

Vesna Švab

SKUPNOSTNA PSIHIATRIJA

UVOD

UVOD

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

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

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

V času, ko pri nas ponovno opazujemo rast in prenavo številnih institucij, je potrebno najprej ponoviti že spoznano: da je potrebno duševne motnje in vse vrste manjših zmožnosti obravnavati v naravnih življenjskih okoljih. Institucionalna obravnava pa je potrebna pri

izjemnih, na primer nujnih stanjih in le pri izjemno hudih invalidnostih, ki potrebujejo nepretrgano intenzivno obravnavo. Interesi po vzdrževanju institucionalnega modela so veliki in prepleteni. V Italiji na primer, je interese institucij pred petindvajsetimi leti lahko ustavila le nova zakonodaja.

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

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

Osrednja točka reorganizacije služb in reform na področju duševnega zdravja povsod po svetu je obravnavo skupine ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. To so ljudje s shizofrenijo, bipolarno čustveno motnjo, organskimi duševnimi motnjami in ponavljajočo se hudo depresivno motnjo (ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami), ki imajo zaradi bolezni in njenih posledic tudi manjše zmožnosti na nekaterih področjih njihovega življenja. Za to skupino, ki so jo v preteklosti dolgotrajno obravnavali v ustanovah, je treba ustvariti ustrezno mrežo služb v bližini njihovega doma. Organizacija teh služb je preizkusni kamen politike na področju duševnega zdravja. Cilj sodobnega načrtovanja na tem področju je okrepiti učinkovite modele zdravljenja, socialnega varstva, zaposlovanja in prilagojene nastanitve, ki lokalno že delujejo na cenovno učinkovit način.

Skupnostne službe naj bi opravljale številne funkcije. Ne gre le za premestitev obravnave zunaj bolnišnic in zavodov, temveč predvsem za spremembo načina dela in drugačne vrednote.

Definicije

Sodobna organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in institucionalne oblike obravnave.

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

Skupnostna psihiatrija uporablja raziskovalno dokazane uspešne načine zdravljenja in rehabilitacije ter z dobro prakso dokazano uspešne pristope pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami na lokalno omejenih območjih..

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

Zgodovina skupnostne psihiatrije

O skupnostni obravnavi v Sloveniji se je začelo govoriti že leta 1881, ko je dr. Karl Bleiweis pozval k vključitvi družin v obravnavo psihiatričnih bolnikov in k njihovi prilagojeni nastanitvi in zaposlitvi. Po teh, za Evropo in svet izjemno zgodnji pozivih za boljšo kakovost obravnave, pa se v Sloveniji za skupnostno psihiatrijo ni več dosti naredilo. Alternativno bolnišnični oskrbi so predstavljali psihiatrični dispanzerji, urejeni po sovjetskem modelu, ki so delovali resda v vsakem večjem slovenskem kraju, vendar nikoli niso izvajali posegov v skupnost. Dostop do psihiatričnih dispanzerjev je bil prost, delovali naj bi namreč v okviru

osnovnega zdravstvenega varstva. Dejansko pa so že kmalu največkrat začeli delovati v okviru bolnišnic. Strokovni razvoj slovenske psihiatrije so vodili vplivni posamezniki, psihiatri, ki so večinoma vodili bolnišnice, zato kljub pobudam za oblikovanje delovnih skupin na osnovnem nivoju, za ustanavljanje centrov za duševno zdravje v regijah, nikoli ni prišlo do zadostne reorganizacije. Sistem bolnišnične skrbi se je sprti utrjeval tudi s prenavljanjem bolnic in krepitevijo kadrovske zasedbe. Drugi razlog za zastoj razvoja je bil v pomanjkanju psihiatrov, ki so komaj zadostili potrebam bolnic. V zadnjih letih jih je sicer veliko prevzelo ambulate s koncesijo, vendar njihova dejavnost ni bila organizirana po regionalnem načelu.

Institucionalizacijo psihiatrije je spremljala institucionalizacija v socialnem skrbstvu. V Sloveniji je 20 000 institucionalnih postelj (njihovo število se veča in še vedno ne zadostuje potrebam), kar pomeni, da se večina težav s starostjo, boleznijo, invalidnostjo, tudi na psihičnem področju, skuša reševati preko namestitev v različne ustanove. Kljub zagotovitom vodilnih teoretikov socialnega skrbstva pri nas, da zagovarjajo deinstitutionalizacijo in skupnostno skrb, so tudi ti dejansko podpirali razvoj socialnih zavodov in podcenjevali razvoj skupnostnih služb, ki so jih skušale ustanavljati nevladne organizacije. Te so od 1992. razvijale programe podpornega bivanja, zaposlovanja, dnevnih centrov in programe destigmatizacije. Socialni zavodi, ki delajo tudi z ljudmi z duševnimi motnjami, pa v zadnjih letih intenzivno razvijajo programe tako imenovane deinstitutionalizacije in tako širijo kapacitete v nekoliko dislocirane enote z manjšim številom oskrbovancev. Res pa je, da usposabljaajo osebje za enakopravnejšo in bolj spoštljivo obravnavo varovancev.

Dokazovanje pomena skupnostne obravnave ima pri nas vsaj dvajsetletno tradicijo s skromnimi ali nasprotnimi učinki, kljub trajnemu navideznemu strinjanju. Prvi premik k dejanski skupnostni psihiatrični obravnavi je bil šele letos z zagotovitom za financiranje štirih lokalnih skupnostnih projektov. Velika zamuda v primerjavi z evropskimi in drugimi državami je nedvomna. Pri nas je toliko časa trajalo, da smo dosegli dogovor v psihiatrični stroki, ki je bila do modela obravnave v skupnosti do takrat zelo skeptična in, da smo razložili načrtovalcem in izvajalcem, da širjenje velikih institucij z novimi stanovanjskimi skupinami pač ni deinstitutionalizacija. Da se je k usmeritvi pristopilo dejavno, so največ prispevali uporabniki služb za duševno zdravje in njihovi svojci, ki so organizirani preko nevladnih

organizacij. Te so v marsičem nosilke razvoja področja duševnega zdravja pri nas. Prispevali so tudi sodelavci iz tujine, predstavniki iz »primerov dobrih praks« širom Evrope. Ti so ponudili svoje sodelovanje pri načrtovanju, implementaciji in ocenjevanju projekta.

Res pa je tudi, da smo že v 2008 dosegli vsaj formalno priznanje prvemu projektu skupnostne psihiatrije, ki je izšel iz psihiatričnih bolnišnic. Ta projekt je bil pripravljen za najbolj zahtevne paciente in je bil potrjen na Zdravstvenem svetu RS. Priborili smo si majhen del sredstev za obravnavo najtežjih in najbolj sebi in drugim nevarnih pacientov, ki naj bi jih v omejenem časovnem obdobju spremljali tudi zunaj bolnišnice. Projekt smo pilotsko izvajali v večini bolnišnic, vendar ni bil nikoli financiran.

