

Najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, in oseb z duševnimi motnjami v skupnostni obravnavi

Prejeto 2. 9. 2019 / Sprejeto 19. 11. 2019

Strokovni članek

UDK 613.83+364-786

KLJUČNE BESEDE: droge, abstinenca, skupnostna obravnava, duševno zdravje

POVZETEK - V Sloveniji je že razvita mreža skupnostne psihiatrične obravnave oseb z duševnimi motnjami. Po podobnem principu se je pričela razvijati tudi mreža mobilnih enot za izvenbolnišnično obravnavo oseb, ki imajo težave z odvisnostjo od psihoaktivnih substanc. Z raziskavo smo želeli ugotoviti najpogostejše težave uporabnikov drog, ki jih strokovnjaki ugotavljajo pri svojem delu in so razvrščene v šestih človekovih razsežnostih: telesna ali biofizikalna, duševna ali psihična, duhovna ali noogena, medčloveško-družbena, zgodovinsko-kulturna in eksistencialna ali bivanjska razsežnost. Uporabili smo kvalitativno metodologijo raziskovanja, podatke smo zbrali z delno strukturiranimi intervjuji. Nenaključni in namenski vzorec je vključeval pet zdravstvenih strokovnjakov, ki obiskujejo uporabnike na domu. Pridobljene podatke smo analizirali z metodo konvencionalne vsebinske analize besedila. Ugotovili smo, da se pri uporabnikih, ki jih strokovnjaki obiskujejo na domu, pojavljajo potrebe po dolgotrajnem spremljanju vseh šestih človekovih razsežnosti. Uporabniki, ki jih obiskujejo mobilne enote in ki so vključeni v skupnostno psihiatrično obravnavo, uspešneje vzdržujejo stabilno duševno zdravje in abstinenco. S pomočjo strokovnjakov pa se lažje soočajo s težavami, ki se jim pojavljajo v vsakdanjem življenju.

Received 2. 9. 2019 / Accepted 19. 11. 2019

Professional article

UDC 613.83+364-786

KEY WORDS: drug users, human dimensions, abstinence, community treatment, mental health

ABSTRACT - In Slovenia, a network of community-based psychiatric treatment for people with mental disorders is already developed and in use. On a similar principle, a network of mobile units for the community treatment of people with drug addiction began to develop. The purpose of this research is to identify the most common problems of users as observed by experts and to classify them into six human dimensions (the physical or biophysical dimension, the mental or psychological dimension, the spiritual or noogenic dimension, the human-social dimension, the historical-cultural dimension or the existential dimension). Qualitative research methodology was used, and data were collected through semi-structured interviews. The non-random and purposeful sample included five healthcare professionals visiting home users. The obtained data were analysed using the conventional content analysis method. It has been found that users who are visited by professionals at home have a need for long-term follow-up in all six dimensions. Users involved in mobile units and community psychiatric treatment are more likely to maintain stable mental health and abstinence, and can, with the help of professionals, cope readily with the problems they face in their daily lives.

1 Uvod

Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020 (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014) navaja 9 pomembnih načel reševanja problematike na področju drog v Sloveniji. Eno izmed pomembnih načel je načelo celovitega in sočasnega reševanja problematike drog.

Govori o reševanju problematike drog, ki zahteva celosten pristop. Upošteva problematiko uporabe in zlorabe drog kot posledico sočasnega večplastnega dogajanja na individualnem in širšem socialnem področju, pri katerem so vključeni različni akterji in različne ravni delovanja in usklajevanja. Reševanje problematike drog je naloga različnih sektorjev s področij socialnega varstva, zdravstva, šolstva, pravosodja, notranjih zadev, financ in obrambe, torej različnih delov civilne družbe in splošne (laične) javnosti.

V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje je Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPK Ljubljana) leta 2018 pričel aktivno izvajati projekt Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc. Projekt je bil osnovan z namenom, da bi uporabnike prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc opolnomočili pri iskanju zaposlitve v njihovem okolju. Prav tako pa je poudarek tudi na zdravstveni in socialni rehabilitaciji uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc (Medved in Bregar, 2019). Poleg CZOPD UPK Ljubljana je v Mrežo mobilnih enot (Ministrstvo za zdravje, 2019) vključenih več vladnih in nevladnih organizacij, ki delujejo na področju zmanjševanja škode v mobilnih enotah (Zdrava pot, Svit, Stigma, Socio, Šent), v preventivni/socialni rehabilitaciji v mobilni enoti (Projekt Človek), pri substitucijskem zdravljenju v mobilni ambulanti (ZD Slovenj Gradec, ZD Ptuj) in testiranju snovi v mobilnem laboratoriju (DrogArt).

