

Maria Pałuba

Miejsce szpitala psychiatrycznego w terapii schizofrenii

Szpital Psychiatryczny – Tworki

Jak poważnym problemem jest fenomen schizofrenii – i to nie tylko w kontekście szerokiego spectrum prowadzonych badań naukowych, ale w kontekście społecznym i ekonomicznym – mówią dane statystyczne. Na tę bowiem chorobę w świecie zapada 1 osoba na 100, czyli dotknięty jest nią 1% populacji ludzi, niezależnie od płci, statusu społecznego, kultury czy religii.

Jest nie tylko jedną z najczęściej występujących chorób psychicznych, ale i w wykazie wszystkich poważnych chorób o przewlekłym przebiegu zajmuje 5 miejsce (20%). Większość osób zapada na tę chorobę w wieku 16–25 lat, większość nie jest zdolna do samodzielnego funkcjonowania społecznego lub zdolność tę ma znacznie ograniczoną i musi liczyć na stałą pomoc rodziny lub inne formy oparcia społecznego. Wśród ludzi bezdomnych około 10% to osoby chorujące na schizofrenię, które z różnych powodów żadną z form pomocy nie zostały objęte.

Ma to swoje oczywiste przeniesienie na koszty ponoszone przez społeczeństwo. Choć w Polsce nie dysponujemy jeszcze dokładnym ich szacunkiem, zarówno ogólnym, jak i w odniesieniu do kosztów bezpośrednich, pośrednich czy niematerialnych – to z wyliczeń innych państw wiadomo, iż są znacznym obciążeniem społecznym. W związku z tym istotne znaczenie mają nie tylko formy i środki stosowane do leczenia tej choroby, ale także czas leczenia i miejsce jej leczenia.

Miejscem, w którym choroba ta jest leczona najczęściej pozostaje ciągle szpital psychiatryczny. Potwierdzeniem tego mogą być dane z polskich szpitali psychiatrycznych zawarte w tabeli 1 i 2.

Tabela 1. Ruch chorych (1994)

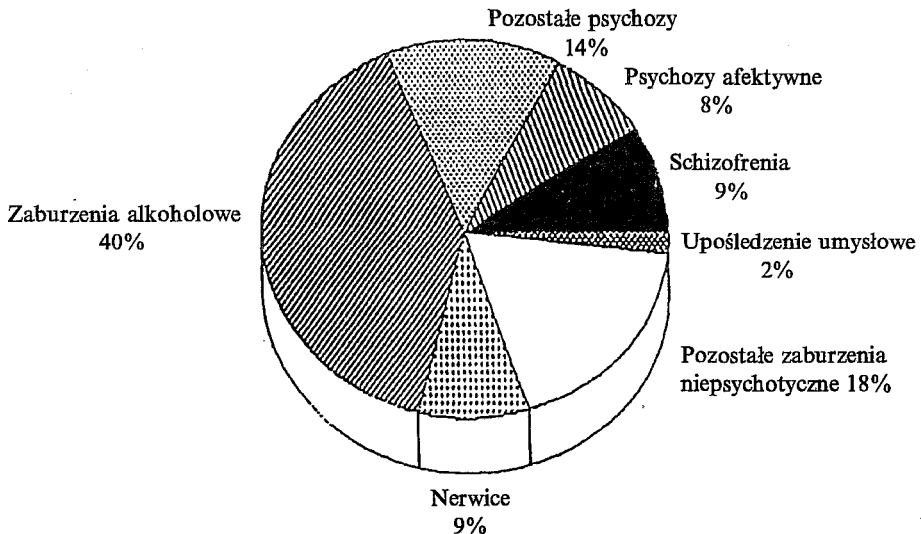
	Ogółem	Schizofrenia	Odsetek
przyjęcia	158 196	41 526	26,20
wypisy	156 134	41 365	26,50
przyjęcia pierwszorazowe	59 185	5 595	9,40
leczenie-osoby	145 960	41 196	28,20
leczenie-epizody	184 935	54 785	29,60
przebywający 31.12.94	26 342	12 881	48,90
przebywający ponad rok	7 633	5 463	71,60

Tabela 2. Analiza populacji osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych z rozpoznaniem schizofrenii 1994