Do zmanjševanja števila psihiatričnih postelj povsod v razvitem svetu je prišlo zaradi več razlogov. Prvi razlog so bili previsoki stroški velikih institucij, drugi pa njihova prenapoljenost in kršitve človeških pravic zaradi slabih prostorskih razmer, pomanjkanja in premajhne izobraženosti osebja. Tretji razlog je bila učinkovitost novih antipsihotičnih zdravil, s katerimi se je zdravstveno stanje pacientov dovolj popravilo, da so lahko bolnišnice zapustili in začeli živeti v skupnosti. Hitra deinstitucionalizacija je imela številne in hude slabosti. V večini držav niso uspeli zagotoviti zadostnega števila komplementarnih služb, ki bi odgovorile na potrebe odpuščenih pacientov, kar se je kazalo z brezdomstvom, zanemarjanjem in ponovnim slabšanjem njihovega psihičnega počutja. Kljub temu pa je večina evropskih držav sčasoma uspela zagotoviti mrežo služb, ki so odgovarjale na potrebe pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Odnos javnosti do zmanjševanja institucionalnih kapacitet in skupnostnih oblik dela je bil večinoma ambivalenten. Ob hujših incidentih je vedno znova prihajalo do pozivov k ponovni institucionalizaciji, po drugi strani pa je javnost močno protestirala proti zapiranju, represiji in psihiatriji na sploh. Vrnitev psihiatričnih pacientov v skupnost je na vsak način v pripomogla k temu, da je rehabilitacija postala prepoznavnejši del terapevtskih intervencij. Metode dela, ki omogočajo vračanje na prejšnjo raven funkcioniranja in prilagoditev omejitvam zaradi bolezni, pripomorejo k večji samostojnosti in zadovoljnosti. Psihiatrična stroka se ni ukvarjala več le s simptomi, temveč tudi s funkcijo pacienta. Izkazalo se je, da pri tem potrebuje sodelovanje drugih strok, zato so se strokovnjaki povezovali v delovne skupine, ki so sledile rehabilitacijskim principom. V te

skupine so relativno kmalu in odločno vstopili tudi njihovi uporabniki, pacienti in njihovi svojci. V skupnostno psihiatrijo so vstopili z zahtevo po partnerstvu v procesu odločanja, poudarili pomen lastnih izkušenj in samopomoči kot terapevtske metode, postavili ogledalo stroki in se v njeno delo vpletli tudi kot načrtovalci in nadzorniki.

Principi skupnostne psihiatrije

Povezovanje

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

Koordinatorji obravnave, ki so socialni delavci, zaposleni na centrih za socialno delo (CSD) so lahko sodelavci psihiatričnih delovnih skupin ter vključeni v regionalne delovne skupine. Njihovo delo je pogosto najtežje ob poslabšanjih zdravstvenega stanja, kar dokazujejo, za sedaj sicer skromne izkušnje o njihovem delu. Pri nas smo se (politično) odločili, da bomo izvajali načrtovanje obravnave po socialnem modelu, kar pomeni, da posamezni koordinatorji, ki so socialni delavci, naredijo načrt na podlagi želja pacienta, ki jih opredeli v procesu načrtovanja. Ker so v delovnih skupinah koordinatorji le šibko povezani z zdravstvenimi timi (kličejo jih na timske sestanke, na katere pa zdravstveni delavci zaradi drugih obveznosti in ker za načrtovanje v timu niso plačani, pogosto ne morejo priti), dobronamerni socialni ukrepi samostojno pogosto ne prinesejo celovitih sprememb k boljši kakovosti življenja, kot jih ne morejo tudi samostojni psihiatrični ukrepi, na primer zdravljenje z zdravili. Ljudje z duševnimi motnjami potrebujejo celovito obravnavo. Te ni mogoče doseči z sklicevanjem sestankov med socialnimi delavci na CSDjih in psihiatri iz bolnišnic, temveč le z živim povezovanjem na terenu, kjer vsak član delovne skupine in vsi skupaj težijo k skupnemu cilju, ki je v korist pacientu in njegovi družini. V povezani delovni skupini je mogoče tudi doseči tudi boljši nadzor nad porabo sredstev, torej nad učinkovitostjo ukrepov. Vložena sredstva za

kadre in materialna sredstva morajo imeti posledice predvsem pri izboljševanju funkcioniranja pacientov in družin.

V fragmentiranih sistemih, kjer vsaka stroka ustvarja svojo mrežo služb brez partnerskega sodelovanja, je poraba sredstev velika in neracionalna. Strokovnjaki se prerivajo ob istih vratih, medtem ko so številni pacienti neoskrbljeni. Učinkovitost dela je ob slabi povezanosti šibka. Integracija dela socialnih, tudi nevladnih, psihiatričnih in služb osnovnega zdravstvenega varstva na lokalnih območjih, je tudi eden izmed predpogojev za uspešno preventivo in obravnavo na področju duševnega zdravja na sploh, kar je napisano v številnih mednarodnih dokumentih.

Odnosi med sodelavci v naših kulturnih okvirih pa so vse prej kot zaupljivi. Vsak dan se srečujemo s strahom pred premočjo, z rivaliteto in s strahom pred diskreditacijami. Sistem deluje z vzgonom iz preteklih obdobj, v katerih so se ljudje odvadili svobodno deliti različna mnenja. Strokovni delavci se bodisi varujejo, da ne bi ogrozili varnost elit, bodisi najdejo v strokovnjakih drugih strok potencialne sovražnike, ki lahko ogrozijo njihovo varnost. Izid je tak, da nas kljub očitnim pomanjkljivostim psihiatrične oskrbe vrh psihiatrične stroke in politika že desetletje predvsem opominjata, da je vse v redu.

Odgovornost

Odgovornost v bolnišnici je pretežno zdravnikova. V skupnostni psihiatriji pa vsi člani delovne skupine prevzemajo enako mero odgovornosti za obravnavo pacientov. Odgovori član delovne skupine je, ne glede na svoj poklicni profil, odgovoren za spremljanje, načrtovanje in izvajanje načrta obravnave. Dolžan se je posvetovati z – na določenem področju - bolj kompetentnimi sodelavci, kadar je to potrebno in z njimi izvajati načrt obravnave. Naloge se torej lahko delijo, odgovornost pa je določena in to enakovredno pri medicinskih sestrah, socialnih delavcih in zdravnikih. Odgovornost se veže na izvajanje načrta in ne na posamezne strokovne ukrepe, kot je na primer predpisovanje zdravil. Skoraj vsakdanji primer že v obstoječi ureditvi dela je, da medicinska sestra opazi telesno bolezen pri pacientu in o svojih opažanjih obvesti osebnega zdravnika, ki po njegovi oceni odredi potrebne preiskave. V skupnostni psihiatriji je ocena psihičnega stanja medicinske sestre njena pristojnost in odgovornost. Strokovna odgovornost in odgovornost za izvajanje načrta

omogočata bistveno lažje ocenjevanje kliničnega in socialnega dela. Vsak član delovne skupine je namreč dolžan svoje delo opisati in o njem sproti poročati. Druga posledica je, da se manj pacientov 'izgubi'. Paciente se 'izgublja' zato, ker ne pridejo na kontrolne preglede, na katere pogosto ne morejo ali ne zmorejo priti. Skupnostna psihiatrija omogoči, da jih v teh primerih poiščejo, podobno kot to delajo zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Dostopnost

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

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

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

Dogaja se, da družinski zdravniki posredujejo psihiatriji podatek z oceno, da se je psihično stanje pri pacientu poslabšalo, vendar nimajo možnosti, da bi ga napotili v bolnišnico proti bolnikovi volji, ker za to niso izpolnjeni zakonski razlogi. V takšnih primerih lahko intervenira psihiatrična delovna skupina, ki z večjim vložkom časa in znanja poskuša dogovoriti sprejem ali urediti zdravljenje.

