

PRIROČNIK ZA SKUPNOSTNO OBRAVNAVO V CENTRIH ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH

Vesna Švab, Nika Vukša Jurejevčič, Irena Makivić

Ljubljana, 2023

PRIROČNIK ZA SKUPNOSTNO OBRAVNAVO V CENTRIH ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH¹

Prevedeni, prirejeni in dopolnjeni priročnik FACT

Flexible Assertive Community Treatment



¹ Izrazi v moški slovnični obliki so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške (velja za celotno besedilo).

PRIROČNIK ZA SKUPNOSTNO OBRAVNAVO V CENTRIH ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH

Prevedeni, prirejeni in dopoljeni priročnik FACT (Flexible Assertive Community Treatment)

Avtorice: Vesna Švab, Nika Vukša Jurejevčič, Irena Makivić

Jezikovni pregled: Ana Peklenik

Ilustracije: Denis Vasiluev © 123RF.com (<https://www.123rf.com/>)

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2023

Elektronska izdaja.

Spletni naslov: www.zadusevnozdravje.si

Dokument je nastal v okviru Programa MIRA (Nacionalni program duševnega zdravja).

Zaščita dokumenta

© 2023 NIJZ Uporaba in objava podatkov, v celoti ali deloma, dovoljena le z navedbo vira.

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko-pravno in kazensko zakonodajo.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 146156035

ISBN 978-961-6945-90-5 (PDF)

KAZALO

SEZNAM KRATIC	i
1.....	1
UVOD.....	1
1.1 Skupnostna obravnava v Sloveniji.....	2
1.1.1 Skupnostna obravnava med pandemijo COVID-19.....	3
2.....	4
POTREBE PO OBRAVNAVI.....	4
3.....	6
SKUPNOSTNA OBRAVNAVA.....	6
3.1 Pogoji za izvajanje načrtovanja obravnave v skupnostnih psihiatričnih timih.....	7
3.2 Poročanje skupnostnega psihiatričnega tima.....	8
3.3 Principi skupnostnega dela.....	9
4.....	11
KADRI.....	11
4.1 Naloge posameznih kadrov.....	12
5.....	17
METODE DELA.....	17
5.1 Vrste obravnav v skupnostnem psihiatričnem timu.....	18
5.2 Obiski na domu.....	21
5.3 Sestanki skupnostnega psihiatričnega tima.....	21
5.4 Timsko delo.....	23
5.4.1 Načrt obravnave.....	23
5.4.2 Postopek načrtovanja obravnave.....	24
5.4.3 Različne vloge strokovnih delavcev.....	25
5.4.4 Oblike skrbi v skupnostni obravnavi.....	25
5.5 Krizni načrt.....	27
5.6 Prisila in pritisk.....	28
5.7 Zaključek skupnostne obravnave.....	29
5.8 Primer delovanja.....	30
6.....	32
INTEGRIRANO ZDRAVLJENJE IN SKRB V SKUPNOSTNI OBRAVNAVI.....	32

6.1	Integrirano zdravljenje za paciente z dvojnimi diagnozami	35
6.2	Telesno zdravje.....	35
7	37
	SKUPNOSTNA OBRAVNAVA V PRAKSI: MOČ, OKREVANJE IN REHABILITACIJA.....	37
7.1	Okrevanje	38
7.2	Rehabilitacija	40
7.3	Delo za inkluzijo.....	41
7.4	Zaposlitev: model podpore na delovnem mestu	41
8	43
	IMPLEMENTACIJE SKUPNOSTNE OBRAVNAVE.....	43
8.1	Začetek in vizija	45
8.2	Priprava in usposabljanje	46
9	49
	ZAKLJUČEK.....	49
	VIRI	50

SEZNAM KRATIC

ACT	Assertive Community Treatment (Asertivno zdravljenje v skupnosti)
CDZ	Center za duševno zdravje
CDZO	Center za duševno zdravje odraslih
CMHT	Community Mental Health Teams (Centri za duševno zdravje)
UNCRPD	United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov)
CSD	Center za socialno delo
DMS	Diplomirana medicinska sestra
FACT	Flexible Assertive Community Treatment (Prilagodljivo zdravljenje v skupnosti)
FTE	Full-time equivalent (ekvivalent polnega delovnega časa)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost)
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NVO	Nevladne organizacije
ReNPDZ	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja
SPO	Skupnostna psihiatrična obravnava
SVP	Socialnovarstveni programi v skupnosti
ZD	Zdravstveni dom
ZRSZ	Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
SZO	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)

1

UVOD

Smernice SZO za skupnostno obravnavo iz leta 2021 priporočajo organizacijo služb za duševno zdravje v skupnosti in večjo pozornost namenjajo vsakdanjemu življenju. Usmerjene so k vsakdanjim potrebam ljudi, skrbi za duševno zdravje ter močno zavezane varovanju človekovih pravic in načelom okrevanja (angl. recovery). Smernice izhajajo tudi iz izkušenj pandemije COVID-19, ki je med drugim razgalila pomanjkljivo dostopnost služb za duševno zdravje, njihovo slabo prilagodljivost in napačno osredotočenost na potrebe služb namesto na potrebe ljudi, ki so bili v tem času pogosteje v duševnih stiskah kot sicer. Po pandemiji COVID-19 je, bolj kot kdaj koli prej, jasno, da so ljudje v institucijah bolj ogroženi, osamljeni, izolirani in zapostavljeni kot v domačih okoljih. Socialne determinante življenja, kot so nasilje, diskriminacija, revščina, izključevanje, izolacija, negotovost glede zaposlitve ali nezaposlenost, neurejene bivanjske razmere, krhke socialne mreže, slab dostop do zdravstvene pomoči – vse naštetu močno vpliva na duševno zdravje in duševne motnje, ki jih zato v zdravstvu ne moremo ustrezno obravnavati brez sodelovanja socialnih služb in humanitarnih organizacij. To velja tako za odrasle in starejše kot tudi za otroke.

Smernice SZO (2021) priporočajo oblikovanje in razširjanje mreže integriranih skupnostnih služb. V našem okolju to pomeni integracijo zdravstvenih, socialnih in izobraževalnih služb, ki delujejo na lokalni in regionalni ravni. Njihovo sodelovanje je pomembno ne le zato, da preprečijo trpljenje posameznikov in družin zaradi duševnih motenj in odvisnosti, temveč tudi zato, da lahko preprečijo uporabo prisile, ki se kaže v napotitvah in zdravljenjih proti volji, z odvzemi opravičnih pravic ter z različnimi drugimi oblikami nasilja, ki jim je populacija duševno bolnih izpostavljena veliko bolj kot drugi ljudje. Oviranje in omejevanje, kot so prisilne napotitve, prisilno zdravljenje, uporabo metod oviranja (s pasovi, zdravili ali s fizično silo), je namreč s pravočasno in kakovostno obravnavo ter z dobro socialno podporo možno preprečiti.

1.1 Skupnostna obravnava v Sloveniji

V številnih državah, tudi v Sloveniji, poznamo dobre prakse dela na področju skupnostne obravnave. Med njimi so službe novoustanovljenih Centrov za duševno zdravje (CDZ) skupaj s skupnostnimi psihiatričnimi timi, ki skušajo zagotavljati pretežen del zdravstvene obravnave na domovih pacientov. Drug primer dobre prakse v Sloveniji so socialnovarstveni programi nevladnih organizacij, ki zagotavljajo socialno pomoč, bivanje s podporo, organizacijo dejavnosti, zaposlitvene projekte in programe usposabljanja ter terensko delo z ljudmi, ki so odvisni od prepovedanih drog.

Primere skupnostnega dela v zdravstvu in socialnem varstvu poznamo v Sloveniji v več oblikah. Skupnostne intervencije opravljajo socialnovarstveni programi v skupnosti (SVP) s svojimi dnevnimi centri, stanovanjskimi skupinami in informacijskimi pisarnami ter z ustanavljanjem in izvajanjem zaposlitvene rehabilitacije in zaposlovanjem v lokalnem okolju. Skupnostno delo opravljajo tudi koordinatorji obravnave v skupnosti na Centrih za socialno delo (CSD), ki spremljajo posameznike, odpuščene iz psihiatričnih bolnišnic, ter jim pomagajo pri njihovem ponovnem vključevanju v običajno življenje. Prav tako poznamo v Sloveniji prej omenjene skupnostne (psihiatrične) time, ki so pri nas organizirani v zdravstvenih domovih v okviru CDZ. Skupnostno psihiatrično službo pa imamo tudi na sekundarni ravni zdravstvenega varstva v psihiatričnih bolnišnicah. V skupnostnih psihiatričnih timih CDZ pri obravnavi na domu ali v drugih okoljih sodelujejo psihiatri, medicinske sestre, socialni delavci, delovni terapevti in klinični psihologi ter psihologi. Naloga skupnostnih psihiatričnih timov v CDZ je, da se povezujejo z drugimi izvajalci storitev v lokalni skupnosti in da skupaj s pacienti in svojci pripravijo in izvajajo načrte obravnave ter dosegajo skupaj dogovorjene cilje. Njihova naloga je tudi, da stremijo k čim manj restriktivnim oblikam obravnave in da preprečujejo hospitalizacije. Ukvarjajo se z vsemi ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju na njihovem območju delovanja, ne glede na diagnozo, invalidnost ali druge značilnosti.

V času vzpostavljanja Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO) od marca 2019 do konca septembra leta 2020 je bilo v obravnavo v vseh desetih CDZO vključenih več kot 4.000 posameznikov. Obravnavanih je bilo več žensk (64,5 %) kot moških (35,5 %) in največ starih od 50 do 65 let (32,3 %), ki so jim sledili mlajši, stari od 19 do 39 let (24,9 %). Več kot tretjina vključenih pred sprejemom v center še ni bila vključena v nobeno drugo obravnavo. Podatki iz

leta 2021 kažejo, da se je število obravnavanih oseb v enem letu (če jih primerjamo s podatki iz leta 2020, ko je bila ustanovljena večina trenutno vzpostavljenih centrov) povečalo za vsaj 17 %, pri čemer se je v večji meri povečalo število obravnavanih v skupnostni obravnavi CDZO (v letu 2021 je bilo v primerjavi z letom 2020 obravnavanih skoraj še enkrat toliko oseb).

V Sloveniji z implementacijo Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (ReNPDZ) (2018) ustanovljamo Centre za duševno zdravje, ki vključujejo tudi spodaj opisane skupnostne psihiatrične time oz. FACT time (Flexible Assertive Community Treatment) v CDZO. Ti (s prilagojeno obravnavo) zagotavljajo celotno skrb za osebe z duševnimi motnjami na omejenem regionalnem območju.

1.1.1 Skupnostna obravnava med pandemijo COVID-19

Službe, kot so CDZ in socialnovarstveni programi nevladnih služb, so tudi v času pandemije COVID-19, ko so bolnišnice in ambulate zaprle svoja vrata, delovale v velikem obsegu. Skupnostni programi so se zmogli prilagoditi novim okoliščinam. Vzpostavili so telefonske in druge oblike oddaljene pomoči ter med prvimi vzpostavili tudi terensko delo, osredotočeno na tedanje stvarne potrebe svojih uporabnikov. V socialnovarstvenih programih so v času epidemije odgovarjali na konkretne potrebe, kot so skrb za redne obroke in vzdrževanje osebne higiene ter potrebe po zatočišču. Vzdrževale so se tudi mreže vrstniške podpore in se marsikje razširile tudi med svojce ljudi s težavami v duševnem zdravju.

2

POTREBE PO OBRAVNAVI



Ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami imajo psihiatrično motnjo, ki potrebuje skrb in zdravljenje. Zaradi svojega stanja ter njegovih posledic in okoliščin imajo pogosto manjše zmožnosti ter težave na področju socialnega funkcioniranja in delovanja v skupnosti. Prav tako njihove težave običajno niso prehodne. Ljudje s ponavljajočimi se duševnimi motnjami in pridruženimi manjšimi zmožnostmi za izvajanje načrta obravnave potrebujejo koordinirano obravnavo različnih izvajalcev.