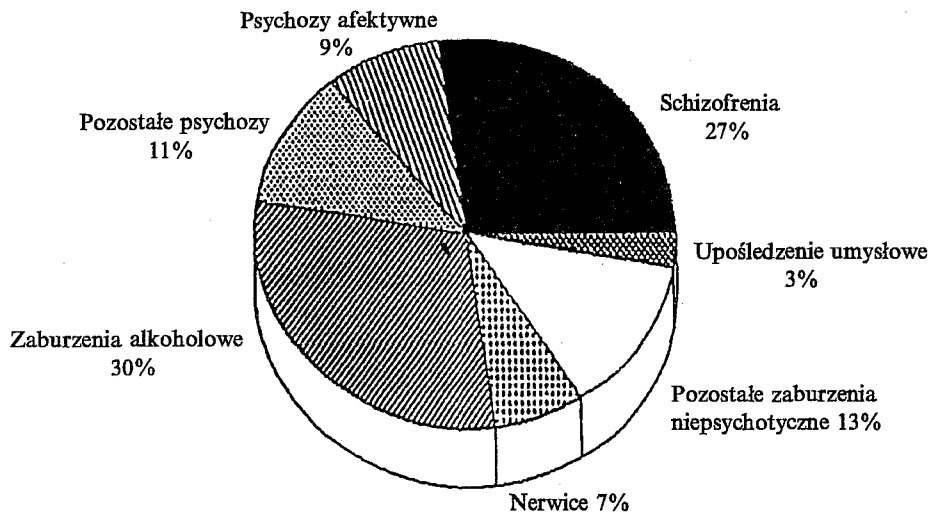
kobiety	50,4%
mężczyźni	49,6%
mieszkańcy miast	62,3%
mieszkańcy wsi	37,7%
osoby do 19 roku życia	2,1%
osoby od 20 do 64 roku życia	89,5%
osoby powyżej 65 roku życia	8,1%

Średni czas hospitalizacji pacjentów wypisywanych z rozpoznaniem schizofrenii stanowił 116 dni, natomiast średni roczny czas hospitalizacji leczonych z tym rozpoznaniem wynosił 88 dni. W strukturze leczonych w 1994 roku w szpitalach psychiatrycznych, pacjenci z tym rozpoznaniem stanowili 32,3%, a w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych – 28,0%. Spośród 54,8 tys. hospitalizowanych rocznie chorych z rozpoznaniem schizofrenii, do szpitali psychiatrycznych przyjętych było 83,5%, a do oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych – 16,5%.

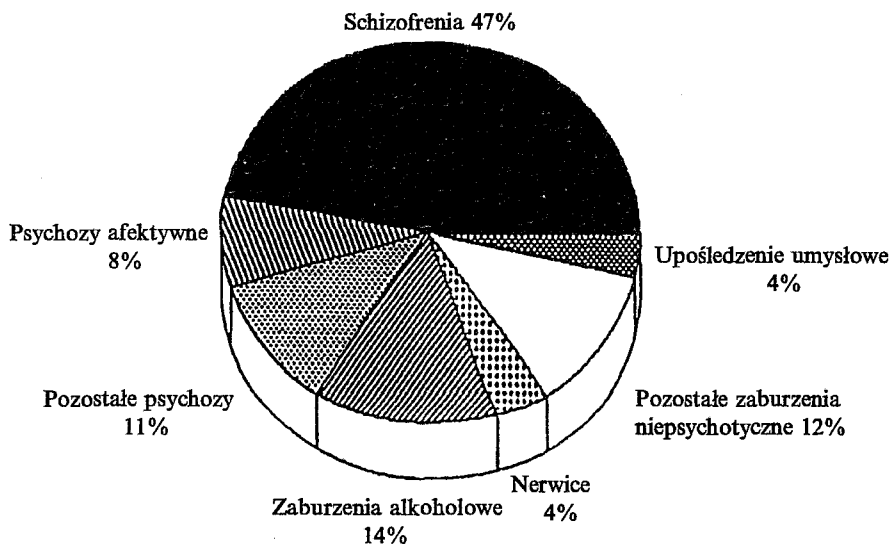
Dane z 1995 roku wskazują, że wśród pierwszorazowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii stanowili 9% (wykres 1). Wśród hospitalizowanych ogółem schizofrenia była rozpoznawana w 27% (wykres 2), a w średnim stanie dziennym szpitali dominowali chorzy z rozpoznaniem schizofrenii w 47% (wykres 3). Dane z ostatnich 3 dziesięcioleci wskazują, iż liczba leczonych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w placówkach stacjonarnych ma tendencję wzrostową (wykres 4).



