

Vesna Švab

SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA

Zahvala članom združenj, svojcem in sodelavcem.

November 2013

KAZALO

UVOD	3
Definicije	8
Zgodovina skupnostne psihiatrije.....	9
Principi skupnostne psihiatrije	Error! Bookmark not defined.
Povezovanje.....	12
Odgovornost.....	12
Dostopnost	12
Nepretrganost obravnave	Error! Bookmark not defined.
Enakost , vsestranskost, kulturna prilagojenost.....	Error! Bookmark not defined.
Vrednote skupnostne psihiatrije.....	14
Zavzetost	14
Destigmatizacija in varovanje pravic.....	14
Avtonomija	15
Preventiva	16
Metode dela v skupnostni psihiatriji.....	19
Timsko delo	Error! Bookmark not defined.
Splošne skupnostne psihiatrične delovne skupine za obravnavo duševnih motenj	20
Specialistične skupnostne delovne skupine	22
Delovne skupine za krizne intervencije.....	23
Intenzivne skupnostne psihiatrične delovne skupine (Assertive Community Treatment – ACT)	23
Primeri dobrih praks.....	27
Italija	27
Velika Britanija.....	28

Irska	30
Španija.....	31
Francija	31
Avstrija	31
Nemčija	32
Posledice.....	32
Organizacija služb-kako	33
Načrtovanje in financiranje.....	34
Ocena potreb.....	Error! Bookmark not defined.
Implementacija.....	34
Izobraževanje	37
Pričakovanja pacientov	38
Merjenje izida.....	38
Viri	41

UVOD

Vprašanje, ali naj bo zdravljenje in skrb za osebe z duševnimi motnjami institucionalna ali skupnostna, je preživeto. Ljudje z duševnimi motnjami se v veliki večini zdravijo in obravnavajo zunaj institucij. Tako je povsod po svetu, čeprav iz različnih razlogov. Ponekod je razlog pomanjkanje vsakršne, tudi institucionalne obravnave, drugje pa je prišlo do premika obravnave iz institucij v skupnost zaradi političnih in strokovnih odločitev.

Najpomembnejši razlog za obravnavo zunaj institucij je, da ljudje v njih ne želijo živeti, temveč se želijo zdraviti in dobiti podporo blizu svojega doma, to je tam, kjer imajo naravne podporne mreže in domače ljudi.

Zato se ni več mogoče spraševati ali je bolje vzdrževati obravnavo v velikih institucijah kot so socialni zavodi in vlagati v zidove, kadre in opremo, ali organizirati lokalne službe za duševno zdravje ter odgovoriti na probleme tam, kjer nastajajo. Potrebno je oboje, vendar v različnem razmerju. V institucije se usmerja ogromna javno zdravstvena in sredstva socialnega skrbstva. V Sloveniji je institucionaliziranih nekaj več kot 20 000 ljudi. Neinstitutionaliziranih, ki trpijo zaradi različnih oblik manjših zmožnosti, je vsaj desetkrat več. Kljub temu se velika večina sredstev za ljudi z duševnimi motnjami porabi v institucijah in ne v skupnosti. Službe za ljudi, ki bivajo v institucijah je največkrat mogoče organizirati tam, kjer so ti ljudje doma ali vsaj v bližini njihovih domov. Ljudje se želijo starati in prenašati ter obvladovati svoje kronične bolezni in težave v domačem okolju, kjer imajo tudi svoje socialne mreže.

Razvoj kakovostnih skupnostnih služb je človeška pravica. Vsak otrok ima pravico odraščati v družinskem okolju. Vsi ljudje, ne glede na starost, zmožnosti ali težo manjših zmožnosti, imajo pravico, da živijo in sodelujejo v svojih skupnostih. Vključeni bi morali biti v odločanje o službah, ki jih uporabljajo. V največji možni naj nadzorujejo svoje življenje. Na nacionalni in lokalni ravni je treba načrtovati prehod iz institucionalne v skupnostno obravnavo, ki lahko omogočijo bistven napredek v življenju posameznikov (1). Pravica do neodvisnega življenja v skupnosti je zapisana Konvenciji Združenih narodov o pravicah ljudi z manjšimi zmožnostmi (2).

Več kot milijon otrok in odraslih v Evropi živi še vedno v institucijah. Dokazi kažejo, da so izidi bolezni in manjših zmožnosti v institucijah slabši kot v skupnosti glede kakovosti življenja in kakovosti služb. Rezultati raziskave, ki jo je financirala Evropska komisija so, da v 25 evropskih državah živi v institucijah 1,2 milijona ljudi. Med največjimi skupinami ljudi z manjšimi zmožnostmi so ljudje z duševnimi motnjami. Člen 19 Konvencije Združenih narodov o pravicah ljudi z manjšimi zmožnostmi* govori o »pravici ljudi z

manjšimi zmožnostmi, da živijo v skupnosti z enakimi pravicami kot drugi ljudje«. Člen zahteva, da države razvijejo vrsto skupnostnih podpornih služb zato, da se prepreči izolacija in segregacija v skupnosti. Tej zavezi se pridružujejo priporočila Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske zveze za premeščanje oskrbe iz psihiatričnih bolnic in socialnih zavodov v skupnost in v skupnostno oskrbo. Skupnostna obravnava ima namreč boljše izide glede kakovosti življenja, glede spoštovanja pravic in je cenovno učinkovitejša (3, 4).

V času, ko pri nas ponovno opazujemo rast in prenavo številnih institucij, ko se zmanjšujejo sredstva za vse oblike zdravstvene obravnave, razen institucionalnih, je potrebno najprej ponoviti že spoznano: da je potrebno duševne motnje in vse vrste manjših zmožnosti obravnavati v naravnih življenjskih okoljih. Institucionalna obravnava pa je potrebna pri izjemnih, na primer nujnih stanjih in le pri izjemno hudih invalidnostih, ki potrebujejo nepretrgano intenzivno obravnavo. Interesi po vzdrževanju institucionalnega modela so veliki in prepleteni. V Italiji na primer, je interese institucij pred petindvajsetimi leti lahko ustavila le nova zakonodaja.

Konvencija o pravicah ljudi z manjšimi zmožnostmi opozarja, da imajo ljudje z različnimi manjšimi zmožnostmi pravico, da bivajo in se zdravijo v domačem okolju, dokler je to le mogoče in da bi morali invalidi imeti možnost dejavno sodelovati v postopkih odločanja o usmeritvah in programih, ki se nanašajo nanje (http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/konvencija_o_pravica_h_invalidov.pdf). To pomeni, da jih je treba vključevati v vse faze načrtovanja služb in njihovega delovanja kot eksperte in supervizorje. Če se to ne zgodi, se lahko nadaljuje z zgodovinsko prakso izključevanja in diskriminacije na vseh področjih njihovega življenja. Upoštevanje ljudi z manjšimi zmožnostmi pomeni, da lahko izvajajo vpliv in nadzor nad službami in storitvami, ki jih prejemajo. Zadnji poudarki mednarodnih aktov kažejo tudi na nujnost povezave med zdravstvenim in zaposlitvenim sektorjem, saj je slabo duševno zdravje močno povezano z revščino, brezposelnostjo in socialno prikrajšanostjo (5).

Poročila EU (6,7) o napredkih pri porabi sredstev na področju skupnostne obravnave v devetih državah so pokazala, da naraščajo finančni vložki v institucionalno obravnavo. Nekatere države razvrščajo sredstva tako, da prenavljajo ali razširjajo obstoječe institucionalne kapacitete. Nekateri izmed teh projektov so uporabili sredstva za izboljšanje dostopnosti in standardov oskrbe v obstoječih institucijah in povečevanju njihovih kapacitet, da bi zmanjšali čakalne dobe. Evropska sredstva so se uporabljala za krepitev institucij, kljub dejstvu, da je institucionalizacija kršitev človeških pravic, kar lahko trdimo tudi za Slovenijo.

Kljub temu, da bomo govorili pretežno o skupnostni obravnavi psihiatričnih pacientov, je treba razumeti, da so na področju institucionalnega psihiatrične ustanove majhen problem. Psihiatrične bolnišnice imajo približno dvajsetino institucionalnih postelj, od tega le kakšno desetino tistih, pri katerih se omejuje človekove pravice na zaprtih oddelkih. Pisanje o tem, kaj se dogaja na področju skupnostne psihiatrije pri nas in v svetu je torej le model za razumevanje nstitucionalizacije in razlogov za pomanjkanje skupnostnih oblik dela pri nas.

Skupnostna psihiatrija je dobila svoje mesto v sistemu psihiatričnih služb praktično povsod po svetu, tudi v bistveno revnejših državah od naše. Republika Slovenija je podpisala nekaj konvencij, s katerimi se je zavezala za obravnavo psihiatričnih pacientov na lokalnem nivoju ter k preventivi, ki jo je mogoče zagotoviti le z regionalizacijo služb.

Za uspešno nadomeščanje institucionalnih oblik skrbi z skupnostnimi so ključni nacionalni in regionalni politični dokumenti in natančni lokalni načrti za premestitev skrbi iz institucij v dobro pripravljeno skupnost z realističnim načrtom obravnave za posameznike (1). Ko se razvija strateška vizija, je bistveno, da vlada doseže sodelovanje z ljudmi, ki službe uporabljajo, njihovimi reprezentativnimi organizacijami, družinami in z izvajalci obravnave. Tranzicija iz institucij v skupnost je največkrat posledica pozivov k reformi ljudi z imanjšimi zmožnostmi in njihovih družin. V številni primerih njihove reprezentativne organizacije uspešno vodijo kakovostne skupnostne službe in so jih vodile, preden so jih začele ustanavljati državne agencije. Evropska zaveza za razvoj skupnostnih služb v državah članicah je zapisana v Evropski strategiji o invalidnosti za obdobje 2010-2020

(http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_en.htm).

Model reorganizacije služb in reform na področju duševnega zdravja povsod po svetu je obravnava skupine ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. To so ljudje s shizofrenijo, bipolarno čustveno motnjo, organskimi duševnimi motnjami in ponavljajočo se hudo depresivno motnjo (ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami), ki imajo zaradi bolezni in njenih posledic tudi manjše zmožnosti na nekaterih področjih njihovega življenja. Za to skupino, ki so jo v preteklosti dolgotrajno obravnavali v ustanovah, je treba ustvariti ustrezno mrežo služb v bližini njihovega doma.

Organizacija teh služb je preizkusni kamen politike na področju duševnega zdravja. Cilj sodobnega načrtovanja na tem področju je okrepiti učinkovite modele zdravljenja, socialnega varstva, zaposlovanja in prilagojene nastanitve, ki lokalno že delujejo na cenovno učinkovit način (8).

Ko se uvaja skupnostne načine obravnave je pomembno, da že pri načrtovanju sodelujejo uporabniki in njihove družine. Ne gre namreč le za premestitev obravnave zunaj bolnišnic in zavodov, temveč predvsem za spremembo načina dela in drugačne vrednote.

POGOSTOST DUŠEVNIH MOTENJ

Podatki o pogostosti duševnih motenj kažejo, da so eden izmed največjih javnozdravstvenih problemov, da povzročajo največ invalidnosti v Evropi in prizadenejo vsako leto več kot tretjino populacije. Najpogostejše duševne motnje so tesnoba in depresija, odvisnosti, predvsem od alkohola in demence (5% ljudi nad 65 letom). Duševne motnje vodijo glede ekonomskih in socialnih posledic, saj so najpogostejši razlog za prezgodno upokožitev in ter med boleznimi prispevajo največ k socialni izključenosti, revščini in stigmatizaciji (1). Nevropsihiatrične motnje so drugi najpogostejši vzrok za bolezensko breme, če ga merimo z DALY (z manjšimi zmožnostmi preživeta leta življenja) in sicer 19%. V razvitih zahodnoevropskih državah so že na prvem mestu. Duševne motnje so tesno povezane z nevarnostjo samomora in sicer v več kot 90%. Ljudje z duševnimi motnjami umirajo skoraj 20 let prej kot drugi ljudje, najpogosteje zaradi kardiovaskularnih bolezni, raka ali sladkorne bolezni, največkrat zato, ker imajo slabši dostop in kakovost pomoči (9, 10).

Pogostost samomora, ki se je do 2008 zmanjševala v vseh evropskih državah se z ekonomsko krizo in posledicami ponovno stabilizira in ponekod tudi povečuje (World Health Organization, 2012).

Načini obvladovanja problema so zaradi njegove razširjenosti in številnih vzrokov, ki prispevajo k nastanku in izraženosti duševnih motenj ter k njihovi klinični sliki, so nujno kompleksni.

Cilji Globalnega akcijskega plana za duševno zdravje Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2012 (WHO, Ženeva 2013) so uspešno preprečevanje duševnih motenj, izboljšati dostop do dokazano uspešnih zdravstvenih in socialnih storitev in zagotoviti vrsto človeških pravic, da lahko ljudje z duševnimi motnjami dosežejo najvišjo možno mero zdravja in funkcioniranja brez stigmatizacije in diskriminacije. Potrebno je vzpostaviti vsestransko, povezano mrežo zdravstvenih in socialnih služb v skupnosti, implementirati strategije za promocijo in varovanje duševnega zdravja vključno z dejavnostmi za preprečevanje duševnih motenj in samomorov. Okrepiti je treba informacijske sisteme, raziskovanje in dokaze o delovanju in učinkovitosti povezanih služb za duševno zdravje v skupnosti ter okrepiti in

izobraziti strokovno osebje na osnovni ravni zdravstvenega in socialnega varstva. Na globalno breme duševnih motenj je potrebno odgovoriti vsestransko in koordinirano s strani zdravstvenih in socialnih sektorjev v državah članicah EU. Osnovna načela za organizacijo in razvoj služb za duševno zdravje so, da je potrebno vključiti te službe v osnovno zdravstveno varstvo; zagotoviti nepretrganost obravnave in povezanost med različnimi izvajalci in sistemi; med formanimi in neformalnimi izvajalci skrbi; zagotoviti promocijo samopomoči in samooskrbe in; zagotoviti upoštevanje pravic do avtonomije in do zaščite človeških pravic. Obravnava ljudi z duševnimi motnjami naj bi se v največji možni meri prenesla iz institucij, ki zagotavljajo dolgotrajno oskrbo v skupnost, čeprav in zato ker v številnih državah še vedno večino sredstev za duševno zdravje porabijo psihiatrične bolnišnice in zavodi.