Odvisni od prepovedanih drog se ne srečujejo le s težavami bolezni same, ampak so pogosto izpostavljeni tudi negativnim odzivom socialnega okolja, socialni zavrtni in diskriminaciji (Ronzani, Higgins - Biddle in Furtado, 2009). Obiski na domu (so prilagojeni populaciji naših uporabnikov) so postavljeni po doktrini Skupnostne psihiatrične obravnave po modelu Assertive community treatment (ACT) in so ene izmed najnovejših aktivnosti. Na tak način smo z uporabniki v stiku izven institucije, v njihovem domačem okolju (Medved in Bregar, 2019). Jerič (2011) navaja podatke, kako se je tim zdravstvenih delavcev Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana leta 2005 odpravil na strokovno izmenjavo v Luton in Cambridge v Anglijo, da bi spoznali skupnostno psihiatrijo, ki jo izvajajo tam. S to strokovno izmenjavo so bili postavljeni začetki skupnostne psihiatrične obravnave v Sloveniji in implementacija modela ACT v naše okolje.

Eden izmed kriterijev za vključitev v skupnostno psihiatrično obravnavo je prisotnost pridruženih težav, med katere spada tudi zloraba psihoaktivnih substanc, vendar je v obravnavi poudarek na hudi duševni motnji in manj na področju odvisnosti (Jerič, 2011). Švab (2012) navaja definicijo za skupnostno obravnavo, ki pravi, da je to organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami. Med velikim številom najrazličnejših človeških potreb se najlažje orientiramo, če imamo pred očmi vse človeške razsežnosti. Ramovš (2010) opisuje šestrazsežnostno antropohigiensko podoba človeka, ki nam daje naslednjo razporeditev potreb:

- v telesni ali biofizikalni razsežnosti so temeljne potrebe po ohranitvi sebe (potrebe po rasti, zdravju, hrani in tekočini, toploti, gibanju in počitku) in ohranitvi človeške vrste (razmnoževanje, skrb za otroke),

- v duševni ali psihični razsežnosti so potrebe po informacijah, užitku, varnosti, veljavi,
- v duhovni ali noogeni razsežnosti so potrebe po svobodi, odgovornosti in življenjski orientaciji,
- v medčloveško-družbeni razsežnosti so potrebe po temeljnih medčloveških odnosih in funkcionalnih razmerjih, po lastnem ugledu v družbi, po smotrni organizaciji družbe in reda v njej,
- v zgodovinsko-kulturni razsežnosti so glavne potrebe po učenju, razgledanosti in napredovanju, po ustvarjalnosti in delovni uspešnosti, po predajanju svojih življenjskih spoznanj in izkušenj drugim ljudem in v konzerviran kulturni zaklad,
- v bivanjski ali eksistencialni razsežnosti pa ima človek zelo močno voljo do smisla (Frankl, 1994), to je potrebo po doživljanju smisla trenutka, v katerem živi, ali situacije, v kateri se nahaja, po doživljanju smisla posameznih obdobj v svojem življenju ter svojega življenja kot celote, pa tudi potrebo po doživljanju smisla človeške zgodovine in celotne resničnosti.

Vedno več ljudi doživlja notranjo, osebno stisko v obliki eksistencialne krize in krize smisla. Tovrstna problematika se zaznava na vseh ravneh človekovega delovanja in se kaže tako navznoter (osebnostno, bivanjsko) kakor tudi navzven (družbeno, socialno, ekonomsko) (Kristovič, 2013).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, ki jih ugotavljajo zdravstveni strokovnjaki, izvajalci skupnostne skrbi.

2 Metode

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, saj omogoča širšo razlago preučenihi fenomenov (Creswell, 2013), ter izvedli kvalitativno opisno študijo, ki raziskovalcu omogoča natančne opise podatkov (Sandelowski, 2000), pridobljenih z intervjujem strokovnjakov, ki izvajajo skupnostno obravnavo. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in analizirani z metodo konvencionalne vsebinske analize (Hsieh in Shannon, 2005).

2.1 Opis instrumenta

Za izvedbo intervjuja in za zbiranje podatkov smo pripravili izhodiščna vprašanja: »Kaj ste po izobrazbi?«, »Koliko uporabnikov trenutno obiskujete na domu?«, »Koliko časa porabite za en obisk?«, »Katero so najpogostejše opažene težave uporabnikov, vključenih v vašo obravnavo?«, »Kako poteka vaš obisk na domu?«, »Na kakšen način obravnavate uporabnike?«, »Kaj je po vašem mnenju celostna obravnava uporabnika?«, »Kakšni so cilji izvajanja vaših storitev pri uporabnikih?«, Med pogovorom smo intervju dopolnjevali z dodatnimi podvprašanji.

