ZESPÓŁ ŚRODOWISKOWY W ZINTEGROWANEJ STRUKTURZE LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO. Autorzy: Krzysztof Trembla, Witold Turaj.

Zespół środowiskowy traktowany, jako jedno z komplementarnych ogniw zintegrowanej struktury lecznictwa psychiatrycznego, funkcjonuje w ramach Subrejonowego Ośrodka Leczenia Psychiatrycznego „Olszówka" (SOLP „Olszówka") wchodzącego w skład Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bielsku – Białej.

Ośrodek „Olszówka" jest strukturą w skład, której wchodzi szereg elementów zintegrowanych pod względem; funkcjonalnym, przestrzennym, personalnym i administracyjnym. Jego zadaniem jest zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej (z wyłączeniem uzależnień oraz psychiatrii dzieci i młodzieży) populacji około 130 tysięcznej, w ¾ zamieszkałej w mieście w ¼ okoliczne wsie. Najbardziej oddalone miejsce w obsługiwanym rejonie, położone jest w odległości około 15 km od Ośrodka. Dojazd z najdalszych peryferii (publicznym środkiem lokomocji) jest możliwy w ciągu niecałej godziny.

Elementy struktury Ośrodka;

1) poradnia zdrowia psychicznego,
2) oddział całodobowy, 22 miejsca w tym 8 obserwacyjnych ze specjalnym nadzorem,
3) oddział dzienny terapeutyczny, 12 miejsc,
4) oddział dzienny rehabilitacyjny z dwoma pododdziałami, po 12 miejsc w każdym,
5) zespół środowiskowy z oddziałem hospitalizacji domowej z 8 miejscami.

Poza tym funkcjonują twory mniej sformalizowane;

6) kawiarnia prowadzona przez pacjentów (dwa miejsca chronionego zatrudnienia),
7) klub pacjenta (grupa teatralna, malarstwo, rękodzieło).

Ośrodek zapoczątkował działalność w 1991 roku. Z upływem czasu przybywało elementów struktury oraz zwiększał się obszar działania. Jego obecny kształt wynika bardziej z możliwości finansowych niż potrzeb.

W najbliższej przyszłości, jeżeli zezwolą na to warunki zewnętrzne (głównie finansowe), planuje się uruchomienie;

8) warsztatów terapii zajęciowej z 20 miejscami,
9) oddziału rehabilitacyjnego całodobowego z 15 łóżkami,

a w dalszej kolejności:

10) hotelu z ośmioma miejscami;
11) rotacyjnych mieszkań chronionych z 6 – 8 miejscami.

Z Ośrodkiem współpracują trzy stowarzyszenia;

- pacjentów,
- rodzin pacjentów,
- profesjonalistów, którego głównym zadaniem jest finansowe wspieranie edukacji zawodowej pracowników psychiatrii.

Ośrodek współpracuje także ze strukturami spoza służby zdrowia, głównie pomocy społecznej, dla której ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku nakreśliła ważne zadania, w opiece nad chorymi psychicznie.

Zatrudnionych jest w nim 63 pracowników, w tym: 7 lekarzy, 6 psychologów, 7 instruktorów terapii zajęciowej, 22 pielęgniarek, 3 pielęgniarki środowiskowe, 1 pracownik socjalny, 2 rejestratorki oraz 14 sanitariuszy/salowych.

W całym Ośrodku, możliwa jest duża mobilność i wymiana ról. Większość członków zespołu swoje kwalifikacje zdobywała pracując w Ośrodku. Zazwyczaj była to ich pierwsza praca.

Aby przybliżyć działalność SOLP pokrótce omówimy poszczególne jego elementy.

Poradnia Zdrowia Psychicznego

Przyjmują w niej lekarze i psycholodzy przypisani do innych miejsc. Również pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowe zatrudnieni są w różnych elementach struktury Ośrodka. Przy tym rozwiązaniu każdy pacjent może mieć swojego terapeutę wiodącego, z którym spotyka się niezależnie od miejsca, w którym aktualnie się leczy.

Fakt, że ci sami lekarze pracują w oddziałach i poradni powoduje, że wydawane skierowania od oddziału całodobowego są bardziej wyważone. W tej sytuacji trudno jest również uprawiać tzw. spychoterapię.

W Poradni w 1966 roku zarejestrowanych było 2 069 pacjentów w tym 216 osób objętych było opieką czynną (w rozumieniu instrukcji IPN). Wskaźnik rozpowszechnienie wynosił 1591/100 tys. mieszkańców przy średniej krajowej 1602. Udzielono im 15 235 porad, w tym 12 221 lekarskich. Na podstawie danych statystycznych z pierwszych pięciu miesięcy tego roku można się spodziewać podobnych wartości z końcem roku.