Zavode za dolgotrajno oskrbo je potrebno do največje možne mere nadomestiti z skupnostnimi bivalnimi oblikami in kratkotrajnimi hospitalizacijami v splošnih bolnišnicah, ker je obravnava v psihiatričnih bolnicah še vedno pogosto slabo učinkovita in ker so tam možnosti kršitev človeških pravic velike. Skupnostna obravnava pa mora preseči le medicinsko zdravljenje in omogočiti v okrevanje usmerjeno obravnavo, ki zagotavlja ljudem, da v procesu okrevanja sledijo svojim ciljem in da živijo v največji možni meri v svojih skupnostih.

Ker imajo številni ljudje z duševnimi motnjami majhne možnosti za zaposlitev in izobraževanje, so pogosto revni in slabo vključeni v svoja okolja, jim je potrebo zagotoviti pomoč pri zaposlovanju, bivanju, izobraževanju in podobno. Potrebno je podpreti ljudi z izkušnjo duševne motnje in njihove svojce, da čim bolj neposredno izražajo svoje potrebe. Povezati se je treba z neformalnimi skrbniki in omogočiti nevladnim organizacijam in drugim akterjem, da izvajajo storitve, ki odgovarjajo na izražene potebe.

Vlade naj torej zagotovijo prenos sredstev iz institucionalnih v skupnostne oblike obravnave in zagotovijo razvoj in izobraževanje človeških virov za takšno reorganizacijo.

Akcijski plan EU glede duševnih motenj predvideva zmanjšanje smrtnosti in invalidnosti zaradi duševnih motenj s poudarkom na promociji in preventivi in z večjim poudarkom na človeških pravicah, saj je kršenje teh tesno povezano s slabim duševnim zdravjem. Poudarek je na okrevanju – konceptu, ki pomeni posameznikovo dejavno vračanje v običajno življenje po njegovi izbiri in v skladu z njegovimi/njenimi možnostmi. Posebej se opozarja na vulnerabilne in socialno izključene skupine, vlogo svojcev in na potrebo po zmanjševanju institucionalne oskrbe ter na kršitev pravic v institucijah.

(http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/).

Cilj 3 Globalnega načrta za dušeno zdravje je implementacija strategij za promocijo in preventivo duševnega zdravja tudi pri ljudeh, ki še nimajo diagnosticiranih duševnih motenj. Duševno zdravje je namreč tesno povezano z socialnimi in ekonomskimi determinatami med katerimi so dohodki, zaposlitev, izobrazba, materialni življenjski standard, telesno zdravje in izpostavljenost stresnim življenjskim dogodkom. Celotna preventiva duševnih motenj je

odgovornost politike, zato v Sloveniji že nekaj let (od 2008), ko je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju, nastaja Nacionalni plan duševnega zdravja.

DEFINICIJE

Sodobna organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in institucionalne oblike obravnave (11,12).

Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovega doma. Je razdelitev služb, ki omogočajo osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in socialno vključitev ter omogoča uveljavljanje pravice do bivanja v naravnem okolju. Skupnostne službe opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb tako, da se na regionalno opredeljenih območjih poveže vrsta virov pomoči.

Gre za skupino služb, ki omogočajo posameznikom, da uresničujejo svojo pravico do življenja v skupnosti. Nanaša se na vse službe za duševno zdravje v skupnosti in vključuje specialistične in službe osnovnega zdravstvenega in socialnega varstva ter sega dlje od zdravljenja na področje preventive, rehabilitacije in psihosocialne podpore.

Skupnostna psihiatrija uporablja raziskovalno dokazane uspešne načine zdravljenja in rehabilitacije ter z dobro prakso dokazano uspešne pristope pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami na lokalno omejenih območjih.. Temelj kakovostne dostopne in vsestranske psihiatrične obravnave za ljudi z duševnimi motnjami, ki omogoča boljši dostop do pomoči in povečuje možnosti za obravnavo v naravnem okolju, so skupnostne psihiatrične delovne skupine (ST v angleščini CMHT-Community Mental Health Team), ki so sestavljene iz psihiatra, psihologa, socialnega delavca, medicinskih sester in delovnih terapevtov. Te skupine delujejo na področjih z 50 000 do 100 000 prebivalcev in odgovarjajo na potrebe po zdravljenju pacientov s kroničnimi duševnimi motnjami in na potrebe drugih posameznikov, ki imajo hude duševne motnje in potrebujejo takojšnjo psihiatrično oskrbo. Večinoma se ukvarjajo torej ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami tako, da jih spremljajo in zdravijo na njihovem domu, hkrati pa obvladujejo tudi krizne situacije in asistirajo osnovnemu zdravstvenemu varstvu pri njihovem delu z ogroženimi pacienti. STji so temeljna celica za razvoj skupnostnih psihiatričnih služb (12).

Skupnostna obravnava je organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami. Vključuje zdravstvene, socialne in druge službe, zdravljenje, rehabilitacijo ter formalne in neformalne mreže pomoči. Skupnostna obravnava je torej organizacija mreže interdisciplinarnih služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje, izobraževanje, nastanitev s podporo in druge rehabilitacijske storitve predvsem osebam s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki tako pomoč najbolj potrebujejo. Izvajajo jo javne službe socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja in izobraževanja. Sredstva za skupnostno obravnavo so javna, torej državna sredstva (11, 12).

ZGODOVINA SKUPNOSTNE PSIHIATRIJE

V Sloveniji

O skupnostni obravnavi v Sloveniji se je začelo govoriti že leta 1881, ko je dr. Karl Bleiweis pozval k vključitvi družin v obravnavo psihiatričnih bolnikov in k njihovi prilagojeni nastanitvi in zaposlitvi. Po teh, za Evropo in svet izjemno zgodnji pozivih za boljšo kakovost obravnave, pa se v Sloveniji za skupnostno psihiatrijo ni več dosti naredilo. Alternativa bolnišnični oskrbi so predstavljali psihiatrični dispanzerji, urejeni po sovjetskem modelu, ki so delovali resda v vsakem večjem slovenskem kraju, vendar nikoli niso izvajali posegov v skupnost. Dostop do psihiatričnih dispanzerjev je bil prost, delovali naj bi namreč v okviru osnovnega zdravstvenega varstva. Dejansko pa so že kmalu večinoma začeli delovati v okviru bolnišnic. Strokovni razvoj slovenske psihiatrije so vodili vplivni posamezniki, psihiatri, ki so večinoma vodili bolnišnice, zato kljub pobudam za oblikovanje delovnih skupin na osnovni ravni zdravstvenega varstva, za ustanavljanje centrov za duševno zdravje v regijah, nikoli ni prišlo do zadostne reorganizacije. Sistem bolnišnične skrbi se je sproti utrjeval tudi s prenavljanjem bolnic in krepitvijo kadrovske zasedbe. Drugi razlog za zastoj razvoja je bil v pomanjkanju psihiatrov, ki so komaj zadostili potrebam bolnic. V zadnjih letih jih je sicer veliko prevzelo ambulate s koncesijo, vendar njihova dejavnost ni bila organizirana po regionalnem načelu (13).

Institucionalizacijo psihiatrije je spremljala institucionalizacija v socialnem skrbstvu. V Sloveniji je 20 000 institucionalnih postelj. Njihovo število se je do pred kratki večalo in še vedno ni zadostilo povpraševanju. V zadnjih letih pa se povpraševanje zmanjšuje, ker so postali domovi za njihove uporabnike predragi. Večina težav s starostjo, boleznijo, invalidnostjo, tudi na psihičnem področju se je skušala reševati preko namestitev v različne ustanove. Kljub zagotovitvi vodilnih teoretikov socialnega skrbstva pri nas, da zagovarjajo deinstitutionalizacijo in skupnostno skrb, so tudi ti dejansko podpirali

razvoj socialnih zavodov in podcenjevali razvoj skupnostnih služb, ki so jih skušale ustanovljati nevladne organizacije. Te so od 1992. razvijale programe podpornega bivanja, zaposlovanja, dnevnih centrov in programe destigmatizacije. Socialni zavodi, ki delajo tudi z ljudmi z duševnimi motnjami, pa v zadnjih letih intenzivno razvijajo programe tako imenovane deinstitutionalizacije tako, da širijo kapacitete v nekoliko dislocirane enote z manjšim številom oskrbovancev. Res pa je, da usposablajo osebje za enakopravnejšo in bolj spoštljivo obravnavo varovancev.

Dokazovanje pomena skupnostne obravnave ima pri nas vsaj dvajsetletno tradicijo s skromnimi ali nasprotnimi učinki, kljub trajnemu navideznemu strinjanju. Premik k dejanski skupnostni psihiatrični obravnavi naj bi se zgodil v 2012 z zagotovilom za financiranje štirih lokalnih skupnostnih projektov. Kljub načelnemu dogovoru, rezerviranim sredstvom v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja in natančno pripravljenemu akcijskemu načrtu ter protokolu obravnave, je Ministrstvo za zdravje projekt ustavilo in sredstva v celoti namenilo psihiatričnim bolnišnicam. Nekatere izmed teh so v zadnjih letih razvile projekt spremljanja kroničnih in pogosto sprejetih pacientov po odpustu (14), ki pa ni vključil več kot 200 pacientov v celi državi. Gre za Assertive Community Treatment (ACT) model obravnave, ki je dokazano uspešen predvsem glede zmanjševanja števila in dolžine hospitalizacij.

Velika zamuda v primerjavi z evropskimi in drugimi državami je glede deinstitutionalizacije in obravnave v skupnosti je nedvomna. Psihiatrična stroka je bila do modela obravnave v skupnosti ves čas skeptična. K razvoju skupnostnih služb so največ prispevali uporabniki služb za duševno zdravje in njihovi svojci, ki so organizirani preko nevladnih organizacij. Te so v marsičem nosilke razvoja področja duševnega zdravja pri nas in so tesno povezani z številnimi organizacijami iz tujine, ki predstavljajo primere dobrih praks. Ti so ponudili svoje sodelovanje tudi pri načrtovanju, implementaciji in ocenjevanju projekta skupnostne psihiatrije.

V svetu

Do zmanjševanja števila psihiatričnih postelj povsod v razvitem svetu je prišlo zaradi več razlogov. Prvi razlog so bili previsoki stroški velikih institucij, drugi pa njihova prenapolnjenost in kršitve človeških pravic zaradi slabih prostorskih razmer, pomanjkanja in premajhne izobraženosti osebja. Tretji razlog je bila učinkovitost novih antipsihotičnih zdravil, s katerimi se je zdravstveno stanje pacientov dovolj popravilo, da so lahko bolnišnice zapustili in začeli živeti v skupnosti. Hitra deinstitutionalizacija je imela številne in hude slabosti. V večini držav niso uspeli zagotoviti zadostnega števila komplementarnih služb, ki bi odgovorile na potrebe odpuščenih pacientov, kar se je kazalo z brezdorstvom, zanemarjanjem in ponovnim slabšanjem njihovega psihičnega

počutja. Kljub temu pa je večina evropskih držav sčasoma uspela zagotoviti mrežo služb, ki so odgovarjale na potrebe pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Odnos javnosti do zmanjševanja institucionalnih kapacitet in skupnostnih oblik dela je bil večinoma ambivalenten. Ob hujših incidentih je vedno znova prihajalo do pozivov k ponovni institucionalizaciji, po drugi strani pa je javnost močno protestirala proti zapiranju, represiji in psihiatriji na sploh. Vrnitev psihiatričnih pacientov v skupnost je na vsak način v pripomogla k temu, da je rehabilitacija postala prepoznavnejši del terapevtskih intervencij. Metode dela, ki omogočajo vračanje na prejšnjo raven funkcioniranja in prilagoditev omejitvam zaradi bolezni, pripomorejo k večji samostojnosti in zadovoljnosti. Psihiatrična stroka se ni ukvarjala več le s simptomi, temveč tudi s funkcijo pacienta. Izkazalo se je, da pri tem potrebuje sodelovanje drugih strok, zato so se strokovnjaki povezovali v delovne skupine, ki so sledile rehabilitacijskim principom. V te skupine so relativno kmalu in odločno vstopili tudi njihovi uporabniki, pacienti in njihovi svojci. V skupnostno psihiatrijo so vstopili z zahtevo po partnerstvu v procesu odločanja, poudarili pomen lastnih izkušenj in samopomoči kot terapevtske metode, postavili ogledalo stroki in se v njeno delo vpletli tudi kot načrtovalci in nadzorniki (15).

NAČELA IN VREDNOTE OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Skupnostne službe imajo pred institucionalnimi prednost glede (16):

- dostopnosti, predvsem za skupino ljudi, ki imajo dolgotrajne psihične težave in manjše zmožnosti;
- manjše verjetnosti zanemarjanja in drugih kršitev človekovih pravic;
- boljšega odkrivanja primerov-hitriše dostopnosti;
- lažjega ocenjevanja kliničnega in socialnega dela;
- boljših rezultatov glede vključevanja potrebnih služb in storitev;
- večjega pregleda nad učinkovitostjo porabe sredstev za določeno skupino prebivalstva;
- manjšega števila »izgubljenih« pacientov:
- lažje obravnave na domu;
- večje zavzetosti in pripadnosti osebja;
- boljše povezanosti služb;
- manjše uporabe kriznih posegov in bolnišnične obravnave;
- boljše izobraženosti pacientov in osebja;
- večje podpore svojcev;

- opredeljene odgovornosti za vsakega pacienta;
- boljšega sporazumevanja med osebjem, pacienti in svojci in
- boljšega usklajevanja med primarnim in sekundarnim zdravstvenim varstvom.