2.2 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, saj omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije (Polit in Beck, 2012). V vzorec smo vključili diplomirano medicinsko sestro, diplomiranega zdravstvenika, univerzitetnega diplomiranega socialnega delavca in dve diplomirani delovni terapevtki. Strokovnjaki so zaposleni na različnih področjih, kjer prihajajo vsakodnevno v stik z osebami, ki aktivno uživajo ali pa so nekoč uživale prepovedane droge. Štirje strokovnjaki aktivno izvajajo projekt Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc, ena strokovnjakinja pa aktivno izvaja skupnostno psihiatrično obravnavo že več let. Za razumevanje vloge skupnostne obravnave pri spremembi življenjskega sloga uporabnika, odvisnega od prepovedanih drog, smo v raziskavo vključili pet izvajalcev zdravstveno-socialne oskrbe, tri ženske in dva moška.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Udeležencem, ki so sodelovali v intervjuju, smo pred intervjujem pojasnili namen in cilje raziskave, potek raziskave, način varovanja in pomen zaupnosti podatkov. K intervjuju so udeleženci pristopili prostovoljno in pojasnjeno jim je bilo tudi, da od njega lahko odstopijo kadar koli. Udeležence smo intervjuvali v prostem času. Pred pričetkom intervjuvanja smo udeležence obvestili o snemanju pogovora z mobilnim telefonom, ki smo ga postavili na vidno mesto. Intervjuje s strokovnjaki smo opravili aprila 2019. Že po treh intervjujih smo zaznali zasičenost s podatki, kar pomeni, da novo pridobljeni podatki k dodatnemu pojasnjevanju kategorij niso prispevali bistveno več. Po izvedenih intervjujih smo transkribirali posnetke, kjer so izjave strokovnjakov ostale nespremenjene. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo konvencionalne vsebinske analize besedila (Hsieh in Shannon, 2005), ki poteka v več korakih. Najprej smo vsak zapis večkrat v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali ključne misli in oblikovali inicialne kode, ki smo jih smiselno vsebinsko povezali v kategorije.

3 Rezultati

V raziskavi smo se osredotočili na težave uporabnikov oziroma pacientov, vključenih v mobilne enote in skupnostno psihiatrično obravnavo, ter glede na izjave petih strokovnjakov, ki se srečujejo z njimi, izpostavili štiriintriideset kod, iz katerih smo izoblikovali šest kategorij oz. razsežnosti (telesna ali biofizikalna, duševna ali psihična, duhovna ali noogena, medčloveško-družbena, zgodovinsko-kulturna in eksistencialna ali bivanjska).

Tabela 1: Razvrstitev najpogostejših težav uporabnikov, ki jih pri svojem delu opazujejo strokovnjaki z zdravstvenega, delovnoterapevtskega in socialnega področja, po življenjskih razsežnostih

<i>Kategorija/Category</i>	<i>Kode/Codes</i>
Telesna ali biofizikalna razsežnost	Prihod po substitucijsko terapijo z avtom in ne peš. Težave pri skrbi zase in zloraba psihoaktivnih substanc. Slabe prehranjevalne navade. Težave pri pridobivanju statusa invalida. Težave pri organizaciji prostega časa in telesnih aktivnosti.
Duševna ali psihična razsežnost	Težave pri vzdrževanju abstinence na dolgi rok. Neresnost pri zdravljenju, ignoriranje in nedosegljivost strokovnjakom. Veliko uporabnikov je med obiskom pod vplivom THC in drugih drog. Težave pri jemanju predpisane terapije. Nizka samopodoba.
Duhovna ali noogena razsežnost	Pritiski staršev na uporabnike zaradi nepoznavanja in strahu, da bi se jim kaj slabega zgodilo (bolezen, smrt). Uporabniki, ki nimajo zaposlitve, životarijo. Težave s kriminalnimi dejanji. Samostigmatizacija. Nezaupanje v svoje delovne sposobnosti. Preusmerjanje misli na drogo v različne druge dejavnosti. Težave s pasivnostjo in pomanjkanjem motivacije.
Medčloveško-družbena razsežnost	Netočnost prihoda na lokacijo, kjer prejmejo substitucijsko terapijo. Uporabnikova družina funkcionira slabo, težave v odnosih s starši, svojci in sosedi. Težave s psihoaktivnimi substancami drugih članov v družini (brat, sestra). Težave pri skrbi za okolico. Neurejene bivalne razmere in socialni statusi. Težko s finančno stanje. Socialna izključenost in osamljenost.
Zgodovinsko-kulturna razsežnost	Več uporabnikov hkrati na isti lokaciji, kjer poteka obravnava mobilne enote. Uporabniki imajo težave pri iskanju zaposlitve. Težave pri odnašanju smeti, pranju perila, postiljanju postelje, pri pripravi jedilnika za cel teden, nakupovanju živil. Težak premik iz ustaljenih vzorcev vedenja in slabih navad. Materialno pomanjkanje (obleke, pohištvo).
Eksistencialna ali bivanjska razsežnost	Uporabniki nas sprašujejo, zakaj bi delali, če dobijo okoli 1000 evrov socialne podpore zase in za 3 otroke? Izguba službe, ker se uporabniku ne ljubi več delati. Težave pri funkcioniranju v domačem okolju. Nizka motivacija za spremembe – brezvoljnost. Težave z željo po psihoaktivnih substancah, preusmeritvijo želje, vzpodbujanje želje in izpostavljanje tveganim situacijam.

Vir: Lastni vir, 2019.

Prva kategorija: Telesna ali biofizikalna razsežnost

Pri vseh uporabnikih strokovnjaki ugotavljajo slabše prehranjevalne navade in pogosto tudi kaheksijo ali debelost. Tudi strukturo dneva (delo, prosti čas) imajo zelo slabo organizirano, zato prihaja pogostokrat do težav s spodrsjlaji in recidivi ter z nezmožnostjo prenehanja uživanja psihoaktivnih substanc, kar povzroča težave v telesnem zdravju (krize, predoziranja, odpoved organov itd.).