Wykres 1. Struktura hospitalizowanych po raz pierwszy w życiu według rozpoznań (1995)



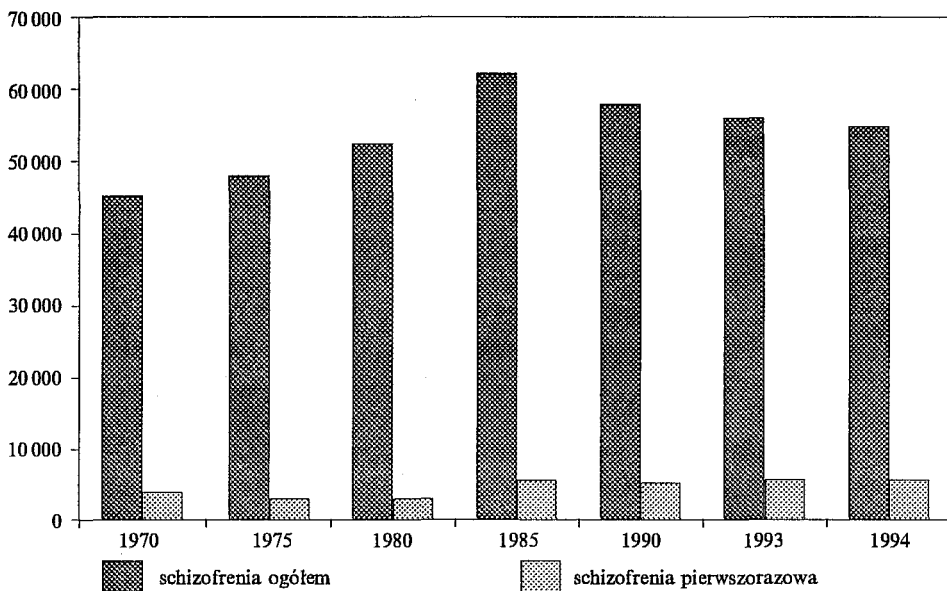
Wykres 2. Struktura hospitalizowanych ogółem (osoby) według rozpoznań (1995)



Wykres 3. Średni stan dzienny hospitalizowanych według rozpoznań (1995)

Dane zawarte w wykresach 1–4 potwierdzają znaczenie szpitala psychiatrycznego, jako miejsca gdzie chorzy na schizofrenię są leczeni najczęściej i chyba jeszcze będą leczeni przez lata najbliższe.

Myszę, że obecnie – planując inny nieco niż dotychczas model organizacyjny lecznictwa psychiatrycznego – musimy postawić sobie pytanie: czy w obecnych warunkach szpital psychiatryczny, poza tym, że jest miejscem koniecznym do leczenia chorych z rozpoznaniem schizofrenii, jest zawsze miejscem terapeutycznie dobrym i skutecznym?



Wykres 4. Pacjenci z rozpoznaną schizofrenią leczeni w placówkach szpitalnych

Istnieje teoria modelu schizofrenii odwołująca się do podatności na stres. Wynika z niej, że natężenie i przebieg tej choroby determinowany jest przez takie 3 czynniki, jak wrażliwość biologiczna (predyspozycje biologiczne), stres i nieumiejętność radzenia sobie z chorobą. Przyczynowy związek szpitala psychiatrycznego z czynnikiem pierwszym jest właściwie żaden, nie można natomiast takiego stwierdzenia sformułować w odniesieniu do 2 pozostałych czynników. Z pozycji trudnych warunków, w jakich obecnie funkcjonują szpitale psychiatryczne, wiemy, że źródłem stresu – czyli zjawiska o negatywnym oddziaływaniu, nasilającym natężenie objawów choroby – dla człowieka chorującego na schizofrenię może być przyjęcie i pobyt właśnie w szpitalu psychiatrycznym. Brzmieć to może paradoksalnie, szczególnie w zestawieniu z przytoczonymi poprzednio danymi, ale czyż tak nie jest, gdy:

- hospitalizacja uzasadniona jest tylko brakiem możliwości leczenia w warunkach pozaszpitalnych,
- warunki oddziału szpitalnego są urażające,
- oferta terapeutyczna szpitala nie jest w stanie sprostać potrzebom chorego.

Wymienione okoliczności i ich negatywne interakcje, jak się wydaje, w znacznym stopniu utrudniają, lub wręcz uniemożliwiają, wyrobienie u pacjenta umiejętności radzenia sobie z chorobą. W takich sytuacjach hospitalizacja psychiatryczna dla części chorych okazuje się być krokiem wstecz na drodze ich zdrowienia, może obniżyć ich poprzedni poziom funkcjonowania, może utrwalić też w nich niechęć do leczenia i lęk przed ponowną hospitalizacją. Oczywiście ten mało optymistyczny wariant odnosi się do tych obszarów naszej mapy świadczeń psychiatrycznych, gdzie główny ciężar leczenia osób

chorych na schizofrenię spoczywa prawie wyłącznie na szpitalu psychiatrycznym, oddalonym od miejsca zamieszkania chorego czasami o ponad 100 km, który nie ma powiązania z innymi formami opieki psychiatrycznej ani odpowiednio przygotowanej kadry.