Hitrejše odzivanje v primeru duševnih kriz pomeni tudi manjše število sprejemov v bolnišnico, tudi tistih proti pacientovi volji. Hitrejše odzivanje in pravočasno zdravljenje

nujno zajezi število sprejemov in obravnav v bolnišnicah, predvsem pa zmanjša število sprejemov v socialne zavode, ki prevzemajo obravnavo najbolj manj-zmožnih. Ti pa od sprejemov živijo. Tudi to bi lahko bil, podobno kot v tujini, eden izmed razlogov, da Slovenija pri uveljavljanju modela skupnostne obravnave zaostaja vsaj 30 let.

Skupnostne službe imajo pred institucionalnimi prednost glede dostopnosti, predvsem za skupino ljudi, ki imajo dolgotrajne psihične težave. To so ljudje, ki ne zmorejo čakati v čakalnicah in čakalnih vrstah, se ne zmorejo spopadati z administrativnimi aparati, namenjenimi selekciji pri sprejemu, najbolj tam, kjer je strokovnega osebja (na primer psihiatrov) malo. Pacienti poročajo o številnih zaprekah na poti do zdravljenja. Ko premagajo odpre in strah pred psihiatrijo, se znajdejo pred administratorkami in medicinskimi sestrami, ki imajo navodilo, da jih naročijo, morda čez tri mesece. V primeru stiske to pomeni za posameznika isto, kot da pomoči sploh ne bo. Če se dovolj opogumijo, kličejo v različne ambulante, kjer jim postavljajo sicer nekoliko različne čakalne roke, vendar jim vsaka odklonitev ponovno vzame pogum. Govoriti neznanemu človeku o nujnosti, ki je res vstopnica za takojšen sprejem pri psihiatru, je težko, posebej po telefonu. Številne obravnave se tako odlagajo ali do njih sploh ne pride. Skupnostna psihiatrija naj ne bi omejevala dostopa, saj je lokalni psihiatrični tim namenjen med drugim tudi zgodnjemu odkrivanju težav. O stiskah in njihovi intenziteti vedo veliko osebni zdravniki, delavci v centrih za socialno delo in strokovni delavci v službah nevladnih organizacij. Skupnostni psihiatrični tim je s temi sodelavci tesno povezan.

Nepretrganost obravnave

je pomembna, ker je skupnostno obravnavo treba ponuditi predvsem ljudem, ki imajo hude in ponavljajoče se duševne motnje. Gre za neprekinjeno serijo kontaktov, ki jo lahko zagotavlja ista delovna skupina ali pa sodelavci iz različnih delovnih skupin. V našem prostoru se ta hip dogaja to, da nekatere zdravstvene delovne skupine vzpostavijo nepretrgano spremljanje pacienta, potem pa vodenje prevzamejo centri za socialno delo, ki imajo za to zakonska pooblastila. Ker se ti prehodi dogajajo večinoma brez zadostnega dogovarjanja, se pacienti lahko znajdejo v zelo težkem položaju, ker se jih prestavlja iz ene službe v drugo, ne da bi imeli pri tem kakšno besedo. V sedanjih organizacijski zmedji je daleč najpomembnejše, da se ohrani komunikacija med zdravstvenimi in socialnimi službami. Še boljše pa bi bilo, da bi se

zdravstveni in socialni delavci povezali v delovne skupine, ki bi lahko zagotovile tudi horizontalno kontinuiteto, to je prisotnost vsaj enega ali dveh članov delovne skupine nepretrgano, ne glede na to, v katerem sektorju sta zaposlena. Seveda pa lahko kontinuiteta pomeni tudi past, nadzor in odvisnost od služb. Edino zdravilo za to je prilagojenost obravnave in pogum, da vztrajamo pri povečevanju avtonomije, kljub morebitnim nevarnostnim.

Enakost , vsestranskost, kulturna prilagojenost

Enakost v skupnostni psihiatriji pomeni predvsem »pošteno porazdelitev sredstev«, pri čemer naj se največ sredstev porabi za najbolj pomoči potrebne. Delovna skupina v skupnosti psihiatriji prevzema odgovornost za svoje uporabnike, ne le zaradi njihovega zdravstvenega stanja, temveč tudi zaradi načrtovanja obravnave. Načrt obravnave ni le izboljševanje zdravstvenega stanja, temveč je načrt za vsa področja življenja, kjer se pokažejo potrebe. Z izvajanjem načrta se odziva na zdravstvene, psihološke, socialne in zaposlitvene potrebe. Zato je nujno, da so v načrtovanje vključeni različni strokovnjaki različnih služb: zdravstvenih, socialnih in zaposlitvenih. Mlad človek, ki se je po prvi epizodi shizofrenije znašel v razmerah, ko ne more nadaljevati študija zaradi spoznavnih motenj, je osamljen, ker prijatelji zavračajo njegovo družbo, preživlja dneve doma z zaskrbljenimi in osuplimi starši, je v gmotni stiski, ker se je v času bolezni zadolžil in ga je zapustila partnerka, rabi veliko več, kot le zdravljenje. Potrebuje **celovito in vsestransko obrnavo**, ki mu bo v oporo pri reševanju številnih potreb in problemov. Zaradi velike pogostosti duševnih motenj, predvsem depresije in tesnobe pa pričakujemo, da ne bomo mogli odgovoriti na vse potrebe. Za večino ljudi s psihičnimi težavami lahko poskrbi osnovno zdravstveno varstvo, poleg tega pa se ti ljudje zanašajo in znajo uporabiti svoje vire pomoči in mreže. V Sloveniji so bili pred časom psihiatrični dispanzerji dostopni vsem, ki so se znašli v duševni stiski brez napotnice. Ta velika dostopnost pa navkljub pričakovanjem ni bistveno vplivala na iskanje pomoči, vsaj ne na način, da bi zaradi nje zmanjšali število samomorov. Ljudje se verjetno zaradi stigme ali morda tudi zaradi drugih razlogov, niso pogostokrat obračali na psihiatrične službe. Morda drži tudi, da so dispanzerji bolj poskrbeli za tiste z manjšimi problemi, kot za tiste z zelo hudimi. Res pa je tudi, da takrat ni nihče od strokovnjakov niti pomislil na čakalne dobe in da je bil vtis urejenosti sistema bistveno boljši kot danes. Raziskave kažejo, da ima dispanzerska

metoda dela prednosti, vendar manjše od ambulantnega in skupnostnega pristopa, ki omogoči nepretrgano in dostopno obravnavo tudi najbolj duševno bolnim. Le redki od teh se bodo sami od sebe znašli v psihiatričnih ambulantah in še manj čakali na sprejem. Ob tem pa je pri skupnostni obravnavi nadvse važno tudi to, da ne rešujemo težav „po kopitu“, čeprav z doktrinarno dokazanimi metodami zdravljenja in obravnave, temveč bi morali znati prilagoditi vsako obravnavo kulturnim in socialnim značilnostim posameznika. Razlike se pokažejo predvsem pri psihološki obravnavi in pri rehabilitaciji. Ljudje iz južnih in vzhodnih držav najdejo pogosto več opore v svojih družinah in si lahko pomagajo z nekaterimi tradicionalnimi duhovnimi zdravljenji. Človeka, ki prihaja iz vojnih območij nekdanje Jugoslavije, se obravnava drugače, kot tistega, ki je rojen v mirni Sloveniji. Obravnava zahteva torej **socialno in kulturno prilagojenost**.