Druga kategorija: Duševna ali psihična razsežnost

Velikokrat so uporabniki ob prihodu na lokacijo prejemanja substitucijske terapije pod vplivom THC in drugih psihoaktivnih substanc, kar onemogoča trezno komunikacijo s strokovnjaki. Uporabniki, ki aktivno uživajo prepovedane droge ali so jih ponovno pričeli uživati, velikokrat izkazujejo neresnost in ne sodelujejo v procesu zdravljenja. Strokovnjake pogostokrat ignorirajo in so jim kljub dogovoru nedosegljivi. Pri osebah, ki že vzpostavijo abstinenco, strokovnjaki opažajo nizko samopodobo. Pri uporabnikih s pridruženimi duševnimi motnjami pa strokovnjaki opažajo, da imajo težave z rednim jemanjem predpisane psihiatrične terapije, kar vodi v poslabšanje bolezni in hospitalizacijo.

Tretja kategorija: Duhovna ali noogena razsežnost

Na uporabnike, ki so aktivni uživalci, velikokrat starši na silo pritiskajo, da bi prekinili z uživanjem prepovedanih drog, ker jih je strah za njihovo zdravje. Strokovnjaki opažajo, da so starši velikokrat veliko breme uporabnikom in jim poskušajo vzeti vso svobodo in odgovornost za odločanje o življenju. Uporabniki se samostigmatizirajo, kar predstavlja težave pri njihovem vsakodnevnem odločanju. Veliko uporabnikov nima zaposlitve, so pasivni in životarijo iz dneva v dan in ne zaupajo v svoje delovne sposobnosti. Velikokrat izvajajo kriminalna dejanja, ki imajo lahko hude posledice (zapor, preganjanja, grožnje itd.).

Četrta kategorija: Medčloveško-družbena razsežnost

Strokovnjaki opažajo, da so uporabniki na lokaciji, kjer prejema substitucijsko zdravlilo, velikokrat netočni. Njihove družine funkcionirajo slabo. Uporabniki imajo velikokrat težave v odnosih s starši, velikokrat imajo težave s psihoaktivnimi substancami tudi drugi člani družine (brat, sestra), kar privede do še težje vzpostavitve abstinence ali vzdrževanju le-te, saj bivajo v okolju, kjer je veliko psihoaktivnih substanc. Poleg težav s starši imajo uporabniki težave v odnosih s sosedi in ostalimi svojci. Veliko uporabnikov nima urejenih bivalnih razmer, socialnega statusa, so socialno izključeni in osamljeni.

Peta kategorija: Zgodovinsko-kulturna razsežnost

Pri aktivnih uporabnikih psihoaktivnih substanc, ki prejema substitucijsko terapijo na terenu, se pojavijo občasno težave, da jih na isto lokacijo pride več hkrati, kar omogoča škodljivo in negativno pridobivanje informacij s področja psihoaktivnih substanc. Veliko jih ima težave na zaposlitvenem področju. Strokovnjaki opažajo, da imajo uporabniki s pridruženimi komorbidnimi motnjami težave pri odnašanju smeti, pranju perila, postiljanju postelje in nakupovanju živil. Tisti, ki jim uspe vzpostaviti abstinenco, imajo velikokrat težave pri premiku iz ustaljenih vzorcev vedenja in slabih navad.

Šesta kategorija: Eksistencialna ali bivanjska razsežnost

Uporabniki, sprašujejo strokovnjake »Zakaj bi delali, če dobimo okoli 1000 evrov socialne podpore zase in za 3 otroke?«. Pri uporabnikih se velikokrat zgodi, da izgubijo službo zaradi tega, ker se jim ne ljubi več delati in ne vidijo več smisla v takšnem načinu življenja. Pojavljajo se jim tudi težave pri funkcioniranju v domačem okolju, nizka motivacija za spremembe in težave z nadzorom želje po psihoaktivnih substancah.

4 Razprava

Prepovedane droge in porast števila njihovih uporabnikov je velik socialno-medicinski problem, zasvojenost pa ni le družinski problem in problem uporabnikov prepovedanih drog, ampak je postal multidisciplinarni in globalni problem celotne družbe (Kostnapfel Rihtar in Švab, 2013). Zasvojenost z drogami predstavlja pomemben problem javnega zdravja, ki ima visoko stopnjo ponovitve kljub optimalni medicinski terapiji in rehabilitacijski podpori (Wang, Moosa, Dallapiazza, Elias in Lynch, 2018).