Poradnia nie ma swojej oddzielnej struktury środowiskowej i korzysta z usług Zespołu. W porównaniu ze średnią krajową liczba objętych opieką czynną jest znacznie niższa (10,4 / 27,2), za to sama opieka jest bardziej intensywna. Również liczba porad i wizyt przypadających na jednego leczonego jest wyraźnie wyższa w SOLP niż w Kraju.

Oddziały SOLP

Oddział całodobowy.

Ze względu na niewielką ilość łóżek w oddziale (wskaźnik 1,6 na 10 tysięcy mieszkańców) głównie przyjmowani są do niego chorzy w stanie nasilonych objawów klinicznych i dezadaptacji w środowisku. Inaczej, w stanie głębokiego kryzysu psychicznego. Średni czas pobytu (26 dni) jest o połowę krótszy niż w kraju (52 dni), a liczba hospitalizacji przypadających na jedno łóżko (14,2) jest niemal trzykrotnie większa (5,6). W możliwie najkrótszym czasie pacjenci, przenoszeni są do innych form terapii.

Oddział dzienny terapeutyczny.

Prowadzi diagnostykę i intensywne leczenie i w dużym stopniu zastępuje hospitalizację całodobową.

Oddział dzienny rehabilitacyjny.

Posiada dwa pododdziały nieco różniące się swoimi zadaniami. Jeden z nich pełni funkcję podtrzymującą, zasadniczym celem jest zapobieganie rehospitalizacji całodobowej. Drugi prowadzi aktywną rehabilitację opartą o treningi umiejętności. Tutaj celem oddziaływań jest poprawa społecznego funkcjonowania.

Wspólnymi elementami programów leczenia we wszystkich oddziałach SOLP są:

1) leczenie farmakologiczne, możliwie najniższymi dawkami leków przy aktywnym udziale pacjenta,
2) kontakt indywidualny polegający na podążaniu za pacjentem i jego wspieraniu,
3) terapia grupowa (w tym psychoedukacja chorych i ich rodzin),
4) codzienne zebrania społeczności,
5) ćwiczenie funkcjonowania w różnych rolach społecznych,
6) obozy terapeutyczne,
7) nauka organizacji wolnego czasu (wycieczki, teatr, kino, basen i inne),
8) treningi umiejętności.

Zespół środowiskowy. Rozpoczął działalność w styczniu 1993 roku.

Programy terapeutyczne, realizowane w ramach zespołu:
1) hospitalizacja domowa,
2) program ukierunkowany na opiekę czynną zgodnie z wytycznymi IPN,
3) program doraźnych interwencji kryzysowych zlecanych przez inne struktury Ośrodka,
4) szeroko rozumiana działalność konsultacyjno - edukacyjno - wspierająca w stosunku do grup samopomocowych, służb publicznych, stowarzyszeń i inne.

Większość zadań realizuje zespół złożony z czterech osób. W jego skład wchodzą: pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa, pielęgniarka w oddziale hospitalizacji domowej i lekarz. Lekarz i pracownik socjalny, są zatrudnieni w niepełnym wymiarze co daje w efekcie trzy etaty przeliczeniowe. Jest to bardzo niewiele w porównaniu z innymi podobnymi placówkami.

Hospitalizacja domowa. Oddziałowi przypisano osiem łóżek umownych (początkowo liczył pięć). Funkcjonuje od 16.02.1993 roku. Do tej pory wykonano 1733 wizyt, z czego: lekarskie stanowiły 42%, lekarsko pielęgniarskie 8%, a pielęgniarskie 50%.

Podobnie, jak donoszą autorzy polscy (Axer, Datka, Dąbrowski, Malik, Marzański i Matkowski) oraz zagraniczni (Audini, Braun, Burns i inni), leczymy w nim pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych. Również, jak wyżej cytowani autorzy, nie przyjmujemy osób, u których wiodącym problemem psychopatologicznym jest defekt organiczny, uzależnienie lub nerwica.

I tak, pacjenci z rozpoznaniem jednego z zespołów schizofrenicznych stanowili 50,7%, psychozy schizoafektywnej z wyraźnymi cechami depresji 17,5%, różnego rodzaju stany depresyjne 25,4%.

Częściej niż czynią to inni (Datka, Kołakowska, Kołbik oraz Matkowski) przyjmujemy do leczenia domowego pacjentów z objawami depresji. Osoby u których one występowały stanowiły 42,8% leczonej grupy. Ścisłe współdziałanie z innymi strukturami umożliwia, w miarę potrzeby, szybkie przeniesienie pacjenta do alternatywnej formy leczenia. Poprawia to poczucie bezpieczeństwa nie tylko leczonych, ale i leczących.

Od początku istnienia oddziału leczono w nim 63 osoby, z których; 39,6% zostało skierowanych z oddziału całodobowego, a celu kontynuacji i pilotowania dalszego leczenie, 55,4% trafiło z poradni i zespołu środowiskowego, pozostali trafili z oddziałów dziennych i szpitala ogólnego.