Načela

Participacija

Gre za dejansko in enakopravno vključitev v družbeno življenje. Službe naj delujejo tako, da zmanjšujejo ovire pri vključevanju. Raziskovanje na področju stigmatizacije so pokazale, da je področje izbire in nadzora nad lastnim življenjem ključno za samospoštovanje, zviševanje zahtev in zmanjševanje podrejanja ter končno za preživetje (17, 18). To pomeni, da morajo imeti pacienti in uporabniki dostop do informacij, zagovorništva in ekonomskih možnosti za udeležanje njihovih pravic. Službe se osredotočajo na posameznika in njegove potrebe, ki so individualno različne in upoštevajo njihova mnenja in odločitve.

Povezovanje

Skupnostni načini dela omogočajo povezovanje služb in storitev na lokalni ravni. Dobro načrtovanje obravnave in pravočasno ukrepanje sta odvisna od dobrega pretoka informacij med osnovnim zdravstvenim varstvom, socialnimi, zaposlitvenimi, izobraževalnimi in psihiatričnimi službami. Če so zadnje, kot je to pri nas, zbrane večinoma le v velikih centrih (bolnišnicah), dobro povezovanje praktično ni mogoče. V opredeljenem lokalnem okolju pa je vsaj paciente s ponavljajočimi se hudimi duševnimi motnjami mogoče poznati in jim slediti, seveda če se s tem strinjajo.

Koordinatorji obravnave (v angleščini care coordinators), ki so socialni delavci, zaposleni na centrih za socialno delo (CSD) so partnerji v lokalni organizaciji služb. V fragmentiranih sistemih, kjer vsaka stroka ustvarja svojo mrežo služb brez partnerskega sodelovanja, je poraba sredstev velika in neracionalna. Učinkovitost dela je ob slabi povezanosti šibka. Integracija dela socialnih, tudi nevladnih, psihiatričnih in služb osnovnega zdravstvenega varstva na lokalnih območjih, je predpogoj za uspešno preventivo in obravnavo na področju duševnega zdravja na sploh, kar je napisano v številnih mednarodnih dokumentih.

Odgovornost

V skupnostni psihiatriji vsi člani delovne skupine prevzemajo enako mero odgovornosti za obravnavo pacientov. Odgovori član delovne skupine je, ne glede na svoj poklicni profil, odgovoren za spremljanje, načrtovanje in izvajanje načrta obravnave. Dolžan se je posvetovati z – na določenem področju - bolj kompetentnimi sodelavci, kadar je to

potrebno in z njimi izvajati načrt obravnave. Naloge se torej lahko delijo, odgovornost pa je določena in to enakovredno pri medicinskih sestrah, socialnih delavcih in zdravnikih. Odgovornost se veže na izvajanje načrta in ne na posamezne strokovne ukrepe, kot je na primer predpisovanje zdravil.. Strokovna odgovornost in odgovornost za izvajanje načrta omogočata bistveno lažje ocenjevanje kliničnega in socialnega dela. Vsak član delovne skupine je namreč dolžan svoje delo opisati in o njem sproti poročati. Druga posledica je, da se manj pacientov 'izgubi'. Paciente se 'izgublja' zato, ker ne pridejo na kontrolne preglede, na katere pogosto ne morejo ali ne zmorejo priti. Skupnostna psihiatrija omogoči, da jih v teh primerih poiščejo, podobno kot to delajo zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Dostopnost

Princip dostopnosti pomeni, da so službe v zadostni bližini, da jih je mogoče doseči brez večjih stroškov, da pred vstopom ni čakalnih dob, in da so službe enako dostopne vsem, ki jih potrebujejo, brez diskriminacije.

Zgodnje zdravljenje in pomoč ljudem v duševni stiski je ena izmed najbolj dokazano uspešnih preventivnih dejavnosti na področju duševnega zdravja. Pravočasna pomoč pri duševnih motnjah prepreči njihove posledice in invalidnost, omogoča zmanjšanje intenzivnosti zdravljenja in omejevanja človeških pravic pacientov in pravic njihovih družin. Ekonomski učinki so nedvomni, pomembnejše pa je, da zgodnje ukrepanje prizanese družinam pacientom dolgotrajno trpljenje in invalidnost. Vprašanja, kako doseči, da bodo ljudje pravočasno in takoj poiskali pomoč pri duševnih motnjah sta pravzaprav vprašanja o dostopnosti služb in o premagovanju stigme. Med službami za duševni zdravje so za zgodnje odkrivanje najprimernejše, najbolj učinkovite in primerne službe osnovnega zdravstvenega varstva.

Zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu sicer spremljajo vse paciente. Ker pa so njihove delovne obremenitve prevelike in ker za oceno psihičnega stanja, psihološke intervencije, trening socialnih ter drugih veščin, za urejanje vsakdanjih zadev in zdravljenje s psihiatričnimi zdravili bodisi niso dovolj usposobljeni, bodisi za takšno vodenje nimajo časa in drugih sredstev, te paciente lahko prevzame v obravnavo psihiatrična delovna skupina.

Enakost

v skupnostni psihiatriji pomeni predvsem »pošteno porazdelitev sredstev«, pri čemer naj se največ sredstev porabi za najbolj pomoči potrebne. Delovna skupina v skupnosti psihiatriji prevzema odgovornost za svoje paciente/uporabnike, ne le zaradi njihovega zdravstvenega stanja, temveč tudi zaradi načrtovanja obravnave, ki se odziva na zdravstvene, psihološke, socialne in zaposlitvene potrebe. Zato je nujno, da so v načrtovanje vključeni različni strokovnjaki različnih služb: zdravstvenih, socialnih in

zaposlitvenih. Zaradi velike pogostosti duševnih motenj, predvsem depresije in tesnobe pa pričakujemo, da ne bomo mogli odgovoriti na vse potrebe. Za večino ljudi s psihičnimi težavami lahko poskrbi osnovno zdravstveno varstvo, poleg tega pa se ljudje zanašajo in uporabljajo svoje vire pomoči in mreže. V Sloveniji so bili pred časom psihiatrični dispanzerji dostopni vsem, ki so se znašli v duševni stiski brez napotnice. Raziskave kažejo, da ima dispanzerska metoda dela prednosti, vendar manjše od ambulantnega in skupnostnega pristopa, ki omogoči nepretrgano in dostopno obravnavo tudi najbolj duševno bolnim.

Nepretrganost obravnave

Posamezniki z kroničnimi duševnimi motnjami potrebujejo zadostno nepretrganost obravnave, da dosežejo dobre izide bolezni. Posebej posamezniki z hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami takšno obravnavo nujno potrebujejo (19). Gre za neprekinjeno serijo kontaktov, ki jo lahko zagotavlja ista delovna skupina ali pa sodelavci iz različnih delovnih skupin, ki so med seboj tesno povezani

Vrednote skupnostne psihiatrije

Zavzetost

Psihiatrično osebje je pri delu v skupnosti bistveno bolj samostojno kot pri delu v bolnišnicah. Klasična hierarhija odnosov vodenja sicer ni porušena v celoti, saj zdravnik še vedno prevzema vodenje zdravstvenega dela obravnave, vendar vsak član delovne skupine prevzema odgovornost za izvajanje načrta pri opredeljenih pacientih. Večino delovnih nalog poznajo vsi člani delovne skupine. Obstaja le nekaj specifičnih nalog, ki potrebujejo visoko specializirano obravnavo. Med te sodi zdravljenje z zdravili, ki ga lahko opravlja le osebni zdravnik ali psihiater, psihoterapija, ki potrebuje dodatno usposabljanje in licenco, ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti, ki jih lahko opravlja le delovni terapevt, itd. Večja odgovornost in samostojnost nedvomno vplivata na večjo zavzetost osebja.

Destigmatizacija in varovanje pravic

Razlog, da ljudje s hudimi duševnimi motnjami pri nas in v svetu ne pridejo do učinkovite, vsestranske in prilagojene obravnave, je v stigmatizaciji. Ta je vir pomanjkanja sredstev zdravstvenega in socialnega sistema skrbi za paciente/uporabnike ter vnetljivo gradivo za nesoglasja in nasprotovanja med strokami. Zato je v borbi za boljše, dostopnejše in učinkovitejše službe potrebno vedno znova preverjati lasten odnos do ljudi z duševnimi motnjami. O stigmi, predsodkih in diskriminaciji vedo uporabniki/pacienti naših služb. Uspešne metode antidiskriminacije so povezovanje med

tistimi, ki jih prizadene, krepitev moči skupine in zmanjševanje neenakosti in prikrajšanosti ter vključitev skupine v vse vzvode odločanja .

Kaže, da skupnostna organizacija zmanjša verjetnost zanemarjanja in drugih kršitev človekovih pravic. Skupnostna psihiatrija deluje lokalno, na območjih, kjer je mogoče vsaj posredno poznati družine, okoliščine in življenjske zgodbe, ki so v ozadju večine duševnih težav. Principi skupnostnega dela slonijo na vrednotah psihiatrične rehabilitacije (15), med katerimi je najpomembnejša upoštevanje pravic in posameznikovih lastnih posebnih potreb, ki največkrat niso drugačne od potreb in želja drugih ljudi. Nestrpni odnosi, celo zlorabe in zanemarjanja pacientov pogosto izhajajo iz institucionalne narave obravnave, ki deluje po principih dela s skupino. Skupino psihiatrično bolnih se pogosto stigmatizira kot manjvredno zaradi bolezni, domnevnih karakternih posebnosti in socialne šibkosti. Ta vrsta stigmatizacije, ki se najpogosteje izraža v pokroviteljstvu, je bistveno zmanjšana v okolju, kjer je človek doma. Obravnava je lahko bistveno bolj prilagojena posamezniku kot v instituciji, manj je prilagajanja obravnave teoretičnim modelom in več je zavzetosti (17).

Ena izmed mednarodnih podlag za varovanje pravic psihiatričnih pacientov je Deklaracija iz Caracasa (1990), ki zahteva prestrukturiranje psihiatrične obravnave na primarni nivo v okviru lokalnih skupnosti in povezovanje med lokalnimi socialnimi in zdravstvenimi službami. Deklaracija zahteva, da se kritično preveri funkcije psihiatričnih bolnišnic. Službe naj varujejo človeško dostojanstvo pacientov in njihove človeške pravice in naj poskušajo ljudi obravnavati v njihovih lokalnih okoljih. Opozarja tudi, da je potrebno izobraževanje o psihiatriji večinoma prenesti v skupnost.

Avtonomija

je sposobnost sprejemanja neodvisnih odločitev in izbirati med različnimi priložnostmi. Človek z duševno motnjo lahko sprejema samostojne odločitve na večini področij življenja, kljub bolezni in manjšim zmožnostim. Samostojnost pri odločanju v večini življenjskih področij je pravica in hkrati terapevtska možnost, ki ima neprecenljivo vrednost pri krepitvi samospoštovanja. Odločitve o obleki, hrani, vsakdanjih pribojških, dejavnostih v prostem času, sodelovanju ali nesodelovanju v skupinah, o druženju, kajenju itd., so pravice, ki jih ni mogoče odvzeti niti v najbolj akutnih fazah bolezni. Razlog, da se omejuje samostojnost pacientov v različnih institucijah, je predvsem praktične narave. Življenje je tam organizirano po hišnem redu, ki ga ni mogoče prilagajati v nedogled. Potrebno je vzpostaviti nadzor nad gibanjem in drugimi življenjskimi aktivnostmi in zagotoviti, da je oddelčni red prilagojen delovnemu urniku, terapevtskim dejavnostim in najpogostejšim osnovnim potrebam večine pacientov. Če je osebja malo, kadar je nezadovoljno, ali, če zaradi navade prevladujejo avtoritarni vzorci vedenja, je prilagajanja manj. Pogosto se poudarja „enakost“ pacientov, s trditvijo, da

nekateri ne morejo imeti več pravic kot drugi. Ta trditev je načeloma opravičljiva le takrat, ko je odločitev pacienta v škodo drugim pacientom. Priložnost za čim bolj posameznikom prilagojene oblike dela pa bi morala biti ena izmed usmeritev terapevtskega dela, tudi v primeru, če je ni mogoče izvajati povsem zaradi kadrovskih in drugih stisk.

Spoštovanje avtonomije ima v skupnostni psihiatriji boljše možnosti kot v institucionalni. Obravnava je prilagojena vsakemu posamezniku v njegovem naravnem okolju in institucionalne oblike nadzora enostavno niso mogoče. V domačem okolju se je potrebno prilagoditi potrebam tistega, ki tam živi.

Kljub spoštovanju načela avtonomije, pa mora osebje v skupnostnih službah vendar znati vztrajati pri tem, da uporablja dokazano uspešne metode zdravljenja in rehabilitacije. To je njihova pravica in dolžnost, ki se naj ne bi umaknila pacientovim zahtevam po nepreverjenih oblikah obravnave. Osebje ima pravico do strokovne avtonomije, ki zagotavlja **učinkovitost in uspešnost obravnave**. Odločitve o tem, katere terapevtske postopke bo osebje uporabljalo ne more prevzemati pacient. Lahko pa določeni terapevtski postopek odkloni in ob tem za to odklonitev prevzame odgovornost. Zdravljenje proti volji je mogoče le v redkih primerih povsem porušene realitetne kontrole in še to le takrat, ko je pacient nevaren sebi ali drugim.

PREVENTIVA DUŠEVNIH MOTENJ V SKUPNOSTI

Skupnostna organizacija služb je potrebna zato, ker so duševne motnje zdravstveni, socialni, družinski in zaposlitveni problem. Poleg tega so duševne motnje pogoste – med 9 in 16 odstotki prebivalstva ima zaradi njih manjše zmožnosti (12 odstotkov števila izgubljenih "zdravih" let življenja zaradi posledice bolezni - Disability-adjusted life years - DALY), kar je več, kot je število izgubljenih let pri srčno-žilnih obolenjih. Zdravstvena obravnava teh motenj je pomanjkljiva povsod po svetu. Pomoč dobi le 20 do 30 odstotkov oseb, ki jo potrebujejo, ob tem pa pomoč dobijo številni, ki je sploh ne potrebujejo (20). Poznavanje duševnih motenj in bolezni je pomanjkljivo, vedenje do oseb z duševno motnjo pa je diskriminatorno. Diskriminacija pomeni vedenje, ki postavlja človeka v neenak položaj, kar pri nas velja glede zdravstvene obravnave v primerjavi z drugimi bolniki, zaposlovanja v primerjavi z drugimi iskalci zaposlitve, načrtovanja in financiranja služb v primerjavi z drugimi skupinami invalidov, itd.