Antropološko je človek nedeljiva celota, ki je sestavljena iz šestih razsežnosti (Rammovš, 2003). Strokovnjaki pri svojem delu z uporabniki, ki so vključeni v mobilnih enotah in v skupnostni psihiatrični obravnavi, opažajo težave pri vseh šestih človekovih razsežnostih. Predvsem te prevladujejo na duševni ali psihični, medčloveško-družbeni, zgodovinsko-kulturni in eksistencialni ali bivanjski razsežnosti. Nekoliko manj opažene, vendar ob prisotnosti izrazitejše, so na telesni ali biofizikalni in duhovni ali noogeni razsežnosti. Prispevki različnih avtorjev kažejo, da se potrebe oseb z duševno motnjo izražajo na področju osnovnih življenjskih aktivnosti, torej na področju zdravstvene nege. Po vsebini se nanašajo na fizično in psihosocialno funkcioniranje ter kakovost življenja v ožjem domačem in širšem družbenem okolju posameznika (Škerbinek, 1998; Sedlar, 2002; Švab, 2012; Kramar Zupan, 2013). Pri uporabnikih, ki so uživali psihoaktivne substance vrsto let in so ravno vzpostavili abstinenco, je še vedno močno prisoten upad vedenjskih in kognitivnih funkcij (Makovec, 2013). Funkcioniranje oseb z duševno motnjo ali odvisnostjo od psihoaktivnih substanc v njihovem okolju je zaradi velike stigmatizacije družbe in samostigmatizacije okrnjeno in omejeno, kar posledično pripelje do njihove osamljenosti in socialne izključenosti, takšno stanje pa lahko vodi tudi v smrt (Cvahte, 2004; Nolimal, 2013; Feeg, Prager, Moylan, Smith in Cullinan, 2014; Kadenšek in Bregar, 2017).

Na osnovi zbranih težav, razvrščenih v šest človekovih razsežnosti, lahko naredimo individualni celostni načrt obravnave uporabnika/pacienta, ki se ga pregleda na timskih sestankih in se ga kasneje izvaja tudi v praksi. Tim sestavljajo zdravnik psihiater, diplomirana medicinska sestra, univerzitetni diplomirani socialni delavec in delovni terapevt (Medved in Bregar, 2019). Vključevanje uporabnika v skupnostno obravnavo Jerič (2011) opredeljuje z ocenjevanjem potreb, na podlagi katerega se napravi načrt obravnave za tri mesece s kratkoročnimi cilji in postavitevijo dolgoročnih ciljev za obdobje treh let oziroma do konca predvidene obravnave. Izvajanje in

prilagajanje načrta se preverja na tri mesece (Lipovec, 2015). Pri obravnavi je poudarek na samostojnosti pacienta ter izobraževanju njega in njegovih svojcev, kadar le ti sodelujejo v obravnavi (Kalabić, 2017). Dobre rezultate lahko pričakujemo samo s sodelovanjem uporabnika, kar pa zahteva spoštljiv odnos do posameznika, njegovo aktivno sodelovanje pri načrtovanju obravnave in obojestransko spoštovanje dogovorov (Žajdela, 2011).

Skupnostni tim koordinira diplomirana medicinska sestra, ki prevzema področje organizacije, kamor med drugim spadajo redni tedenski sestanki tima, namenjeni preverjanju stanja in načrtovanju obravnave za vse vključene paciente (Jerič, 2011). Za učinkovito zdravstveno-socialno obravnavo te ranljive populacije morajo medicinske sestre posedovati dodatno specialno znanje (Go, Santos in Muxlow, 2011). K izboljšanju njihovega življenjskega sloga medicinska sestra lahko bistveno pripomore s poznavanjem različnih terapevtskih metod (npr. kognitivne vedenjske terapije) (Zhuang, An in Zhao, 2014). Iz literature je razvidno, da imajo v tujini (Anglija in Nizozemska) jasno opredeljene kompetence in znanje, ki jih mora imeti medicinska sestra za delo v skupnosti. Za to imajo urejeno tudi izobraževanje za medicinske sestre, tako na diplomskem kakor tudi na podiplomskem nivoju (Kent in Burns, 2005; Snowden, 2010; van Veldhuizen in Bähler, 2013).

Vloga socialnega delavca v skupnostni obravnavi je pri opolnomočenju pacienta, pri zagovorništvu, pri pomoči družini in pri reševanju bolnikovih socialnih težav (neurejena dokumentacija, neurejeno finančno stanje, neurejeni bivalni pogoji, težave na delovnem področju, pomoč pri nadaljevanju prekinjenega študija in neurejene družinske razmere) (Žajdela, 2011).

Z delovnoterapevtskim informiranjem/poučevanjem in svetovanjem tudi delovni terapevt lahko prispeva k boljšemu razumevanju težav pacienta in vseh ovir, zaradi katerih ne zmore dobro psihofizično funkcionirati. Naloga delovnega terapevta je na subtilen način spodbuditi sodelovanje svojcev v dobro pacienta (Sušnik, 2011).

Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je celosten, dolgotrajen in velikokrat tudi neuspešen proces, kljub vsemu pa obstajajo tudi uspešno rešeni primeri uporabnikov, ki vzdržujejo abstinenco vrsto let (The commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017).