Potrebe skupine ljudi s ponavljajočimi se duševnimi motnjami so:

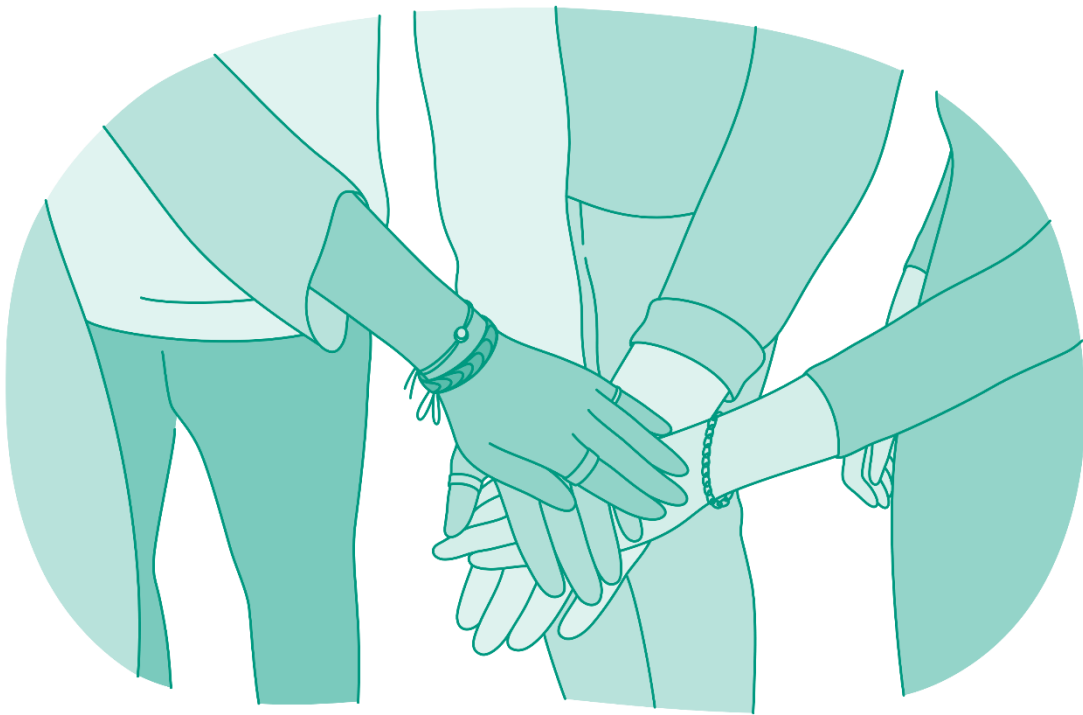
1. potreba po zdravljenju (uporaba na dokazih temelječih terapevtskih metod),
2. skrb in rehabilitacija ter usmeritev k okrevanju,
3. krizne intervencije (tudi z občasnimi hospitalizacijami),
4. pacientova vključenost v obravnavo (skupno odločanje),
5. skupnostna podpora (družina, programi socialne podpore v skupnosti, usposabljanje in prilagojeno zaposlovanje),
6. nadzor z oceno tveganja in
7. nepretrgano ocenjevanje napredka.

Za vse paciente in njihove družine je treba pripraviti načrt obravnave, ki se nepretrgano in obdobjno usklajuje med strokovnjaki, pacienti in svojci. Za načrtovanje je treba oceniti njihove potrebe, uspešnost načrta pa je treba ocenjevati s standardiziranimi instrumenti. V Sloveniji se za to uporabljata lestvica CANSAS (ocena potreb s standardiziranim vprašalnikom) ter ocena doseganja ciljev obravnave posamičnih strokovnih skupin (ocena potreb po zdravstveni negi, potreb po psihiatrični in psihološki obravnavi, ocena delovnega terapevta o vključevanju pacienta, izvajanje zanj pomembnih vsakodnevnih dejavnosti in ocena socialnih potreb). Uporabljajo se tudi nekatere druge klinične lestvice, posamezne strokovne skupine pa dopolnjujejo klinične poti dela s standardiziranimi instrumenti svojih strok, ki so primerne v kontekstu dela v CDZ.

Načrt obravnave pomeni določanje korakov, ki jih je treba izvesti, ter časovnega okvira in člana tima, ki bo storitev opravil. Nadzor nad izvajanjem načrta obravnave ima koordinator obravnave, ki je lahko kateri koli član tima, določen za koordinacijo v soglasju s pacientom in njegovimi svojci.

3

SKUPNOSTNA OBRAVNAVA



3.1 Pogoji za izvajanje načrtovanja obravnave v skupnostnih psihiatričnih timih

Za izvajanje načrtovanja obravnave v skupnostnih psihiatričnih timih v CDZO morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji.

1. **Dobra koordinacija.** Izvaja se dnevno (jutranji in tedenski sestanki tima) in obdobjno (večinoma enkrat na leto) za načrtovanje obravnave za posameznega pacienta. Takrat se skupaj s pacientom in svojci določijo cilji in koraki obravnave. Gre torej za razširjene timske sestanke, v katere so vključeni tudi zunanji sodelavci.
2. **Integriran pristop.** Vsi člani skupnostnega tima CDZO prevzemajo odgovornost za načrtovanje in izpeljavo načrta v skladu s svojimi strokovnimi kompetencami. Poleg tega koordinirajo obravnavo dodeljene skupine pacientov. Člani skupnostnih psihiatričnih timov poskušajo storitve izvajati povezano – ne le tako, da si razdelijo naloge, ki jih vsebuje načrt, povezati se morajo tudi z zunanjimi izvajalci (ki niso del CDZ). Razloga za nujno povezovanje storitev sta ločenost socialnega in zdravstvenega sektorja in z njima povezani različni načini financiranja storitev. Dela socialnovarstvenih programov v skupnosti (nevladne organizacije – NVO) zaradi zakonodajnega okvira ni mogoče neposredno povezati s skupnostnimi psihiatričnimi timi na način, da bi imeli skupnega financerja, je pa njihovo sodelovanje nujno, saj izvajajo programe rehabilitacije.
3. **Izvajanje storitev v interdisciplinarnem timu.** Člani tima so psihiatri, diplomirane medicinske sestre (DMS), socialni delavci, delovni terapevti in psihologi (klinični psiholog). V Sloveniji rehabilitacijski svetovalec (ki je na Nizozemskem član tima) ne deluje v okviru zdravstva. Zato se skupnostni timi v CDZO z njim povezujejo preko Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ) in SVP ter njihovih zaposlitvenih programov, ki delujejo na področju rehabilitacije oseb s težavami v duševnem zdravju s pomočjo delovnega terapevta. Član tima je tudi uporabnik in/ali svojec (torej strokovnjak z izkušnjo), ki ga v Sloveniji vključujemo preko programov uporabniških združenj (SVP in samostojni), vendar za to trenutno še niso na ustrezen način zagotovljena sredstva.
4. **Delitev nalog pri posameznem pacientu.** Pri številnih pacientih in njihovih družinah je, posebno v začetku obravnave, treba razdeliti naloge med člane tima, tako da pacienta

obiskujejo različni strokovnjaki v skladu z oceno stanja in potreb ter načrtom obravnave. Odgovornost za opravljeno delo in izvajanje načrta v teh primerih ni individualna, temveč deljena.

5. **Prilagodljivost pristopa.** V skupnostni obravnavi so pacienti, ki potrebujejo intenzivno obravnavo in delitev odgovornosti tima, razvrščeni v »intenzivno skupino«, ki vključuje približno 20 % pacientov. Ti so vsakodnevno obravnavani na timskem sestanku in najmanj enkrat tudi na terenu. Ko se stanje in socialne razmere stabilizirajo, se te paciente v skladu z oceno njihovih potreb in stanja premešča v manj intenzivne oblike obravnave.

3.2 Poročanje skupnostnega psihiatričnega tima

Skupnostni psihiatrični timi imajo na voljo podatke in informacije o:

- timski strukturi: številu članov tima in njihovi stroki ter izobrazbi (skladnost s standardi in normativi ter udeležba na izobraževanjih);
- tinskem delu in interdisciplinarnem pristopu: sestanki, procesi, zdravstvena dokumentacija (skladnost s standardom);
- številu postopkov usmerjanja;
- številu vključenih in odpuščenih pacientov, diagnozah;
- sodelovanju z drugimi službami;
- diagnostiki in zdravljenju v okviru zdravstvene dokumentacije in podatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS);
- spremljanju kakovosti preko beleženja izkušenj in zadovoljstva pacientov s standardizirano in mednarodno primerljivo lestvico (PREMS);
- oceni potreb z lestvico CANSAS;
- razmerju med intenzivnimi in neintenzivnimi obravnavami;
- morebitni uporabi drugih ocenjevalnih lestvic v skupnostni obravnavi v skladu z odločitvijo in priporočili strokovnih združenj in zbornic.

3.3 Principi skupnostnega dela

Skupnostni psihiatrični timi morajo pri svojem delu upoštevati naslednje principe skupnostnega dela:

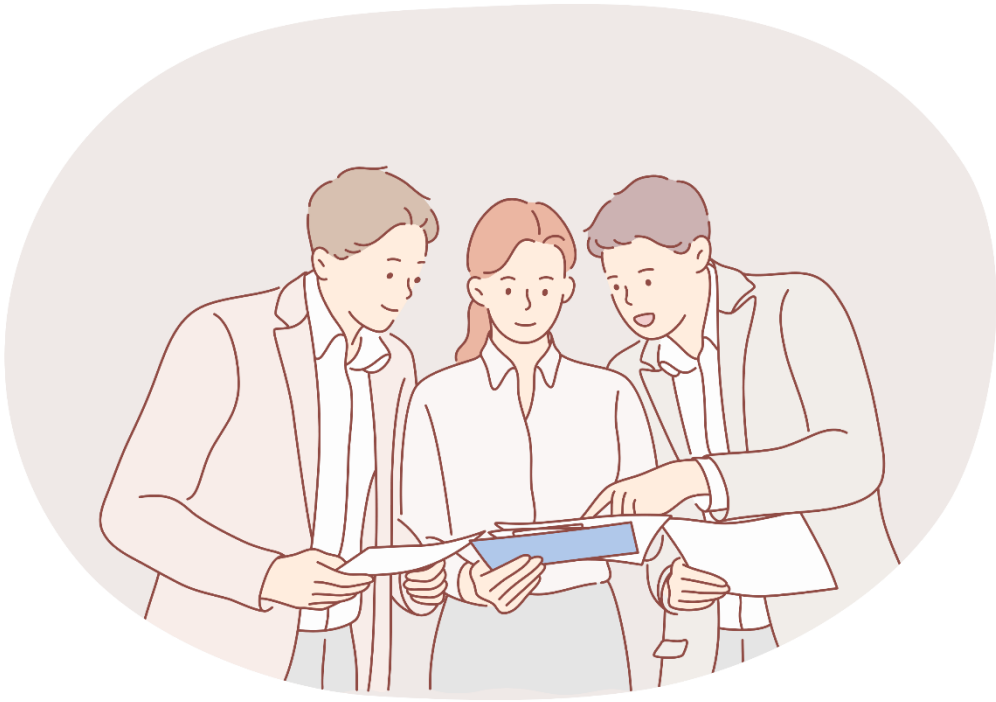
1. Pojdite tja, kjer vas pacient potrebuje: uskladite se s pacientovimi potrebami v vseh socialnih okoljih (doma, v službi, družini ipd.).
2. Podprite vključevanje s socialnim mreženjem: skupaj s pacientom gradite njegovo socialno mrežo v skladu z njegovimi pričakovanji in v okviru njegovih dejanskih možnosti. Postanite in ostanite povezani s socialnimi mrežami v skupnosti ter pomagajte pacientu sprejemati odgovornost. Zagotavljajte varnost in predvidljivost pri vključevanju.
3. Poiščite ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in jih povežite z mrežo služb za duševno zdravje. Išcite ljudi s hudimi in ponavljajočimi se težavami preko osebnih zdravnikov in vseh drugih strokovnih služb ter združenj. Motivirajte paciente za sodelovanje v vseh službah, ki jih obravnavajo, če je njihovo delo podprto z dokazi.
4. Zagotovite intenzivno obravnavo, če je potrebna. Bodite povezani s psihiatričnimi bolnišnicami in omogočite hospitalizacijo, če je potrebna. Hkrati poskušajte čas hospitalizacije čim bolj skrajšati in ostajajte povezani s psihiatričnim timom v bolnišnici in s pacientom ter njegovo družino, ki naj vas ima možnost kadarkoli poklicati po internetnih povezavah ali telefonu. Hospitalizacijo se obravnava kot neželen dogodek, ki pa ga je treba izvesti, če je potrebno. Z obravnavo je treba nadaljevati tudi v času hospitalizacije. FACT timi na Nizozemskem prevzemajo nadzor nad obravnavo tudi, ko je pacient v bolnišnici, česar v Sloveniji zaradi zgodovinskih razlogov sicer ni mogoče zagotoviti, kljub temu pa s protokoli obravnave zagotavljamo nepretrgano sodelovanje. Ko je pacient vključen v skupnostno obravnavo, se njegova obravnavo prilagaja njegovim potrebam in je lahko intenzivna ali manj intenzivna. V vsakem primeru, tudi v primeru poslabšanja stanja, pacienta spremlja ista delovna skupina, ki prilagaja metode obravnave, tako da se zagotovi kontinuiteta.

5. Zagotovite z dokazi podprto obravnavo: uporabljajte smernice za obravnavo. Če ni domačih smernic, je treba uporabljati mednarodne (npr. NICE). Proces odločanja skupnostnih psihiatričnih timov je konsenz med strokovnjaki, pacienti ter njihovimi svojci glede sprejemanja odločitev o zdravljenju in rehabilitaciji (angl. shared decision making).