Vrednote skupnostne psihiatrije

Zavzetost

Psihiatrično osebje je pri delu v skupnosti bistveno bolj samostojno kot pri delu v bolnišnicah. Klasična hierarhija odnosov vodenja sicer ni porušena v celoti, saj zdravnik še vedno prevzema vodenje zdravstvenega dela obravnave, vendar vsak član delovne skupine prevzema odgovornost za izvajanje načrta pri opredeljenih pacientih. Večino delovnih nalog tako poznajo vsi člani delovne skupine. Prerekanje o tem, katera poklicna skupina je odgovorna za učenje vsakdanjih veščin (medicinske sestre ali delovni terapevti), se tako prekine, saj morajo nekaj o tej tehniki dela vedeti vsi. V primeru, da potrebujejo pri izvajanju bolj specifična znanja, se obrnejo na sodelavce. Obstaja le nekaj specifičnih nalog, ki potrebujejo visoko specializirano obravnavo. Med te sodi zdravljenje z zdravili, ki ga lahko opravlja le osebni zdravnik ali psihiater, psihoterapija, ki potrebuje dodatno usposabljanje in licenco, ocenjevanje motoričnih in procesnih spretnosti, ki jih lahko opravlja le delovni terapevt, itd. Večja odgovornost in samostojnost nedvomno vplivata na večjo zavzetost osebja.

Ko smo v psihiatrični bolnici Ljubljana začeli s skupnostno obravnavo, smo organizirali delo tako, da smo vsako jutro na kratko poročali o opravljenem delu prejšnjega dne in načrtovali dnevne aktivnosti. Ker smo morale sodelavke opraviti tudi delo na oddelkih, smo sestanke začele skoraj uro pred začetkom delovnega časa. Prav vse so se tega dogovora držale, čeprav

niso zato nič prej odhajale domov. Vsako jutro smo zmogle živahno diskusijo. Vsaka od nas je tudi zunaj delovnega časa opravila telefonske pogovore s pacienti. Medicinski sestri ni bilo težko opraviti nujnega obiska ponoči. Takšna zavzetost sicer ne more trajati v nedogled. Eden izmed razlogov, da smo vztrajale je bil gotovo ta, da smo verjele v poslanstvo tega pilotskega projekta in v to, da je tako pomemben, da ga bomo lahko vgradile v celotni sistem obravnave na psihiatriji. Poslanstvo naše službe je slonelo na principih rehabilitacijskega gibanja in smo ga opredelile takole:

OSEBJE V REHABILITACIJSKI SLUŽBI VERJAME IN VZTRAJA PRI TEM, DA IMA V PROCESU ZDRAVLJENJA IN ZDRAVSTVENE NEGE PACIENT PRAVICO DO:

- nepretrganega zdravljenja, skrbi in podpore, ki spodbuja boljšo kakovost njihovega življenja;
- osebnega dostojanstva in do spoštljive obravnave;
- individualnih razgovorov in posamezniku prilagojenih ravnanj in odnosov;
- vseh dostopnih služb za razvoj svojih zmožnosti,
- izbire služb in osebja,
- nadzora nad sabo in
- prispevanja k uresničevanju svojih želja in potencialov.

Trajanje tako visoke zavzetosti v instituciji pa je omejeno. Zaradi številnih interesov, borbe za premoč in rigidnih organizacijskih struktur prevlada institucionalna dinamika. Visoko zavzetost lahko ohranjajo le delovne skupine, ki so relativno neodvisne od velikih institucij (ki so zainteresirane za institucionalne oblike obravnave), torej delujejo dejansko v skupnosti.

Destigmatizacija in varovanje pravic

Razlog, da ljudje s hudimi duševnimi motnjami pri nas in v svetu ne pridejo do učinkovite, vsestranske in prilagojene obravnave, je v stigmatizaciji. Ta je vir vseh tegob zdravstvenega in socialnega sistema skrbi za paciente ter vnetljivo gradivo za nesoglasja in nasprotovanja med strokami. Zato je v borbi za boljše, dostopnejše in učinkovitejše službe potrebno vedno znova preverjati lasten odnos do ljudi z duševnimi motnjami. O stigmi, predsodkih in diskriminaciji

vedo uporabniki naših služb, torej pacienti, povedati vse. Dobro je, da dvignejo glas proti pokroviteljskim odnosom v službah, proti revščini in izključenosti, v katere se jih potiska. V razpravah o zakonu o duševnem zdravju in o nacionalnem planu duševnega zdravja pri nas na primer, niso bili direktno vključeni v nobeno delovno telo. K sreči je nekaj njihovih mnenj prodrlo preko nevladnih organizacij, sicer bi se celotno odločanje o bodočnosti na področju duševnega zdravja zaključilo brez tistih, o katerih se odloča.

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

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

Avtonomija

je sposobnost sprejemanja neodvisnih odločitev in izbirati med različnimi priložnostmi. Človek z duševno motnjo lahko sprejema samostojne odločitve v večini področij življenja, kljub bolezni in manjšim zmožnostim. Samostojnost pri odločanju v večini življenjskih področij je pravica in hkrati terapevtska možnost, pristop in odnos, ki ima neprecenljivo vrednost pri kreptvi samospoštovanja. Odločitve o obleki, hrani, vsakdanjih priboljških, dejavnostih v prostem času, sodelovanju ali nesodelovanju v skupinah, o druženju, kajenju itd., so pravice, ki jih ni mogoče odvzeti niti v najbolj akutnih fazah bolezni. Razlog, da se omejuje samostojnost pacientov v različnih institucijah, je predvsem praktične narave. Življenje je tam organizirano po hišnem redu, ki ga ni mogoče prilagajati v nedogled. Potrebno je vzpostaviti nadzor nad gibanjem in drugimi življenjskimi aktivnostmi in zagotoviti, da je oddelčni red prilagojen delovnemu urniku, terapevtskim dejavnostim in najpogostejšim osnovnim potrebam večine pacientov. Če je osebja malo, kadar je nezadovoljno, ali, če zaradi navade prevladujejo avtoritarni vzorci vedenja, je prilagajanja manj. Pogosto se poudarja „enakost“ pacientov, s trditvijo, da nekateri ne morejo imeti več pravic kot drugi. Ta trditev je načeloma opravičljiva le takrat, ko je odločitev pacienta v škodo drugim pacientom. Priložnost za čim bolj posameznikom prilagojene oblike dela pa bi morala biti ena izmed usmeritev terapevtskega dela, tudi v primeru, če je ni mogoče izvajati povsem zaradi kadrovske in drugih stisk.

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

Kljub spoštovanju načela avtonomije, pa mora osebje v skupnostnih službah vendar znati vztrajati pri tem, da uporablja dokazano uspešne metode zdravljenja in rehabilitacije. To je njihova pravica in dolžnost, ki se naj ne bi umaknila pacientovim zahtevam po nepreverjenih oblikah obravnave. Osebje ima pravico do strokovne avtonomije, ki zagotavlja **učinkovitost in uspešnost obravnave**. Odločitve o tem, katere terapevtske postopke bo osebje uporabljalo ne more prevzemati pacient. Lahko pa določeni terapevtski postopek odkloni in ob tem za to

odklonitev prevzame odgovornost. Zdravljenje proti volji je mogoče le v redkih primerih povsem porušene realitetne kontrole in še to le takrat, ko je pacient nevaren sebi ali drugim.