5 Zaključek

Najpogostejše ugotovitve intervjuvanih strokovnjakov so težave uporabnikov na področju telesnega zdravja, strukture dneva, komunikacije, zlorabe psihoaktivnih substanc, nerednega jemanja predpisane terapije, nemotiviranosti za doseganje višje ravni zdravja, nesodelovanja v procesu dela, slabega funkcioniranja v družini in v svojem okolju, stigme, brezposelnosti, kriminala, pomanjkanja materialnih dobrin, manipulacije, socialne izključenosti in osamljenosti. Omejitve raziskave vidimo v majhnem številu intervjuvanih strokovnjakov in v kratkem trajanju projekta Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoak-

tivnih substanc. Prav tako so štirje strokovnjaki šele začetniki pri tem delu in mogoče niso dobro ocenili vseh problemov, s katerimi se soočajo uporabniki v svojem okolju, mogoče jih v tako kratkem času niso niti opazili. Vendar menimo, da smo za začetek projekta dobili dobre potrditve za naše delo. Menimo, da bi bile potrebne še nadaljnje raziskave na temu področju po daljšem časovnem obdobju in z večjim številom intervjuvanih strokovnjakov.

Robert Medved

Common Problems of Drug Users and People with Mental Disorders in Community Treatment

In cooperation with the Ministry of Health, the Centre for the Treatment of Drug Addiction (CZOPD) of the University Psychiatric Clinic Ljubljana (UPK Ljubljana) began to actively implement the project "Mobile Units for the Health Rehabilitation of Users of Illicit Drugs and New Psychoactive Substances" in 2018. The project was designed to empower drug users and new psychoactive substance users to find employment in their environment. At the same time, the focus is on the health and social rehabilitation of drug users and new psychoactive substance users (Medved & Bregar, 2019). In addition to CZOPD UPK Ljubljana, several governmental and non-governmental organizations are involved in the Mobile Units Network (Ministry of Health, 2019) that work in mobile units in the field of harm reduction (Zdrava pot, Svit, Stigma, Socio, Šent), of prevention/social rehabilitation in a mobile unit (Projekt Človek), of substitutional treatment in a mobile clinic (ZD Slovenj Gradec, ZD Ptuj) and of substance testing in a mobile laboratory (DrogArt).

Drug addicts face not only problems related to the disease itself, but are often also exposed to negative responses from the environment, social rejection and discrimination (Ronzani, Higgins-Biddle & Furtado, 2009). Home visits (tailored to the population of our users), set up under the Assertive Community Treatment (ACT) model of Community Psychiatric Care, are one of the most recent activities. In this way we interact with users outside the institution, in their home environment (Medved & Bregar, 2019). Jerič (2011) cites an example of how a team of health workers from the University Psychiatric Clinic Ljubljana went on a professional exchange to Luton and Cambridge in England in 2005 in order to get to know the community psychiatry they perform there. This expert exchange marked the beginnings of community psychiatric treatment in Slovenia and the implementation of the ACT model in our environment.

One of the criteria for inclusion in community psychiatric treatment is the presence of associated problems, which include substance abuse, but it focuses more on severe mental disorders and less on addiction (Jerič, 2011). Švab (2012) cites a definition of community-based treatment that states it is an organization of mental health services that provides effective treatment for people with mental disorders for a

defined population group in accordance with their needs. Among the great variety of human needs, the easiest way to orient ourselves is to consider all human dimensions. Ramovš (2010) describes a six-dimensional anthropohygienic image of man, which gives the following distribution of needs:

- In the physical or biophysical dimension, the basic needs are to maintain oneself (the need for growth, health, food and liquid, heat, movement and rest, etc.) and to preserve the human species (reproduction, child care, etc.);
- The mental or psychological dimension contains the need for information, pleasure, security, validity, etc.;
- In the spiritual or noogenic dimension, there is the need for freedom, responsibility and orientation;
- In the human-social dimension, there is a need for basic interhuman relations and functional relationships, for one's own reputation in society, for the proper organization of society and for order within it;
- In the existential dimension, however, humans have a very strong will to perceive (Frankl, 1994), that is, the need to experience the meaning of the moment in which they are living or of the situation which they are in, to experience the meaning of particular periods in their lives and also the need to experience the meaning of human history.

More and more people are experiencing internal, personal distress in the form of an existential crisis and a crisis of meaning. This kind of problem is perceived at all levels of human activity and manifests itself inwardly (personal, living dimension) and outwardly (social, economic dimension) (Kristovič, 2013). The research sought to identify the most common problems of substance users identified by community health professionals.

The sample included a graduate nurse, a medical doctor, a university social worker, and two graduate occupational therapists. Thus, these experts are employed in various fields where they come into daily contact with persons who are actively consuming or who have been using illicit drugs. Four experts are effectively implementing the project "Mobile Units for the Health Rehabilitation of Users of Illicit Drugs and New Psychoactive Substances", and one expert has been actively conducting group psychiatric treatment for many years. In order to understand the role of community treatment in changing the lifestyle of users addicted to illicit drugs, five healthcare providers, three women and two men, were involved in the research.

