

Vesna Švab, Nace Kovač

SKUPNOSTNA SKRB ZA OSEBE S PSIHOZO

IZHODIŠČE

Ugotavljamo, da uporabniki psihiatričnih služb, zlasti tisti z globokimi duševnimi motnjami, nimajo ustreznih možnosti za rehabilitacijo, to je, za vračanje na raven svojega delovnega in socialnega funkcioniranja pred prebolelo boleznijo.

V našem okolju nismo imeli zunajbolnišničnih skupnostnih služb, to je, psihosocialnih služb med psihiatrično bolnico (hospitalizacijo) in vsakdanjim življenjem (skupnostjo), kakršne so dnevni centri, krizne in svetovalne službe, stanovanjske skupnosti, pomoč na domu, in emancipacijskih formacij kakor kulturnih gibanj, interesnih skupin ter samoorganiziranja za določene cilje (1), ki bi zagotavljale tako podporo, da bi bila lahko vključitev v skupnost enakopravna in da bi lahko zadostili načelom normalizacije (2).

Delavci v psihiatričnih in socialnih službah imamo zunaj institucije malo možnosti, da bi ponudili uporabnikom psihosocialnih služb možnost izbire pri rehabilitaciji in pomoči.

V BOLNIŠNICI

je osebe preobremenjeno z delom. Zaradi pomanjkanja sester je njihova vloga v procesu zdravljenja in rehabilitacije omejena na nego bolnikov, čeprav so usposobljene za kompleksnejša terapevtska opravila. So slabo plačane, stigmatizirane podobno kot pacienti in niso motivirane za delo v skupnosti.

Psihiatrično delo je omejeno na redke, navadno mesečne kontrolne preglede. Krize in poslabšanja bolezni se največkrat razrešujejo v bolnišnici, odkoder lahko le malo vplivamo na okolje, v katerem je do poslabšanja bolezni prišlo.

Zaradi enostranske obravnave ne zdravstvene-psihiatrične stroke ne ustanove zunaj tega zaprtega sistema niso razvile svoje teorije in prakse.

CENTRI ZA SOCIALNO DELO

- dolga leta edini nosilec strokovnega socialnega dela v lokalni skupnosti - v institucionaliziranem socialnem prostoru odgovarjajo na probleme duševnega bolnika tako, da stran-ko, za katero domnevajo, da je duševno bolna, nemočno usmerjajo nazaj v psihiatrične službe.

Osebe z izkušnjo dolgotrajne hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici na centru za socialno delo ne najdejo ustrezne pomoči in svetovalcev, ki bi bili za to delo ustrezno strokovno specializirani. Znanja o psihiatričnem uporabniku so skromna. Večina delavcev sprejema psihično bolne z odporom in strahom pred njihovo drugačnostjo. Podpora je omejena na zagotavljanje denarne pomoči in na druge administrativne ukrepe.

Bolnik pa po odpustu iz bolnišnice le težko vstopa v kompleksen in socialno zahteven sistem, v katerem si lahko pridobi z zakonom zagotovljene ugodnosti. Odpuščeni pacienti so obremenjeni s pomanjkanjem samospoštovanja in socialno nespretni, osiromašeni zaradi bolezni in invalidizirajočega vpliva revne psihiatrične institucije.

Tekmovalnost med psihosocialno skrbjo, ki je pri nas še vedno antipsihiatričen model skrbi, in psihiatrično stroko, ki gleda na vsa psihosocialna prizadevanja z nezaupanjem ali odporom, je pri nas že tradicionalna. To pa seveda gre na škodo uporabnikov psihiatričnih služb in se v številnih primerih tudi tragično konča, s popolno izolacijo v skupnosti, ki jo

doživljajo zlasti najbolj nemočni uporabniki naših služb. Osamljenost in nemoč pripeljeta do izgube upanja, to pa je za psihiatrične bolnike velikokrat vprašanje življenja ali smrti.