Preventiva

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

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

Dokazano uspešne preventivne dejavnosti na področju duševnega zdravja so relativno slabo raziskane.

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

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

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

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

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

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

samomorov. S takšnimi posegi so v nekaj primerih zmanjšali pogostost samomora pri ženskah. Sem sodijo tudi krizne intervencije, ki jih lahko izvaja skupnostna psihiatrična delovna skupina.

Njena vloga pri izvajanju preventive je sodelovanje pri pripravi in izvajanju preventivnih programov. Povezuje se z zavodi za zdravstveno varstvo, nevladnimi organizacijami, zdravstvenimi in socialni službami. Najpogostejši cilji skupnostne psihiatrične delovne skupine so:

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

Delovna skupina ima vodilno vlogo pri **indiciranih** preventivnih dejavnostih, predvsem pri izobraževanju policistov, medicinskih sester, zdravnikov, duhovnikov, urgentnih služb itd. o znakih duševnih motenj, njihovih posledicah, načinih zdravljenja in obravnave pri že obolelih. Študija Rutza in sodelavcev je namreč že 1992. dokazala, da je dvodnevni izobraževalni tečaj splošne zdravnike o depresiji za dve leti zmanjšal pogostost samomora na območju izobraževanja, vsaj pri ženskah.

V okviru mednarodnega projekta za preprečevanje samomora na Koroškem in Celjskem je Inštitut za varovanje zdravja pod vodstvom dr. Andreja Marušiča izpeljal z lokalnimi Zavodi za zdravstveno varstvo in z nevladnimi organizacijami uspešno preventivno dejavnost izobraževanja zdravstvenih, socialnih in laičnih sodelavcev na področju preprečevanja samomora v tesni povezavi z mediji. Dokončne vzročne povezave ni mogoče dokazati, vendar je nedvomno res, da je v regijah, kjer so program izvajali, količnik samomora dramatično upadel in to bolj kot tam, kjer programa niso izvajali. Podoben program pripravljamo tudi v

Podravju, Pomurju in ponovno na Koroškem skupaj z zavodi za zdravstveno varstvo na teh območjih.

Metode dela v skupnostni psihiatriji

Ocena potreb

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

Za oceno potreb na regionalni ali populacijski ravni pa je potrebno meriti tudi dostopnost služb. Dostop do pomoči zaradi duševnih motenj je povsod po svetu slab. Pomoč dobi manj kot polovica ljudi, ki jo potrebujejo. Dodaten problem je usmerjenost pomoči, saj v večini držav pomoč dobijo tudi ljudje, ki je ne potrebujejo, medtem, ko hudo duševno bolni ostajajo neoskrbljeni. Gre torej za to ali pravilno uporabljamo sredstva.

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

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

Na individualnem nivoju torej delamo naslednje:

- ocenimo potrebe posameznika;

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

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

Timsko delo

Nobena služba za skupnostno psihiatrijo ne more delovati samostojno. Delujejo lahko le v povezavi z bolnišnicami, psihiatričnimi ambulantami, dnevnimi oddelki in centri, z osnovnim zdravstvenim varstvom, centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami, zavodi za zaposlovanje in drugimi službami. Te službe že zagotavljajo vrsto zdravstvenih, socialnih, zaposlitvenih storitev za ljudi z duševnimi motnjami in preventivo. Delovne skupine v skupnostni psihiatriji so torej praviloma sestavljene iz sodelavcev različnih strok in sektorjev in stremijo k organizaciji in koordinaciji različnih služb za eno osebo.

Timsko delo je povezano delovanje sodelavcev različnih strok in vpletenih posameznikov k skupnemu cilju.

Skupnostne delovne skupine na regionalno definiranih območjih pa imajo poleg tega tudi skupno odgovornost za zagotavljanje psihiatrične oskrbe na območju (na primer 60 000 prebivalcev), imajo svojega vodjo in določena sredstva, ki jih razporejajo v skladu z ugotovljenimi potrebami. Tako se izkaže, da najprej poskrbijo za najbolj nujne potrebe na določenem območju in da si postavljajo kolektivne – skupne prioritete. Če torej delovna skupina prevzema odgovornost za psihiatrično oskrbo na določenem področju, bo gotovo najprej poskrbela za paciente, ki imajo težke duševne motnje, so samomorilno ogroženi, zanemarjeni glede zdravstvenega varstva in podobno.

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

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

Za dobro timsko delo je potrebno dobro vodenje, kar pomeni spoštovanje različnih mnenj in enakopravno sodelovanje, hkrati pa tudi potrebno avtoritarnost, da se pomembne odločitve glede zdravstvenih stanj sprejmejo pravočasno in v skladu s strokovnimi smernicami.

Skupnostne time se torej vodi na način porazdelitve odgovornosti in hkrati direktivno v primerih nujnih stanj in zapletov pri obravnavi.

Splošne skupnostne psihiatrične delovne skupine za obravnavo duševnih motenj

Multidisciplinarne delovne skupine naj bi bile osrednji element sodobne skrbi za duševno zdravje povsod po svetu. Razloga za to soglasno mednarodno mnenje sta očitna: potreba po koordinaciji socialnih in zdravstvenih služb pri obravnavi ljudi s hudimi duševnimi motnjami in spoznanje, da ima terapevtski odnos in spoštovanje pacientovih pravic v lokalnem okolju bistven vpliv na potek in izid duševnih motenj. Skupnostne delovne skupine so se v zadnjem desetletju specializirale za nekatera posebna področja obravnave z vidika značilnosti pacientov. To so lahko motnje hranjenja in prve psihoze ali glede na vrsto intervencije, na primer krizne intervencije. Skupnostne delovne skupine za duševno zdravje v generičnem pomenu pa so sestavljene iz specialistov psihiatrov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov in delovnih terapevtov in so namenjene vsem (odraslim) prebivalcem na definiranim območju, predvsem tistim s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Hrbtenica službe so psihiatri, ki ocenijo stanje in predpišejo terapijo ter medicinske sestre, ki terapijo izvajajo in nadzorujejo stanje. Socialni delavci načeloma niso zaposleni v zdravstvenih službah, zato je njihova udeležba različna. Pri nas so zaposleni na Centrih za socialno delo, tudi kot koordinatorji obravnave v skupnosti. Njihovo sodelovanje v načrtovanih timih bo nepogrešljivo.

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

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

Odločitev o vodenju delovne skupine je navadno posledica dogovora med njegovimi člani. Vodenje je takšno, da omogoča enakopravno izražanje mnenj in da dopušča različnosti v znanju, vrstah znanja in izkušnjah med sodelavci. Poklicno ozadje vodje skupine je lahko medicinska sestra, psiholog ali psihiater.

