

Odmevi

SLOVENSKA PSIHIATRIJA: KAKŠNA SI, KAM GREŠ?*

(Odgovor dr. Andreju Marušiču, dr. med.)

Andrej Žmitek

Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55,4275 Begunje

Dragi Andrej!

Hvala za tvoj odgovor (ISIS, junij 2001). Prebral sem ga hitro in z veseljem. Prebral sem seveda tudi tvoj uvodnik v Zdravniškem vestniku (2001; 70: 201-2). Žal ti nisem uspel odgovoriti z »obratno pošto«, kot se temu reče. Zato pa sem si lahko vzel čas in pregledal nekaj literature na temo dezinstitutionalizacije in skupnostne psihiatrije. Odkril sem zanimive reči. (Bralcem, ki dosedanje korespondence niso spremljali: tema je psihiatrija; ključne besede: organizacija psihiatrije, skupnostna psihiatrija, Anglija, Slovenija.)

Zdaj pa k stvari. Najprej komentiram tvoj odgovor v reviji ISIS. Gre za trditev, ki si jo že prej zapisal v Mladini (26. 2. 2001): *V Sloveniji naj bi imeli približno 500 psihiatričnih postelj preveč, če se primerjamo z Anglijo.* – Kaj pa mislijo Angleži sami o svojem posteljnem fondu? Ocenjujejo, da jim primanjkuje postelj na sprejemnih oddelkih. Poročajo o 120 do 130% zasedenosti. Zato morajo bolnike hospitalizirati tam, kjer je trenutno pač prostor. Pogosto v oddaljenih bolnišnicah, kar otežuje stike med bolniki in svojci, ali v privatnih bolnišnicah, kar povečuje stroške. Pomanjkanje psihiatričnih postelj je v Angliji prisotno tako v mestih kot na deželi (1). Na posameznih območjih bolniki čakajo na somatskih oddelkih, občasno pa celo v policijskih prostorih za pridržanje, da se sprostijo postelja na psihiatriji. Zaradi povečanega pritiska na dnevno bolnišnico so tudi tu prisiljeni bolnike odpuščati prej, čeprav je daljši čas zdravljenja pomemben napovedni dejavnik ugodnega izhoda zdravljenja v dnevni bolnišnici (2). Angleži torej sami ocenjujejo, da je njihov posteljni fond preskromen. Zato je vprašanje, če je primerno ob navedenih težavah uporabiti Anglijo kot zlati standard števila psihiatričnih postelj.

Poleg tega najdemo v drugih evropskih državah drugačne modele organizacije psihiatrije in s tem se tudi velikost posteljnih fondov razlikuje. Treba je sprejeti dejstvo, da je situacija v različnih deželah različna in da za to obstajajo razlogi. »Patients and countries are too diverse, and it may be necessary for any care model to be adjusted to accommodate local needs (3).«

»Tvojim pomislekom navkljub še vedno vem, da imamo v Sloveniji tipično institucionalno psihiatrijo!« Seveda imam pomisleke. Poznam namreč delo svojih »institucionalnih« kolegov, zlasti v Begunjah. Že zelo dolgo delajo to, čemur ti praviš »celovita in kontinuirana oskrba«. Sodelujejo z bolnikovim splošnim zdravnikom; s patronažno sestro, ki lahko

obišče bolnika na domu, če se ta ne oglasi na pregledu; s socialno delavko v »instituciji« in s Centrom za socialno delo na terenu; z bolnikovo delovno organizacijo, kjer posredujejo, da se uredi morebiti neustrezen odnos do bolnika ali da se najde ustrežnejše delovno mesto; z nevladnimi organizacijami, ki vedno bolj prevzemajo skrb za rehabilitacijo v širšem smislu; pri mlajših bolnikih sodelujejo s šolo; pa seveda s svojci in prijatelji, ki so pri zdravljenju pogosto nepogrešljivi sodelavci. Kar se tiče kontinuitete oskrbe: zdravnik, ki zdravi bolnika v bolnišnici, ga praviloma spremlja tudi v ambulanti. Včasih (in v nekaterih bolnišnicah pogosteje, v drugih redkeje) ga isti zdravnik zdravi ves čas bolnišničnega zdravljenja na različnih (odprtih, zaprtih) oddelkih, čeprav je to tehnično nekoliko zapleteno.