Skupnostna psihiatrična delovna skupina, ki je dobro povezana z drugimi službami na terenu lahko preko osveščanja svojcev, pacientov in širše skupnosti bistveno pripomore k zmanjševanju posledic duševnih motenj. Raziskave kažejo, da imajo skupnostne delovne skupine več podpore kot bolnišnične, da se s pacienti in svojci bolje sporazumevajo in da ima lahko njihovo delo učinke, ki daleč presegajo izboljšanje znakov bolezni zaradi hitrejšega in dostopnejšega zdravljenja. Dobro povezana in v okolje

integrirana delovna skupina lahko bistveno pripomore k zmanjševanju stigmatizacije, k zgodnejšemu odkrivanju duševnih motenj in k preprečevanju samomorov (21, 22).

Preprečevanje duševnih motenj, to je primarna preventiva, je povezano z varovanjem človeških pravic in zmanjševanjem stigmatizacije. Učinkoviti preventivni pristopi so povezani z upoštevanjem političnih pravic do socialne enakosti, enakih možnosti in s skrbjo za vulnerabilne skupine.

Sekundarna preventiva pomeni zgodnje odkrivanje in zdravljenje duševnih motenj. Zgodnje zdravljenje lahko dokazano bistveno izboljša potek duševnih motenj. Obstajajo trdni dokazi, da je zgodnje odkrivanje in zdravljenje duševnih motenj, posebej depresije, uspešen ukrep pri preprečevanju samomora (23).

Terciarna preventiva ali rehabilitacija zmanjšuje posledice duševnih motenj in je ob uporabi preverjenih metodah dela zelo učinkovita.

Za uspešno preventivno dejavnost je potrebno na lokalnih območjih najprej oceniti potrebe, identificirati rizične in varovalne dejavnike, razviti ustrezne izobraževalne programe in programe pomoči ter jih sproti prilagajati spremenjenim potrebam. Uspehe preventive je potrebno spremljati in ocenjevati. Predpogoji za izvajanje preventive sta politična podpora in zavzeta skupina strokovnih delavcev, pacientov in njihovih svojcev, ki se povezujejo pri vodenju programa .

Univerzalne preventivne intervencije so usmerjene na celotno populacijo. To so ukrepi za zmanjševanje revščine, neenakosti in izključenosti. Povečevanje ekonomske varnosti prebivalstva izboljša njegovo duševno zdravje. Splošne strategije ukrepanja so torej izboljševanje bivanjskih možnosti, povečevanje dostopa do izobraževanja, zmanjševanje ekonomske negotovosti in ojačitev skupnostnih mrež. Pomagajo tudi zmanjševanje nepotrebnih stresnih dejavnikov, preventivne dejavnosti proti zlorabam, pri zanemarjanju v družinah, strpnost in zmanjševanje rizičnih vedenj v šolah, pomoč pri razvezah, zdrava in strpna delovna okolja in preventivne dejavnosti za zdravo staranje. Med univerzalne intervencije sodijo tudi dostop do prevoza, do skupin in klubov za druženje in neformalno pomoč ter izobraževanja o zdravem načinu življenja, duševnih motnjah in njihovih posledicah, tudi o samomoru, ki povečajo dostop do zdravstvenih in drugih načinov pomoči.

Selektivne preventivne intervencije dosežejo rizične posameznike (na primer osamljene starostnike) ter spremljajo ogrožene ljudi (npr. preko telefonskih pozivov). Selektivna intervencija so lahko izobraževalni programi za rizične skupine (na primer ljudi, ki so že imeli čustvene motnje) o opozorilnih znakih bolezni. Izobraževanja so na voljo preko spleta, v domovih za ostarele, v šolah in v delovnih organizacijah. Ob ustrezni organizaciji in s sodobnimi načini učenja bistveno pripomorejo k zmanjšanju hospitalizacij in pogostosti samomorov (24). S takšnimi posegi so v nekaj primerih

zmanjšali pogostost samomora pri ženskah. Sem sodijo tudi krizne intervencije, ki jih lahko izvaja skupnostna psihiatrična delovna skupina.

Najpogostejši preventivni cilji skupnostne psihiatrične delovne skupine so:

- zagotoviti zdravljenje in celostno obravnavo za tiste ljudi, ki to potrebujejo;
- izboljšati kakovost delovanja služb, na primer preveriti obravnave pri pacientih in jih uskladiti s smernicami in protokoli;
- sodelovati pri pripravi mreže služb za duševno zdravje na lokalnem nivoju;
- voditi selektivne in indicirane preventivne programe;
- zgodnje odkrivanje sprememb glede narave in obsežnosti duševnih motenj v lokalnem okolju (8).

Delovna skupina ima vodilno vlogo pri **indiciranih** preventivnih dejavnostih, predvsem pri izobraževanju policistov, medicinskih sester, zdravnikov, duhovnikov, urgentnih služb itd. o znakih duševnih motenj, njihovih posledicah, načinih zdravljenja in obravnave pri že obolelih.

V okviru mednarodnega projekta za preprečevanje samomora na Koroškem in Celjskem je Inštitut za varovanje zdravja pod vodstvom dr. Andreja Marušiča izpeljal z lokalnimi Zavodi za zdravstveno varstvo in z nevladnimi organizacijami uspešno preventivno dejavnost izobraževanja zdravstvenih, socialnih in laičnih sodelavcev na področju preprečevanja samomora v tesni povezavi z mediji (25). V regijah, kjer so program izvajali, količnik samomora dramatično upadel in to bolj kot tam, kjer programa niso izvajali. Podoben program pripravljamo tudi v Podravju, Pomurju in ponovno na Koroškem skupaj z zavodi za zdravstveno varstvo na teh območjih (26).

METODE DELA V SKUPNOSTNI PSIHIATRIJI

Ocena potreb

Delo in ukrepi v skupnostni obravnavi bolnika se načrtujejo na osnovi ocene njegovih potreb. Ocena potreb populacije na regionalno določenih področjih služi načrtovanju služb za duševno zdravje. Potrebe populacije se ocenjujejo s pogostostjo duševnih motenj, z merjenjem resnosti teh motenj in z merjenjem njihovih posledic (27).

Cilji ocene potreb na nacionalni ravni so zbiranje podatkov iz lokalnih okolij, raziskovanje in interpretacija teh podatkov, definicija prioritetenih področij, izdelava nacionalnega strateškega plana, implementacija programov, ki so v skladu z nacionalnim programom in nadzor nad delovanjem služb. Nacionalni organi tudi ustvarjajo, ocenjujejo in diseminirajo smernice zdravljenja in protokole.

Na individualnem nivoju so potrebe bolnikov v bistvu njihove zahteve, ki so prilagojene možnemu. Primer ocenjevanja na individualni ravni je standardiziran angleški vprašalnik, ki ocenjuje 22 vrst potreb Camberwell Assessment of Need (28). Slovenska raziskava s CAN je pokazala, da pacienti v nevladnih rehabilitacijskih službah večinoma iščejo pomoč zaradi pomanjkanja družinske podpore in zaradi pomanjkanja sredstev za preživljanje. Večina želi zaposlitev in izraža potrebo po druženju.

Na individualnem nivoju torej delamo naslednje:

- ocenimo potrebe posameznika;
- odgovarjamo na te potrebe in poskušamo zmanjšati ali odstraniti simptome bolezni;
- zagotovimo vključenost in sodelovanje ljudi z duševnimi motnjami ter njihovih svojcev v oceno, zdravljenje in skrb;
- ponudimo informacije, ki so uporabne za paciente in družine;
- pomagamo pri rehabilitaciji in okrevanju in
- preprečujemo ponovitve bolezni.

Ljudje z duševnimi motnjami potrebujejo isto kot drugi ljudje, to je predvsem uresničevanje njihovih želja in potencialov ter varovanje njihovih osnovnih življenjskih pravic do izobrazbe, dela, lastnine, družine in povezovanja z drugimi ljudmi.

Načrtovanje obravnave

Nobena služba za skupnostno psihiatrijo ne more delovati samostojno. Delujejo lahko le v povezavi z bolnišnicami, psihiatričnimi ambulantami, dnevnimi oddelki in centri, z

osnovnim zdravstvenim varstvom, centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami, zavodi za zaposlovanje in drugimi službami. Te službe že zagotavljajo vrsto zdravstvenih, socialnih, zaposlitvenih storitev za ljudi z duševnimi motnjami in preventivo. Delovne skupine v skupnostni psihiatriji so torej praviloma sestavljene iz sodelavcev različnih strok in sektorjev in stremijo k organizaciji in koordinaciji različnih služb za eno osebo. Timsko delo je povezano delovanje sodelavcev različnih strok in vpletenih posameznikov k skupnemu cilju. Člani delovnih skupin naj bodo povezani v zadostni meri, da lahko skupaj načrtujejo in izvajajo večino nalog ne glede na poklicni profil.

Skupnostne delovne skupine na regionalno definiranih območjih pa imajo poleg tega tudi skupno odgovornost za zagotavljanje psihiatrične oskrbe na območju, imajo svojega vodjo in določena sredstva, ki jih razporejajo v skladu z ugotovljenimi potrebami. Najprej odgovorijo na najbolj nujne potrebe na določenem območju. Če torej delovna skupina prevzema odgovornost za psihiatrično oskrbo na določenem področju, bo najprej poskrbela za paciente, ki imajo težke duševne motnje, so samomorilno ogroženi, zanemarjeni glede zdravstvenega varstva in podobno.

Druga značilnost, ki poleg odgovornosti definira timsko delo, je dogovorjen način obravnave pacienta. Večina pacientov, ki vstopi v skupnostno psihiatrično obravnavo potrebuje oceno stanja, načrt obravnave, zdravljenje, preverjanje načrta in usmeritev v najprimernejše službe.

Načrtovanje obravnave je uspešno, če v njem res sodelujejo vsi, ki bodo pri obravnavi sodelovali in če so na najbolj neposreden način vključeni tudi pacienti in njihovi svojci.

Za dobro timsko delo je potrebno dobro vodenje, kar pomeni spoštovanje različnih mnenj in enakopravno sodelovanje, hkrati pa tudi potrebno avtoritarnost, da se pomembne odločitve glede zdravstvenih stanj sprejmejo pravočasno in v skladu s strokovnimi smernicami. Skupnostne time se torej vodi na način porazdelitve odgovornosti in hkrati direktivno v primerih nujnih stanj in zapletov pri obravnavi (29).

SPLOŠNE SKUPNOSTNE PSIHIATRIČNE DELOVNE SKUPINE ZA OBRAVNAVO DUŠEVNIH MOTENJ

Že bolnišnični skupnostni timi so dokazali bistveno zmanjšanje hospitalizacij pri pacientih, ki jih vodijo in s tem tudi prihranke pri najdražji bolnišnični obravnavi. Z organizacijo timov po regionalnem principu bi tovrstne prihranke lahko še bistveno povečali. Število skupnostno vodenih pacientov bi naraslo v nekaj letih vsaj še za 200 v vsaki regiji. Prevalenca hudih duševnih motenj je po podatkih World Mental Health 4-6.8% prebivalstva (30). Ker se bodo timi osredotočili v prvi fazi razvoja le na osebe s psihotičnimi motnjami, ki imajo težak in kroničen potek ter na samomorilno ritzične posameznike je obseg obravnave v regiji z 50 000 prebivalcev predvidoma dodatnih 200-300 pacientov, v 15 regijah več kot 3000 pacientov. S to številko bi lahko že pomembno

vplivali na nekatere javnozdravstvene kazalce, kot je na primer indeks samomorilnosti. Pomembno bi lahko zmanjšali tudi število hospitalizacij.

Multidisciplinarne delovne skupine naj bi bile osrednji del sodobne skrbi za duševno zdravje povsod po svetu. Razloga za to soglasno mednarodno mnenje sta očitna: potreba po koordinaciji socialnih in zdravstvenih služb pri obravnavi ljudi s hudimi duševnimi motnjami in spoznanje, da ima terapevtski odnos in spoštovanje pacientovih pravic v lokalnem okolju bistven vpliv na potek in izid duševnih motenj. Skupnostne delovne skupine so se v zadnjem desetletju specializirale za nekatera posebna področja obravnave z vidika značilnosti pacientov. To so lahko motnje hranjenja in prve psihoze ali glede na vrsto intervencije, na primer krizne intervencije.

Skupnostne delovne skupine za duševno zdravje v generičnem pomenu pa so sestavljene iz specialistov psihiatrov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov in delovnih terapevtov in so namenjene vsem (odraslim) prebivalcem na definiranem območju, predvsem tistim s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Psihiatri ocenijo stanje in predpišejo terapijo, medicinske sestre terapijo izvajajo in nadzorujejo stanje. Socialni delavci načeloma niso zaposleni v zdravstvenih službah, zato je njihova udeležba različna. Pri nas so zaposleni na Centrih za socialno delo, tudi kot koordinatorji obravnave v skupnosti. Njihovo sodelovanje v načrtovanih timih bo nepogrešljivo.

Dokazano je, da splošne skupnostne psihiatrične delovne skupine pripomorejo k povečanju sodelovanja pri zdravljenju, zadovoljstvu pacientov in zadovoljevanju njihovih potreb ter k zmanjšanju števila sprejemov v bolnišnico (31). Skupnostne delovne skupine se najpogosteje organizirajo na območjih s 50.000 do 80.000 prebivalcev.

V svetu se podobno kot pri nas v psihiatričnih ambulantah dogaja, da so hitro prezasedene z obravnavo »manj bolnih«¹ pacientov, npr. tistih z depresivnimi ali anksioznimi motnjami, ki jih je relativno enostavno zdraviti in pozdraviti. Ljudje s hudimi duševnimi motnjami, ki redko iščejo pomoč, se težje zdravijo in zahtevajo večje vloške, glede intenzitete obravnave pa lahko ostajajo neoskrbljeni. Še pogosteje se dogaja, da so takšne delovne skupine preobremenjene. Zato je nujno, da redno – najpogosteje enkrat tedensko - ocenjujejo svoje delo. Periodični pregledi opravljenega dela in načrtovanje postopkov so nujni, da se delo prilagodi pacientu, pa tudi za povezanost sodelavcev, delitev izkušenj, znanja in razbremenitev. Odgovornost za posameznega pacienta se lahko na ta način razdeli med člane delovne skupine.