Inaczej wyglądał „ruch" w drugą stronę. Z leczenia domowego do poradni przeniesiono 70% pacjentów, do oddziału całodobowego trafiło 8%, a do dziennych 9,5%. Jedna osoba została skierowana do szpitala ogólnego.

Przeciętny czas hospitalizacji, początkowo wynosił 74,7 dni (rok 1993). W latach następnych: 66,7 dni (rok 1994), 123,7 dni (rok 1995) i 111 dni w 1996 roku. Jak widać, z upływem czasu zarysowała się tendencja do wydłużania pobytu w oddziale, co tłumaczymy faktem, że przybywało pacjentów dla których stanowiliśmy jedyny system wsparcia w środowisku. Równocześnie malała ilość pacjentów leczonych w ciągu roku. Najprawdopodobniej jest to skutkiem rozwoju oddziałów dziennych.

Przy realizacji programu hospitalizacji domowej rodzą się pytania, z których zasadnicze dotyczy jej zakresu. Czy hospitalizacja domowa ma być alternatywą leczenia w oddziale całodobowym, jak rozumieli ją i badali autorzy anglosascy (Audini, Burns, Hoult, Knapp, Stein), czy też ma być jego uzupełnieniem, jak dzieje się w naszym Zespole.

Za ważny, szczególnie w chwili obecnej, uważamy aspekt ekonomiczny. Z prac niektórych autorów anglosaskich, z którymi się zapoznaliśmy wynika, że terapia w domu jest równie droga lub niewiele tańsza od hospitalizacji w warunkach oddziału całodobowego. Na-

leży jednak zaznaczyć, że jak wynika z tych prac, prowadzona przez nich opieka i terapia były o wiele bardziej intensywne. W tej sytuacji znaczącym argumentem przemawiającym za pozostawieniem pacjenta w domu jest większa satysfakcja jego i rodziny, co zresztą w/w autorzy podnoszą.

Z naszych wyliczeń wynika, że jeden dzień leczenia w oddziale hospitalizacji domowej jest czterokrotnie tańszy niż w oddziale całodobowym. Gdy jednak uwzględnić koszt hospitalizowanego (całej kuracji) wartości stają się niemal porównywalne, jeśli nie wliczać kosztów ponoszonych przez rodzinę pacjenta. Wydaje się również, że przy niesprzyjających relacjach w rodzinie, dużym ubóstwie itp., inne formy hospitalizacji są bardziej odpowiednie.

Program ukierunkowany na opiekę czynną. Najogólniej rzecz ujmując jest on realizowany zgodnie z zaleceniami IPN. Program wykonywany jest na zlecenie i przy współpracy PZP. Głównym jego celem jest zapobieganie nawrotom choroby.

Szczególnie ważne okazało się stosowanie leków o przedłużonym działaniu. Praktykujemy zwyczaj, że pacjenci je pobierający zgłaszają się na iniekcje do naszego Ośrodka. W tej chwili program pilotowanego leczenia neuroleptykami o przedłużonym działaniu dotyczy 56 pacjentów. Odpowiada to 26% poradnianej grupy opieki czynnej.

Inne formy aktywności to pomoc pacjentom w sprawach socjalno-bytowych, w najszerszym rozumieniu tego słowa.

Poza tym staramy się „związać" pacjentów z Ośrodkiem. Namawiamy do korzystania ze spotkań klubowych lub aktywności w Stowarzyszeniu. Motywujemy do udziału w programach rehabilitacyjnych.

Staramy się partycypować w tworzeniu systemów oparcia. Nie mamy tu jednak zbyt budującego doświadczenia. Zdarza się, że dla niektórych takim systemem oparcia staje się nasz zespół. Podobne problemy mają i inne zespoły. Pisze o tym w swojej pracy A. Axer.

Od dwóch lat w myśl obowiązujących aktów normatywnych tworzenie systemów oparcia należy do organów pomocy społecznej. Jest to zadanie nie tylko trudne, ale i czasochłonne. Przed nami pozostaje wypracowanie wspólnych działań.

Program interwencji kryzysowych. W zależności od potrzeb doraźnych podejmujemy interwencje w środowisku głównie na zlecenie innych struktur SOLP. Ukierunkowane są one zarówno na pacjenta jak i osoby z jego otoczenia.

Program edukacji i konsultacji. Naszą aktywność w tym zakresie rozumiemy bardzo szeroko. W pierwszej kolejności mamy tutaj na myśli działania ukierunkowane bezpośrednio na pacjenta oraz aktywność nastawioną na rodzinę i szersze otoczenie.