Zakaj ti pravzaprav vse to pišem? Verjetno manj zaradi tebe, pa več zaradi kolegov, ki že ves svoj delovni vek prakticirajo »skupnostno psihiatrijo« in z grenkobo (ali pa z jezo, kakor so pač osebnostno strukturirani) preberejo, kako mladi kolega iz belega sveta vse to pomete z levo roko; »...tipična institucionalna psihiatrija!«

Kaj pravi Kaplan v podpoglavju »Continuity of care« (4)? »Kontinuiteta oskrbe v idealnem smislu pomeni, da imajo bolniki iste terapevte ali skrbnike ves čas trajanja bolezni. Ista oseba, ki začne zdravljenje v urgentni ambulanti, sledi bolnikom, kjerkoli so hospitalizirani, ko se vrnejo domov, ali so nameščeni v druga bivališča. ...v resničnem svetu je taka kontinuiteta oskrbe za osebe z resnimi duševnimi motnjami le redko mogoča.« Dalje govori podpoglavje o pomenu predajanja informacij med terapevte. Na koncu omeni tudi »case management«, ki deloma ustreza predstavi o kontinuiteti oskrbe, je pa učinkovitejši ob majhnem številu (10 do 15) »primerov« na terapevta. Glede na zgoraj povedano se mi zdi, ne zameri, celovitost in kontinuiteta oskrbe v slovenski psihiatriji kar v redu. Nikakor pa ne mislim, da ne bi moglo biti še bolje.

»Ali veš, da imamo v Sloveniji osebo, ki je v bolnišnici že skoraj 40 let?« Vem. Za tvojo knjigo rekordov sem našel v Begunjah dva bolnika s še daljšim stažem: prvi je bil sprejet na kliniko v Polju daljnega leta 1949 in premeščen v Begunje 1955. V tem času je bil 6 tednov doma in 2 tedna na internem oddelku, skupaj pa je hospitaliziran 52 let. Drugi bolnik je bil sprejet v Polju leta 1951 in premeščen v Begunje 1956. V vseh teh letih hospitalizacija (50 let) ni bila prekinjena. Se bova zgražala nad temi številki? Ker sva oba nagnjena k objektivnosti, pojdi-

* Z odgovornim in glavnim urednikom revije Isis, glasila Zdravniške zbornice Slovenije, prof. dr. Eldarjem M. Gadžijevim, smo se dogovorili za smiselno delitev dela med revijama Isis in Zdravniški vestnik. Zdravniški vestnik bo objavljaval strokovne prispevke in gradivo, ki je na stroko vezano, pa tudi morebitne polemike in dopisovanja.

Zato tudi v Zdravniškem vestniku v rubriki Odmevi objavljamo dopis prim. dr. Andreja Žmitka iz Psihiatrične bolnišnice Begunje, ki zadeva prejšnje pisanje pisca in dr. Andreja Marušiča v revijah Isis (2001; 10: 111-2) in Zdravniški vestnik (2001; 70: 201-2).

Z veseljem objavljamo argumentiranje tudi različnih stališč in odpiranje tako organizacijskih kot strokovnih vprašanj v psihiatriji. Največjo korist bi morali imeti prej ali slej, ob iskrenih prizadevanjih za boljšo medicino, ne samo psihiatrijo, predvsem bolniki. Veselim se odpiranja psihiatrije v družbo, ožjo skupnost, druge stroke, javnost, do bolnikov. Kot vse specialistične stroke bo morala psihiatrija sodelovati še posebej s splošno oz. družinsko medicino. Vabljeni tudi drugi k razmišljanju in pisanju.