Odločitev o vodenju delovne skupine je navadno posledica dogovora med njegovimi člani. Vodenje je takšno, da omogoča enakopravno izražanje mnenj in da dopušča

različnosti v znanju, vrstah znanja in izkušnjah med sodelavci. Poklicno ozadje vodje skupine je lahko medicinska sestra, psiholog ali psihiater.

Generičnih ali specialnih skupnostnih psihiatričnih delovnih skupin v Sloveniji do 2013 nismo imeli. V letu 2013 je Ministrstvo za zdravje, vključilo v Splošni dogovor z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Program psihiatrije v skupnosti, v letu 2013 najprej štirih regijah, v petih letih pa naj bi program deloval na področju celotne Slovenije. Namen programa je vzpostaviti lokalno dostopne psihiatrične delovne skupine v vsej Sloveniji do leta 2015, najprej pa v regijah, kjer epidemiološki kazalci kažejo na najhujšo ogroženost prebivalstva in tam kjer je preskrbljenost s psihiatričnimi službami najšibkejša. ST ji namreč lahko pomembno znižajo indeks samomorilnosti posebej v depriviranih okoljih (22).

S programom lahko izboljšamo dostop do pravočasne psihiatrične obravnave, preprečujemo ponovitve bolezni in ponovne hospitalizacije, izboljšamo sodelovanje pri zdravljenju in bolje odgovorimo na potrebe pacientov. Njihova glavna prednost sta boljša nepretrganost obravnave in prilagodljivost. Paciente spremlja nepretrgano isto osebje, tudi v kriznih situacijah. Ker lahko ST opravlja svoje naloge na domu, na delovnem mestu ali v drugih nevtralnih okoljih je možnost za preprečevanje ponovitev bolezni velika. STji so fleksibilni in lahko spreminjajo intenzivnost obravnave glede na pacientove potrebe. Številni pacienti vidijo prednost v pogostejših stikih in intenzivnejšem v primeru poslabšanj duševne motnje (31), ob čemer lahko ST vzpostavi kontakt in spremlja tudi paciente, ki še niso bili v psihiatrični obravnavi in jih osebje na primarni ravni identificira kot ogrožene.

Zmanjšamo lahko stigmatizacijo duševno bolnih, izboljšamo znanje o duševnih motnjah ter njihovem preprečevanju in zdravljenju pri osebju v osnovnem zdravstvenem varstvu, socialnih službah in v javnosti in izboljšamo zadovoljnost pacientov in svojcev s psihiatrično oskrbo, kar pomeni, da lahko dosežemo boljše varovanje pravic ljudi z psihiatričnimi motnjami v skupnosti (32).

Ločene splošne psihiatrične time potrebujejo tudi otroci in adolescenti ter ljudje z duševnimi motnjami v starosti.

Specialistične skupnostne delovne skupine

se razlikujejo od splošnih na več načinov:

- imajo jasno definicijo ciljne skupine glede na diagnozo, spol ali starost;
- imajo jasno naštete metode zdravljenja in obravnave ter lahko izključujejo paciente, ki v teh oblikah ne morejo ali ne želijo sodelovati;
- imajo fiksne kapacitete in paciente sprejemajo, ko imajo prostor;

- vloge in odgovornosti so navadno jasne in se ne delijo na način, da različni strokovnjaki opravljajo isto delo in;
- strokovnjaki v teh delovnih skupinah so zelo visoko usposobljeni.

Vprašanje, katere specialistične delovne skupine so nujne, je še nedorečeno. Kaže, da morajo na lokalnih območjih delovati tudi delovne skupine za rehabilitacijo, predvsem za paciente, ki imajo že pomembne manjše zmožnosti.

Delovne skupine za krizne intervencije

To so skupine, ki preprečujejo hospitalizacije in se odzovejo na vsak nujni poziv zaradi duševnih motenj v skupnosti. Njihova obravnava posameznega pacienta je časovno omejena, navadno na največ 6 tednov. Delujejo intenzivno, kar pomeni, da se lahko pri pacientu oglašajo tudi večkrat dnevno in omogočijo aplikacijo zdravil, delajo z družino, preprečujejo zaplete zdravljenja in varujejo pred samopoškodbami ali nasiljem. Tesno so povezani s službami nujne medicinske pomoči, ki k njim napotijo največ pacientov. Po nekaterih izkušnjah lahko več kot prepolovijo sprejeme v psihiatrične bolnišnice. Vsaka delovna skupina lahko pokrije populacijsko bazo do 150 000 prebivalcev in lahko dela z 20-30 pacienti hkrati odvisno od indeksa deprivacije (v mestih 40-60000, na vasi 200 000). Delovna skupina lahko v enem letu opravi okrog 300 intervencij (primerov). Optimalno število osebja je 14-16.

Intenzivne skupnostne psihiatrične delovne skupine (Assertive Community Treatment – ACT)

Delovne skupine ACT obravnavajo paciente, ki se pogosto vračajo v bolnišnico in slabo sodelujejo pri psihiatričnem zdravljenju. Spremljajo dolgotrajne in zahtevne psihiatrične paciente, ki potrebujejo nepretrgano podporo v skupnosti. Podobno kot pri splošnih psihiatričnih skupnostnih delovnih skupinah, opravlja delo multidisciplinarna delovna skupina. Razmerje med osebjem in pacienti je razmeroma nizko (1:10), saj gre za intenzivno spremljanje in zdravstveno obravnavo. Skrbijo za redno jemanje zdravil in preverjajo zdravstveno stanje. Pomagajo pri vsakdanjih težavah na pacientovem domu, delajo z družino in krepijo socialne veščine. S pacienti imajo pogoste stike, tudi v času morebitne hospitalizacije. Dostop do teh delovnih skupin je 24 ur dnevno, tudi ob koncu tedna. V RS se skupnostna psihiatrija izvaja v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah. Bolnišnični psihiatrični timi, ki delajo po ACT (Assertive Community Treatment) modelu spremljajo paciente s hudimi in kombiniranimi psihotičnimi motnjami po odpustu iz bolnišnice in spremljajo njihovo stanje ter zagotavljajo pravočasno zdravljenje. Vsi ACT timi so dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij pri njihovih klientih. Ti timi

ne delujejo po regionalnem principu, zato lahko zajamejo samo omejeno število hospitaliziranih pacientov in tudi ne morejo intevenirati v skupnosti v primeru (npr. suicidalnih) kriz. Generični ST lahko zajamejo večje število pacientov, to naredijo na cenovno učinkovitejši način in zaradi povezave z lokalno skupnostjo in službami bistveno izboljšajo dostop do pomoči. Bolnišnični timi naj torej prevzemajo vodenje pacientov, ki potrebujejo najbolj intenzivne oblike obravnave 24 ur na dan in 7 dni tedensko (33). To so pri nas večinoma pacienti, ki se jih vključuje v program Nadzorovane obravnave po sklepu sodišča..

V Sloveniji so ACT-eju podobne delovne skupine nastale v okviru štirih psihiatričnih bolnišnic: Ljubljana, Idrija, Maribor in Ormož.

PRIMERI DOBRIH PRAKS

Primer dobre prakse iz Psihiatrične bolnišnice Ormož

Pacientka S.S. stara 31 let, hospitalizirana 6 krat, dolge hospitalizacije, hitra pogosta vračanja kmalu po odpustu. Nesamostojno živel v matični družini v kateri je bila v nenehnem konfliktu. Do brata odklonilna in ljubosumna, ker je zdrav in uspešen. Tudi v času hospitalizacij ni navezovala socialnih stikov, temveč bila konfliktna, s svojim videzom močna izstopala tudi v širše okolje. Medikamentozno terapijo jemala le v času hospitalizacije in še to pod strogim nadzorom, kmalu po odpustu je terapijo opustila. V želji po dokazovanju svoje samostojnosti in materialne neodvisnosti je večkrat sprejela delo v tujini, vendar ga zaradi svoje bolezni in pomanjkanja delovnih navad tudi hitro izgubila. Sledila je hospitalizacija in naše ponovno zavzemanje za njen uvid, da postavi bolj realne cilje.

Evalvacija

- tedenski obiski na njenem domu so pripomogli, da je začela redno jemati terapijo
- z člani tima je vzpostavila zaupljiv terapevtski odnos, pozneje tudi bolj spontan z njene strani (dopisovanje po e-mailu, klici po telefonu..)
- prevzela je preproste naloge v gospodinjstvu
- začela je hoditi na sprehode in med ljudi
- naredili smo načrt glede porabe socialne podpore, katerega je upoštevala, kajti v začetku obravnave se je prekomerno zadolževala
- sodelovala je v različnih delavnicah na zavodu za zaposlovanje
- delala je sezonska dela (nabiranje jagod, grozdja..)
- izboljšala odnos s starši, sorodniki (počitnice na morju)
- predlog, da se oceni njena delovna sposobnost je sprejela in tudi končala, na osnovi odločbe je zmožna opravljati 4 urno delo

- zaposlila se je v bratovi trgovini
- redno prihaja na kontrole v bolnišnico
- sprejela je depo terapijo
- socialni stiki so se izboljšali

Primer raziskovanja

Na severovzhodu Slovenije smo ACT (intenzivni) model oskrbe uporabili pri 13 pacientih s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Namen raziskave je bil oceniti rezultate te obravnave glede izida zdravljenja, zadovoljitve njihovih potreb in potreb njihovih svojcev, zagotovitve nepretrganosti obravnave in uporabe hospitalizacij proti volji. Ocenili smo tudi dolžino in število hospitalizacij.

V dveh letih, je od vseh 13 vključenih pacientov, le pri dveh prišlo do ponovne hospitalizacije v času obravnave, in tudi pri teh dveh za krajši čas in na odprtem oddelku psihiatrične bolnišnice. Vseh 13 obravnavanih je bilo pred vključitvijo v obravnavo hospitaliziranih 2 – 3 krat letno, na začetku vsi na oddelek pod posebnim nadzorom.

Ob sprejemu v intenzivno skupnostno psihiatrično obravnavo je večina anketiranih imela težave na področju druženja, skrbi za gospodinjstvo in zase, sposobnosti navezovanja in vzdrževanja stikov, moteno je bilo tudi izvajanje nekaterih življenjskih aktivnosti. Opisovali so razne oblike negotovosti, omejitve ali odvisnost od pomoči bližnjih. V času obravnave so se po devetih mesecih povečali njihove spretnosti za obvladovanje vsakdanjika, dosegli so optimalno samostojnost v okviru sposobnosti in zmožnosti.

Uporabili so ocenjevalni lestvici HONOS in CANSAS sta potrdili, izboljšanje funkcije na vseh področjih vsakdanjega življenja.

Ocena potreb svojcev je pokazala razsežnost težav, s katerimi se svojci srečujejo po odpustu le teh iz bolnišnice. Ob rednih obiskih na domu pacientov so ugotavljali dejanske razmere, v katerih živijo, in skupaj iskali nove rešitve, ki vplivajo na kakovost pacientovega življenja in njegovih družinskih članov. Z izvajanjem programa so svojci bistveno razbremenjeni, kar je razvidno iz analize podatkov, dobljene iz intervjujev s svojci. Po odpustu pacienta iz psihiatrične bolnišnice svojci potrebujejo osebne informacije člana strokovne delovne skupine, psihoedukacijsko skupino, tiskan informacijski material, krizni načrt, prilagojen posamezniku, kako ravnati ob poslabšanju, krizno telefonsko linijo, individualno in skupinsko svetovanje strokovnjakov o tem, kako ravnati s predsodki, srečanje z drugimi svojci in izmenjavo izkušenj, začasen strokovni nadzor pacienta v domačem okolju s strani usposobljene

osebe, pomoč na domu pacienta, skupine za samopomoč, svetovanje socialnega delavca, skrb za pacienta med odsotnostjo svojca zaradi počitnic ali zdravstvenih težav ter počitnice organizirane specifično za pacienta.

Raziskava, ki je bila izvedena, je pokazala, da je program uspešen in da so pacienti z njo zadovoljni. ACT program veliko pozornosti posveča razreševanju pacientovih vsakdanjih problemov, pridobivanju socialnih spretnosti in komunikacije. Z raziskavo so dokazali, da vzdušje v družini v veliki meri vpliva na izražanje simptomov shizofrenije pri obolelem družinskem članu. Zaradi teh ugotovitev se raziskovalci strinjamo, da je potrebno krepiti psihosocialne intervencije v družini, še posebej z organiziranjem psihoedukacijskih skupin za družine svojcev. V skupinah, ki jih je organizirala ACT (intenzivna) delovna skupina, so učili svojce strategij za zmanjšanje občutkov strahu, konfliktov in negativnega vzdušja v družini. Rezultati raziskave so pokazali, da je učinek takšnih skupin na družino in obolelega člana zelo vzpodbuden. Izboljšalo se je počutje družinskih članov, simptomi bolezni pri obolelih članih so se zmanjšali, izboljšalo se je tudi njihovo socialno funkcioniranje (34).

Primeri dobrih praks v tujini

Italija

Leta 1986 so v Italiji sprejeli zakon, zaradi katerega ni mogoče sprejemati psihiatričnih pacientov v psihiatrične bolnišnice, kar je izzvalo marsikje v svetu in tudi v Sloveniji veliko odpora. Skrb za psihiatrične paciente je bila v tistem obdobju v Evropi pretežno institucionalna. Bolnišnice so res zmanjševale število kroničnih pacientov in jih premeščale v različne socialne ustanove ali pa pošiljale domov, vendar se je psihiatrija skoraj povsod poskušala reorganizirati v obstoječih ustanovah. Radikalno zaprtje velike tržaške psihiatrične bolnišnice je sprožilo številne dvome in proteste proti samovolji reformatorjev, češ da bodo pacienti ostali neoskrbljeni in da jih je potrebno zaščititi. Le malo se je bilo govorilo o spremembi organizacije služb, to je o ustanovitvi nekaj centrov za duševno zdravje, ki so izvajali praktično celotno psihiatrično oskrbo za odraslo populacijo na določenih območjih in o oddelku za nujno psihiatrično oskrbo v bolnišnici. Manj znano je tudi dejstvo, da so veliko večino oskrbe omogočili z bistveno manjšimi stopnjami oviranja in prisile kot v prejšnji ustanovi.