Często także występujemy w roli prowadzących zajęcia w szkoleniach osób profesjonalnie związanych ze środowiskiem chorych; pracownikami pomocy społecznej i wymiaru sprawiedliwości. Dobrym pretekstem do działań edukacyjnych stały się interdyscyplinarne spotkania przy okazji wprowadzania Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

Za bardzo istotną uważamy wszelką działalność samopomocową. W pewnym okresie czasu, aby przyspieszyć rozwój wydarzeń inicjowaliśmy spotkania rodzin, które zaowocowały, powstaniem stowarzyszenia rodzin. Pragniemy zaznaczyć, że przedstawiciele stowarzyszeń rodzin i pacjentów zasiadają w Radzie Nadzorczej ZOZ-u.

W podsumowaniu prezentacji poszczególnych elementów SOLP chcielibyśmy przedstawić ich udział w sprawowaniu opieki. Na 100 dni leczenia szpitalnego, przypada; 174 dni opieki w formach pośrednich (oddziały dzienne i hospitalizacja domowa), 187 wizyt pacjentów w PZP oraz 23 wizyty w środowisku. Dla porównania wskaźniki te w Polsce kształtują się odpowiednio: 100/7/40/1. Analizując te dane należy pamiętać, że łączna liczba osobodni

leczenia szpitalnego generowana przez opisaną strukturę (w przeliczeniu na populację), jest mniejsza o ponad 50% w porównaniu z tradycyjnym modelem organizacyjnym.

P o d s u m o w a n i e

1. Opisana struktura zapewnia ciągłość, różnorodność, integrację i koordynację procesów terapeutycznych, co jest warunkiem sprawnej opieki psychiatrycznej.
2. Jej idea jest zgodna ze współczesnymi tendencjami w zakresie organizacji lecznictwa psychiatrycznego: decentralizacją, deinstytucjonalizacją i demedykalizacją, będącymi wyznacznikami psychiatrii środowiskowej.
3. Zespół środowiskowy, z zadaniami przedstawionymi wyżej, jest niewątpliwie ważnym elementem w procesie leczenia psychiatrycznego.
4. Przy zróżnicowaniu form pośrednich zapotrzebowanie na hospitalizację domową (rozumianą, jako intensywne leczenie pacjentów w ostrej fazie choroby) jest mniejsze niż wynika do z doświadczeń cytowanych uprzednio autorów.
5. Oddział hospitalizacji domowej po pewnym czasie samodzielnego funkcjonowania okazuje się propozycją nazbyt ubogą. Wypisani po leczeniu pacjenci, nadal pozostają w orbicie jego aktywności i dla nich tworzy się struktury, które dublują już istniejące (zwracają na to uwagę Axer i Datka). Problem ten nie dotyczy struktur zintegrowanych.
6. Wydaje się, że liczba łóżek w oddziale całodobowym, w dużej mierze, modeluje kształt i funkcjonowanie zintegrowanej struktury, w tym zespołu środowiskowego. Zależność ta, zdaje się działać również w drugą stronę, a zespół środowiskowy niewątpliwie przyczynia się do redukcji liczby łóżek.
7. W opisanym systemie każdy pacjent może mieć swojego terapeutę wiodącego (case manager'a), z którym spotyka się niezależnie od aktualnego miejsca leczenia.
8. Proponowane rozwiązanie organizacyjne niesie wiele obciążeń dla terapeutów, z którymi nie spotykaliby się w tradycyjnym modelu leczenia.
9. Choć intensywność naszej hospitalizacji domowej była mniejsza niż u autorów anglosaskich, jej długość powodowała, że w ostatecznym rozrachunku koszty leczonego niewiele odbiegały od kosztów leczenia w oddziale całodobowym, a byłyby większe, gdyby doliczyć wydatki ponoszone przez rodzinę.
10. Ze względu na różne cele i metodologię prac, różne „otoczenie" hospitalizacji domowej, trudno porównywać doświadczenia cytowanych autorów prac z naszymi.

Piśmiennictwo: 16 pozycji u autorów.

Opracowano w oparciu o wcześniejsze doniesienie - „Doświadczenia zespołu środowiskowego funkcjonującego w ramach zintegrowanej struktury lecznictwa psychiatrycznego", autorzy: Dorota Sacher – Weister, Krzysztof Trembla, Witold Turaj, wygłoszonego podczas - Zjazdu Psychiatrów Polskich we Wrocławiu w 1995 roku – „Przemiany w psychiatrii" oraz późniejsze doświadczenia z funkcjonowania SOLP.

Powyższe doniesienie (wizualizacja przy wykorzystaniu folii) zostało przedstawione na Konferencji Naukowej –„Leczenie środowiskowe szansą psychiatrii", zorganizowanej przez Szpital Psychiatryczny „Drewnica" w ramach Polsko-Holenderskiego programu badawczego –„Pacjenci też są obywatelami". Popowo 19-21.06.1997 r..