Uwzględniając jednak fakt, iż schizofrenia jest jedną z najcięższych i najczęstszych chorób psychicznych, jej różnorodny obraz i przebieg, a także różną podatność na leczenie – bezsporne jest, że leczenie szpitalne pozostanie nadal jedną z ważniejszych, choć nie jedyną formą leczenia. Bogatsi też o doświadczenia innych krajów (Włochy, USA) wiemy, iż likwidacja szpitali psychiatrycznych okazała się w skutkach rozwiązaniem nienajlepszym.

Aby leczenie szpitalne spełniało jednak swoją funkcję, istotnym jest aby:

- było dostępne,
- było zasadne,
- trwało nie dłużej, niż jest to bezwzględnie konieczne,
- obejmowało zróżnicowaną ofertę terapeutyczną,
- odbywało się w odpowiednich warunkach architektonicznych i przestrzennych szpitala,
- funkcjonowało jako ogniwo w sieci opieki psychiatrycznej,
- stanowiło zintegrowany element środowiska na terenie którego znajduje się szpital.

Przeprowadzona w Polsce analiza łóżek psychiatrycznych, w aspekcie ich ilości w odniesieniu do potrzeb i rozmieszczenia, zawarta jest w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, uwzględniającym środowiskowy model organizacyjny opieki psychiatrycznej, który zakłada również ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Funkcjonujące w Polsce szpitale psychiatryczne w zdecydowanej większości obejmują obiekty z przełomu XIX i XX wieku (tab. 3).

W planie rozwoju lecznictwa psychiatrycznego na lata 1995–2005 przyjmuje się ewolucję łóżek psychiatrycznych, kierunek tej ewolucji przedstawia tabela 4. Być może przyszły rozwój wydarzeń w naszym kraju naniesie jeszcze

Tabela 3. Szpitalnictwo psychiatryczne
Wiek szpitali psychiatrycznych wg czasu uruchomienia
Liczba szpitali 49
Liczba łóżek w 1995 r. 29 115

Czas	przed 1900 r.	1900–1939 r.	Reaktywowane w starych szpitalach psychiatrycznych przed 1939 r.	Adaptowane w budynkach nieszpitalnych po 1945 r.	Wybudowane po 1945 r.
liczba szpitali	6	8	9	15	11
liczba łóżek	6 387	5 992	6 114	6 095	4 883
udział % w ogólnej liczbie łóżek rzeczywistych	21,9%	20,6%	21,0%	20,9%	16,8%

Tabela 4. Hospitalizacja całodobowa

	Liczba łóżek w 1995 r.	Liczba łóżek w 2005 r.	Różnica 1995–2005
Polska ogółem	33 tys. wskaźnik 8,6	27 tys. wskaźnik 7,1	– 6 tys.
szpitale psychiatryczne	28 tys.	17 tys.	– 11 tys.
oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych	4 tys.	10 tys.	+ 6 tys.

pewne korekty na czynione wczoraj i dziś założenia. Może pojawią się np. oddziały przy szkołach medycznych czy szpitale prywatne?

Oczywiście zmiany zakładane, a zilustrowane liczbami w tabeli 4, nie mogą odbywać się mechanicznie. Faktyczny cel może być osiągnięty jedynie przy równoczesnym rozwoju całego wachlarza form pośrednich, bez względu na to, czy tworzone będą przez struktury służby zdrowia, pomocy społecznej czy lokalne samorządy.

Tylko właściwie określona i faktycznie realizowana współpraca oddziałów psychiatrycznych całodobowych z formami pozaszpitalnymi może zapewnić skuteczniejszą i pełniejszą poprawę stanu zdrowia chorych cierpiących na schizofrenię, zarówno w aspekcie klinicznym, jak i w aspekcie ich społecznego funkcjonowania. Tylko w takich warunkach typowa forma instytucjonalnego leczenia może ulec ograniczeniu.

Poza stroną czysto organizacyjną, realizacja tego programu wymagać będzie jak najwcześniejszego uruchomienia programów promocyjnych i edukacyjnych. Brak bowiem dostatecznej wiedzy w społeczeństwie na temat choroby, jaką jest schizofrenia nadal skutkować będzie obawą rodziny i najbliższego otoczenia przed pobytem chorego w domu i tendencją do utrzymywania go jak najdłużej w szpitalach psychiatrycznych.