6. Podprite rehabilitacijo in okrevanje: skupnostni psihiatrični timi imajo dodatna znanja na področju rehabilitacije in okrevanja in sodelujejo z rehabilitacijskimi programi. V delovne skupine bi moral biti v skladu z NPDZ 2018 vključen tudi strokovnjak z izkušnjo. Protokoli tega sodelovanja so dorečeni. Strokovnjaka z izkušnjo bi bilo nujno vključiti v vse faze odločanja. Prav tako bi moral biti prisoten tudi v delovnih skupinah za implementacijo NPDZ in imeti za sodelovanje v delovnih skupinah za skupnostno obravnavo v CDZO zagotovljeno finančno nadomestilo. Predvidevamo, da se bodo strokovnjaki redno sestajali z delovnimi skupinami in da bodo del vseh pomembnih odločitev na sistemski, regionalni in lokalni ravni.

4

KADRI



Idealna sestava tima za skupnostno obravnavo po skupnostnem modelu FACT glede na ekvivalent polnega delovnega časa (FTE) je:

1 FTE psihiater, 0,5 FTE vodja tima in 7 FTE koordinatorjev obravnave, ki vključujejo: 4–5 FTE psihiatričnih sester; 1–2 FTE skupnostnih psihiatričnih sester; 0,8 FTE socialnega delavca; 0,8 FTE psihologa; 0,6 FTE uporabnika in 0,5 FTE zaposlitvenega svetovalca.

Sodelavci se morajo v navedenem razmerju dodatno usposobiti na naslednjih področjih:

- področje odvisnosti (vsaj 2 FTE iz tima),
- področje rehabilitacije in okrevanja, posebej koordinatorji obravnave (ponekod se vključijo tudi sistemski psihoterapevti).

Zgoraj omenjena timska zasedba se od NPDZ in naše strokovne danosti nekoliko razlikuje. V skupnostnih timih v CDZO so zaposleni 1 FTE psihiatra, 5 FTE DMS, 1 FTE kliničnega psihologa ali psihologa in 1 FTE socialnega delavca. V slovenskih timih je delovni terapevt (1 FTE) zaposlen namesto zaposlitvenega svetovalca, ki je del tima na Nizozemskem. Ukvarja in povezuje se na področju zaposlitvene rehabilitacije. Prav tako je delovni terapevt nezamenljiv pri celostni oceni in rehabilitacijski obravnavi. V prihodnosti bi moralo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti omogočiti tudi zaposlitev uporabnika.

4.1 Naloge posameznih kadrov

Vsak koordinator obravnave vodi obravnavo približno 25 pacientov naenkrat. Timi lahko obravnavajo med 180 in 200 pacientov. Če se to število poveča nad 250, se kakovost obravnave zmanjša. Kompetence zaposlenih v skupnostnih psihiatričnih timih so opisane v *Navodilih za delo CDZ* in v nadaljevanju.

Psihiater je odgovoren za:

- oceno psihičnega stanja,
- oceno zdravstvenih potreb pacienta in njegove družine,
- predpisovanje zdravljenja,
- izvajanje krizne intervencije v primeru akutnih psihiatričnih stanj, poslabšanj bolezni, samomorilne ogroženosti ipd.,

- sodelovanje pri svetovanju in psihoedukaciji,
- načrtovanje obravnave,
- pripravo mnenj,
- podporo članom tima,
- izvajanje konzultacij z osebnim zdravnikom in bolnišničnim psihiatrom,
- sodelovanje pri izobraževanju strokovne in laične javnosti.

(Klinični) psiholog je odgovoren za:

- osnovno psihodiagnostiko, začetno psihološko evalvacijo in eksploracijo problema,
- oceno potreb skupaj z drugimi člani tima in sodelovanje v procesu načrtovanja obravnave. Psiholog lahko koordinira obravnavo,
- psihološko svetovanje pacientom in svojcem, sodelovanje pri psihoedukaciji ter poglobljeno psihoterapevtsko delo s pacienti in svojci v skladu s kompetencami,
- učenje pacienta o sprostitevni tehniki, treningih (npr. motivacijskih, vedenjsko-kognitivnih), aktivnostih za izboljšanje psihičnega funkcioniranja in drugih metodah obvladovanja psihičnih simptomov in stisk. Psiholog nudi podporo pacientu pri soočanju s stresnimi situacijami,
- nudenje podpore članom tima pri stiskah v delovnem procesu,
- sodelovanje pri izobraževanju strokovne in laične javnosti,
- pripravljanje in izvajanje evalvacije zdravljenja (v povezavi s sodelavci).

Diplomirana medicinska sestra je odgovorna za:

- oceno potreb skupaj z drugimi člani tima in sodelovanje v procesu načrtovanja obravnave. DMS lahko koordinira obravnavo,
- okvirno ocenjevanje psihopatološke simptomatike, funkcioniranja in telesnega zdravja v skladu s svojimi kompetencami,
- spodbujanje in preverjanje pacientovega sodelovanja in sodelovanja družine pri zdravljenju,

- opazovanje in spremljanje morebitnih neželenih učinkov zdravil in znakov poslabšanja bolezni,
- preverjanje izpolnjevanja predhodnih dogovorov,
- zdravstvenovzgojno delo in učenje zdravega življenjskega sloga pacientov, družine ter pomembnih drugih,
- podporne pogovore s pacienti in njihovimi svojci,
- izvajanje terapevtskih postopkov: aplikacija terapije oz. dostava zdravil (glede na dogovor s psihohigienskimi dispanzerji) in odvzem materialov,
- načrtovanje in učenje dnevnih aktivnosti (skupaj s sodelavci),
- povezovanje in sodelovanje z osebnim zdravnikom in patronažno službo (skupaj s psihiatrom) ter drugimi službami na terenu (skupaj z drugimi sodelavci),
- pomoč pri vključevanju pacientov v neformalno socialno mrežo in pri vzpostavljanju stikov s soseso ter pomoč za krepitev in spodbujanje vzdrževanja socialnih stikov v sodelovanju z drugimi člani tima in zunanjimi sodelavci,
- usmerjanje pacienta na redne ambulantne preglede,
- sodelovanje pri izobraževanju strokovne in laične javnosti.

Delovni terapevt je odgovoren za:

- oceno potreb na delvnoterapevtskem področju (ocenjevanje funkcioniranja),
- ocenjevanje pacientovega delovnega, družinskega, šolskega okolja ipd.,
- načrtovanje pacientovih dnevnih aktivnosti oziroma razvoj načrta delovne rehabilitacije,
- omogočanje čim bolj samostojne in optimalne izvedbe pacientu pomembnih dejavnosti za (i) izboljšanje sodelovanja v različnih okoljih (šola, delovno okolje, družina ...), (ii) strukturo dnevnih dejavnosti ter (iii) prosti čas in sprostitev,
- izvajanje obravnave v procesih učenja in s treningi (npr. kompleksno učenje vsakdanjih veščin); spremljanje pacienta na delovnem mestu zaradi podpore pri aktivnostih; sodelovanje pri izobraževanju pacienta in drugih oblikah vključevanja v socialno okolje (npr. v programe socialne vključenosti in zaposlitvene rehabilitacije ipd.). Obravnavo

izvaja v največji možni meri v domačem okolju. Dejavnosti ne izvaja nujno v paru z drugimi sodelavci, temveč posebej v procesu ocenjevanja, samostojno,

- prilagajanje bivalnega okolja pacientu ter po potrebi svetovanje in učenje pacienta o uporabi medicinsko-tehničnih in komunikacijskih pripomočkov.

Socialni delavec je odgovoren za:

- oceno socialnega oz. gmotnega stanja,
- oceno potreb na področju socialne problematike,
- seznanjanje pacienta in njegovih svojcev s pravicami s področja socialne varnosti ter za pomoč in podporo pri njihovem zagotavljanju,
- svetovanje in sodelovanje s svojci na socialnodelavski način,
- svoj prispevek k individualnem načrtovanju na področju pacientove socialne varnosti, bivalnih razmer in finančne varnosti (v okviru načrta obravnave),
- delovanje (skupaj z drugimi člani tima) za krepitev moči uporabnika in mobilizacijo virov moči,
- organizacijo osebne pomoči (asistence) in izvajanje psihosocialnih/svetovalnih pogovorov s tehnikami usmerjanja in vodenja na področju socialnega varstva,
- delo z družino in pomembnimi drugimi (skupaj z drugimi člani tima),
- neposredno delo za pacienta ali s pacientom (pisanje pritožb, prošenj, raznih dopisov, mnenj, priporočil),
- delo s skupino v skladu s svojimi kompetencami,
- oceno potreb skupaj z drugimi člani tima in sodelovanje v procesu načrtovanja obravnave,
- sodelovanje pri povezovanju pacienta ter svojcev s SVP, koordinatorji obravnave v skupnosti (KOS) in drugimi socialnimi storitvami v skupnosti,
- sodelovanje pri izobraževanju strokovne in laične javnosti.

Osnovna znanja članov tima

Člani tima se dodatno izobrazijo v izobraževalnem programu, ki ga je pripravil Svet za uvajanje skupnostne psihiatrije v letu 2013 in je bil dopolnjen leta 2018 v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino MF UL, Socialno zbornico Slovenije ter Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije. Po končanem izobraževanju za novo zaposlene v CDZ v letu 2019/2020 je delovna skupina za izobraževanje na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) pripravila dopolnjeno izobraževanje. Temelj za dopolnitve in spremembe so prepoznane potrebe udeležencev.

5

METODE DELA



Vsak član tima obravnava istega pacienta po strokovnih smernicah svoje stroke, vsi pa si prizadevajo doseči skupne cilje obravnave. Pri oblikovanju načrta sodelujejo pacient, njegovi svojci, zunanji sodelavci tima, lečeči psihiater in osebni zdravnik ter predstavniki socialnovarstvenih programov. Na podlagi ocene stanja in potreb se pripravi načrt obravnave za tri mesece s kratkoročnimi cilji. Postavijo se tudi dolgoročni cilji za obdobje treh let oz. do konca obravnave. Določita se odgovorni nosilec programa in njegov namestnik za vsakega posameznega pacienta. Vsak pacient ima prilagojen načrt obravnave. Skupna dokumentacija timov za skupnostno psihiatrično obravnavo (SPO) je dostopna vsem članom tima.

5.1 Vrste obravnave v skupnostnem psihiatričnem timu

Vrste obravnave v skupnostnem psihiatričnem timu je mogoče razdeliti.

1. Preprečevanje poslabšanja stanja za paciente, ki kažejo prve znake mogočega relapsa psihoze ali odvisnosti ali če gre za poslabšanje socialnih okoliščin. *Primer* je intenzivno spremljanje matere, ki ji nameravajo odvzeti skrbništvo za otroka.
2. Intenzivna kratkotrajna obravnava za paciente s prehodnim poslabšanjem psihiatričnih simptomov; za paciente, ki so zaključili hospitalizacijo ali kratkotrajno namestitev v drugih ustanovah, in obravnava pacientovih družin. *Primer* je pacient, ki je na svojo željo zapustil psihiatrično bolnišnico, vendar je še pripravljen sodelovati, želi pa, da se končna prilagoditev terapije uredi v domačem okolju.
3. Obravnava pacientov, ki so sicer v dolgotrajni obravnavi, vendar potrebujejo relativno intenzivno spremljanje in prilagajanje obravnave, npr. zaradi prolongirane dekompenzacije ali trajne občutljivosti (nekateri potrebujejo trajno dnevno podporo). Delati je treba tudi z družinami pacientov. *Primer* je pacient z nepretrganimi simptomi, kot so občasne slušne halucinacije, ki ne reagirajo na zdravila, in potrebuje pomoč pri urejanju nekaterih življenjskih zadev, na primer plačevanju računov, ter potrebuje tudi podporo svojcev pri urejanju stanovanja.

4. Obravnava pacientov, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju

4a. Obravnava pacientov, ki se izogibajo zdravljenju in ne želijo imeti stika z zdravstveno službo, njihovo stanje pa ni zelo zaskrbljujoče. Tem se stik ponudi, vendar se ne ukrepa proti volji, temveč se išče možnosti za podporo. Ob teh značilnostih se pacienta redno spremlja, pokliče, preverja njegovo zdravstveno stanje in se poveže z njegovimi sorodniki ali prijatelji, ki nam lahko pomagajo izboljšati sodelovanje ali nas podprejo pri nadziranju stanja.