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

Specialistične skupnostne delovne skupine

se razlikujejo od splošnih na več načinov:

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

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

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

Delovne skupine za krizne intervencije

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

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

Delovne skupine ACT obravnavajo paciente, ki se pogosto vračajo v bolnišnico in slabo sodelujejo pri psihiatričnem zdravljenju. Spremljajo dolgotrajne in zahtevne psihiatrične paciente, ki potrebujejo nepretrgano podporo v skupnosti. Podobno kot pri splošnih psihiatričnih skupnostnih delovnih skupinah, opravlja delo multidisciplinarna delovna skupina. Razmerje med osebjem in pacienti je razmeroma nizko (1:10), saj gre za intenzivno spremljanje in zdravstveno obravnavo. Skrbijo za redno jemanje zdravil in preverjajo zdravstveno stanje. Pomagajo pri vsakdanjih težavah na pacientovem domu, delajo z družino

in krepijo socialne veščine. S pacienti imajo pogoste stike, tudi v času morebitne hospitalizacije. Dostop do teh delovnih skupin je 24 ur dnevno, tudi ob koncu tedna. V Sloveniji so ACT-eju podobne delovne skupine nastale v okviru štirih psihiatričnih bolnišnic: Ljubljana, Idrija, Maribor in Ormož. Njihovo delo je bilo mešanica prostovoljstva in profesionalnosti, ker niso bili nikoli financirani. Večina osebja je morala delovne naloge opravljati poleg drugih poklicnih zadolžitvev. Le v Ljubljani so jim dodelili terciarna sredstva. Nikjer ni prišlo do sistematičnega izbora pacientov za vključitev (glede na klinično sliko, potek bolezni in pogostost sprejemov), temveč je bil izbor pacientov večinoma slučajen ali blizu slučajnega. Do vključitve je prišlo, kadar se je kdo od lečečih psihiatrov zavzel za pacienta in prepoznal vrednost v skupnostni obravnavi. Očitno je bilo, da število vključenih ni sledilo potrebam. Že od začetka niso mogli upoštevati nekatere principe dela. Nobena delovna skupina ni bila dostopna 24 ur, čeprav so nekatere sodelavke delale tako zavzeto, da so opravile delo tudi zunaj delovnega časa. Pojavljalo se je tudi precej formalnih zapletov: težave z avtomobilom, potnimi nalogi in drugimi administrativnimi postopki, ki so zahtevali vse več časa zaposlenih. Končno pa se je oblikovala administrativna podlaga za delo in vnašanje storitev. Drug zaplet je prinesla nova zakonodaja, ki je odgovornost za spremljanje pacientov delegirala centrom za socialno delo. Po tem so psihiatrične delovne skupine za posege v skupnost obstale le zaradi lastne predanosti in trmastega vztrajanja pri očitnem dejstvu, da pacienti potrebujejo tudi zdravstveno obravnavo. Primer bolnišničnih skupnostnih timov je kazalec pomanjkljivega sodelovanja med sektorji, ki se v procesu nastajanja zakonskih in podzakonskih aktov niso znali dogovoriti o sodelovanju. Posledice nosijo pacienti in njihovi svojci, ki protestirajo zaradi neusklajenosti med psihiatrijo in centri za socialno delo in nezadostnosti obravnave. Načrtovanje obravnave je lahko bojno polje za prevlado med strokami, ali, kakor je rekel eden izmed osveščenih članov nevladne organizacije: „Zdajle pišejo moj peti individualni načrt. Vsi pišejo. Jaz rabim dobrega psihiatra, da me zdravi in dobrega socialnega delavca, da mi pomaga rešiti moje socialne probleme.“

Zakonodajalec je sredstva za izvajanje načrtov dodelil le centrom za socialno delo, ki pa na zdravstvene potrebe ne morejo odgovoriti. Brez zdravstvene obravnave pa je večino načrtov nemogoče izvajati. Primer je načrt, ki je nastal na podlagi želje pacientke, ki se zdravi zaradi odvisnosti od alkohola, da bi naredila voziški izpit. Zadeva je šla v načrt, ure so se plačale,

vendar pacientka zaradi pogoste opitosti in komplikacij pač ni mogla sestiti za volan. Želja drugega pacienta je bila. „Urejeno stanovanje“. Stanovanje so očistili in opremili, vendar stanovanja zaradi bolezni in posledic ni mogel vzdrževati. Tako so načrt čiščenja in urejanja lahko samo še nekajkrat ponovili. Izguba sredstev in moči za takšno delo je ogromna. Pri obeh pacientih bi lahko psihiatrični tim pomagal pri zdravljenju in obvladovanju ter vzpostavil pogoje za izvajanje koordiniranega načrta.

Skromna evalvacija njihovega dela pa je vendar pokazala, da se z ACT timi lahko doseže ogromno zmanjšanje števila in dolžine hospitalizacij pri pacientih, ki so se pogosto vračali v bolnišnico.

Generičnih ali specialnih skupnostnih psihiatričnih delovnih skupin v Sloveniji v 2011 še ni. Psihiatrične službe so organizirane kot psihiatrične ambulante in ne posegajo v skupnost. Oblikovan pa je načrt za implementacijo, ki se lahko uporabi na kateremkoli omejenem območju.

Primeri dobrih praks

Italija

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

tudi dejstvo, da so veliko večino oskrbe omogočili z bistveno manjšimi stopnjami oviranja in prisile kot v prejšnji ustanovi.

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

Trst ima štiri centre za duševno zdravje za populacijo od 50-65000 prebivalcev. Vsak center ima 6-8 postelj. Vsi centri so odprti 24 ur na dan. Nujni primeri se lahko do nekaj dni zdravijo tudi na psihiatričnem oddelku splošne bolnice (8 postelj-odprt oddelek), vendar jih morajo od tam v najkrajšem možnem času vrniti v center. Štiri psihiatrične postelje so tudi v Unverzitetni kliniki. Imajo okrog 70 postelj v stanovanjskih skupinah in drugih nastanitvah. Stopnja podpore pacientom je različna, tudi do 24 ur. V Trstu je tudi 12 socialnih kooperativ, ki zagotavljajo plačano prilagojeno zaposlitev za njihove člane. Podpirajo delovanje združenj svojcev in pacientov, ki se skušajo kar najbolj vključiti v socialno življenje mesta. Zdravljenja proti volji so statistično 6 / 100 000 primerov. Trije forenzični (sodni) pacienti so v drugih psihiatričnih bolnicah, vendar računajo na njihovo vrnitev v center.

Velika Britanija

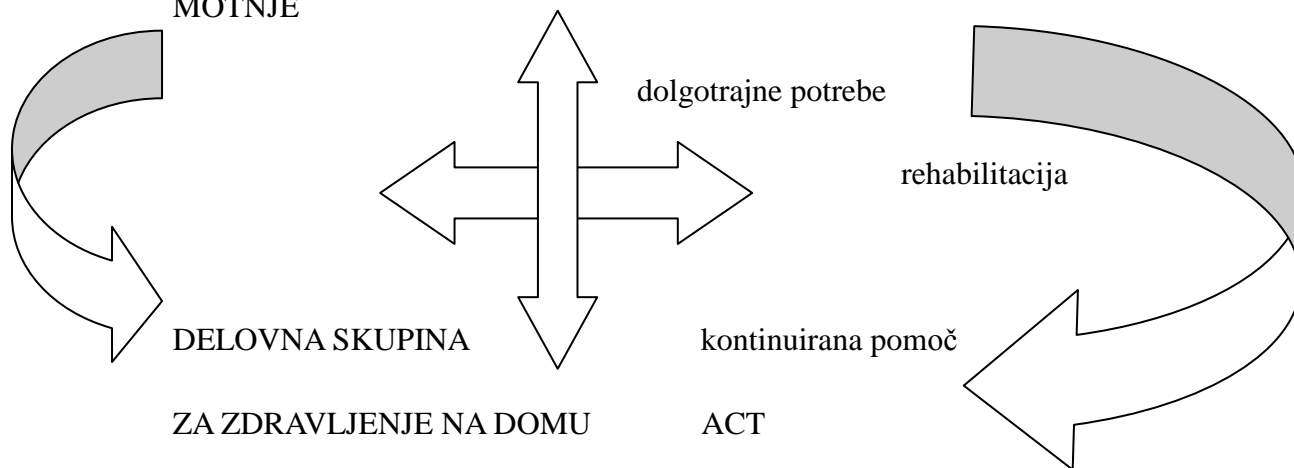
Najbolj znan center za skupnostno psihiatrijo je v Birminghamu. Tam so službo načrtovali po posvetu s pacienti in njihovimi svojci. Ti so načrtovalcem sporočili, da želijo spoštljivo, enakopravno obravnavo, ki bi odgovarjala njihovim potrebam. Najpomembnejše se jim je zdelo zaposlovanje in izobraževanje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