va raje pogledat literaturo. Ne bova se zadovoljila z zastarelo navedbo, da 10% bolnikov s shizofrenijo potrebuje trajno hospitalizacijo (5). Mogoče niti z naslednjo: »Velika večina oseb z resno duševno boleznijo, ki se danes zdravijo v javnih sistemih mentalnega zdravja, je sposobna živeti v skupnosti, vendar posamezni bolniki tega cilja ne bodo nikoli dosegli ...« (4). Kaj pa pravi najnovejši Kaplan (6)? »... moderna psihiatrična bolnišnica ima malo pacientov, ki ilustrirajo ta terminalni stadij shizofrenije. Skoraj vsi bolniki s simptomi in znaki ekstremne regresije v vedenju, čustvovanju in ideaciji so bili sprejeti pred 30 in več leti.« In nekaj vrstic niže: »... številni bolniki s shizofrenijo ostanejo v stadiju stabilne kroničnosti, čeprav ne dosežejo stadija terminalne deterioracije. Zaradi njihovih psihotičnih simptomov utegne biti nujno, da ostanejo v bolnišnici; če pa simptomi niso zelo resni, lahko bivajo izven bolnišnice.«

Seveda je možno razpravljati, ali bi takšni bolniki lahko bivali tudi v domovih oskrbovancev. V običajnih, kot jih poznamo v Sloveniji, nikakor ne. Tudi doma pri svojcih ne. Morda v Hrastovcu. Sam nimam nobenih predsodkov proti tej ustanovi, ki je daleč od klasične institucije v slabem pomenu. Ocenjujem, da zelo dobro delajo z oskrbovanci, ki so pač tako bolni, da ne zmorejo manj strukturiranega okolja. Ampak ti s takšno transinstitucionalizacijo ne bi bil zadovoljen. Vztrajal bi, da se »osebo s še tako hudo in ponavljajočo se duševno motnjo lahko vsaj v času delnega in začasnega izboljšanja odpusti v stanovanjsko skupino z največjo mero medicinske in negovalne podpore« (Zdravniški vestnik 2001; 70: 201–2). Kaj storiti s tistimi bolniki, kjer se stanje ne izboljša (npr. terminalni stadij shizofrenije)? Drugo skupino (stadij stabilne kroničnosti z izrazitimi simptomi) bi še nekako naselili v »oddelek v hiši« (»ward in the house«), nekakšno bivalno skupnost z (kot ti praviš) največjo mero medicinske in negovalne podpore. Cena? Sitnica! (bi rekel sir Oliver). V resnici pa približno dvakrat višja kot cena na običajnem oddelku psihiatrične bolnišnice in enaka kot na intenzivnem sprejemnem oddelku. Poleg tega taka namestitvev ne zagotavlja ugodnejšega izhoda zdravljenja. Razmerje med ceno in učinkovitostjo torej ni v korist te alternativne namestitve (1). Zato ni čudno, če take bolnike v kontekstu skupnostne psihiatrije označujejo s kratico DTP (Difficult to place, problematični glede namestitve).

»Najpreprosteje bi bilo, če bi si 150 slovenskih psihiatrov pravično razdelilo po 13.000 Slovencev. Pa naj vsak pokrije vse, kar mu iz tega sektorja pošlje splošni zdravnik.« Upam, da tega ne gre razumeti dobesedno. Prepričan sem, da bi tak sistem pomenil korak ali dva nazaj. Potem bi se šli »vsi znamo vse«. Saj tudi kolegi v somatski medicini ne ravnaajo tako. Plastični kirurgi ne režejo slepičev, abdominalci ne operirajo izbočenih medvretenčnih ploščic. Psihiatrija je zelo široko področje. Shizofrenija, bolezni odvisnosti, demence, motnje hranjenja, adolescentna problematika, nevrotske motnje itd., itd. ... Kako naj kompetentno in učinkovito zdravim vse te motnje, kako naj sproti sledim vsej literaturi? Zato se mi zdi strah, da bi dosledna sektorizacija povzročila zmanjšanje strokovnosti dela, realen in upravičen.