4b. Obravnava pacientov, ki se izogibajo zdravljenju in ne želijo imeti stika z zdravstveno službo, se pa zanemarjajo, zanemarjajo svoje okolje ali je njihovo vedenje drugače moteče. Skupnostni tim za te paciente izvaja intenzivno podporo in v primeru nevarnosti ukrepa proti njihovi volji. Tudi te poskušamo spremljati po najboljših močeh. Pošiljamo jim vabila, jih pokličemo po telefonu, se povežemo z njihovimi bližnjimi in poskušamo zagotoviti varnost preko vsaj oddaljenega spremljanja. Ob sporočilih ali znakih, da stanje ni več vzdržno, se v timu posvetujemo o nadaljnjih ukrepih in povežemo z osebnimi zdravniki, patronažno službo ali urgenco.

5. Obravnava pacientov, ki so bili sprejeti v psihiatrično bolnišnico ali poslani v zapor. Tim vzdržuje stik s pacientom in osebjem, ki ga obravnava, ter pripravlja vrnitev pacienta v domače okolje. Tim mora ob tem delati tudi s pacientovo družino. *Primer* so pacienti, ki jih pokličemo vsakodnevno ali nekajkrat tedensko, jih obiščemo v bolnišnici, se posvetujemo z njimi in zdravstvenimi delavci glede odpusta in nadaljevanje obravnave. Najbolje je, da obravnavo po odpustu načrtujemo v timu skupaj s sodelavci iz bolnišnice, pacientom in svojci. Primer takšnega protokola sodelovanja smo pripravili s Psihiatrično bolnišnico Idrija.

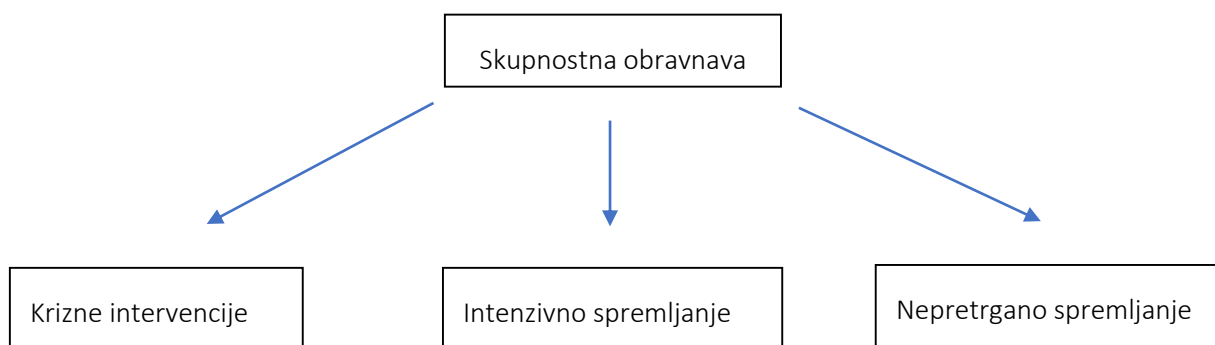
6. Obravnava novih pacientov, ki so pred kratkim registrirani v timu. Predvideno je približno tri tedne dela, da tim pacienta spozna in opravi oceno stanja in potreb, lahko pa se to ocenjevalno obdobje podaljša. Gre za obdobje intenzivnega ocenjevanja stanja in potreb s strani vseh strokovnjakov v timu, kot je opisano v protokolih dela.

7. Obravnava pacientov, ki so po sklepu sodišča napoteni v nadzorovano obravnavo. Pacienti v nadzorovani obravnavi so pogosto nevarni sebi ali drugim in potrebujejo zelo intenzivno spremljanje. Na obiske k njim nikoli ne hodimo sami, temveč v dvoje ali troje in se na obisk dobro pripravimo s predhodno oceno stanja na daljavo in tako, da dobro preučimo zgodovino pacienta, saj se lahko na podlagi prejšnjih izkušenj ustrezno pripravimo na morebitne zaplete. Kljub temu je obravnava povsem identična skupnostni obravnavi v CDZ.

8. Obravnava forenzičnih pacientov, ki so bili obravnavani na forenzičnem oddelku in jim je potekel sklep o prisilnem zdravljenju v bolnišnici ter potrebujejo nepretrgano spremljanje zaradi nestabilnega psihičnega stanja. Če gre za nadaljevanje forenzične obravnave po odredbi sodišča, se v obravnavo vključijo tudi pravosodni policisti. Ta obravnava je pri nas pogosto skromna in nezadostna. Skupnostni timi v CDZ bi te paciente lahko vodili, vendar ob ustreznem spremljanju pravosodnih policistov in z veliko mero previdnosti. Kljub temu opozorilo pa gre za paciente, katerih potrebe se ne razlikujejo bistveno od drugih pacientov, ki imajo hude in ponavljajoče se težave, in je njihova obravnava skladna z obravnavo neforenzičnih.

Grafični prikaz dela v skupnostnem psihiatričnem timu

Vrste obravnave



Timska obravnava je sestavljena iz:

1. ocene stanja,
2. ocene potreb,
3. določitve ciljev obravnave,
4. načrta obravnave,
5. izvajanja obravnave,
6. evalvacije procesa obravnave.

5.2 Obiski na domu

Pri skupnostnih psihiatričnih timih je obisk na domu standardna osnovna enota dela in se uporablja tudi pri kriznih intervencijah. Na domu se opravijo tudi vsaj del psihiatrične diagnostike, ocena družinske situacije, ocena funkcionalnih sposobnosti posameznika in potrebe po asistenci ter ocena potreb družine. Obiski na domu vplivajo na odnos med pacientom in strokovnim delavcem. Drugi se mora prilagoditi pacientovemu domačemu okolju, kar vpliva na enakopravnejše načine sporazumevanja. Opazovanje in spremljanje pacienta v domačem okolju pogosto omogoči prepoznavanje pacientovih prednosti in interesov, ki so lahko podlaga za načrtovanje rehabilitacije in krepitev samozavesti.

5.3 Sestanki skupnostnega psihiatričnega tima

Na jutranjih srečanjih skupnostnega tima se obravnava med 30 in 50 pacientov. Vodja tima pove ime pacienta. Koordinator obravnave pove, kaj se je dogajalo s pacientom v zadnjih dneh. Kratko poročajo tudi drugi člani tima, ki so imeli kontakt s pacientom ali družino (npr. delovni terapevt, psihiater). Dogovori se o obravnavi tega dne: kdo bo pacienta obiskal, kdo mu bo pomagal npr. pri urejanju dokumentacije. Diskusija o posameznem pacientu traja nekaj minut, celoten sestanek naj bi bil zaključen v 45–75 minutah, ker se na sestanku predstavljajo tudi novi primeri – triažni razgovori. V tem času se omenijo in sklepajo dogovori tudi o drugih pacientih, ki niso na seznamu za intenzivno spremljanje, vendar jih je treba omeniti, ker se je zgodilo kaj pomembnega. Te paciente se vključi na seznam za diskusijo: npr. paciente, ki

potrebujejo oceno zdravljenja z zdravili. Na tem seznamu so tudi pacienti, ki so dosegli uspehe. Če se določen pacient pojavlja pogosto, je smiselno, da se ga prestavi na seznam za intenzivno obravnavo.

Jutranji sestanki skupnostnega psihiatričnega tima so bistveni za **koordinacijo dejavnosti in izmenjavo informacij**. Pri skupnostnem delu tim pogosto sreča paciente nenapovedano, npr. na cesti ali v trgovini ali o njihovih težavah neformalno sliši preko drugih pacientov, strokovnih delavcev ali služb v skupnosti. O funkcioniranju takšnega pacienta, ki se navadno izogiba zdravljenju, tim sicer dobi informacijo o tem, kaj se dogaja, vendar ne more ukrepati. Stik je pogosto mogoče navezati podobno, kot je bila pridobljena informacija: preko neformalnega pogovora. Jutranji sestanki delujejo tudi kot opomnik za **paciente, ki so v bolnišnici ali v pridržanju**, da se vzdržuje njihova povezava z bolnišnico in olajša vrnitev domov. Sestanki služijo tudi kot **koledar**: vpisujejo se načrtovane in opravljene intervencije, kot so npr. depo injekcije. V koledar je mogoče vnesti opomnike in opozorila. Opozarja se tudi na iztek sodnih nalogov.

Novi pacienti je treba takoj predstaviti timu in jih vključiti v seznam za intenzivno spremljanje vsaj za nekaj tednov. V prvih tednih se morajo vsaj trije strokovnjaki različnih strok zvrstiti pri njem in oceniti njegovo stanje ter potrebe. Načeloma se v tem času organizira tudi sestanek z družinskimi člani. Ob koncu začetnega, predvidoma tritedenskega obdobja, tim skupaj s pacientom in svojci ter najpogosteje tudi z zunanjimi sodelavci naredi načrt obravnave.

Pacienti z ukrepom nadzorovane obravnave se morajo navadno po sklepu sodišča držati pravil, da lahko ostanejo zunaj bolnice, npr. biti morajo v stiku s koordinatorjem obravnave in prejemati depo zdravila. Pri teh pacientih, ki so na seznamu za intenzivno spremljanje, je pogosto treba ocenjevati tveganje za nevarno vedenje. Skupnostni psihiatrični tim je v teh primerih odgovoren tudi za poročanje sodišču.

Sestanki skupnostnega psihiatričnega tima zagotavljajo, da paciente v intenzivni obravnavi obravnava več članov delovne skupine (angl. shared case loads). S timskim delom se lahko oblikujejo strategije za obvladovanje težkih problemov in stanj ter pragmatično premagujejo ovire pri zadovoljevanju potreb tudi v najzahtevnejših primerih.

5.4 Timsko delo

Skupnostni psihiatrični timi imajo jasno opredeljen postopek za timsko delo v kliničnih poteh.

Koraki postopka so:

1. za paciente, vključene v intenzivno spremljanje, se ocenjuje in načrtuje delo vsak delovni dan sproti;
2. koordinator obravnave in drugi člani tima lahko kadarkoli zahtevajo, da se vključi pacienta v seznam za intenzivno spremljanje;
3. ko se pojavi indikacija za intenzivno spremljanje (bodisi od pacienta, družine, strokovnih delavcev, sosedov ali drugih) v smeri poslabševanja socialnega ali kliničnega stanja pacienta, ga je treba na seznam za intenzivno spremljanje vključiti takoj naslednji delovni dan;
4. načrt korakov za izboljšanje stanja: koordinator opiše situacijo in predlaga aktivnosti; krizni načrt, ki je bil pripravljen že predhodno, se začne izvajati; oblikujejo se dodatni dogovori o delitvi odgovornosti in intenzivnosti obravnave; psihiater v 24 urah ponovno opravi oceno psihičnega stanja in oceno tveganja, prav tako mora v 24 urah pridobiti informacije o pacientovih zdravilih.

Delo v intenzivni skupnostni obravnavi pomeni, da morajo imeti člani tima čas, da odgovorijo na nove potrebe hitro in prilagodljivo. Psihiater mora v 24 urah optimizirati medikamentozno terapijo in oceniti tveganje. Obravnava se ob vključitvi v skupino za intenzivno spremljanje deli med člane delovne skupine. To pomeni, da bo več članov tima pacienta obiskalo na domu, kar je treba pojasniti pacientu in družini.

5.4.1 Načrt obravnave

V skupnostni obravnavi so navodila glede načrtovanja obravnave jasna in jih je mogoče povzeti v naslednjih točkah:

1. Vsak pacient mora imeti načrt obravnave, ki je napisan v razumljivem jeziku.
2. Načrt obravnave mora nastati med posvetom s pacientom in njegovo družino.

3. Načrt mora vsebovati pacientove lastne cilje ter načrtovano zdravljenje in rehabilitacijo.
4. Načrt mora vsebovati krizni načrt za preprečevanja ponovitve bolezni in za zmanjšanje posledic.
5. Načrt obravnave je treba preverjati in posodabljeni vsaj enkrat letno.

V skupnostni obravnavi je za načrt obravnave odgovoren koordinator. Ta večinoma načrtuje timski sestanek, namenjen načrtovanju obravnave, v katerega so vključeni tudi pacient in svojci. Sestanek je treba načrtovati redno po 6 mesecih obravnave, če je treba, pa tudi prej. Pred tem sestankom mora koordinator pripraviti osnutek načrta obravnave, o čemer se posvetuje s pacientom in njegovimi svojci.

5.4.2 Postopek načrtovanja obravnave

1. Koordinator oceni potrebe pacienta, tako da zbere mnenja članov tima in opravi oceno potreb z orodjem CANSAS (kjer potrebe ocenijo strokovnjak, pacient in svojec ali vsaj dva od naštetih).
2. Po potrebi se ponovno oceni pacientovo psihiatrično in klinično psihološko stanje, ki je sicer ocenjeno že ob sprejemu.
3. Koordinator po posvetu z osebnim zdravnikom oceni tudi somatsko stanje.
4. Koordinator s pacientom in svojci (če pacient to dovoli in želi) preveri, ali so bili cilji obravnave v prejšnjem letu doseženi.
5. Koordinator v posvetu s pacientom pripravi osnutek načrta obravnave, ki se predstavi na sestanku, namenjenemu načrtu obravnave.
6. Na multidisciplinarnem sestanku (kjer sodelujejo vsi člani skupnostnega psihiatričnega tima, pacient, svojci in zunanji sodelavci) se v diskusiji preverijo cilji in načrt za naslednje leto.
7. Načrt obravnave vsebuje pacientove želje in potrebe glede zdravljenja z zdravili, spremljanja, zaposlitve in kriznih ukrepov.