Skupnostna psihiatrija v Italiji je z zakonom postala državna psihiatrična doktrina. Po mnenju ideologa skupnostne psihiatrije Franca Basaglie je skupnostna psihiatrija najprej humanistično gibanje. Deinstitutionalizacija, ki so jo izvedli v zelo kratkem času v nekaterih velikih bolnišnicah, je bila namenjena predvsem borbi za človeške pravice in posamezniku prilagojeno obravnavo. Bistvo reforme je prekiniti institucionalizem, to je poseben, za institucijo vezani vzorec delovanja, ki namesto zdravljenja poslabša duševno stanje posameznika. Poglavitni ugovor je veljal vsem metodam prisile, tudi in najbolj fizičnemu oviranju, ki je, čeprav nadzorovana praksa, prisotno v vseh psihiatričnih bolnicah in socialnih zavodih. Prisila pri psihiatričnem pacientu v bolnišnicah in zavodih je po mnenju reformatorjev potrebna tudi zato, ker je ta pacient iztrgan iz svojega naravnega okolja in potisnjen, kljub temu in zato, ker je v hudi duševni stiski, v zaprt prostor, kjer z njim delajo in urejujejo njegovo življenje neznanci, ki slabo ali le deloma poznajo njegov problem in osebno zgodovino. Prostor institucije je tuj prostor, ki se mu je praktično nemogoče prilagoditi zaradi menjav osebja, pacientov in rigidnih postopkov, ki se ne morejo prilagoditi potrebam posameznika.

Trst ima štiri centre za duševno zdravje za populacijo od 50-65000 prebivalcev. Vsak center ima 6-8 postelj. Vsi centri so odprti 24 ur na dan. Nujni primeri se lahko do nekaj dni zdravijo tudi na psihiatričnem oddelku splošne bolnice (8 postelj-odprt oddelek), vendar jih morajo od tam v najkrajšem možnem času vrniti v center. Štiri psihiatrične postelje so tudi v Unverzitetni kliniki. Imajo okrog 70 postelj v stanovanjskih skupinah

in drugih nastanitvah. Stopnja podpore pacientom je različna, tudi do 24 ur. V Trstu je tudi 12 socialnih kooperativ, ki zagotavljajo plačano prilagojeno zaposlitev za njihove člane. Podpirajo delovanje združenj svojcev in pacientov, ki se skušajo kar najbolj vključiti v socialno življenje mesta. Zdravljenja proti volji so statistično 6 / 100 000 primerov. Trije forenzični (sodni) pacienti so v drugih psihiatričnih bolnicah, vendar računajo na njihovo vrnitev v center.

Velika Britanija

Najbolj znan center za skupnostno psihiatrijo je v Birminghamu. Tam so službo načrtovali po posvetu s pacienti in njihovimi svojci. Ti so načrtovalcem sporočili, da želijo spoštljivo, enakopravno obravnavo, ki bi odgovarjala njihovim potrebam. Najpomembnejše se jim je zdelo zaposlovanje in izobraževanje ter posebna skrb za tiste paciente, ki se pogosto vračajo v bolnišnico. Zahtevali so tudi popolnejše informacije o bolezni in službah ter njihovo nepretrgano dostopnost. V Birminghamu so posebej pozorni na povezovanje z osnovnim zdravstvenim varstvom, ki prevzema obravnavo večine ljudi z duševnimi motnjami. Družinskim zdravnikom so sporočali, da bodo prevzemali predvsem skrb za paciente s hudimi in dolgotrajnimi psihičnimi težavami. Ustanovili so delovno skupino za intenzivno spremljanje (ACT tim, kot je opisan zgoraj). Procese so evaluirali in dosegli z vladno podporo tako, da se je model implementiral povsod v državi v okviru National Service Framework, kot usmeritev za načrtovanje služb. Skrb za duševno zdravje je vgrajena v sistem skrbi za osnovno zdravstveno varstvo. V sistem osnovnega zdravstva so poleg splošnih psihiatričnih centrov, ki odgovarjajo na potrebe populacije na lokalnem nivoju in lahko usmerjajo paciente v druge time, tudi krizne delovne skupine za obravnavo pacientov na domu in ACT timi. V Birminghamu izvajajo psihiatrično oskrbo za 1,2 milijona lokalnega prebivalstva. Še v osemdesetih letih prejšnjega stoletja so na potrebe prebivalstva odgovarjali le splošni zdravniki in bolnišnice. Psihiatrične bolnišnice so imele oddelke za dolgotrajne paciente in za rehabilitacijo ter, kot pri nas, tudi ambulate in akutne oddelke. V devetdesetih je prišlo do premika k oskrbi v skupnosti, na kar so vplivali tudi pozivi pacientov in njihovih svojcev. Skupnostna psihiatrična služba, je skušala je združiti socialno in zdravstveno oskrbo in je bila multidisciplinarna. Sredstva so zagotovili iz nameravane porabe za obnovo psihiatričnih bolnic. Ustanovili so štiri vrste delovnih skupin: prva je bila povezana z osnovnim zdravstvenim varstvom in je podobna naši dispanzerskim psihiatričnim službam; druga je namenjena oskrbi na domu in kriznim intervencijam; tretji je ACT tim-torej delovna skupina za spremljanje posebej zahtevnih in pacientov, pri katerih prihaja do pogostih ponovnih sprejemov. Četrta skupina je namenjena ljudem, ki

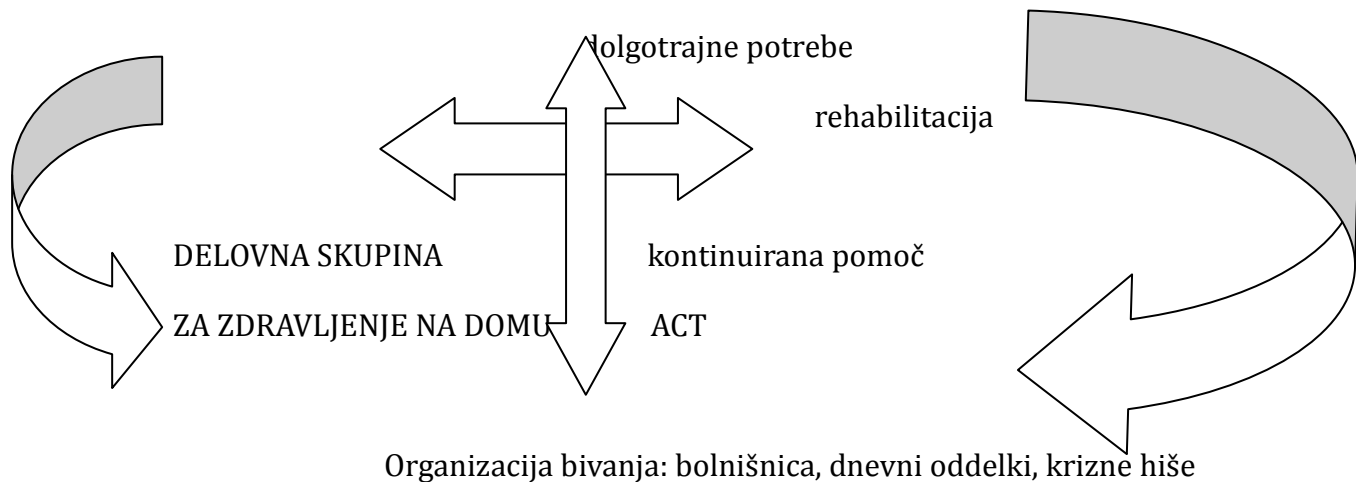
potrebujejo dolgotrajno oskrbo ali rehabilitacijo. Služba se še razvija. Oblikujejo na primer skupino za zgodnje intervencije pri mladih ljudeh s prvo psihozo

Grafična ponazoritev delovanja:

OSNOVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO



SPLOŠNA SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA DELOVNA SKUPINA ZA DUŠEVNE MOTNJE



Generična ali osnovna psihiatrična delovna skupina je prva frontna črta do sekundarnih zdravstvenih služb in mesto prvega kontakta. Omogoča triažo in oceno nujnosti obravnave.

Tim za krizne posege zagotavlja nepretrgano (24 ur dnevno, 7 ur v tednu) pomoč in nujno pomoč za ljudi v psihični krizi, ki bi jih bilo sicer potrebno sprejeti v bolnišnico. Ta delovna skupina skuša zmanjšati sprejeme v bolnišnico in tudi v bolnišnici deluje tako, da lahko paciente čim hitreje odpustijo domov. Zagotovijo hiter odgovor na klic in hitro oceno krizne situacije. V omejenem časovnem obdobju ponudijo vsestransko pomoč, da se izognejo hospitalizaciji. Intenzivno pomoč izvajajo doma z rednimi obiski, ki so lahko tudi večkrat dnevno. Ciljna populacija so odrasli med 16 in 65 letom s hudimi duševnimi motnjami. Druge duševne motnje kot je tesnoba, odvisnost od alkohola, poškodbe in bolezni možganov, kot je demenca, učne motnje, osebnostne motnje itd., so predmet dela drugih služb. Delovna skupina je v takšnem timu usposobljena za delo z ljudmi s hudimi (psihotičnimi) duševnimi motnjami, zna oceniti psihično stanje, načrtovati obravnavo, zdraviti motnjo in poiskati izhod iz krize ter je tesno povezana z lokalnimi službami.

Dostop mora biti 24 ur na dan. Kadrovska zasedba je 6 članov osebja med 8 in 16 uro. Med vikendom se lahko zmanjša na dva člana. Velikost tima je vsaj 12 članov osebja. Tim sestavljajo medicinske sestre, socialni delavci, delovni terapevti, psihologi in podporni delavci, ki so lahko uporabniki služb. Potrebne osebnostne značilnosti, ki so nujne poleg strokovnega znanja, so predvsem v sposobnosti za timsko delo, zavzetosti za paciente in zmožnosti razumevanja potreb drugih.

Tipična sestava tima je 8 medicinskih sester, 2 podporna delavca, 2 socialna delavca in pol administratorja. Psihiatri so lahko vključeni znotraj ali zunaj delovnega časa. En specialist lahko prevzame celotno oskrbo s pomočjo kolegov, ki ga nadomeščajo med odsotnostjo. Na območju z 1,2 milijona prebivalstva je 9 kriznih delovnih skupin (1.800.000 funtov, 175 na en primer. 50% direktnih stroškov. 40% indirektnih stroškov in 10% stroškov delovanja).

ACT delovne skupine omogočajo zdravljenje in podporo sedem dni na teden in 24 ur na dan za ljudi s trajnimi duševnimi motnjami. Primerni so za ljudi, ki se pogosto vračajo v bolnico, pri katerih prihaja do hospitalizacij proti njihovi volji, zlorablajo droge in alkohol. Delovne skupine so namenjene zmanjšanju tveganja in povečevanju povezanosti, podpori in zmanjševanju števila sprejemov.

Delovne skupine za rehabilitacijo zagotavljajo nepretrgano podporo in zdravljenje za skupino, ki ni tako hudo ovirana in ne potrebuje nepretrganega dostopa, primerljive so z delovnimi skupinami v nekaterih slovenskih nevladnih organizacijah, ki pa žal nimajo zdravstvene podpore.

Število bolnišničnih sprejemov in postelj je po implementaciji tega načina dela bistveno upadlo. Povečal pa se je interes za forenzične psihiatrične postelje.

Irska

Tudi na Irskem v področju Monaghan so program skupnostne psihiatrije začeli z intervjuji s pacienti, svojci in javnostjo ter službo načrtovali v skladu z njihovimi željami. Te so bile pogosto usmerjene v zagotavljanje življenjskih priložnosti, na primer zaposlitve, zdravljenja telesnih bolezni in podobno. Poročajo, da so v nekaj mesecih izpraznili akutni oddelek s 27 posteljami, ker so svoje delo preusmerili iz bolnišnice v skupnost. Izkazalo se je, da je zdravljenje v kontekstu resničnega okolja in njegovih zahtev bistveno uspešnejše kot v bolnišničnem okolju. Cavern Monaghan projekt pa ni dobil dovolj podpore, da bi se lahko širil na druga področja na Irskem.

Španija

V regiji Asturias so reforme izvajali na podlagi priporočil o premestitvi obravnave iz velikih bolnišnic v skupnost. Že 1982. so izvedli sektorizacijo, kar pomeni razdelitev področja na regije s poudarkom na psihiatrični obravnavi. Do 1989. leta so postopno odpuščali paciente, večinoma v nastanitvene kapacitete (verjetno v zavode), 40% pa jih je odšlo v skupnost.

Poskušali so ustvariti celotno mrežo služb za ljudi s psihičnimi motnjami: ustanavljali so centre za duševno zdravje, posebne enote za otroke, dnevne bolnice, psihiatrične oddelke v splošnih bolnišnicah, terapevtske skupnosti in enote za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Iz območja z milijonom prebivalcev so v različne službe sprejeli 40 000 pacientov. Večina rehabilitacijskega dela se opravi v terapevtskih skupnostih.

Francija

Projekt v vzhodnem Lillesu je eden izmed pogosto opisanih dobrih primerov skupnostne psihiatrije. Začel se je 1977. v bolnišnici, ki je prevzemala psihiatrično oskrbo za 86000 prebivalcev. Takrat je bilo v bolnišnici 300 kroničnih psihiatričnih pacientov. Do 1995 so s pomočjo zasebnega združenja (Zdravstveno-psihološko-socialno združenje) posameznikov, ki so želeli reformo azilov (bolnišnic in socialnih zavodov) začeli z izobraževalnimi programi za javnost v lokalnem okolju, ki so imeli v bistvu antistigmatizacijske cilje. Lokalna skupnost je njihovo delo podprla tako, da so lahko s pomočjo državnih sredstev dosegli, da je večina strokovnjakov začela delati v lokalnem okolju (70%). Vzpostavili so sistem prosto dostopnih posvetov v primeru psihičnih težav. Paciente sprejme medicinska sestra, ki mora v 24 urah usmeriti pacienta v zanj ustrezno služno. Če je potrebno ga/jo že isti dan pregleda psihiater.