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

Grafična ponazoritev delovanja:

OSNOVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

↓ ↑
SPLOŠNA SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA DELOVNA SKUPINA ZA DUŠEVNE
MOTNJE



Organizacija bivanja: bolnišnica, dnevni oddelki, krizne hiše

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

Tim za krizne posege zagotavlja nepretrgano (24 ur dnevno, 7 ur v tednu) pomoč in nujno pomoč za ljudi v psihični krizi, ki bi jih bilo sicer potrebno sprejeti v bolnišnico. Ta delovna skupina skuša zmanjšati sprejeme v bolnišnico in tudi v bolnišnici deluje tako, da lahko paciente čim hitreje odpustijo domov. Zagotovijo hiter odgovor na klic in hitro oceno krizne situacije. V omejenem časovnem obdobju ponudijo vsestransko pomoč, da se izognejo hospitalizaciji. Intenzivno pomoč izvajajo doma z rednimi obiski, ki so lahko tudi večkrat dnevno. Ciljna populacija so odrasli med 16 in 65 letom s hudimi duševnimi motnjami Druge

duševne motnje kot je tesnoba, odvisnost od alkohola, poškodbe in bolezni možganov, kot je demenca, učne motnje, osebnostne motnje itd., so predmet dela drugih služb. Delovna skupina je v takšnem timu usposobljena za delo z ljudmi s hudimi (psihotičnimi) duševnimi motnjami, zna oceniti psihično stanje, načrtovati obravnavo, zdraviti motnjo in poiskati izhod iz krize ter je tesno povezana z lokalnimi službami.

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

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

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

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

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

Irska

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

Španija

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

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

Francija

Projekt v vzhodnem Lillesu je eden izmed pogosto opisanih dobrih primerov skupnostne psihiatrije. Začel se je 1977. v bolnišnici, ki je prevzemala psihiatrično oskrbo za 86000 prebivalcev. Takrat je bilo v bolnišnici 300 kroničnih psihiatričnih pacientov. Do 1995 so s pomočjo zasebnega združenja (Zdravstveno-psihološko-socialno združenje) posameznikov, ki so želeli reformo azilov (bolnišnic in socialnih zavodov) začeli z izobraževalnimi programi za javnost v lokalnem okolju, ki so imeli v bistvu antistigmatizacijske cilje. Lokalna skupnost je njihovo delo podprla tako, da so lahko s pomočjo državnih sredstev dosegli, da je večina

strokovnjakov začela delati v lokalnem okolju (70%). Vzpostavili so sistem prosto dostopnih posvetov v primeru psihičnih težav. Paciente sprejme medicinska sestra, ki mora v 24 urah usmeriti pacienta v zanj ustrezno služno. Če je potrebno ga/jo že isti dan pregleda psihiater.

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

Avstrija

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

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

Nemčija

Nemčija je v proces deinstitutionalizacije vstopila izjemno previdno in večinoma ni omogočila prehoda psihiatrične oskrbe v splošne bolnišnice. Dejstvo je, da v Nemčiji, tako

kot v Sloveniji, psihiatrične bolnišnice prevzemajo tudi obravnavo odvisnosti in celotno obravnavo geriatričnih pacientov z vsemi somatskimi zapleti.

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

Posledice

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

Temelj skupnostne psihiatrične obravnave pa niso le organizacijske prednosti, temveč ustrezen odnos do pacienta s psihično motnjo, Za obravnavo v skupnosti je potrebno spremeniti način razmišljanja strokovnjakov, politike in javnosti, kar do sedaj ni bilo dovolj uspešno.

Organizacija služb-kako

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

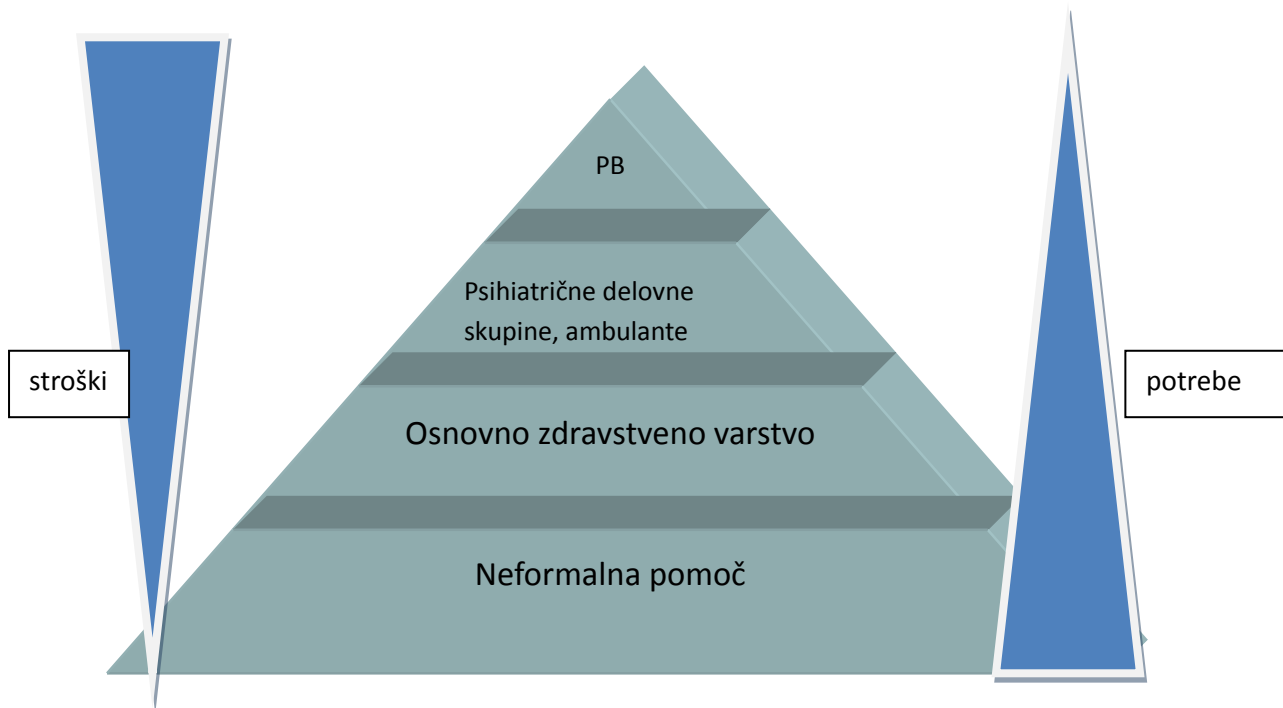
- osnovno zdravstveno varstvo z zaledjem specialističnih služb;
- skupnostno obravnavo za ljudi z duševnimi motnjami v obliki delovnih skupin na določenih regionalnih območjih.
- splošne psihiatrične ambulante;
- klinično psihološke ambulante;
- visoko specializirane službe za motnje hranjenja, dvojne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

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

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

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

Slika 1. Organizacijska piramida primernih služb na področju duševnega zdravja (14).