Uspešnost skupnostne skrbi za osebe s psihozo je odvisna:

- od povezave med različnimi službami, strokovnjaki, prostovoljnimi sodelavci in uporabniki

- in od povezave uporabnikov-subjektov v mrežo, ki je oblika horizontalne organiziranosti uporabnikov psihiatričnih služb.

Slednji naj bi sami odločali o tem, kako bodo v mreži sodelovali, kaj bodo iz mreže vzeli in kaj vanjo dali.

Nihče nima monopola modrosti na področju kronične psihiatrije, in menimo, da je čas, da povezave zaživijo v korist večje avtonomnosti in boljšega zdravja uporabnikov psihiatričnih služb.

Teh je veliko, vsi vemo, da se praktično vsakdo v življenju sreča z blažjo ali hujšo psihično dekompenzacijo. Najbolj podpore potrebni pa so tisti s kroničnimi, dolgotrajnimi in invalidizirajočimi duševnimi motnjami, ki si vse oblike pomoči tudi najtežje zagotavljajo.

Uporabniki naših služb so nezadovoljni s slabo koordinacijo med službami. Po odpustu iz bolnišnice so prepuščeni lastnim, še ohranjenim prilagoditvenim zmožnostim, ki so po dolgotrajni hospitalizaciji in preboleli bolezni skromne, in iznajdljivosti in podpori ožjih sorodnikov.

Neustrezna skrb za duševno bolne je vir nezadovoljstva številnih strokovnjakov in uporabnikov. Da bi to nezadovoljstvo postalo konstruktivnejše in da bi se agresija usmerila v uporabno smer, opisujeva model skupnostne skrbi za duševne bolnike zunaj bolnišnice, njegove komponente in potrebne povezave, ki so, po prvih izkušnjah sodeč, v našem prostoru že uresničljive.

SEKTORIZACIJA

Področje skrbi za duševno bolne omejujemo, da lahko:

1. primerjalno raziskujemo delovanje služb,
2. določamo lokalne potrebe,
3. dosežemo jasnost porabe sredstev,
4. omogočamo povezovanje in skupno

delovanje zdravstvenih, socialnih in prostovoljnih služb in dejavnosti in

5. spodbujamo zdravljenje doma in dnevno oskrbo. (3)

Skupnostne službe za psihosocialno rehabilitacijo naj zajemajo območja z 40 do 200 tisoč prebivalci. Prvi pri nas omejeni sektor je občina Moste Polje.

KOMPONENTE SKUPNOSTNE SKRBI (4)

KONTINUIRANA SKRB NA BOLNIKOVEM DOMU

Razvoj povezanega podpornega sistema skrbi za kronično duševno bolne je bistven za uspeh skupnostnih služb.

Organizirana skrb na bolnikovem domu zmanjša število hospitalizacij, izboljša klinični izid bolezni in socialno funkcioniranje (5, 6) ter preprečuje hude posledice dolgotrajne odvisnosti od institucije-bolnišnice (7).

Da ne bi prihajalo do pogostih hospitalizacij, potrebujejo pogosti uporabniki psihiatričnih služb naslednje možnosti:

- a) materialna sredstva, kot so hrana, obleka in bivališče,
- b) vsakdanje življenjske spretnosti in delo,
- c) motivacijo,
- č) odsotnost patološko odvisnih odnosov,
- d) podporo v svojem okolju,
- e) izobrazbo,
- f) psihiatrično zdravljenje na domu. (8)

Seveda pa je skrb na domu odvisna zlasti od uporabnika, njegovih zmožnosti in potreb, je, skratka, individualna. Zato je potrebno, da ga odgovorni delavec dobro pozna in da oblike skrbi prilagajamo njegovemu trenutnemu stanju in spreminjajočim se potrebam v procesu rehabilitacije.

