładzie pacjenta W.Ł. Na wykresie poniżej (rys. 3) widać wyraźny wzrost liczby spotkań z terapeutą, na których omawiano sprawy związane z postępującym procesem rehabilitacji psychospołecznej.

Tabela 2. Miejsca spotkań terapeutów białostockiego złś z pacjentami w 1999 r.

Miejsce spotkania	Liczba spotkań	%
siedziba złś	1 423	32
dom	1 621	36
klub	358	9
szpital psychiatryczny	751	16
inne	357	9

Tabela 3. Rodzaj kontaktów terapeutów białostockiego złś z pacjentami w 1999 r.

Rodzaj kontaktów	Liczba kontaktów	%
osobiste	4 282	69
telefoniczne	1 660	27
zerwane spotkanie	203	3,3
próba kontaktu	104	1,7
inne	13	0,2



Rysunek 3. Tematy spotkań z pacjentem – zmiany w procesie rehabilitacji

Warto dodać, że opisane zjawiska wiązały się ze znacznym spadkiem ilości dni spędzonych przez pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, w roku poprzedzającym objęcie opieką zespołu było to 261 dni, w ciągu następnego roku 131 dni. Obecnie pacjent wyprowadził się z domu, choć utrzymuje nadal kontakty z rodzicami, mieszka oddzielnie ze swoją partnerką, pracuje na część etatu w sklepie, który powstał w ramach projektu „Powrót do społeczności”.

Po ponad dwóch latach działalności dokonano statystycznej oceny skuteczności pracy białostockiego zespołu. Przeprowadzone badanie dotyczyło wpływu opieki złś na ilość hospitalizacji oraz dni spędzonych w szpitalu psychiatrycznym. Porównano okres 12 miesięcy przed wejściem pod opiekę oraz taki sam okres czasu po objęciu opieką. Badaniem objęto wszystkich pacjentów pozostających pod opieką złś co najmniej 12 miesięcy. Wyniki przedstawia tabela 4.

Jak widać uzyskane wyniki są więcej niż obiecujące. Również dane z literatury, w tym dotyczące kilku badań kontrolowanych, wymieniają skrócenie czasu hospitalizacji jako najbardziej stały efekt działania zespołów środowiskowych. [5] Koniecznie należy jednak podkreślić, że na skutek działań terapeutów złś kilkunastu pacjentów z badanej grupy, niemal równoległe z wejściem pod opiekę

Tabela 4. Wpływ opieki zespołu leczenia środowiskowego na częstotliwość i długość hospitalizacji

Liczba pacjentów objętych badaniem	81
średnia liczba wszystkich dotychczasowych hospitalizacji dla jednej osoby z grupy badanej	8,1
łączna liczba hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem opieką złś	91
łączna liczba hospitalizacji w okresie 12 miesięcy po objęciu opieką złś	77
suma dni hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem opieką złś	8 843
suma dni hospitalizacji w okresie 12 miesięcy po objęciu opieką złś	5 223
spadek łącznej liczby hospitalizacji w %	15
spadek łącznego czasu hospitalizacji w %*	41

* rzeczywisty spadek był znacznie większy (w granicach 60%), ponieważ znaczna część badanej grupy pacjentów była obejmowana opieką w trakcie hospitalizacji i pozostawała w szpitalu jeszcze przez jakiś czas.

złś, zaczęło uczęszczać do klubu pacjenta „Przystań”. Miało to z pewnością istotny pozytywny wpływ na końcowe rezultaty, pokazuje również, że zespół środowiskowy działa najbardziej efektywnie, jeśli na danym obszarze dostępne są także inne formy pozaszpitalne. W przeciwnym wypadku intensywny monitoring populacji pacjentów psychotycznych przez terapeutów złś może powodować nawet zwiększone kierowanie ich do szpitala psychiatrycznego. [4] W pracy białostockiego złś zdarzały się kilkakrotnie sytuacje, gdy doprowadzono do hospitalizacji pacjenta, który od lat nie opuszczał mieszkania i nie leczył się. W tej sytuacji to właśnie należy uznać za sukces.

W powyższych danych zwraca uwagę stosunkowo niewielkie, w porównaniu do spadku ogólnej liczby dni spędzonych w szpitalu, zmniejszenie liczby hospitalizacji. Zestawienie tych dwóch wartości odzwierciedla znaczne skrócenie czasu hospitalizacji, co wynika głównie z dwóch czynników:

- wcześniejszego wychwytywania objawów nawrotu psychozy, co za tym idzie hospitalizacja następuje często na etapie objawów prodromalnych i trwa krótko
- wcześniejszego wypisywania pacjentów z działałów szpitalnych przez lekarzy tam pracujących, którzy wiedzą, że natychmiast po opuszczeniu szpitala przez pacjenta opiekę nad nim przejmuje złś

UWAGI KOŃCOWE

1. Z perspektywy czasu widać, że realizacja projektu „Powrót do społeczności” była wspaniałą lekcją, w jaki sposób przechodzić od idei do jej praktycznej realizacji, jak planować przedsięwzięcia, organizować pracę a następnie dokumentować rezultaty i wykorzystywać to przy promocji i ubieganiu się o środki na realizację kolejnych projektów.
2. Na podstawie wyników uzyskanych w projekcie „Powrót do społeczności” można stwierdzić, że kombinacja dwóch elementów – klubu pacjenta z zespołem leczenia środowiskowego – jest połączeniem udanym. Działają one w sposób synergistyczny, odpowiadając na różnorodne zapotrzebowania pacjentów i ich rodzin. Można więc rekomendować takie rozwiązanie innym ośrodkom, które być może zastanawiają się nad wyborem drogi rozwoju.

PIŚMIENNICTWO

1. Anderson SB Fountain House and the Development of Clubhouse Culture. International Center for Clubhouse Development 1997.
2. Anthony WA, Cohen MR, Farkas M: Psychiatric Rehabilitation. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston 1990.

3. Deegan PE: Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. W: Anthony WA, Santos L (red.): Readings in Psychiatric Rehabilitation. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston 1994.
4. D'Ercole A, Struening E, Curtis JL, Millman EJ, Morris A: Effects of Diagnosis, Demographic Characteristics, and Case Management on Rehospitalization. *Psychiatric Services* 48: 682-688, 1997
5. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG: Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin* 24(1):37-74, 1998, 1998. National Institute of Mental Health.
6. National Advisory Mental Health Council. Health care reform for Americans with severe mental illness: report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993, 150, 1447-1465.
7. Sartorius N: wystąpienie podczas seminarium Lundbeck International Psychiatric Institute. Skodsborg, Dania 8-12 września 1997. Notatki własne (S.R.).
8. Stein LI, Santos AB: Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. W.W. Norton & Company Inc. New York, London, 1998.

*dr Sławomir Rogowski, SNPZOZ, ul. Boruty 19, 15-157 Białystok,
e-mail: rehab@zn.pl.*