V mestu Lille je dober dostop do različnih rehabilitacijskih dejavnosti v športnih, in kulturnih centrih z različnimi dejavnostmi. Hospitalizacija je dosegljiva v bližnji splošni bolnišnici na oddelku z 20 posteljami. Povprečna dolžina hospitalizacije je 8 dni. Pacienti imajo prost dostop do svoje dokumentacije. Dela se v tesni povezavi z lokalnimi timi. Alternative hospitalizaciji so bivanje v tuji (gostiteljski) družini, intenzivna skrb v centru za duševno zdravje (5 postelj), programi rehabilitacije, bivanje s podporo, zaposlitvena rehabilitacija, itd. Večji poudarek kot na zaposlitveni rehabilitaciji je v Lillesu očitno na kulturnem, umetniškem in kreativnem delovanju. Povezava s splošnimi zdravniki je tudi tam zelo pomembna in očitno uspešna.

Avstrija

Na Koroškem imajo eno psihiatrično bolnišnico, ki je del splošne bolnišnice.

To območje je zgodovinsko znano po tem, da so prebivalci že stoletja skrbeli za ljudi s hudimi duševnimi motnjami na svojih domovih. Že leta 1985 je predstojnik bolnice Thomas Platz zmanjšal število postelj in uvedel številne metode psihosocialnega dela. Ustanovil je nevladno organizacijo Pro-mente Koroška, ki pod svojo streho združuje dnevne centre, zaposlitveno rehabilitacijske centre, nastanitvene in prehodne ustanove, krizne intervencije in nepretrgano spremljanje na domovih pacientov. Skrb se poskuša čim bolj prilagoditi posameznikom. Imajo mobilno krizno enoto, to sta dva strokovna delavca, ki poskušata rešiti krizo v domačem okolju. Čim boljša je nepretrgana skrb, torej spremljanje, tem manj je kriznih intervencij.

Nemčija

Nemčija je v proces deinstitutionalizacije vstopila izjemno previdno in večinoma ni omogočila prehoda psihiatrične oskrbe v splošne bolnišnice. Dejstvo je, da v Nemčiji, tako kot v Sloveniji, psihiatrične bolnišnice prevzemajo tudi obravnavo odvisnosti in celotno obravnavo geriatričnih pacientov z vsemi somatskimi zapleti.

Na območju Kaufbermena pa imajo tudi majhno enoto za zdravljenje otrok z slabšimi intelektualnimi zmožnostmi in težkimi vedenjskimi problemi ali z diagnostičnimi nejasnostmi.

Posledice

V Sloveniji in v večini Evropskih držav se zaradi skupnostne ideologije ni dosti spremenilo. V večini evropskih držav se število psihiatričnih postelj in postelj v socialnih zavodih zmanjšuje zelo počasi, pri nas pa se celo povečuje. Ideja Franca Basaglie in tržaški eksperiment so sicer zelo uspešno ponovili s prilagoditvami in dopolnitvami v različnih državah in na različnih območjih, vendar ni nikjer, in tudi ne v Italiji, dosegel popolne implementacije na državnem nivoju. Bolnišnice in socialni zavodi z razvojem skupnostnih psihiatričnih gibanj in praks niso odmrli same od sebe. Skupnostna psihiatrija pa se ne more razvijati v okviru velikih institucij, ki se v imenu »deinstitutionalizacije« celo krepijo. Ostaja projektno delo in to kljub dokazanim uspehom, manjši represivnosti ter celo kljub svoji relativno dobri cenovni učinkovitosti. Nekateri elementi skupnostne psihiatrije pa so se uveljavili povsod, tudi v slabše razvitih državah, predvsem zaradi njihove osnovne zdrave razumske logike. Službe za duševno zdravje se skupaj s psihiatričnimi razvijajo na lokalno omejenih območjih, kjer je pregled nad njihovim delovanjem mogoč in kjer jih je mogoče organizirati v skladu z lokalnimi potrebami.

Temelj skupnostne psihiatrične obravnave pa niso le organizacijske prednosti, temveč ustrezen odnos do pacienta s psihično motnjo. Za obravnavo v skupnosti je potrebno

spremeniti način razmišljanja strokovnjakov, politike in javnosti, kar do sedaj ni bilo dovolj uspešno.

Organizacija služb-kako

Po mednarodnih smernicah je v državah z zadostnimi viri, torej z ustrežno razvitostjo (kamor sodi Slovenija) je za duševno zdravje potrebno poskrbeti za:

- osnovno zdravstveno varstvo z zaledjem specialističnih služb;
- skupnostno obravnavo za ljudi z duševnimi motnjami v obliki delovnih skupin na določenih regionalnih območjih.
- splošne psihiatrične ambulate;
- klinično psihološke ambulate;
- visoko specializirane službe za motnje hranjenja, dvojne diagnoze, rezistentne čustvene motnje ter službe za otroke, mladostnike in starostnike;
- specializirane skupine za zgodnje intervencije pri psihozi (ker je čas med začetkom bolezni in začetkom zdravljenja pomemben za prognozo bolezni);
- delovne skupine za intenzivno zdravstveno obravnavo v skupnosti (Assertive Community Treatment – ACT);
- splošne psihiatrične time za obravnavo na domu in skupine za krizne posege;
- dnevne oddelke bolnišnic;
- Dolgotrajno oskrbo bi morali zagotavljati v stanovanjskih skupinah in/ali prehodnih ustanovah z intenzivno celodnevno oskrbo, z manjšimi stopnjami podpore pri bivanju ter z neodvisno nastanitvijo.
- Podporne oblike zaposlitve, predvsem usposabljanje za delo na delovnem mestu, skupine za samopomoč;
- Akutna bolnišnična zdravstvena obravnava, ki je povsod po svetu nujna oblika obravnave

Potrebuje se torej mreža služb, ki se začne doma, v naravnem okolju in se konča v institucijah. To so pri nas domovi za ostarele in posebni socialni zavodi. Če obstaja celotna mreža služb za duševno zdravje, je uporaba slednjih lahko relativno majhna.

Število akutnih bolnišničnih postelj in dolžina hospitalizacije sta odvisni od delovanja in učinkovitosti drugih (skupnostnih) služb. Število oskrbnih dni in ležalne dobe v bolnišnicah je mogoče zmanjševati z zagotavljanjem drugih oblik oskrbe.

Organizacijo potrebnih služb je mogoče ponazoriti s piramido (Slika 1)

Slika 1. Organizacijska piramida primernih služb na področju duševnega zdravja (12).



Večino potreb na področju psihiatričnih težav razrešujejo ljudje v neformalnih mrežah. Kadar to ne zadostuje, se obrnejo na osnovno zdravstveno varstvo, ki ga podpira mreža lokalnih služb za duševno zdravje in psihiatrične konziliarne službe v splošnih bolnišnicah. Najtežji primeri se obravnavajo v specialističnih službah. Cena teh storitev je obratno sorazmerna pogostosti njihove uporabe.

Načrtovanje in financiranje

Načeloma je država odgovorna, da zagotovi financiranje, uredi zakonodajo na področju duševnega zdravja, opiše politične usmeritve v nacionalnem programu, zagotovi ustrezno usposabljanje osebja ter smernice in protokole obravnave.

K financiranju prispevajo tudi lokalne skupnosti. Implementacija

Korake k implementaciji povzemam po angleških avtorjih (8).

1. Prvi korak je ocena epidemioloških podatkov na izbranem geografskem območju. Uporabimo lahko:

- Lokalne epidemiološke podatke o pogostosti duševnih motenj, ki jih uporabimo kot oceno potreb po zdravljenju že prepoznanih primerov.
- Če teh podatkov ni, uporabimo podatke iz širše regije ali iz države, ki jih je treba prilagoditi lokalni sociodemografski situaciji.
- Če tudi teh podatkov ni, uporabimo mednarodne podatke in jih prilagodimo lokalni situaciji.
- Če tudi to ni mogoče, je treba sestaviti skupino lokalnih ekspertov, ki ocenijo potrebe.

2. Drugi korak je ocena dostopnih služb. Ugotoviti je treba, katere vrste pomoči so dostopne na osnovni ravni zdravstvenega in socialnega varstva ter na specialistični in na terciarni ravni. Merijo se:

- kontakti s službami (obiski) in povezanost med službami. Podatki se oštevilčijo-kvantificirajo;
- obstoječe regionalne službe, moč in slabosti lokalne oskrbe, razvoj in vpliv različnih delovnih skupin in posameznih strokovnjakov, ki delujejo v regiji;
- kakovost služb. Za oceno se uporabijo razni nadzori in mnenja pacientov / uporabnikov / svojcev);
- informacije o osebju: odvisne so od številčnosti osebja, izobraženosti, obremenjenosti (npr. bolniški staleži);
- število kontaktov v posameznih komponentah služb (npr. število sprejemov/leto/10000 populacije), o obravnavah v osnovnem zdravstvenem varstvu, številu, diagnostičnih kategorijah pri sprejemih v psihiatrično bolnišnico in dolžini hospitalizacij.;
- število oseb, ki uporabljajo posamezne službe;
- informacije o epizodah bolezni od začetka do okrevanja (kot zgoraj);
- informacije o epizodah uporabe različnih služb (število zdravljenj posamezne bolezni);
- podatki o izidih in
- o ceni različnih opravljenih storitev.
- Zbirajo se tudi podatki o obstoju ovir za uporabo služb.

Vsi podatki naj se uporabijo pri implementaciji.

3. Tretji korak(i) so povsem praktične narave. Potrebno je pridobiti prostore, v katerih bo imela delovna skupina svojo bazo, avtomobil za obiske na domu in potrebno

zdravstveno opremo ter zdravila. Glavni vložek pa je delo z osebjem zato, da se vzpostavi dobre delovne odnose in da se doseže konsenz o metodah in načelih dela.

Za izvedbo naštetih korakov je potrebno oblikovati delovno skupino za implementacijo in imenovati vodjo. Poenotiti se je treba glede vrednot, ki jih je treba izraziti večkrat, kontinuirano, jasno in javno v različnih okoliščinah in na delovnih sestankih:

Projektni vodja s pomočjo drugih članov delovne skupine (potrebno je doseči konsenz!) opredeli:

- okvir politike implementacije, kar pomeni, da projektu določi meje realno dosegljivega, o čemer obvesti vse sodelavce v skupnosti. Javno in jasno razloži način dela delovne skupine, se poveže z lokalno skupnostjo, rekrutira osebje in organizira trening ter določi (identificira) operativno bazo.

Ko delovna skupina začne z delom, je pomembno, da se poenoti glede zgoraj naštetih vrednot. Deluje v partnerstvu znotraj delovne skupine in tudi s pacienti njihovimi svojci. Hierarhija je nujna, vendar so mnenja sodelavcev pri dogovarjanju enakovredna, ne glede na poklicno pripadnost. Odgovorni so pacientom in njihovim svojcem, ki so sodelavci v procesu obravnave. Hkrati prevzemajo del odgovornosti za svoje stanje ter popolno odgovornost za svoje ravnanje, razen v izjemnih primerih psihotične dekompenzacije. Spoštuje njihove pravice in posebnosti. Deluje v smeri okrevanja, ki je osebni proces in pri vsakem pacientu nekoliko drugačen. Poskuša krepiti sposobnosti in potencialne, ne glede na stopnjo manjših zmožnosti. Ob tem pa je treba varovati paciente in osebje pred nepotrebnimi riziki .

Težave pri implementaciji

Skupnostna obravnava naj bi imela bistvene prednosti glede dostopnosti, kar je opisano že zgoraj. Vendar pa je tudi ta princip potrebno razumeti v kontekstu vsakdanje prakse v službah za duševno zdravje. Povsod po svetu se je izkazalo, da so si najboljši dostop do služb za duševno zdravje izborili najmanj ogroženi. Ljudje s „problemi“, ki ne dosežajo intenzitete duševnih motenj, so velikokrat sami pripravljeni poiskati pomoč, čeprav ta pomoč takrat še ni nujna. Drži tudi, da veliko blažjih duševnih motenj lahko napreduje v težje oblike, zato je njihovo iskanje pomoči najbrž dobrodošlo. Kljub temu pa je treba vedeti, da najbolj nujno potrebujejo pomoč ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki pomoči navadno ne iščejo. Tako je prav, da v okviru preventive poskrbimo za ljudi s težavami, vendar je še bolj nujno, da pomagamo tistim, ki pomoč nujno potrebujejo in so zaradi duševnih moten hudo ogroženi. Takim ni mogoče le omogočiti dostopa, temveč jih je pogosto potrebno poiskati.

Sodelovanje zdravstvenih in socialnih služb za ljudi s hudimi duševnimi motnjami, ki živijo v skupnosti, ovira več dejavnikov. Najpomembnejši so pomanjkljivo financiranje, medpoklicni konflikti pri razumevanju duševne motnje in obravnave ter težave pri sodelovanju med organizacijami. Integracijo lahko spodbudijo izboljšanje financiranja, zavezanost k sodelovanju, skupno izobraževanje in organizacijski napredek, vključno s skupnostnim timom za duševno zdravje in vodenjem primerov. Skupno izobraževanje pomembno olajša sodelovanje med različnimi poklici in službami. Ko je partnerstvo enkrat vzpostavljeno, ga ne smemo vzeti za samoumevnega, potrebuje redne revizije in regeneracijo

Izobraževanje

Izobraževanje o psihiatriji se najpogosteje in pri nas celo izključno izvaja v psihiatričnih ustanovah, kjer se obravnavajo pretežno le trenutne zdravstvene težave pacienta. Diagnosticiranje, opazovanje, spremljanje in podpora pacientom v skupnosti ni predmet učenja, čeprav so to spretnosti, ki jih bodo bodoči zdravniki in medicinske sestre najpogosteje potrebovali. Vrzel med potrebnim znanjem in učnimi načrti je velika in se pogloblja ne le pri nas, ampak povsod po svetu.