The research focused on the problems of users or patients involved in mobile units and community psychiatric treatment and, according to the statements of the five experts who work with them, revealed thirty-four codes from which six categories/dimensions were formed. In the physical or biophysical dimension, experts observe that users have poor eating habits, often resulting in cachexia or obesity. Even the structure of their day (work, leisure) is very poorly organized, so there are often problems with slips and relapses and the inability to stop consuming psychoactive substances, which causes physical health problems (crises, overdoses, organ failure, etc.). In the mental or psychological dimension, professionals observe that users have difficulty commu-

nicating with professionals, are less involved in the healing process, and have low self-esteem. Users with associated comorbid disorders often have difficulty adhering to the prescribed psychiatric therapy, as they often forget to take their medication, which leads to a worsening of the disease and usually to hospitalization. In the spiritual or noogenic dimension, experts often observe that parents are often a big burden for the users, trying to take away all their freedom and responsibility for their life decisions. Experts have also observed self-stigmatization, unemployment, passivity, scraping by, a distrust of their abilities and the commission of criminal acts. In the interhuman dimension, experts have observed the dysfunctionality of the users' families, and the problems users have in dealing with their parents, neighbours and other relatives. Many users have poor living conditions and social status, are socially excluded and isolated. In the historical-cultural dimension, experts have observed that users often have difficulty moving away from the established patterns of behaviour and bad habits. Many users have problems in the employment field. Experts have observed that users with associated comorbid disorders have problems with their daily tasks. In the existential dimension, professionals most often observe that users lose their jobs simply because they no longer like working and no longer see the point in working. They also experience difficulties in functioning in the home environment, low motivation for change, and problems with controlling their craving for psychoactive substances.

Based on the above-mentioned problems classified into six human dimensions, we can make an individualized comprehensive treatment plan for the user or patient. The implementation and adaptation of the plan are reviewed every three months (Lipovec, 2015). The team consists of a psychiatrist, a nurse practitioner, a university social worker and an occupational therapist (Medved and Bregar, 2019). In the treatment, the emphasis is on the patient's independence and on educating the patient and his or her relatives if they are involved in the treatment (Kalabić, 2017). Good results can only be expected if the user is actively involved, which in turn requires a respectful attitude towards the individual, his/her active participation in the planning of the treatment, and mutual honouring of the agreements reached (Žajdela, 2011).

In their work with users involved in mobile units and community psychiatric treatment, experts have noted that users have problems in all six dimensions. Above all, in the mental or psychological dimension, and in the human-social, historical-cultural and existential dimensions. Observed to a lesser extent, but more pronounced when present, are problems in the physical or biophysical and spiritual or noogenic dimensions. The articles of various authors show that the needs of persons with mental disorders are expressed in the field of basic life activities, i.e. in the field of nursing. In terms of content, they refer to the physical and psychosocial functioning and quality of life in the narrow domestic and wider social environment of an individual (Škerbinek, 1998; Sedlar, 2002; Švab, 2012; Kramar Zupan, 2013). In users who were consuming psychoactive substances for many years and have just achieved abstinence, a decline in behavioural and cognitive functions is still largely present (Makovec, 2013). The functioning of persons with mental disorders or addictions to psychoactive substances in their environment is reduced and limited due to the great stigmatization of soci-

ety and self-stigmatization, which in turn leads to loneliness and social exclusion; consequently, such situations can lead to death (Cvahte, 2004; Nolimal, 2013; Feeg, 2014; Kadenšek & Bregar, 2017).

Drug abuse treatment is a holistic, time-consuming and often unsuccessful process; however, there have been successful cases of users being abstinent for many years (The Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017).

The limitations of the survey are seen in the low number of experts interviewed and in the short duration of the project "Mobile Units for the Health Rehabilitation of Users of Illicit Drugs and New Psychoactive Substances". Moreover, four experts are new to this kind of work and may not have evaluated all the problems that users face in their environment and/or may not have noticed them over such a short time. However, we believe that the project was accepted well and, so far, we have received good reactions to our work. We believe that further research in this area will be needed and that it should also include more interviewed experts.

LITERATURA

1. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and reasearch design: choosing among five approaches* (3rd edition). University of Nebraska, Lincoln: SAGE Publication.
2. Cvahte, B. (2004). Realnost človeških stisk v pobudah varuhu človekovih pravic. V: Gornik, J. (ur.). Zbornik 1. posveta na temo revščina in socialna izključenost oziroma vključenost. Ljubljana: Urad RS za mladino in Mladinski svet Slovenije, str. 111–115.
3. Feeg, V. D., Prager, L. S., Moylan, L. B., Smith, K. M. and Cullinan, M. (2014). Predictors of mental illness stigma and attitudes among college students: using vignettes from a campus common reading program. *Issues in mental health nursing*, 35, št. 9, str. 694–703.
4. Frankl, E. V. (1994). *Zdravnik in duša*. Celje: Mohorjeva družba (prevod knjige: *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Wien: Franz Deuticke).
5. Go, F., Dykeman, M., Santos, J. and Muxlow, J. (2011). Supporting clients on methadone maintenance treatment: A systematic review of nurse's role. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, št. 1, 17–27. Pridobljeno dne 6. 8. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01628.x>.
6. Hsieh, H. F. and Shannon, E. S. (1 November 2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta: <http://C:/Users/38651/AppData/Local/Temp/QualHealthRes-2005-Hsieh-1277-88.pdf>.
7. Jerič, A. (2011). Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v Psihiatrični kliniki Ljubljana. V: Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 7–10.
8. Kadenšek, K. and Bregar, B. (2017). Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog. *Obzornik zdravstvene nege*, 51, št. 2, str. 124–133.
9. Kalabić, A. (2017). Vloga medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obrnavi pri pacientu z hudo in ponavljajočo se duševno motnjo (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
10. Kent, A. and Burns, T. (2005). Assertive community treatment in UK practice: revisiting. setting up an Assertive Community Treatment team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, št. 6, 388–397.