V nadaljevanju komentiram predvsem tvoj uvodnik v Zdravniškem vestniku.

»(Lokalnost delovanja) je najlažje doseči s cepitvijo bolnišnic na več manjših in lokalno enakomerno razporejenih.« No, končno se strinjava. Ne gre samo za lokalnost delovanja; tudi znotraj manjše bolnišnice se različni procesi odvijajo lažje kot v velikem kolosu. Seveda tudi obstaja nek numerus, neka spodnja meja. Obdržati je namreč treba kritično maso zdravnikov in njihovih ključnih sodelavcev, ki omogoča strokovni in znanstveni napredek ter zagotavlja kontinuiranost zdravljenja (dežurstva, nadomeščanja itd.). Vendar povejva pošteno: manjše bolnišnice so praviloma dražje. Da ne bo potem zamere kot v ZDA, kjer so zdravstveni reformatorji govorili finančnikom, kakšne prihranke bo prinesla skupnostna psihiatrija; njihovi

medsebojni odnosi so se do danes pošteno ohladili, finančniki pa prihrankov še vedno niso dočakali (8).

»Slovenija še nima urejene skupnostne psihiatrije ...« Nisem prepričan, če se skupnostna psihiatrija pojavlja po principu »vse ali nič«. Menim, da je slovenska psihiatrija na številne načine zasidrana v skupnosti; daleč je od tega, da bi živela le v osamljenem grajskem poslopju (čeprav res živi tudi tam). No, tu se ne bova strinjala in ne bom zastonj trošil papirja. Pogledajva raje, kaj poreče Kaplan (6): »Ni več primerno konceptualizirati bolnišnic in skupnostnih služb v smislu ločenih sistemov zdravljenja; tako prve kot druge so integralne komponente spektra služb, bistvenih za katerikoli javni sistem mentalnega zdravja.« Zato uporablja izraz »javna psihiatrija« (»public psychiatry«), ki obsega vse zgoraj navedeno. Tak način razmišljanja se mi zdi boljši, čeprav ne dvomim, da bi morali našo javno psihiatrijo še marsikje dopolniti. Ampak s tem poimenovanjem se ognemo nevarnosti, ki se mi zdi kar realna, da bi se namreč razdelili na predstavnike skupnostne in institucionalne psihiatrije. Taka delitev bi zlahka nadomestila staro in hvala Bogu preseženo delitev na psihodinamike in biološke psihiatre, prinesla bi pa le brezplodna prerekanja in nobene koristi.

»Istočasno z zviševanjem samostojnosti osebe z duševno motnjo se intenzivira tudi zaposlenost. Od delovne terapije v bolnišnici prek zaposlitvene terapije v okviru skupnostnih služb pa vse do polovične in polne zaposlitve.« Temu bi res težko ugovarjal. Mislim, da je pomen postopnega zaposlovanja podaril že Ciompi (8) daljnega 1988. leta, verjetno pa še kdo pred njim. Problematična utegne biti praktična izvedba. Angleži ugotavljajo (1), da so pri uresničevanju takih sofisticiranih delovnih shem v skupnosti velike težave. Navajajo primer bolnišnic, ki so v svojih rehabilitacijskih centrih omogočale bolnikom postopno napredovanje od najmanj zahtevnega dela, npr. sestavljanja papirnatih škatlic za žarnice, do zahtevnih in natančnih opravil, kot je izdelovanje delov za raketne motorje. Po zaprtju bolnišnic v skupnosti ni bilo mogoče urediti takšnega stopnjevanja delovne zahtevnosti. V razdrobljenih centrih preprosto niso mogli zbrati dovolj bolnikov, da bi stopnjevanje zahtevnosti izpeljali po organizacijski plati. Tako ni čudno, da se je v enem letu po zaprtju bolnišnice število bolnikov brez strukturirane dnevne aktivnosti povečalo glede na prejšnje obdobje.