8. Pacient načrt podpiše, če se z njim strinja. V imenu tima ga podpiše tudi koordinator obravnave.
9. Pacient dobi kopijo načrta.

5.4.3 Različne vloge strokovnih delavcev

V skupnostni obravnavi morajo strokovni delavci menjati svoje vloge. Koordinator ima do svojega pacienta pogosto osebni odnos, pozna ga in z njim govori o vsakdanjih zadevah in osebnih vsebinah. Kadar pa koordinator pacienta obravnava v akutnih stanjih, z njim ne razpravlja kot običajno, ampak večinoma le zagotavlja podporo in strukturo, ki sta potrebni. Koordinator je včasih svetovalec glede intimnih razmerij, drugič pomaga urejati finance, tretjič pa daje zdravila proti volji v skladu z odločbo sodišča. Enako velja za psihiatre in psihologe, ki so v eni izmed vlog zaupniki, v drugi pa lahko npr. predlagajo zdravljenje proti pacientovi volji po sklepu sodišča. Za strokovnjake, ki začenjajo z delom v skupnostnih psihiatričnih timih, je ta menjava vlog težka, posebej za DMS, ki so se usposabljalne v bolnišnicah.

5.4.4 Oblike skrbi v skupnostni obravnavi

Skupnostni psihiatrični timi ponujajo različne oblike skrbi. Razlikujemo lahko tri vrste procesov, ki se med seboj prekrivajo, vendar vsak od strokovnjakov zahteva drugačen pristop:

1. stabilizacija,
2. zdravljenje in
3. okrevanje.

Stabilizacija stanja sodi med krizno ukrepanje ob različnih hudih obremenitvah ter poslabšanju klinične slike, ki od pacienta zahteva vso moč, da še lahko funkcionira. Ob tem se mora pacient soočiti še s socialnimi problemi, kar se končno pokaže kot hud upad zmožnosti. Namen ukrepanja v tej fazi je predvsem zaščititi pacienta in ga zavarovati do te mere, da ne bo prišlo do relapsa ali hospitalizacije. Nestabilno stanje je lahko pri nekaterih psihotičnih motnjah dolgotrajno, kar se pri pacientih največkrat kaže kot neobvladovanje osnovnih

življenjskih zahtev. Pri njih si je treba ves čas prizadevati za umirjanje, stabilizacijo in pomoč pri vsakdanjih zadevah.

Primer je gospa, ki ima diagnozo hude in ponavljajoče se duševne motnje. Njeno razpoloženje hitro niha, težko dojema okolico, ves čas kliče na pomoč na naslove, kjer ji ne morejo pomagati in vse skupaj še povečuje njeno socialno izključenost. Pogosto zavrača pomoč tima, ki pa kljub njenem nihanju v razpoloženju in odklanjanju pomoči vztraja pri podpori in ji večkrat ponudi sodelovanje na kakršenkoli način.

Na splošno je pri dolgotrajnih stanjih nestabilnosti pomembno ponuditi in vzdrževati tako dnevno strukturo kot skrb. V obdobju stabilizacije morajo člani delovne skupine pogosto vzeti stvari v svoje roke. Koordinator spremlja pacienta in pri tem sodeluje z drugimi strokovnimi delavci v timu. Gre torej za aktivno timsko delo in zagotavljanje varnosti.

Zdravljenje ne pomeni le uporabe zdravil, temveč tudi psihološke intervencije ali intervencije za obvladovanje odvisnosti. Zdravljenje je v konceptu okrevanja tudi vključitev v plačano delo in usposabljanje za delo, ki vsebuje številne psihološke intervencije. Koordinator sodeluje s psihiatrom in psihologom ter ocenjuje uspešnost zdravljenja.

Primer je gospod, ki je zaradi gmotne prikrajšanosti, socialne izoliranosti in številnih razočaranj v življenju nepretrgoma sumničav do sosedov in jih obtožuje, da mu škodijo. Zdravila odklanja. Pri njem je skupnostni psihiatrični tim opravil več obiskov in poslušal njegovo zgodbo, mu pomagal pri urejanju nekaterih zadev z občino, poskusil zmanjšati sosedske spore, za kar so porabili skoraj leto dni nepretrganega spremljanja. Danes gospod sam prihaja v ambulantno obravnavo, jemlje predpisana zdravila in ima redne konzultacije s psihologom. Podlaga za načrt zdravljenja je ocenjevanje vseh članov tima in pacienta. Gre torej predvsem za motivacijo, spodbudo in podajanje informacij.

Okrevanje je pacientovo prizadevanje in pot k večji zadovoljnosti ter stabilnosti, ki jo podpirajo skupnostni psihiatrični tim in drugi sodelavci v rehabilitacijskem procesu. Koordinator, ki obravnavo prilagaja pacientovim potrebam, deluje večinoma v smeri pacientove čim večje avtonomije. Njegova vloga preide iz vloge eksperta k vlogi partnerja v procesu.

Primer je mlada učiteljica, pri kateri so v času bolezni prevladovali veličavske ideje in poznejši znaki depresije, torej nihanja razpoloženja, zaradi katerih je bila nekajkrat hospitalizirana. Predlagali so ji invalidsko upokožitev, kar je takrat sprejela, kasneje pa obžalovala in se ponovno odločila za zaposlitev. V programu zaposlitvene rehabilitacije so našli delodajalca, ki je razumel njene omejitve in potencialne ter ji omogočil prilagojeno delo, tako da se je izognila prevelikim stresnim obremenitvam. Svoje delo, ki ga je dojemala tudi kot poslanstvo, je v prilagojenih delovnih razmerah odlično nadaljevala. V naslednjih letih je napisala več knjig o svoji izkušnji in o svojem delu ter se uveljavila tudi v tujini. Ves čas rehabilitacije je imela pri svojih odločitvah podporo strokovnih delavcev. Gre torej za krepitev moči, delegiranje odgovornosti pacientu ter rehabilitacijo na posamezniku prilagojen način.

Koordinator obravnave se torej v procesu stabilizacije ukvarja z reševanjem problemov, je direktiven in aktiven ter vključi v delo tudi druge člane tima. V procesu zdravljenja se ukvarja pretežno s pacientovim sodelovanjem in upoštevanjem njegovih ciljev, da bi ga za to motiviral. Koordinator podpira pacienta, ga motivira ter pridobiva podatke o obravnavi, ki mu jih posreduje. V procesu okrevanja koordinator in drugi sodelavci v timu sledijo pacientovim ciljem in prilagajajo obravnavo. Okrevanje je v pacientovih rokah.

Vloga koordinatorja v različnih fazah obravnave je torej različna, prav tako tudi vloga drugih članov tima. Koordinator se lahko v enem dnevu znajde v različnih terapevtskih situacijah, ki od njega zahtevajo različne pristope. Pristop do pacienta je pogosto treba naglo spremeniti iz avtoritarnega modela na partnersko dogovarjanje in obratno. Za to sta potrebna strokovna gotovost in preverjanje dela v timu. Poleg tega je treba razumeti, da se lahko faza stabilizacije že prekriva z fazo okrevanja in da omenjeni procesi na splošno pogosto potekajo vzporedno. Za ustrezno preklapljanje je treba pridobiti klinične izkušnje in predvsem doseči dobro timsko komunikacijo, ki bo osvetlila pacientove dejanske potrebe.

5.5 Krizni načrt

Krizni načrt je del zabeleženega načrta obravnave o pacientih. Pripravi se v prvih treh tednih po sprejemu pacienta in se lahko spreminja. Če gre za elektronsko beleženje storitev, je krizni načrt del medicinske dokumentacije, ki je ves čas dostopna tudi pacientovemu osebnemu

zdravniku. Če ni elektronskega beleženja storitev, se krizni načrt posreduje osebnemu zdravniku na papirju. Skupnostni psihiatrični timi delajo v običajnem delovnem času. Ob potrebi po nujnem ukrepanju se koordinator obravnave in psihiater dogovorita o tem z urgentno službo in psihiatrično bolnišnico. Pogosto v primerih intenzivne obravnave deluje več timov skupaj. Skupnostni tim se lahko z bolnišničnim timom ob potrebi po intervenciji poveže tudi izven delovnega časa. Ta način dela lahko zmanjša število sprejemov v bolnišnico ob koncih tedna in omogoča bolnišnicam boljše načrtovanje odpusta.

Intenzivna skupnostna timska obravnava se zaključi, ko pacient ne pripada več nobeni skupini, navedeni za intenzivno obravnavo. Takrat se njegovo ime odstrani s seznama. Pacient zaključi obravnavo v naslednjih okoliščinah:

1. Pacienta se lahko umakne s seznama le na sestanku tima.
2. Tim mora glede umika pacienta s seznama v celoti soglašati.
3. Z umikom iz seznama se mora strinjati psihiater.
4. Po umiku pacienta s seznama koordinator obravnave oceni obdobje intenzivnega spremljanja s pacientom in njegovo družino ter prilagodi krizni načrt.

5.6 Prisila in pritisk

Del prisilnih ukrepov v psihiatriji regulira zakonodaja. Med njimi je *ukrep nadzorovane obravnave*, ki se sicer nikjer na svetu ni izkazal kot boljši od intenzivne psihiatrične obravnave v skupnosti – gre namreč za enak način dela – vendar se po sklepu sodišča v številnih evropskih državah izvaja vse pogosteje.

Skupnostni psihiatrični timi lahko izvajajo nadzorovano obravnavo ob predvideni kadrovske strukturi in usposobljenosti. Do ukrepa nadzorovane obravnave sicer večinoma pride po različno dolgih obdobjih prepričevanja, ki so neuspešna. Tudi tako dolgotrajno prepričevanje ima elemente prisile, ki lahko pomembno in slabo vplivajo na terapevtske odnose. Odločitev sodišča lahko zmanjša pritisk tima na pacienta in celo izboljša sodelovanje. Uporaba grožnje, da bi lahko prišlo do prisile, je lahko za pacienta hujša kot dejanska izvedba prisile. Pred začetkom postopka glede nadzorovane obravnave je treba zagotoviti timski posvet med člani tima, pacientom in njegovim odvetnikom ter (če je le mogoče) tudi s sodnikom, ki bo o zadevi

odločal. Za odvrnitev sodnih ukrepov je mogoče ukrepati tudi tako, da se skliče sestanek s celo družino, včasih tudi s prijatelji, ki s skupnimi močmi poskušajo vplivati na pacientove odločitve.

5.7 Zaključek skupnostne obravnave

Pri kroničnih duševnih motnjah lahko pride do simptomatske remisije (umik simptomov) ali funkcionalne remisije, ki pomeni, da se človek vrne v običajno življenje na večini področij svojega življenja (delo, družina, socialni stiki). Najpomembnejša kriterija za prekinitev obravnave sta pacientova želja ali želja družine, da bi živel v bolj običajnih razmerah brez kakršnekoli oblike spremljanja ali nadzora. Praviloma iz obravnave odpuščamo paciente, katerih simptomi in funkcioniranje so že dlje časa stabilni, ter ko so izpolnjeni naslednji kriteriji:

- a. redki kontakti pacienta s skupnostnim psihiatričnim timom, npr. manj kot mesečno;
- b. stabilno zdravljenje brez nevarnih kombinacij zdravil in redno jemanje zdravil;
- c. osebni zdravnik je pripravljen prevzeti pacienta v vodenje;
- d. zadostna podpora v skupnosti (npr. zaposlitev, trajno sodelovanje v socialnovarstvenih programih, stabilni družinski odnosi);
- e. finančna situacija pacienta je stabilna;
- f. neodvisno ali stabilno bivanje pacienta;
- g. pacient je sprejet v ambulantno obravnavo.

Poleg tega je treba ob premestitvi pacienta v obravnavo k družinskemu zdravniku vedeti tudi, kaj pacient in družina želita in ali so vsi vpleteni pripravljeni sami prevzeti odgovornost za okrevanje. Vedeti je treba tudi, ali bodo pacient in njegova družina sodelovali z zdravniki in ali se bodo obrnili po pomoč, če bo potrebno. Te kriterije je treba upoštevati, saj je prehitro odpuščanje iz skupnostne obravnave lahko vzrok za ponovitev bolezni in funkcionalno nazadovanje. Osebni zdravniki so usposobljeni za vodenje pacientovih zdravil in psihološke podpore, vendar je njihova obremenjenost tako velika, da od njih ne moremo pričakovati natančnega vodenja in celostnega ocenjevanja. Osebni zdravniki navadno želijo ohraniti možnost, da se pacient vrne v skupnostni psihiatrični tim.