11. Kostnapfel Rihtar, T. and Švab, I. (2013). Tvegano vedenje uživalcev prepovedanih drog na potovanju. *Zdravniški vestnik*, 82, št. 7, str. 458–465.
12. Kramar Zupan, M. (2013). Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu. V: Filej, B. (ur.). *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 179.
13. Kristovič, S. (2013). Bivanjska varnost in duhovnost z vidika logoterapije. *Bogoslovni vestnik*, 73 št. 4, str. 625–637. Pridobljeno dne 5. 5. 2019 s spletne strani: <http://www.teof.uni-lj.si/uploads/File/BV/BV%202013%204/BV-73-4-Kristovic.pdf>.
14. Lipovec, A. (2015). Pacienti, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni. V: Lončnar, D. (ur.). *Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi težavni III* (str. 29–30). Dolenjske Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
15. Makovec, M. (2013). Odvisnost od psihoaktivnih snovi. V: Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B. and Zihlerl, S. (ur.). *Psihiatrija*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, str. 164–194.
16. Medved, R. and Bregar, B. (2019). Izkušnje z delom v mobilni enoti za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc. V: Kastelic, A. and Kostnapfel, T. (ur.). *7. slovenska konferenca o zdravljenju odvisnosti in 8. slovenski simpozij o okužbi z virusom hepatitisa C pri osebah, ki jemljejo droge*. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Prohealth, str. 38.
17. Ministrstvo za zdravje (2019). *Mreža mobilnih enot*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno dne 27. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/preprecevanje_tveganih_vedenj_in_zasvojenosti_tobak_in_povezani_izdelki_alkohol_droge/prepovedane_droge/mreza_mobilnih_enot/.
18. Nolimal, D. (10. 1. 2013). Ja, kriza vpliva na vaše zdravje. *Mladina*, 2. Pridobljeno dne 14. 4. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.mladina.si/119509/ja-kriza-vpliva-na-vase-zdravje/>.
19. Polit, D. F. and Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
20. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
21. Ramovš, J. (2010). *Gerontologija*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Pridobljeno dne 5. 8. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1043.html>.
22. *Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014-2020 (ReNPPD14-20)*. (2014). Uradni list RS, št. 98/99 in 2/04 – ZPNNVSM, Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10 in 80/13. (2. 4. 2014). Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/9142/Ministry%20of%20Health%2C%20Ministry%20of%20Interior%2C%20Slovenia%20%282014%29%20Slovenia%E2%80%99s%20National%20Programme%20on%20Illicit%20Drugs%202014-20.pdf>.
23. Ronzani, T. M., Higgins - Biddle, J. and Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine*, 69, št. 7, str. 1080–1084. Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>.
24. Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing and Health*, 23, št. 334–340. Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.4974&rep=rep1&type=pdf>.
25. Sedlar, T. (2002). Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravlja. *Obzornik zdravstvene nege*, 36, št. 3, str. 143–151.
26. Snowden, A. (2010). Integrating medicines management into mental health nursing in UK. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, št. 3, str. 178–188.
27. Sušnik, V. (2011). *Delovni terapevt v skupnostni psihiatrični obravnavi*. V: Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 67–72.

28. Škerbinek, L. (1998). Pasti psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 32, št. 5–6, str. 181–183.
29. Švab, V. (2012). Skupnostna psihiatrija. Ljubljana: V. Švab, 2012. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf.
30. The commonwealth of Australia as represented by the Department of Health. (2017). National Drug Strategy 2017-2026. Canberra: Department of Health. (18. 9. 2017). Pridobljeno dne 14. 4. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.hcasa.asn.au/documents/555-national-drug-strategy-2017-2026/file>.
31. Van Veldhuizen, J. R. and Bähler, M. (2013). Manual Flexible Assertive Community Treatment. Groningen: Addiction Care Northern Netherlands. Pridobljeno dne 6. 8. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.eaof.org/factmanual.pdf>.
32. Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
33. Wang, T. R., Moosa, S., Dallapiazza R. F., Elias J. W. and Lynch W. J. (2018). Deep brain stimulation for the treatment of drug addiction. *Neurosurg Focus*, 45, št. 2, str. 1–10. Pridobljeno dne 5. 5. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.3171/2018.5.FOCUS18163>.
34. Zhuang, S. M., An, S. H. and Zhao, Y. (2014). Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroindependent individuals in detoxification: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 23, št. 9–10, str. 1239–1248. Pridobljeno dne 14. 4. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1111/jocn.12287> PMID:23845099.
35. Žajdela, B. (2011). Vloga socialnega delavca – skupnostna psihiatrična obravnava. V: Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 61–66.