Drugi primer, kako težko je zagotoviti primerno delo osebam z duševno boleznijo v skupnosti, je še bolj grotesken. V Angliji so kronične bolnike po odpustu iz bolnišnic naselili tudi v obmorskih letoviščih, v sobah oziroma penzionih za turiste, ki so običajno služili svojemu namenu le poleti. Lastniki so bili z namestitvijo bolnikov zadovoljni, saj so tako ustvarili zaslužek preko vsega leta. V teh letoviških mestih je poleti zelo malo primernih možnosti za delo. Pozimi pa jih sploh ni. Naslednja dva stavka namenoma navajam v izvorniku, saj bi prevod okrnil njuno sporočilno moč: »In terms of leisure activities, there are few places as desolate as an English seaside resort out of season. Television documentaries dealing with this situation presented unforgettable images of psychiatric patients in raincoats wandering along deserted rainswept promenades (9).« Ali so ti bolniki res v skupnosti?

»Sodobna psihiatrija preprosto ne bi pristala na obstoj tako hude duševne motnje, ki bi zahtevala transinstitucionalizacijo v osamljene gradove, kakršen je socialnovarstveni zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec-Trate ...« Glede obstoja »tako hude duševne motnje« sem svoje mnenje povedal že zgoraj, tu le o transinstitucionalizaciji. Najbolj grob primer tega pojava je premik duševno bolnih iz zdravstvenega sistema v pravosodni sistem, oziroma kriminalizacija duševno bolnih, ki jo poznajo zlasti v ZDA (7). Dezinstitutionalizacija vsebuje tri pomembne elemente: povečano odpušcanje bolnikov iz bolnišnic (backdoor policy), zmanjšano sprejemanje bolnikov v bolnišnice (frontdoor policy) in razvoj novih služb v

skupnosti. Tretji element seveda zagotovi, da ne bo težav zaradi prvih dveh. Narava stvari pa je taka, da (zlasti iz ekonomskih razlogov) razvoj novih služb v skupnosti pomembno zastaja za politiko sprednjih in zadnjih vrat. Taka je tudi ameriška izkušnja. Del bolnikov, ki tako ne dobi ustrezne zdravstvene oskrbe, zaide v penalne institucije. Tako poročajo o grozljivi ugotovitvi, da je v državi New York več duševno bolnih v ječah in zaporih kot v javnih psihiatričnih bolnišnicah (7). Na Angleškem je ta pojav manj izrazit, vendar tudi opazen. Danci ugotavljajo, da se je število forenzičnih hospitalnih bolnikov (tistih, ki so hospitalizirani po sklepu sodišča, ker so zagrešili resno kaznivo dejanje) v obdobju izrazitega zmanjševanja posteljnih kapacitet povečalo za trikrat.

Drugi pomemben pojav, ki je na neki način podoben transinstitucionalizaciji, pa je brezdomstvo. Število brezdomcev v zahodnih državah je visoko in narašča; v Angliji so ga ocenili pred 10 leti na 420.000. Velik delež brezdomcev ima resne duševne motnje (psihozo), povprečno nekako ena tretjina (4, 9). Brezdomstvo je seveda večvzročen socialni pojav in ga ni mogoče preprosto pripisati psihiatričnim reformam. Verjetno pa je, da bi zadostne psihiatrične kapacitete obvarovale del bolnikov pred drsenjem in zdrsnjenjem v ta skrajno marginalen družbeni položaj (9).

Večji del zmanjšanja števila psihiatričnih postelj v Ameriki je šel prav na račun transinstitucionalizacije (6), poleg zgoraj navedenega predvsem v različne domove oskrbovancev, ki v osnovi niso namenjeni zadovoljevanju zdravstvenih potreb duševno bolnih. Tudi tu bi lahko razpravljali, ali so takšni bolniki res v skupnosti.

Prav pojav transinstitucionalizacije opozarja, da bolnikom prenaglo in direktivno zniževanje posteljnega fonda ne koristi. Bolje je v skupnosti ustvariti pogoje, da se pritisk bolnikov na bolnišnice zmanjša; potem te same znižujejo število postelj (to se v Sloveniji nekako zadnjih štirideset let tudi dogaja).