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

Načrtovanje in financiranje

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

K financiranju prispevajo tudi lokalne skupnosti. Službe za duševno zdravje so integrirane v osnovno zdravstveno varstvo in lahko prispevajo osebje. Na individualne nivoju pa je potrebno oceniti potrebe, omogočiti strokovno obravnavo in zadostno informiranost pacientov, družin in skupnosti.

Ocena potreb

Delo in ukrepi v skupnostni obravnavi bolnika se načrtujejo na osnovi ocene njegovih potreb. Ocena potreb populacije na regionalno določenih področjih omogoča načrtovanje služb za duševno zdravje.

Na individualnem nivoju so potrebe bolnikov v bistvu njihove zahteve, ki so prilagojene možnostim. Na individualni ravni ljudje z duševnimi motnjami potrebujejo isto kot drugi ljudje. To je predvsem uresničevanje njihovih želja in potencialov ter varovanje njihovih osnovnih življenjskih pravic do izobrazbe, dela, lastnine, družine in povezovanja z drugimi ljudmi

Primer ocenjevanja na individualni ravni je standardiziran angleški vprašalnik, ki ocenjuje 22 vrst potreb Camberwell Assessment of Need (CAN). Slovenska raziskava s CAN je pokazala, da pacienti v rehabilitacijskih službah večinoma iščejo pomoč zaradi pomanjkanja družinske podpore in zaradi revščine. Večina želi zaposlitev in izraža potrebo po druženju (13/12).

Na individualnem nivoju torej delamo naslednje:

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

Potrebe populacije se ocenjujejo s pogostostjo duševnih motenj, z merjenjem resnosti teh motenj in z merjenjem njihovih posledic. Za oceno potreb na regionalni ali populacijski ravni pa je potrebno meriti tudi dostopnost služb. Dostop do pomoči glede duševnih motenj je

povsod po svetu preslab. Pomoč dobi manj kot polovica tistih, ki jo potrebujejo. Dodaten problem je usmerjenost pomoči, saj v večini držav pomoč dobijo tudi ljudje, ki je ne potrebujejo, medtem, ko težko duševno bolni ostajajo ne-oskrbljeni. Gre torej za to ali pravilno uporabljamo sredstva.

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

Implementacija

Korake k implementaciji povzemam po angleških avtorjih (Thornicroft G. : Better Mental Health Care, 2010).

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

Uporabimo lahko:

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

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

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

Vsi podatki naj se uporabijo pri implementaciji.

3. Tretji korak(i) so povsem praktične narave. Potrebno je pridobiti prostore, v katerih bo imela delovna skupina svojo bazo, ter avtomobil za obiske na domu in potrebno zdravstveno opremo ter zdravila. Glavni vložek pa je delo z osebjem zato, da se vzpostavi dobre delovne odnose in da se doseže konsenz o metodah in načelih dela.

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

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

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

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

Težave pri implementaciji

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

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

Izobraževanje

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

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

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

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

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

Za implementacijo modela na državni ravni pa je potrebno te programe okrepiti in integrirati v izobraževalne programe na dodiplomski ravni v okviru izobraževalnih institucij. Nekaj razmišljanja o tem in nekaj priprav na preboj v multidisciplinarnost na dodiplomski ravni se kaže na Visokih šolah za zdravstvo in na Medicinski fakulteti v okviru Katedre za javno zdravje ter Katedre za družinsko medicino.

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

Pričakovanja pacientov

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

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

Merjenje izida

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

Takšni podatki so na primer:

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

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

Kazalci kakovosti obravnave

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

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

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

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

Številni raziskovalni dokazi potrjujejo tudi, da so s skupnostno psihiatrijo pacienti bistveno bolj zadovoljni kot z ambulantno ali bolnišnično (Cochrane Database Syst Rev 2007;3:CD000270)

Viri

1. Brown B, Crawford P, Darongkamas J. *Nurs Times*. Interdisciplinary work in community mental health. 2002 ;98(32):38-9.
2. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, Wright C. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001;5(15):1-139.
3. Cramer, JA, Rosenheck R. Enhancing medication compliance for people with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187: 53-5.
4. Demšar S. Skupnostna psihiatrija. Specialistična naloga. Zdravniška zbornica. Ljubljana 2011.
5. Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy* 1995; 26: 433-49.
6. Jerrel JM. Toward managed care for persons with severe mental illness: Implications from a cost effectiveness study. *Health Affairs* 1995; 14: 197-207.
7. Killaspy H, Johnson S, King M, Bebbington P. Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008 ;17(1):47-56.

8. Lehman AF, Dixon L, Deforge B, Kernan E, Frank R. Cost effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 346-52
9. Liberman, RP, DeRisi, WJ, Mueser KT. *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needham Heights 1989, Mass: Allyn & Bacon.
10. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD000270.
11. Marshall M, Lockwood A. WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Apr 13;(4):CD001089.
12. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M. et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychaitry* 1995; 52: 679-87.
13. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 37-74.
14. Muntaner C. et al. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews* 2004; 26: 53-62
15. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. V: *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: 002831.
16. Pirkola S, Sund R& Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate. *Lancet* 2009; 373:147-53. na spletni strani 7.6.2011
<http://130.237.98.166/content/1/c6/07/96/77/Pirkola%20et%20al%202009.pdf>
17. Simpson AJ. The impact of team processes on psychiatric case management. *Adv Nurs*. 2007;60(4):409-18.

18. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry*. 2001;178:497-502; 503-5.
19. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 Dec;17(10):881-92.
20. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 392-7.
21. Svetovna zdravstvena organizacija. Helsinška deklaracija 2005. Helsinki (Mental Health Declaration for Europe). Na spletni strani 7.6.2011: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe>
22. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185:283-90.
23. Thornicroft G & Szukler G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford 2005. Oxford University Press.
24. Thornicroft G and Tansella M. *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press: Cambridge 2007.
25. WHO Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva 2005. Iz spletne strani 7.6. 2011
http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf
26. WHO Mental Health: policies and practices. Geneva 2008. Iz spletne strani 7.6. 2011: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Advocacy.pdf

27. World Health Organization. Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Iz spletne strani 7.6. 2011 http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index.html
28. Wing J, Curtis R, Beevor A. Health of the Nation Outcome Scales: Brief Report. London. Royal College of Psychiatrists Research Unit 1996
29. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 2005; 15:357-376
30. Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML. Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. Am J Psychiatry 1997; 154(3):341-8.
31. World Health Organization. Human Resource and Training in Mental Health. Geneva 2005. Pridobljeno 23. 8. 2010 s spletne strani: http://www.who.int/mental_health/policy/Training_in_Mental_Health.pdf.
32. World Health Organization. The World Health Report 2008 - Primary Health Care. Geneva 2008. S spletne strani 7.6. 2011: <http://www.who.int/whr/2008/en/>