Opozoriti je treba, da se ne sme zgoditi, da bi se v osnovno zdravstveno varstvo usmerjalo paciente, ki jih skupnostni psihiatrični tim s svojimi metodami dela ne obvladuje. Če pacienti ne želijo več sodelovati, čeprav ne ustrezajo zgornjim kriterijem, je njihovi zahtevi v veliki večini primerov treba ugoditi. Poskušamo lahko z dogovori o občasnih stikih ali poskusnim odpustom, o čemer se dogovorimo s pacientovim osebnim zdravnikom. Če je tim zaskrbljen glede zaključka obravnave, naj ostane v kontaktu s pacientom, četudi od daleč.

5.8 Primer delovanja

V Zdravstvenem domu (ZD) Sevnica je skupnostni psihiatrični tim sestavljen iz 0,5 psihiatra, 4 DMS s specialnimi znanji, 1 psihologa, 1 socialnega delavca in 1 delovnega terapevta. Od leta 2019 so vsako leto obravnavali več pacientov (v letu 2019 so jih imeli v obravnavi 224, v letu 2021 pa že 369). Večina jih je v relativno stabilnem stanju, večinoma so upokojeni in živijo doma s pomočjo, ki jo dobijo od CSD, ali v družinah, ki jim zagotavljajo denarno podporo, vsakdanjo skrb ter psihološko podporo. Prejšnje evalvacije so pokazale, da je skupnostni psihiatrični tim približno 10 % pacientov napotil v bolnišnico, v polovici primerov je bila napotitev proti njihovi volji in s pomočjo urgentnih služb. V zadnjem obdobju teh podatkov nismo ponovno preverjali. Pri večini teh hospitalizacij je skupnostni psihiatrični tim sodeloval aktivno, in sicer s pomočjo in podporo zdravnikom in reševalnim službam v okviru njihovih možnosti. Leta 2015 je bilo približno 5, v letu 2020 pa več kot 10 pacientov napotenih v bolnico proti volji. To so bili pacienti, ki so bili obravnavani zaradi akutne psihotične simptomatike in odvisnosti od psihoaktivnih snovi ter so bili nevarni drugim ali sebi. Zanje so iskali in dobili takojšnjo pomoč policije (če je bilo potrebno) in urgentnih služb. Vsakega pacienta je zaradi ocene psihopatologije ter tveganja ob vključitvi v program pregledal psihiater, kar je vplivalo na nadaljnje korake. V preteklosti je skupnostni psihiatrični tim Sevnica približno tretjino pacientov triažiral v druge službe (ambulante, osebni zdravniki, somatski specialisti, domovi za starejše), pri čemer je ta triaža lahko potekala več mesecev, saj so v tem času zagotovili diagnostiko in se povezali z ustanovami in službami, kamor so jih napotili. Pri obravnavi se v več kot polovici primerov (več kot 70 %) skupnostni psihiatrični tim Sevnica povezuje z družinskimi zdravniki in njihovimi ekipami, skoraj enako pogosto s CSD. Tim se posvetuje in dela tudi s šolami in ob privolitvi pacienta tudi z delodajalci. Nekaj pacientov (pribl. 10 %) so v

preteklosti morali odkloniti, saj niso imeli veččin za obravnavo odvisnosti. V letu 2020 so ugotavljali povečevanje psihotičnih dekompenzacij ob uživanju različnih drog. Običajno zdravljenje odvisnost od marihuane, ki je najpogostejši povzročitelj psihoze zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, prepustijo sodelavcem na Centru za zdravljenje odvisnosti. Pri številnih mlajših pacientih načrtujejo zaposlitveno rehabilitacijo, oceno delazmožnosti in podporno zaposlitev skupaj s timom ZRSZ in njihovimi koncesionarji. Veliko časa posvetijo delu z družinami, za katere takoj po okrepitvi tima načrtujejo obsežno izobraževanje (psihoedukacija).

V letu 2020 je naraslo število urgentnih stanj, ki so jih skupnostni psihiatrični timi obravnavali intenzivno in tako, da so si razdelili delovne naloge. Med vsemi obravnavami je bilo več kot 20 % intenzivnih obravnav. Vse več je tudi obravnav ljudi z demenco in drugih starejših (povprečna starost je 61 let, več kot tretjina je starostno upokojenih), ki imajo težave na različnih področjih življenja in številne somatske bolezni. Ocenjujejo, da je takšnih približno polovica obravnavanih.

Vsak pacient ima v CDZO svojega koordinatorja, ki povezuje delo in ocenjuje napredek pacienta ter se povezuje s svojci in drugimi službami. Najpogostejši koordinatorji so DMS (ki jih je največ), enakomerno jim sledijo vsi drugi člani tima, najredkeje ali sploh ni koordinator obravnave psihiater. Načrt obravnave se v delovni skupini s pacientom, svojci ter relevantnimi zunanjimi sodelavci preverja vsaj na 6 mesecev. Psihiater mora pregledati pacienta vsaj enkrat v tem obdobju. Dokumentacija, ki jo vodi CDZO, je predpisana za vse skupnostne psihiatrične time. Zapis obravnav, ki jih zaporedno beležijo vsi člani tima, so: zapisi o obiskih, pregledih, koordinacijah, načrt obravnave ter ocena stanja in potreb s strani vseh poklicnih skupin. Za preverjanje ocene potreb se uporablja mednarodno veljavno orodje CANSAS. Orodje izpolni koordinator obravnave in upošteva mnenja strokovnjakov. Idealno orodje izpolnita tudi pacient in eden od svojcev. Orodje se izpolni ob sprejemu v obravnavo in po 6 mesecih, ob večji klinični spremembi ali ob zaključku obravnave.

6

INTEGRIRANO ZDRAVLJENJE IN SKRB V SKUPNOSTNI OBRAVNAVI



Skupnostna obravnava uporablja različne metode obravnave. Prvo načelo je, da je zdravljenje v skladu s strokovnimi smernicami. Drugo je zavezanost k skrbi in uporaba metod psihosocialne rehabilitacije. Tretje načelo je podpora pri okrevanju, četrto načelo pa je delo z družino in drugimi podpornimi sistemi v skupnosti.

Vse metode dela v skupnostni obravnavi se povezujejo in dopolnjujejo preko timskega dela. Njihov rezultat je izvajanje načrta obravnave in revizija tega vsaj enkrat letno. Rehabilitacijski vidiki obravnave se vključujejo v načrt obravnave. Terapevtske cilje oblikujejo pacient skupaj s člani multidisciplinarnega tima. Načrt obravnave je napisan v jeziku, ki je pacientu razumljiv. Praviloma je bolj kot v obvladovanje bolezenskih znakov usmerjen v čim boljše funkcioniranje pacienta, ob čemer se funkcija definira kot smotrna dejavnost, ki mu prinaša zadovoljstvo. Poudarki so na krepitvi moči in samospoštovanja ter na ukrepih proti diskriminaciji in samostigmatizaciji.

Primer je delo z materjo, katere skrbništvo je pod vprašajem zaradi pogostih ponovitev bolezni, hospitalizacij in težav pri upravljanju z denarjem. Gospa se je v času po porodu borila, da bi obdržala skrbništvo, in poiskala različne vire pomoči. Ko so pristojne službe neprestano preverjale njene kompetence glede starševstva, pa je začela dvomiti v svojo materinsko funkcijo. Skupnostni psihiatrični tim je z njo delal po principih zagovornišva, jo ščitil pred neupravičenimi posegi in pretiranim nadzorom, ob tem pa ves čas krepil tudi njene vsakdanje in socialne veščine ter kritično presojo zmožnosti, ki so, kot pri večini pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, različne v času in odvisne od stopnje podpore, ki jo pacient ima. Poudarjali in spodbujali so njene zmožnosti, jih pomagali krepiti, ji pomagali aktivno iskati ravnovesje med dejavnostjo in potrebo po umiku ter predvsem zagotovili zadostno stopnjo podpore, da je lahko opravljala svojo materinsko funkcijo.

Skupnostna obravnava je usmerjena na interakcijo med pacientom in njegovim okoljem, predvsem z njegovo družino. Skupnostni psihiatričnimi timi skušajo družine čim bolj izobraziti o duševnih motnjah njihovih svojcev, jih okrepiti pri obvladovanju bolezni oziroma povečati njihove kompetence pomoči, ki jo nudijo pacientu.

Za dejansko vključitev pacienta v skupnost pa so bolj kot skupnostna obravnava v zdravstvu odgovorni in zaslužni drugi sodelavci v skupnosti. V našem prostoru so to predvsem družinski zdravniki, CSD s SVP, ki jih izvajajo NVO in ki poleg organizacije podpornega bivanja in

podpornega zaposlovanja vključujejo tudi programe, ki so pomembni za pacientovo krepitev moči, samozavesti in ustvarjanje socialnih mrež. Pacienti, ki se izogibajo zdravstvenim in drugim službam, tega navadno ne počnejo le zaradi svojega slabega uvida ali bolezni, temveč včasih tudi zato, ker so imeli s tovrstnimi službami slabe izkušnje. Tudi zato želijo skupnostni psihiatrični timi pacientom pomagati z zelo pragmatičnimi in praktičnimi socialnimi ukrepi. Če pomoč odklonijo, tim ne naredi nič, razen kadar se oceni, da je tveganje za samomorilno ali nasilno vedenje zaradi duševne motnje zelo visoko. Večinoma poskuša tim ponuditi privlačno storitev, ki bi paciente motivirala za sodelovanje. Začetek takšnega sodelovanja je v skupnostni obravnavi lahko le neformalni klepet o interesih in vsakdanjih stvareh ali ponudba podpore tam, kjer jo pacient želi, čeprav se morda to na prvi pogled s terapevtskega vidika ne vidi smiselno. Tako se npr. skupnostni psihiatrični tim z mladim pacientom, ki vse bolj drsi v svoj svet pred računalniškim zaslonom, pogovori o računalniškem programu, ki ga ta uporablja, ali z gospo, ki rada kuha o tem, kako se pripravi jed, in ne najprej o njenih napačnih interpretacijah družinskih okoliščin, če so te prisotne. Namen je torej **vzpostaviti kontakt in zaupanje** ter se resnično zanimati za pacientovo življenje in njegove potrebe, želje in interese. Včasih pri vzpostavljanju stika s pacientom in njegovi vključitvi pomagajo drugi pacienti. Občasno je treba vključiti tudi druge službe in agencije, ki lahko bolje odgovorijo na njegove potrebe. Pri celotnem procesu vzpostavitve sodelovanja mora biti skupnostni psihiatrični tim vedno potrpežljiv in ga razumeti kot proces, kjer vztrajnost in nepretrganost naklonjene komunikacije lahko privedeta do dobrih izidov šele čez čas.

Primer je delo s študentom elektronike, ki je nekaj let odklanjal komunikacijo z vsemi in praktično ni stopil iz stanovanja. Kljub odklanjanju smo vedno znova ponudili svojo pomoč na katerikoli ravni. Našo pomoč je sprejel po osmih mesecih vztrajnega in spoštlivega nagovarjanja, brez uporabe kakršnihkoli ukrepov proti njegovi volji ali poskusov siljenja v komunikacijo.

Pri pacientih, kjer se oceni visoko tveganje za zdravje in življenje njih samih ali drugih, je treba ravnati drugače. V teh primerih se skuša skupnostni psihiatrični tim hitro povezati s pacientovo družino, in kjer je potrebno, s socialnimi službami. Tim uporabi vse razpoložljive oblike pomoči. Če je grožnja neposredna in do pacienta ne uspejo priti sami ali s pomočjo socialnih služb in svojcev, se o intervenciji dogovorijo z urgentno službo. V drugih primerih se po oceni stanja iz razpoložljivih podatkov (policija, zdravniški zapisi, opažanja patronažne službe, sosedov,

prijatelj) odloča za prijavo primera sodišču za vzpostavitev ukrepa zdravljenja proti volji v nadzorovani obravnavi ali bolnišnici po sklepu sodišča.

6.1 Integrirano zdravljenje za paciente z dvojnimi diagnozami

Ponavljajoča se zloraba alkohola in drog je najpogostejša komorbidnost pri pacientih s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Ta problem je po mnenju nekaterih avtorjev prisoten pri 50–70 % pacientov v skupnostni obravnavi. Ljudem z dvojnimi diagnozami programi zdravljenja odvisnosti ne pomagajo, psihiatrično zdravljenje pa odpove zaradi zlorabe psihoaktivnih snovi. Pri komorbidnosti je treba uporabiti znanje o integriranem zdravljenju pri dvojnih diagnozah, kar pomeni, da zdravimo obe diagnozi hkrati. Vsaj dva člana tima naj se zato dodatno usposobita na tem področju, tako da lahko pomagata tudi drugim članom tima. Osnova za vodenje terapevtskega procesa je razumevanje, v kateri fazi je pacient glede zlorab psihoaktivnih snovi. Zdravljenje in koraki pri obravnavi se prilagajajo fazi zlorabe. Med terapevtskim procesom se uporabljajo motivacijske tehnike.