»Vse slovenske psihiatrične bolnišnice so ločene od splošnih bolnišnic, kar kaže na zavlačevanje z vsebino, po kateri se telesno še vedno ločuje od duševnega.« Mislim, da bo razlog precej bolj preprost – denar. Narediva lahko preprost poskus: ena od slovenskih psihiatričnih bolnišnic je (upravno, ne fizično) del splošne bolnišnice. Oglejva si vseh šest (od zunaj ali od znotraj, kakor hočeš), in brez težav bova ugotovila, katera je to. Pa »pust' mo stat'«, da ne bo kake zamere. – Dobro se spominjam, kako je prof. Lokar govoril o potrebi po psihiatričnih oddelkih, vključenih (fizično, ne le upravno) v splošne bolnišnice. Dogajalo se je pa obratno. Psihiatrične bolnišnice so se osamosvajale tudi upravno. Samostojnim jim gre očitno bolje. Pa ne, da bi od plačnika dobile več denarja, le z istimi sredstvi razpolagajo po svoji presoji. In mislim, da imajo tudi bolniki kaj od tega. Strinjam se, da je to čuden anahronizem, ampak tako je to v Sloveniji. Pa se odloči: ali je boljša dobra praksa in slaba teorija ali obratno? Bi bil rajši siromašnejši brat ali primerljivo premožni bratranec?

»Ločenost oskrbe za osebe s hujšimi duševnimi motnjami od oskrbe za osebe z blažjimi duševnimi motnjami ... Sodobna psihiatrija pri zdravljenju v bolnišnicah ne pozna tovrstnih delitev. Vse osebe iz določenega področja ali regije se v primeru potrebe po hospitalizaciji zdravijo na edinem oddelku za njihovo regijo ...« Morda sem tvojo misel narobe razumel; ampak tudi če je tako, jo bo še kdo in je treba stvar pojasniti. Če pustiva ob strani specializirane oddelke, v principu potrebujeta dva tipa oddelkov – za bolj in za manj bolne. Bolnika z zelo resno simptomatiko pač sprejmeš na en oddelek. Ko se njegovo stanje izboljša, ga odpustiš ali, če je bolnišnično zdravljenje še potrebno, premestiš na drug oddelek. Bolj akutno bolni imajo pač drugačne zdravstvene potrebe od tistih z blažjo simptomatiko. Kjer primanjkuje možnosti za diferenciranje bolnikov glede na stadij in naravo bolezenskih sprememb, se pravi za nameščanje na različne oddelke, so težave neizbežne. To

zaradi pomanjkanja postelj ugotavljajo tudi v Angliji (1); ne samo, da je takšna namestitvev daleč od humanega bivanja, ampak so tudi uspehi zdravljenja slabši.

»Nasprotno pa lahko z nadaljevanjem ločevanja oseb v izolirane psihiatrične bolnišnice daleč od splošnih bolnišnic vzdržujemo neenakopraven položaj oseb z duševno motnjo in drugačno vrednotenje duševne motnje in duševnega zdravja nasploh.« V principu drži. Mogoče ti bo všeč moja definicija duševne bolezni: »Duševna bolezen je tista motnja v zdravju, ki ob zadostni izraženosti zahteva zdravljenje prizadete osebe v poslopju izven večjega naseljenega kraja, ki je bilo zgrajeno za povsem drug namen in za takšno zdravljenje v principu ni primerno.« Seveda pa obratno ne drži: samo s preselitvijo mesta zdravljenja stigma ne bo nič manjša. Slučajno vem, kako v nekem zdravstvenem domu drugi zdravniki in zdravstveni delavci imenujejo psihiatrični dispanzer: »Ta pametni dispanzer«. Stigma je ostala, pa čeprav so v isti hiši.

