

dr Jan Pfeiffer

Reforma w Republice Czeskiej

Przekształcenie opieki nad osobami z chorobą psychiczną z instytucjonalnej w środowiskową przebiega w Republice Czeskiej (kraju liczącym około 10 mln mieszkańców) od przynajmniej 30 lat. Już w latach 90 XX w., bezpośrednio po upadku reżimu komunistycznego, powstały pozarządowe organizacje non-profit, które zaczęły świadczyć różnego rodzaju usługi środowiskowe, zwłaszcza dla osób z poważnymi chorobami psychicznymi, stanowiąc alternatywę dla tradycyjnej opieki medycznej, głównie szpitalnej. Organizacje te działają obecnie w całym kraju, zatrudniając setki ludzi i stanowią zręb nowo uformowanej, zorientowanej na rekonwalescencję opieki środowiskowej.

Choć już wcześniej zrealizowano szereg krajowych projektów mających na celu transformację – zarówno w dziedzinie zdrowia, jak i opieki społecznej – jednak w ciągu ostatnich 6 lat, przy wykorzystaniu europejskich funduszy strukturalnych, prowadzony jest kompleksowy, ogólnopolski projekt. W ramach tego projektu utworzono 30 Ośrodków Zdrowia Psychicznego (Mental Health Centres – MHC) dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi (severe mental illness – SMI). Zespoły w tych centrach składają się z pracowników służby zdrowia oraz socjalnych w stosunku 1:1. Łączna ich liczba to w przybliżeniu 15-20 osób na obszar zamieszkały przez około 100 000 mieszkańców. Większość ich działań opiera się na wyjściu do społeczności. Pracują oni w oparciu o case management, czyli nadzorowanie konkretnego przypadku. Intensywnie współpracują z placówkami szpitalnymi i społecznością lokalną. Dzięki ich pracy, liczba oraz czas trwania hospitalizacji ulega znacznemu skróceniu, a setki osób, które były stale hospitalizowane przez dziesięć lub więcej lat, z powodzeniem zostają przywrócone do społeczności. Ich działalność jest objęta zarówno ogólnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, jak i środkami państwowymi przeznaczonymi na usługi socjalne. Jednocześnie tworzone są podobne zespoły dla innych grup docelowych, takich jak dzieci, osoby z uzależnieniami, osoby w zaawansowanym wieku, osoby z historią konfliktów z prawem. Aby proces ten był kompleksowy, wszystkie szpitale psychiatryczne przygotowały plan transformacji, plany takie zostały również opracowane (i w większości zatwierdzone przez rady lokalne) we wszystkich 14 regionach. Celem tych planów, jak określono w Krajowym Planie Działania, jest zbudowanie do 2030 r. jednego ośrodka dla SMI i łącznie 60 ośrodków dla innych grup w każdym obszarze zamieszkanym przez 100 000 pacjentów, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby dużych szpitali psychiatrycznych, tak aby łączna liczba łóżek (dla osób w stanie nagłym oraz wkrótce później) nie przekraczała 50-60 łóżek na 100 000 mieszkańców (obecnie jest to ok. 90/100,000).

Wiele energii poświęcono na połączenie wszystkich elementów opieki. Nawiązano intensywną współpracę między usługami szpitalnymi i środowiskowymi, zreorganizowano pracę zespołów szpitalnych, zwiększono rolę pielęgniarek psychiatrycznych oraz wprowadzono rolę pielęgniarki opieki podstawowej. W ramach triady (pielęgniarka opieki podstawowej, manager przypadku ze strony CMC, sam klient) dla każdego hospitalizowanego klienta opracowuje się plan zdrowienia. W skali krajowej oraz regionalnej podejmowane są systemowe działania mające na celu destygmatyzację. We wszystkich szpitalach psychiatrycznych przeprowadzono ocenę jakości opieki pod kątem praw człowieka zgodnie z kryteriami podanymi w poradnikach (toolkits) WHO, a obecnie wdrażane są niezbędne środki, co obejmuje również masowe wydarzenia edukacyjne. Wiele uwagi

poświęca się zaangażowaniu osób korzystających z usług i członków rodziny we wszystkie procesy decyzyjne. Zbudowany został międzysektorowy system koordynacji, zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym.

Jeżeli mielibyśmy dokonać krótkiej oceny trwającego obecnie procesu reform, nie ma wątpliwości, że istnieje silny związek pomiędzy usługami świadczonymi przez służbę zdrowia i opiekę społeczną. Stworzono system stabilności finansowej a także system zachęt finansowych mających skłonić szpitale psychiatryczne do dalszej transformacji. Regiony w pełni zaakceptowały swoją rolę istotnych podmiotów w mającym nastąpić procesie. W pewnym zakresie nastąpiła zmiana paradygmatu, zaś nakierowanie na multidyscyplinarność oraz zdrowienie zostały zaakceptowane przez znaczną część profesjonalistów jako model przyszłej opieki. Oczywiście występują również problemy. Brakuje pracowników służby zdrowia, kwestia braku mieszkań w przystępnej cenie jest dużym problemem, potrzeba większego zaangażowania w proces reform ze strony instytucji zajmujących się opieką społeczną. Koncepcja stopniowego, całkowitego zastąpienia funkcji szpitali psychiatrycznych musi być dalej tłumaczona i nagłaśniana.