Za skupnostne psihiatrične time je zelo pomembno, da se s psihiatričnimi bolnišnicami dogovorijo o kontinuiteti obravnave in viziji ter pristopih pri problemih odvisnosti, ker so pogosto potrebne hospitalizacije teh pacientov. Izkazalo se je namreč, da si pacienti z dvojno diagnozo manj pomagajo s skupnostnim delom kot drugi, vsaj dokler se v teh timih ne zaposlijo specialisti za zdravljenje odvisnosti. V naši praksi se ta problem kaže kot naraščanje števila obravnav predvsem pri pacientih z odvisnostjo od marihuane, za kar nujno potrebujemo dodatno specialistično obravnavo.

6.2 Telesno zdravje

Ena od pomembnih raziskovalnih ugotovitev v zadnjem desetletju je, da so ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami bolj telesno bolni kot drugi ljudje in da v povprečju umirajo 15–20 let prej. Razlogi so različni, med pomembnimi so slabša skrb zase, manjše ekonomske zmožnosti, neželeni učinki psihiatrični zdravil in slabši dostop do somatskega zdravljenja.

Strokovne smernice za boljše telesno zdravje priporočajo telesno vadbo, učenje zdravega prehranjevanja ter odvajanje od kajenja. Pomembno je tudi antidiskriminacijsko osveščanje zdravnikov in drugega medicinskega osebja. Pri reševanju problema telesnega zdravja pacientom v največji meri pomagajo družinski zdravniki, ki so tesno povezani s skupnostnimi psihiatričnimi timi na lokalni ravni. Vloga skupnostnega psihiatričnega tima je torej povezovanje in informiranje služb na vseh ravneh zdravstvenega varstva o telesnem zdravju pacientov. Skupnostni psihiatrični timi so usposobljeni za spremljanje zdravstvenega stanja svojih pacientov, psihiatri v skupnostnih psihiatričnih timih pa tudi za napotovanje na potrebno diagnostiko in zdravljenje. Ob tem pa vsi skupaj tudi motivirajo paciente o skrbi za lastno zdravje ter prehrani in gibanju v okviru njihovih ekonomskih zmožnosti.

7

SKUPNOSTNA OBRAVNAVA V PRAKSI: MOČ, OKREVANJE IN REHABILITACIJA



Zaradi prepoznavanja lastnih stisk je za skupnostno obravnavo značilna pozorna prisotnost, uporaba profesionalnih modelov in praks na zadržan in skromen način. Na osebne stiske in čustva pacientov se strokovni delavci odzivajo z osebno empatijo, ki izhaja iz dejanskega sočustvovanja. Pacientu dajejo prostor, da pripoveduje svojo zgodbo na svoj način, in to sprejmejo. Skupnostni psihiatrični tim uporablja in spodbuja pacientove lastne načine obvladovanja in njegove zmožnosti ter krepi njegovo moč v sistemu obravnave individualno in kolektivno. Prepozna in uporabi njegova znanja ter znanja in izkušnje njegovih bližnjih. Skupnostni psihiatrični tim skuša doseči, da imajo pacienti čim večji nadzor nad svojim življenjem.

7.1 Okrevanje

Skupnostni psihiatrični timi v začetku svojega dela oblikujejo vizijo, ki sloni na modelu okrevanja. Člani delovne skupine verjamejo, da lahko pomagajo ljudem v procesu okrevanja, ki so si ga ti ljudje izbrali sami. Skupnostni psihiatrični tim nudi asistenco v tem procesu ter pozna svoje omejitve in pravice pacientov do samoodločanja. Tim se v celotnem procesu obravnave (tudi ko uporablja direktivne metode svetovanja) osredotoča na model okrevanja. Ta način dela je mogoče povzeti s ključnimi znanji in spretnostmi, ki jih mora obvladati strokovno osebje pri delu na področju duševnega zdravja in so ga leta 2011 na Škotskem povzeli kot 10 ključnih kompetenc.

1. Sodelovanje: sodelovanje pomeni vključevanje vseh v podporne in ustvarjalne delovne odnose, ki jih usmerjamo proti skupnemu cilju. To pomeni prepoznati uporabnike storitev kot partnerje v procesu in ne kot pasivne prejemnike storitev. Gre za interdisciplinarno delo, multidisciplinarno sodelovanje, delo s skupnostjo preko meja službenih zadolžitev.
2. Spoštovanje različnosti in kulturno prilagojena praksa: pomeni delati s pacienti, družinami in sodelavci na način, da strokovni delavci ljudi sprejemajo takšne, kot so, in jih obravnavajo enako skrbno ne glede na starost, manjše zmožnosti, spol, raso, etnično ali nacionalno pripadnost, religijo in prepričanja, spolno orientacijo ali socialno-ekonomsko stanje.

3. Ravnanje v skladu z etičnimi načeli: pomeni, da prepoznamo pravice in potrebe pacientov ter njihovih svojcev/skrbnikov. Zagotoviti je treba oskrbo in zdravljenje, ki temelji na človekovih pravicah in etični praksi lokalnega okolja ter je znotraj zakonskih okvirjev.
4. Odklanjanje neenakosti: gre za pomoč in vpliv na nepoštenost pri obravnavah, ki vključujejo nespoštljive odnose, o katerih pripovedujejo tako pacienti kot njihovi svojci in tudi strokovni delavci v službah za duševno zdravje. Pomeni dejansko omogočiti ljudem, da so aktivni partnerji. Če želi strokovni delavec prispevati k premagovanju neenakosti, mora razumeti posledice socialne izključenosti in diskriminacije, kot to navaja zadnje poročilo WHO o skupnosti obravnavi (2021).
5. Pospeševanje okrevanja: pomeni delo v partnerstvu, ki omogoči pacientu in družini, da se sooči z duševno motnjo in z njo povezanimi težavami. Pospeševanje okrevanja zahteva negovanje upanja, iskanje ustreznih rešitev za paciente in svojce ter izkoriščanje možnosti, ki jih imajo v življenju, da bodo lahko živeli vredno življenje preko meja svojih težav.
6. Identificiranje človekove potrebe in moči: del tega procesa in pogosto začetni mejnik pri izvajanju rehabilitacijskega procesa je prepoznavanje moči in sposobnosti pacienta. Gre za timsko delo s pacientom, tako da on sam in strokovni delavci dosežejo strinjanje glede pacientovih potreb na vseh področjih življenja. Ob tem je treba razumeti dejstvo, da si pacienti pogosto želijo druge stvari kot njihovi svojci ali strokovni delavci.
7. Zagotavljanje služb, ki so osredotočene na uporabnika: v pacienta usmerjena obravnava je tista, ki sledi za pacienta smiselnim ciljem. To pomeni tudi usklajevanje teh ciljev z družino in drugimi ljudmi ter iskanje načinov, da so doseženi. Potrebna sta tudi delegiranje odgovornosti za pomoč in podporo ter evalvacija doseženih ciljev.

8. Doseganje spremembe: pomeni izboljšati dostop do potrebnih storitev, ki so najvišje možne kakovosti, podprte z dokazi ter odgovarjajo na potrebe, cilje in želje pacientov in svojcev.
9. Promoviranje varnosti in smiselno prevzemanje tveganja: v skupnostnih psihiatričnih timih se je pogosto treba odločati o tem, kakšno stopnjo tveganja je mogoče prevzeti glede vedenja posameznega pacienta. Tveganje se lahko nanaša na pacienta, družino, strokovne delavce in javnost. Predvidevanje tveganja je stvar kompleksne klinične presoje bolj kot rezultat različnih kratkih ocen nevarnega vedenja. Zahteva poznavanje osebnosti, situacije, zgodovine in okoliščin, v katerih pacient živi, ter seveda tudi njegove psihopatologije. Sprejemanje tveganja ne pomeni njegovega zanikanja, temveč tehtanje učinkov ukrepov proti volji, načrtovanje ukrepanja ob tveganju (krizni načrt) ter uporabo obstoječih virov pomoči, da dosežemo željeni učinek in v največji možni meri zmanjšamo potencialno škodo.
10. Osebni razvoj in učenje: pri skupnostnem delu ne gre le za strokovno znanje, temveč tudi za odnose, pričakovanja in način dela, v ospredju katerega je spoštovanje človekovih pravic. Osnova za razumevanje procesa dela, katerega temelj je enakopravno sodelovanje v procesu obravnave, je prepoznavanje lastne občutljivosti. To strokovni delavci raziskujejo na način, da prepoznavajo svoje vrednote, strahove in stiske, ki so drugačne od pacientovih, in sicer se pojavljajo v blažji in lažje obvladljivi obliki. Duševne motnje se kažejo na kontinuumu od najblažjih stisk do težkih patologij.

7.2 Rehabilitacija

Naloga skupnostnega psihiatričnega tima je pospeševati **pacientovo rehabilitacijo**. To je skupek metod, ki izboljšujejo njegove funkcionalne sposobnosti in socialno integracijo. Poglavitna rehabilitacijska področja so urejanje bivanja, zaposlitve, usposabljanje in socialno mreženje. V Sloveniji se te storitve izvajajo kot SVP v skupnosti v okviru NVO in nekaterih drugih izvajalcev. Eno od načel rehabilitacije, ki je sicer opisano drugje, je, naj skupnostni

psihiatrični tim pacienta čim prej spodbudi in vključi v rehabilitacijske programe. Delo skupnostnih psihiatričnih timov poteka v pacientovem resničnem okolju in tako omogoča pomoč pri graditvi socialnih podpornih sistemov.

7.3 Delo za inkluzijo

Skupnostni psihiatrični timi bi morali pomagati krepiti skupnostne podpirne sisteme. To so vsi posamezniki in skupine, ki vplivajo na življenje v skupnosti. Zaradi njihovega števila in raznolikih dejavnosti je težko poznati vse, posebno ob naraščajoči ponudbi in različnosti dejavnosti. Ena od nalog skupnostnega psihiatričnega tima je zagotoviti čim boljši pregled nad skupnostnimi dejavnostmi na področju duševnega zdravja, jih evidentirati in oceniti njihovo delovanje v smeri uporabnosti in prilagojenosti potrebam pacientov in njihovih svojcev. Skupnostni psihiatrični tim ne vrednoti kakovosti teh storitev zviška in le na podlagi strokovne presoje svojih članov, temveč tudi na podlagi izkušenj posameznikov in poročil iz skupnosti.

Primeri iz skupnostnih psihiatričnih timov kažejo, da so si pri delu lahko zelo pomagali z neformalnimi združenji, kot je npr. Društvo kmečkih žena, ki je organiziralo okrogle mize, informativna srečanja psihoedukativne narave in pogosto tudi pomagalo najti ljudi v stiski. Marsikateri pacient je po odpustu iz skupnostne obravnave našel podporo in pomoč v teh in podobnih združenjih. Odlične izkušnje in poročila prihajajo tudi iz dnevnih centrov, stanovanjskih skupin in zaposlitvenih programov NVO, kjer zagotavljajo visoko strokovne in ljudem prijazne programe pomoči in podpore. Pri sodelovanju s sodelavci iz socialnovarstvenih programov se lahko skupnostni psihiatrični tim zanese tudi na povratne informacije in nepretrgano komunikacijo, seveda s privolitvijo pacienta.

7.4 Zaposlitev: model podpore na delovnem mestu

Plačano delo lahko izboljša potek bolezni in omogoči okrevanje. Dokazi o tem so neizpodbitni. Najuspešnejši programi so tisti, ki zagotovijo podporo na delovnem mestu. Pri teh programih so cilji naslednji: plačano delo, hitro iskanje zaposlitve, dolgotrajna podpora na delovnem mestu in povezava med zaposlitvenim svetovanjem s službami za duševno zdravje (v Sloveniji

je to CDZO). Sodelovanje s skupnostnim psihiatričnim timom se tukaj lahko izkaže kot zelo pomembno. Programi povezovanja za plačano delo so za proces rehabilitacije tako pomembni, da so npr. na Nizozemskem zaposlitveni svetovalci člani skupnostnih psihiatričnih timov. Pri nas to povezovanje vodijo delovni terapevti.

8

IMPLEMENTACIJE SKUPNOSTNE OBRAVNAVE



Regijske obravnave

Prva stvar, ki jo je treba narediti ob implementaciji skupnostne obravnave, je določitev regije, v kateri se bo izvajala. To je pomembno zato, ker mora tim vedeti, kolikšno število pacientov bo obravnaval (naenkrat jih ne sme biti več kot 250). Velikost regije je pomembna tudi zaradi same dostopnosti oziroma potovalnega časa za osebje, ki dela v skupnosti. Da tim doseže zadostno učinkovitost, mora obiskati določeno število pacientov na dan. Definirano območje delovanja je pomembno tudi za partnerje skupnostnih timov, kot so družinski zdravniki, patronažne službe, službe za nastanitev, socialne službe in policija.