Samo še en komentar; nanaša se na tvoj članek v Mladini (26. 2. 2001), komentiram pa ga zdaj, ko sem našel zanimive podatke v literaturi. »Skupnostno psihiatrijo so namreč zadovoljni vsi od svojcev do medicinskih sester in psihiatrov.« Angleži so vsekakor zelo radoveden narod. Raziskali so tudi, kakšno je zadovoljstvo bolnikov v klasični psihiatrični bolnišnici in kakšno v psihiatričnem oddelku splošne bolnišnice. Bolniki v klasični bolnišnici so izražali več zadovoljstva v zvezi s hospitalizacijo, posebej glede okolja bolniške stavbe, atmosfere na oddelku in razpoložljivih aktivnosti. Bolniki na psihiatričnem oddelku splošne bolnišnice pa so izražali večjo skrb za lastno varnost ob zaskrbljenosti nad vedenjem sobolnikov. Medicinske sestre v klasični bolnišnici so izražale bistveno več zadovoljstva glede vseh nadaljnjih postavk: prenapolnjenost oddelka, okolje bolnišnične stavbe, razpoložljiva pomoč, nevarnost nasilja, dosegljivost zdravnika, komunikacija z zdravnikom, podpora s strani zdravnika. Te sestre bi priporočile svojo ustanovo prijateljem ali sorodnikom, ki bi potrebovali zdravljenje, v 70%. Sestre v psihiatričnem oddelku splošne bolnišnice bi priporočile svojo ustanovo v 30% (2). Gornji podatki kažejo, da je zadovoljstvo bolnikov in medicinskega osebja lahko tudi na strani klasičnih bolnišnic.

Dovolj bodi. Kot običajno sem se razpisal preveč. Je že tako, da mi nek zlodej ne da miru in namesto, da bi se med dopustom namakal v morju ali lazil po hribih, rešujem slovensko psihiatrijo. Če se potem pogledam v ogledalo in se resno vprašam – »Ali se bodo zaradi tega pisanja stvari odvijale kaj drugače?« – je odgovor bolj negativen kot pozitiven. Ampak zlodej ni pragmatična bivanjska kategorija.

Ne mislim s Kandidom, da je slovenska psihiatrija »svet, najboljši od vseh možnih svetov«. Ni dvoma, da bo šel razvoj naprej v smeri skupnostne psihiatrije in bodo z nadaljnjim razvojem psihiatrične znanosti in stroke postelje vedno manj pomembne. Vendar – če se na tej poti ne bomo prevečkrat in pretrdo zaleteli, bo kar dobro. Poskusimo se učiti na tujih napakah, da se nam ne bo treba na lastnih. In: imejmo moč, da spremenimo, kar se spremeniti da; imejmo potrpežljivost, da prenašamo tisto, česar se ne da spremeniti; imejmo modrost, da spredvidimo razliko med prvim in drugim.

Lepo te pozdravljam

Andrej

Literatura

1. Leff J, Trieman N. Providing a comprehensive community psychiatric service. In: Leff J ed. Care in the community. Illusion or reality? Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1997: 189–202.
2. Sammut R, Leff J. The effect of reprovizion on the acute services. In: Leff J ed. Care in the community. Illusion or reality? Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1997: 121–36.
3. Muijen M. The balance of care. In: Birchwood M, Tarrier N eds. Innovations in the psychological management of schizophrenia. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1992: 253–75.

4. Elpers JR. Community psychiatry. In: Kaplan HI, Sadock BJ eds. Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 2663-77.
 5. Lehmann HE, Cancro R. Schizophrenia: Clinical features. In: Kaplan HI, Sadock BJ eds. Comprehensive textbook of psychiatry/IV. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985: 680-713.
 6. Cancro R, Lehmann HE. Schizophrenia: Clinical features. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1169-99.
 7. Bachrach LL. Lessons from the American experience in providing community-based services. In: Leff J ed. Care in the community. Illusion or reality? Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1997: 21-36.
 8. Ciompi L. Learning from outcome studies - Toward a comprehensive biological understanding of schizophrenia. Schizophr Res 1988; 1: 373-84.
 9. Leff J. The downside of reprovision. In: Leff J ed. Care in the community. Illusion or reality? Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1997: 167-74.
-