Niezależnie od procesów legislacyjnych, organizacyjnych czy finansowych odbywających się poza obrębem szpitala psychiatrycznego, które, jak uczy nas nawet własne doświadczenie, trwać mogą lata całe, bardzo ważne jest, aby już teraz, na miarę własnych możliwości i przy uwzględnieniu różnych uwarunkowań szpitali psychiatrycznych zapoczątkować zmiany w strukturach wewnątrzszpitalnych, które zaczynałyby stopniowo zmieniać często pejoratywnie odbierany w społeczeństwie wizerunek szpitala psychiatrycznego. Można to zacząć uzyskiwać poprzez:

- profilizację oddziałów w szpitalach,
- rozszerzanie koedukacji w oddziałach,
- aktywniejszą współpracę z istniejącymi już ośrodkami pozaszpitalnymi,
- intensywniejsze zaznaczanie swojej obecności w środowisku okołoszpitalnym i pozyskiwanie jego przychylności,
- powoływanie stowarzyszeń pozarządowych i samopomocowych czy fundacji na rzecz szpitala,

- aktywniejsze korzystanie z możliwości pozyskiwania środków pozabudżetowych,
- rozwijanie współpracy z innymi szpitalami i ośrodkami zarówno krajowymi, jak i zagranicznymi (wprowadzanie elementów atrakcyjności pracy, wymiana doświadczeń, zmniejszenie niebezpiecznego zjawiska inercji, apatii i powszechnej niemożności, włączenie się do prac naukowo-badawczych itp),
- korzystanie z doradztwa organizacyjnego i zawodowego,
- organizowanie niektórych form pośrednich opieki psychiatrycznej na terenie dużych szpitali, gdy nie ma i nie będzie ku temu warunków przez co najmniej kilka lat w obszarze świadczeń udzielanych przez szpital, np. oddziały dzienne, nocne, kluby, warsztaty terapii zajęciowej, miejsca pracy chronionej, hostele (pozwoli to wykorzystywać już teraz czas na przygotowanie pacjentów i ich rodzin do funkcjonowania w tych strukturach, gdy takie powstaną lub do bardziej samodzielnego życia po wypisaniu ze szpitala),
- zwiększenie zatrudnienia w szpitalu osób zajmujących się chorymi ze środowisk pozamedycznych. Profesjonaliści medyczni bowiem ukierunkowani są głównie na dostrzeganie w pacjencie choroby – to co w nim jest chore i leczenie tego, natomiast nie-medycy, a głównie wolontariusze bardziej dostrzegają w pacjencie to, co jest w nim zdrowe, chętniej pomagają w zmniejszaniu u chorego poczucia gorszej wartości, bardziej motywują go do zdrowienia,
- tworzenie grup samopomocowych i grup wsparcia na terenie szpitala (np. rady pacjentów).

Z uwagi na to, że większość osób chorujących na schizofrenię leczona jest jednak w szpitalach psychiatrycznych i nierzadko jest to zarówno pierwsza, jak i czasami jedyna forma i miejsce leczenia, należy w procesie leczenia szpitalnego uwzględniać nie tylko farmakoterapię (i to z uwzględnieniem najnowszej generacji leków) służącą redukcji wrażliwości biologicznej. Niezwykle istotne jest, aby na etapie leczenia szpitalnego tworzyć wspierające środowisko rodzinne chorego i uczyć zarówno chorego, jak i jego opiekuna radzenia sobie z chorobą i funkcjonowania poza obrębem szpitala. Niezbędne jest więc już w szpitalu wprowadzenie uczenia umiejętności społecznych i redukcji stresów, rozpoznawania objawów zwiastujących pogorszenie stanu zdrowia, znajomości działania leków i strategii leczenia (50% pacjentów w 1-szym roku po wypisaniu ze szpitala przerywa leczenie, a 80% w przeciągu 2 lat). Natomiast pacjentów z wieloletnim stażem pobytu w szpitalu psychiatrycznym (a tych w grupie chorych z rozpoznaniem schizofrenii jest aż 71,6%) należy jeszcze w ramach trwającej nadal hospitalizacji włączać w długoterminowe programy rehabilitacyjne (treningi, pracownie zajęciowe, obozy rehabilitacyjne itp.). Należy też dostrzec potrzebę poprawy jakości ich życia, bowiem ich rozpisany na lata pobyt w szpitalu psychiatrycznym, to nie epizod leczenia choroby w ich życiu, ale ich życie.