Izkušnje prvih 100 skupnostnih psihiatričnih timov na Nizozemskem so pokazale, da je na območju 50.000 prebivalcev med 180 in 220 pacientov za en skupnostni psihiatrični tim. Več ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami živi v mestih, tam je enako število pacientov za en skupnostni psihiatrični tim v okoljih s 35.000 do 40.000 prebivalci. Prebivalcev, ki potrebujejo intenzivno pomoč, je približno 1 % populacije. Skupnostni psihiatrični timi oskrbijo približno polovico te populacije, verjetno zato, ker je veliko ljudi, ki imajo hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, neopaženi. Neopaženi ostajajo zato, ker jih obravnavajo osebni zdravniki ali pa jim zadostno obravnavo nudijo druge skupnostne službe (npr. NVO s SVP). Veliko pacientov pa se zdravljenju izogiba.

Iz dosedanjih izkušenj v različnih delih sveta je mogoče sklepati, da je potreben en skupnostni psihiatrični tim na približno 50.000 prebivalcev (številka je manjša v gosto naseljenih področjih). Podobne so številke v Franciji, Italiji in Avstriji. Za odmaknjene regije, v katerih se v Sloveniji vzpostavljajo skupnostni timi in kjer je težko pokriti regijo s 50.000 prebivalci, je treba prilagoditi sestavo tima ali povečati obseg delovanja (npr. pokriti tudi otroške in mladostniške psihiatrične paciente ali ljudi z odvisnostjo).

Integrirane službe za duševno zdravje

Na Nizozemskem, ki ima močno razvito mrežo psihiatričnih bolnišnic, člani skupnostnih služb obiskujejo hospitalizirane paciente tedensko. Vključeni so v timsko delo v bolnišnici in načrtovanje obravnave v bolnišnici. Dogovor o sodelovanju z bolnišnico je pomemben del dejavnosti v skupnostni obravnavi.

8.1 Začetek in vizija

Pričujoči standard dela, ki prihaja večinoma iz Nizozemske, so podprle skupine pacientov in družinskih organizacij ter sčasoma tudi strokovne skupine, odločevalci in financerji. V Sloveniji se je Program skupnostne psihiatrične obravnave začel pilotno izvajati v letu 2005 v Psihiatrični bolnišnici Ljubljana, nekaj let pozneje pa še v Psihiatrični bolnišnici Idrija in v drugih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah. Program se je začel s spremljanjem in zdravljenjem pacientov, ki so slabo sodelovali v obravnavi in za katere se je pričakovalo, da se bodo v bolnišnico tudi po odpustu hitro in pogosto vračali. Paciente se je spremljalo z obiski na domu, preverjalo se je njihovo stanje in pomagalo reševati njihove vsakdanje težave, kar je v skladu z mednarodnimi standardi za tako imenovane time za intenzivno spremljanje (ACT, FACT²). Pri vseh vključenih pacientih so dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij. Bolnišnični timi so po tedaj dostopnih pregledih dosegli približno 300 pacientov.

Nekaj let kasneje so v Sloveniji nastali prvi štirje generični timi (CMHT – Community Mental Health Teams), in sicer v štirih slovenskih regijah (Koroška, Pomurje, Dolenjska in Posavje), kjer sta bila indeks samomorilnosti in socialna deprivacija najhujša. Ti timi so v nekaj letih, do leta 2015, zajeli v obravnavo več kot 1.000 pacientov. Vezani so na osnovno zdravstveno varstvo (ZD) in so tesno povezani z drugimi lokalnimi službami (NVO, CSD, ambulante). Njihova naloga je tudi odkrivanje hudo bolnih, slabo oskrbljenih in ogroženih pacientov v lokalnih okoljih, ki v bolnišnicah niso bili obravnavani. Poleg imenovane preventive je naloga lokalnih timov zdravljenje in spremljanje identificiranih pacientov na njihovih domovih, interveniranje v krizah in preprečevanje neželenih hospitalizacij ali institucionalizacije. Od začetka ustanavljanja CDZO so vsi vzpostavljeni skupnostni timi obravnavali vsako leto tudi dvakrat več pacientov kot v predhodnem letu (v letu 2019 so jih obravnavali 376, v letu 2020 1.141, v letu 2021 pa 2.058, v letu 2022 pa 6.895). Pregled tujih raziskav kaže, da so lokalni timi cenovno učinkoviti, da lahko zmanjšajo število samomorov in da so pacienti in družine z njimi zadovoljni bistveno bolj kot z bolnišnično obravnavo. V Sloveniji se vse več ukvarjajo tudi z obravnavo

² Flexible Assertive Community Treatment (FACT) je oblika obravnave, ki jo uporabljajo številne evropske države zaradi izkazane visoke učinkovitosti, saj zmanjšuje število sprejemov in vodi v visoko zadovoljstvo uporabnikov. V zahodnih in severnih državah je FACT postal standard za obravnavo ljudi s hudimi duševnimi motnjami in vzvod za zmanjševanje sprejemov, posebno tistih proti volji.

akutnih stanj, diagnostiko in vsaj v omejenem obdobju z intenzivnim spremljanjem (torej kot FACT timi), predvsem zato, ker so potrebe po obravnavi v lokalnem okolju zelo velike.

Skupnostna obravnava je tesno povezana z varovanjem človekovih pravic. Sodobna psihiatrija upošteva pravice ljudi s hudimi duševnimi motnjami, da se v največji možni meri zdravijo v domačih okoljih. Prav tako v skladu s Konvencijo Združenih narodov o pravicah invalidov (UNCRPD), katere podpisnica je tudi Slovenija, sodobna psihiatrija zagotavlja najmanj restriktivne oblike obravnave ter dopušča pacientom, da v največji možni meri odločajo o svojem življenju in zdravljenju. Nove smernice WHO iz leta 2021 posebej podarjajo pomen varovanja pravic pacientov, zmanjševanja restriktivnosti obravnav in skupnostno obrnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju.

8.2 Priprava in usposabljanje

V Sloveniji smo že pred leti začeli usposablјati skupnostne psihiatrične time. Prvotni program usposabljanja izhaja iz povezane aktivnosti v projektu partnerstva *Leonardo da Vinci* za usposabljanje na področju skupnostne psihiatrije. Začetni krog usklajevanj tega programa je bil med angleško univerzo Plymouth University, koordinacijo NVO v Evropi (Mental Health Europe), predstavniki WHO za duševno zdravje, Katedro za družinsko medicino Univerze v Ljubljani in Mariboru, NVO Pro Mente Avstrija, kjer so podobne programe že pripravljali, predvsem pa z živo diskusijo med pacienti in svojci, ki so v programu sodelovali. Usposabljanje smo ponovno razvili v letih 2018 in 2019, in sicer med pripravo ReNPDZ. Program je bil pripravljen skupaj s Socialno zbornico Slovenije, Zbornico zdravstvene in babiške nege, predstavniki Katedre za psihiatrijo in Katedre za družinsko medicino na Univerzi v Ljubljani. Gradivo so pregledali in recenzirali člani delovne skupine za izobraževanje znotraj implementacije NPDZ. Z usposabljanjem novega programa smo pričeli leta 2019 in od takrat poteka kontinuirana izvedba 11 sklopov usposabljanja strokovnega kadra CDZO. Ob koncu leta 2020 smo program razširili in ga na podlagi evalvacije udeležencev preteklih sklopov usposabljanj tudi posodobili.

Usposabljanje je razdeljeno na 11 sklopov.

Vsebinski sklop 1: Etika, politika in zakonodaja

Vsebinski sklop 2: Protokoli sodelovanja in klinične poti

Vsebinski sklop 3: Duševno zdravje in duševne motnje/težave v duševnem zdravju

Vsebinski sklop 4: Zdravljenje in rehabilitacija

Vsebinski sklop 5: Prepoznavanje problemov, ocena potreb, načrtovanje obravnave, timsko delo

Vsebinski sklop 6: Obravnava duševnih motenj in mreža služb

Vsebinski sklop 7: Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj

Vsebinski sklop 8: Komunikacija, prepoznavanje komunikacije v družini, motivacijski intervju

Vsebinski sklop 9: Obravnava starejših v skupnostnih službah

Vsebinski sklop 10: Od abstinence do odvisnosti in nazaj

Vsebinski sklop 11: Proces zdravstvene nege v Centrih za duševno zdravje odraslih

Poskušali smo upoštevati želje zaposlenih v CDZO in njihove potrebe po kompetencah, ki jih imajo in potrebujejo za delo. V letu 2021 smo pridobili specialna znanja za zdravstveno nego pri Zbornici zdravstvene in babiške nege za opravljen celoten program usposabljanja, prav tako smo v letu 2021 verificirali program pri Socialni zbornici za socialne delavce. V program usposabljanja ves čas vključujemo zunanje strokovnjake, ki predajajo znanje udeležencem na različnih področjih.

Poleg kontinuiranega temeljnega usposabljanja, ki je obvezno za zaposlene v CDZO, želimo okrepiti tudi posamezne poklicne strokovne skupine in jim omogočiti dodatna usposabljanja skladno z njihovimi potrebnimi kompetencami. Poleg usposabljanj smo pričeli tudi z organizacijo supervizij v CDZO, kjer imajo možnost mesečnih timskih supervizij, 4-krat letno supervizijo posamezne poklicne skupine in 2-krat letno supervizijo vodij. S tem želimo ne le razbremeniti in okrepiti vse zaposlene, temveč jih s supervizijami med seboj povezati tako v timu kot tudi med različnimi centri.

Pričeli smo se povezovati s strokovnjaki iz tujih držav, kar nam omogoča, da najboljše prakse dela v tujini vključimo v izobraževanje strokovnega kadra.

Pripravili smo Navodila za delo v CDZO s kliničnimi potmi in protokoli sodelovanja, ki služijo kot priročnik za kakovostno in skladno izvajanje storitev.

9

ZAKLJUČEK

Hiter razvoj in povečevanje števila Centrov za duševno zdravje v Sloveniji sta dobrodošla, ker vodita v večjo dostopnost, pravočasnost in povezanost obravnav ljudi z duševnimi motnjami v domačem okolju, kjer se – kot kažejo številne raziskave in pričevanja – ljudje želijo obravnavati. Ob tem pa hiter razvoj prinaša tudi številna tveganja, ki jih lahko preprečujemo predvsem z nepretrganim izobraževanjem in nadzorom nad kakovostjo dela. Zaveza k etičnemu, zavzetemu in prilagojenemu pristopu ter celostni obravnavi je bistvena pri tem, da bo projekt reforme služb za duševno zdravje uspel. Uspel bo, če ne bo prinesel le transinstitucionalizacije kadrov iz sekundarnih in terciarnih (bolnišničnih in zavodskih) ustanov na primarni nivo zdravstvenega varstva, temveč tudi spremembo odnosa in načina dela. Reforma je potrebna zato, da bo v službah za duševno zdravje več srčnosti, spoštovanja, zaupanja v ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju in več povezovanja v dobro ranljivih posameznikov. Učenje o načinih dela, ki jih uporabljamo v skupnostnih psihiatričnih timih v novih centrih, je le del postopnega in evalviranega procesa. Gre za dinamičen razvojni proces, v katerem se moramo ves čas spraševati o kakovosti svojega dela in o tem, ali so pacienti in njihovi svojci zadovoljni z našimi pristopi in obravnavami. Želimo razviti službe, ki bodo upoštevale in spoštovale vse sodelavce v lokalnih skupnostnih in prispevale k bolj sprejemajočemu in spoštljivemu odnosu do ljudi s težavami v duševnem zdravju. Predvsem pa moramo odgovoriti na zdravstvene potrebe najranljivejših in ogroženih posameznikov, takrat ko pomoč potrebujejo, brez čakalnih seznamov.

VIRI

Forrest S, Mathieson A, urednika. The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice Learning Materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland, 2011. Pridobljeno 16. 2. 2023 s spletne strani: https://www.elament.org.uk/media/1207/10_essential_shared_capabilities__2011_version_.pdf.

Van Veldhuizen JR, Bähler, M. Manual: Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization. Groningen: CCAF, 2013. Pridobljeno 16. 2. 2023 s spletne strani: <https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/FACT-Manual-ENGLISH-2013.pdf>.

World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization, 2021. Pridobljeno 16. 2. 2023 s spletne strani: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ilustracije v tej publikaciji so avtorsko zaščitena last 123RF.com, njihovih sodelavcev ali licenciranih partnerjev in se uporabljajo z dovoljenjem pod ustrezno licenco. Teh ilustracij ni dovoljeno kopirati ali prenašati brez dovoljenja 123RF.com.