Strokovni delavci, ki nudijo zdravljenje in rehabilitacijo ljudem s psihičnimi motnjami morajo imeti medicinska znanja o znakih, vzrokih in posledicah duševnih motenj ter o medicinskih, z dokazi podprtih načinih za njihovo zdravljenje in obvladovanje.

Poleg tega pa v skupnostni delovni skupini potrebujejo tudi dodatna znanja. Ta potrebna znanja so:

- ocena rizika in obvladovanje tveganja,
- načela timskega dela, razjasnitev vloge posameznika in njegove/njene odgovornosti ter
- z dokazi podprte klinične in psihosocialne metoda terapevtske obravnave. To so psihosocialne intervencije, na primer tehnike reševanje problemov, delo z družino, učenje socialnih veščin in osnove vedenjsko kognitivne terapije

Izobraževalni programi za skupnostno psihiatrijo se pri nas pripravljajo v okviru nevladnih organizacij, kjer imajo že dolgo tradicijo in v nekaterih zasebnih izobraževalnih centrih.

Za implementacijo modela na državni ravni pa je potrebno te programe okrepiti in integrirati v izobraževalne programe na dodiplomski ravni v okviru izobraževalnih institucij.

V skupnostni psihiatriji se sme uporabljati le z dokazi podprte intervencije. O delu na domu pacienta, v stanovanjskih skupinah, dnevnih centrih, zavodih za zaposlovanje in drugih prostorih ter službah, kjer živijo, delajo in ustvarjajo tudi ljudje z duševnimi motnjami, vedo najbrž največ družinski zdravniki in njihove patronažne medicinske sestre ter sodelavci iz nevladnih organizacij. Obsežno teoretično in praktično znanje o ljudeh z duševnimi motnjami v institucijah pa je mogoče uporabiti tudi za kakovostno delo na terenu.

Pričakovanja pacientov

Ljudje z duševnimi težavami in njihovi svojci pričakujejo, da bodo zdravstvene službe nemudoma in zavzeto odgovorile na njihove potrebe, na enakovreden in pošten, torej nediskriminatoren način. Pričakujejo torej, da bodo vključeni v načrtovanje in izvajanje obravnav, da bodo pri svojih nalogah učinkovite, strokovne in odgovorne.

Pritožbe nad delovanjem celotnega sistema se pogosto pojavljajo. Pacienti se pritožijo zaradi tega, ker oni in njihovi vrstniki ne dobijo pravočasne psihiatrične in socialne pomoči, nad pokroviteljstvom strokovnih delavcev in nad birokratskim nadzorom v nekaterih delih sistema. Opozarjajo na vrsto pomanjkljivosti in praznin: pomanjkanje možnosti za usposabljanje in zaposlitev, nizke pokojnine in gmotno pomanjkanje, s katerim se morajo vsakodnevno spopadati. Zahtevajo skupnostne psihiatrične službe.

Merjenje izida

Delovne skupine potrebujejo povratno informacijo o njihovem delu. Del informacij pridobijo ob rednih strokovnih srečanjih, del pa jih je mogoče relativno enostavno zbirati za sprotno ocenjevanje.

Takšni podatki so na primer:

- Koliko časa so rabili za odziv na napotitev?
- Koliko pacientov so uspeli vrniti v službe osnovnega zdravstvenega varstva?
- Koliko ljudi so odklonili?
- Koliko so jih napotili v bolnišnico?
- Število sprejemov, obravnav po viru.
- Število ocenjenih primerov (to je ocena psihičnega stanja in načrt obravnave) glede na napotitev in diagnozo.

Celovitejša ocena učinkovitosti in uspešnosti skupnostne delovne skupine pa je mogoča tudi s spremljanjem nekaterih epidemioloških kazalcev, kazalcev kakovosti obravnave in z merjenjem zadovoljnosti pacientov in njihovih družin.

Kazalci kakovosti obravnave

Glede na OECD smernice na področju skrbi za duševno zdravje (2004) so kazalniki kakovosti tisti, ki se vežejo na

- nepretrganost obravnave: pravočasna ambulantna oskrba po zaključku hospitalizacije, kontrolni pregledi po hospitalizaciji in pri dvojnih diagnozah, razlike v pogostosti obravnave povezano z rasno ali etnično pripadnostjo;
- koordinacijo obravnave: načrti obravnave za paciente s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami;
- kakovost zdravljenja: število pregledov pri akutnem depresivnem stanju, ponovni sprejemi v bolnišnico, dolžina obravnave pri boleznih odvisnosti, uporaba antiholinergičnih zdravil in antidepresivov pri starejših, dolžina uporabe antidepresivne terapije in
- izid zdravljenja: mortaliteta pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, samomori.

Raziskovanje na področju dela skupnostne psihiatrije je sicer relativno skromno. Razlogi so v očitni individualni različnosti potreb pacientov in razlike v okoljih, kjer skupnostne delovne skupine delujejo. Primerjava je otežena, če ne celo nemogoča. Model pa je dokazano nedvomno uspešen pri:

- zmanjševanju hospitalizacij – predvsem na račun rednih obiskov doma in povezanosti zdravstvene in socialne oskrbe;
- manjši pogostosti samomorov in
- manjših stroškov oskrbe.

Številni raziskovalni dokazi potrjujejo tudi, da so s skupnostno psihiatrijo pacienti bistveno bolj zadovoljni kot z ambulantno ali bolnišnično (29).

Etika

Poglavitno etično vprašanje na področju psihiatrije se je vprašanje pravice do oviranja in kratenja drugih človekovih pravic zaradi psihične motnje. Etično vprašanje se razrešuje z

zakonodajo na področju duševnega zdravja in preko strokovnih smernic. Ena izmed novejših metod nadzora v psihiatriji je intenzivno spremljanje v skupnosti, ACT model, ki je opisan zgoraj. Gre namreč za nadzor nad pacientom v njegovem domačem okolju s čimer psihiatrija podaljšuje svoj vpliv iz institucij v skupnost. ACT je model obravnave za kronične paciente, ki odklanjajo zdravljenje in je namenjen preprečevanju tega, da bi se pacienti izmaknili psihiatrični obravnavi, ker nesodelovanje vodi v ponovitve bolezni in hospitalizacije. Sodelovanje pri zdravljenju je osrednja točka obravnave v intenzivnih timih. Metode prisile v skupnostih so tesno povezane z odnosom osebja in drugih ljudi do duševno bolnih. Skupnostni timi, ki v večji ali manjši meri izvajajo nadzor nad ljudmi v njihovem domačem okolju se morajo soočiti z vprašanji stigmatizacije, diskriminacije in odnosa do ljudi, ki imajo hude duševne motnje. Za prepričevanje ljudi, da sodelujejo pri psihiatričnem zdravljenju uporabljamo različne psihološke pritiske in metode nadzora: jih prepričujemo, izsiljujemo, pogojujemo, podkupujemo, grozimo in končno zdravimo proti volji. Vse metode pritiska razen zadnje so zakonsko dovoljene in pri skupnostnem zdravljenju mogoče, saj osebje vpliva na številna področja pacientovega življenja in večinoma deluje tako, da se pacient počuti odvisnega od strokovnih delavcev, ki pomagajo urejati njegovo življenje. Strah, da bi izgubili podporo je čustveni pritisk, ki lahko zagotovi sodelovanje. Etično vprašanje pa je ali je takšno urejanje odnosov in odločitev terapevtsko upravičeno.

V slovenski zakonodaji imamo tudi možnost, da človeka zdravimo v nadzorovani obravnavi, kar pomeni, da s sklepom sodišča dobi osebje pooblastilo za nadzor nad zdravljenjem. Nadzorovana obravnava je pravzaprav nadomestilo za hospitalizacijo ali omogoči hitrejši odpust. Nadzor nad zdravljenjem v skupnosti je zapleteno in zahtevno etično vprašanje. Nadzor namreč lahko pomeni le dovoljenje, da pacienta prepričujemo, podkupujemo ali mu grozimo, lahko pa pomeni tudi to, da ga proti volji odpeljemo v ambulantno, kjer bo dobil zdravilo ali da ga, če ne upošteva naših navodil proti volji sprejmemo v bolnico. Etično je prisilo osvestiti, razumeti da izvajamo nadzorna katerikoli izmed naštetih načinov in razumeti, zakaj to delamo, torej opredeliti cilj takšne obravnave, njene posledice, in predvsem omejiti prisilo na najmanjšo možno mero. Pacienti nasilje nad sabo najlažje »predelajo« in sprejmejo, če je osebje do njih pošteno in ravna z njimi spoštljivo (35).

Razumeti je torej potrebno, da družba zahteva socialni nadzor nad psihiatričnimi pacient in da je to v nekaterih primerih upravičeno. ACT in drugi skupnostni timi so eden izmed, a vse bolj pomemben del nadzora nad to skupno ljudi. Zato se morajo strokovnjaki ves čas posvetovati s tistimi, ki delujejo v nasprotni smeri-za zmanjšanje nadzora, uveljavljanje človekovih pravic in odpravo prisile. Odkrit in strpen dialog je osnova za zmanjšanje diskriminacije, sprejemanje drugačnosti in za krepitev duševnega zdravja v celotni skupnosti. Paciente in njihove svojce je potrebno vključiti v vsak korak

načrtovanja služb in storitev, ki jih bodo uporabljali. Poleg tega pa je potrebno strokovno znanje o tem kako se je mogoče metodam prisile izogniti.

Viri

1. Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J and Beecham, J (2007) Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, p.52. 'DECLOC report'.
2. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Found 22.7.2012 on the web page: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=279>
3. McDaid D. and Thornicroft G. (2005), Policy brief, Mental health II, *Balancing institutional and community-based care*, World Health Organisation. Quoting WHO World Health Report 2001.
4. Gaebel W. et al., EPA guidance on the quality of mental health services. European Psychiatry 2012; 27: 87-113.
5. World Health Organization. Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Iz spletne strani 7.6. 2011 http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index.html
6. Townsley, R. et al (2010), *The Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People in Europe: Synthesis Report*. Brussels: ANED
7. A Focus Report on how the current use of Structural Funds perpetuates the social exclusion of disabled people in Central and Eastern Europe by failing to support the transition from institutional care to community-based services. Found 22.7.2012 on the web page: <http://www.fimitic.org/content/wasted-time-wasted-money-wasted-lives-wasted-opportunity>.
8. Thornicroft G & Tansella M. Better Mental Health Care. Cambridge University Press 2009. Cambridge.
9. Sorrel E.(ed.) Global Mental Health Textbook. Jones & Bartlet Learning. Burlington 2013.

10. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.
11. Thornicroft G & Tansella M. Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
12. Thornicroft G & Szumukler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press 2009. Oxford:1-12.
13. Švab V, Tomori M. Mental health services in Slovenia. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2002; 48 (3): 177-88.
14. Švab V, Groleger U. Psychiatric rehabilitation in the hospital setting - one year follow-up of patients with schizophrenia *Zdravstveno varstvo* 2007, 46 (1): 9-17.
15. Liberman RP. (ur.) *Recovery from Disability*. Washington 2008. American Psychiatric Publishing.
16. World Health Organization. *The World Health Report 2008 - Primary Health Care*. Geneva 2008. S spletne strani 7.6. 2011: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
17. Švab V (). *Stigma and Mental Disorders, Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*, Luciano L'Abate (Ed.), 2012. ISBN: 978-953-307-662-1, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-control/stigma-and-mental-disorders>
18. Rose D, Willis R, Brohan E, Sartorius N, Villares C, Wahlbeck K, Thornicroft G; INDIGO Study Group. Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2011;20(2):193-204.
19. Ware et al. An Ethnographic Study of the Meaning of Continuity of Care in Mental Health Services. *Psychiatric Services*; VOL. 50, No. 3, 1999.
20. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15:357-376
21. Pirkola S, Sund R & Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate. *Lancet* 2009; 373:147-53. na spletni strani 7.6.2011 <http://130.237.98.166/content/1/c6/07/96/77/Pirkola%20et%20al%202009.pdf>
22. While D, Harriet Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet* 2012; 379(9820): 1005-12 .

23. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79(1):19-26.
24. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. V: *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: 002831.
25. Roškar S, Podlessek A, Zorko M, Tavčar R, Dernovšek MZ, Groleger U, Mirjanič M, Konec N, Janet E & Marušič A. Effects of Training Program on Recognition and Management of Depression and Suicide Risk Evaluation for Slovenian Primary-care Physicians: Follow-up Study. *Croat Med J.* 2010; 51(3): 237–42.
26. ŠVAB, Vesna, JERKOVIĆ, Branko. Program preprečevanja samomora v treh regijah = Suicide prevention programme in three regions. V: KOPČAVAR GUČEK, Nena (ur.), PETEK, Davorina (ur.). *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini : (interna, družina, psihiatrija, nevrologija, dermatologija, potovalna medicina, duševno zdravje mladostnika, slikovna diagnostika, delavnice) : zbornik predavanj : 38. strokovno srečanje timov, Ljubljana, 25.-26. 5. 2012, (Družinska medicina, Supplement, 2012, 10, 2).* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine, 2012, str. 65-70
27. Slade M & Glover G. The needs of people with mental disorders. In: Thornicroft G & Szmukler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry.* Oxford University Press 2009. Oxford: 117-27.
28. Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Hplloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Lofus, L., McCrone, P., Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need (CAN); the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
29. Thornicroft G & Szmukler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry.* Oxford University Press 2009. Oxford
30. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PSThe global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.
31. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community based mental health care? Copenhagen 2003. WHO Regional Office for Europe, 2003.
32. Thornicroft G, et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.

33. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry 1980; 37: 392-7.
34. Skoliber T. Obravnava osebe s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Magistrska naloga. Fakulteta za zdravstveno nego Maribor 2012.
35. Szmukler G & Appelbaum P. Treatment Pressures, Coercion and Compulsion. In: Thornicroft G, Szmukler G, Mueser k. & Drake RE. Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford 2011. Oxford University Press.