PRIMER 1

A. ima dolgoletne izkušnje zdravljenja in bivanja v različnih institucijah, kot so bolnišnica, domovi za ostrele in azil. V bolnišnico se vedno vrača ob krizah, ki jih povzročajo nesposobnost navezovanja ustreznih partnerskih odnosov in občutki nesposobnosti za delo. V bolnišnici ostaja dolgo, navadno nekaj mesecev. Zdi se, da je povsem odvisna od osebja in da ni sposobna skrbeti zase. Kljub temu pogosto izraža željo, da bi se osamosvojila in

zaživila enakopravnejše življenje ter uporabila svoje še neizkoriščene ustvarjalne sposobnosti.

V okviru možnosti smo skupaj z A. naredili načrt postopne rehabilitacije in vključitve v vsakdanje življenje.

1. Organizacija za duševno zdravje ŠENT ji je organizirala bivanje v stanovanjski skupnosti skupaj z drugo uporabnico psihiatrične bolnišnice in ju je podprla z obiski prostovoljnega delavca v skupnosti. Podpora se kaže zlasti v učenju vsakdanjih spretnosti, kot so kuhanje, nakupovanje, plačevanje položnic, in v spodbujanju k osamosvojitvi in pomoči uporabnicama pri urejanju medosebnih odnosov v stanovanjski skupnosti.

A. se je začasno vključila v delavnice za usposabljanje in v prostor za sprostitev in delo, kjer poskuša dejavno zadovoljevati svoje potrebe po delu in ustvarjalnosti. Odločitev o vrsti usposabljanja ali morda nadaljnega šolanja je preložena na obdobje, ko bodo prvi koraki ponovne vključitve v skupnost že narejeni.

2. Socialna delavka iz psihiatrične bolnišnice je poskrbela za lahek prehod iz bolnišnice v skupnost: pomagala je urediti preselitev iz azilske ustanove, dokumentacijo, dohodke, pomagala je pri iskanju primerne sestanovke in svetovala o izobraževanju.

3. Psihiatrinja in zdravnica sta spodbujali postopno osamosvojitve. Ob občasnih poslabšanjih bolezni ali tesnobi, ki se je povečevala v obdobju dokaj naglih sprememb, sta ustrezno pomagali z zdravili. V razgovorih sta ji dajali podporo in jo vključili v skupinsko in individualno psihoterapevtsko svetovanje. Psihiatrinja je ponudila telefonsko številko v primeru krize in sodelovala v timskih sestankih z ostalimi udeleženci.

4. Zavod za zaposlovanje je omogočil plačano usposabljanje v delavnicah organizacije ŠENT, kjer je delo prilagojeno potrebam in zmožnostim uporabnikov psihiatričnih služb.

5. Koordinacija z osnovno zdravstveno službo je pripomogla k postopnemu izboljševanju telesnega zdravja A. Patronažna sestra se je vključila v skupnostno skrb z občasnimi obiski v stanovanjski skupnosti.

6. Svojci A., ki so se doslej ob ponovitvah bolezni počutili povsem nemočni, so se vključili v skupino svojcev, kjer so našli nekaj

podpore in informacij o bolezni, njenem poteku, zdravilih itn.

Povezava med sodelavci je prinesla prve uspehe: večjo samostojnost in samozaupanje in jasnejše načrtovanje prihodnosti. Navkljub občasnim neuspehom, strahu in celo vrnitvam v bolnišnico je A. zadovoljna s sicer zahtevnejšim, a tudi kvalitetnejšim načinom življenja.

Iz primera je razvidno, da je temelj kontinuirane skrbi povezava med različnimi službami in posamezniki, ki so del njenega vsakdanjega okolja. Brez te povezave, to je, brez ustreznega timskega dela multidisciplinarne delovne skupine je vsaka oskrba neuspešna in kmalu zamre.

Povezovanje zagotavlja organizator skrbi, *case manager*, ki spremlja napredovanje ali nazadovanje rehabilitacijskega procesa, koordinira delovanje služb in evalvira uspešnost procesa.

DNEVNI CENTER

Dnevni center funkcionira kot vir dolgotrajne in stalne podpore ter strukturiranega okolja, zlasti za uporabnike s kroničnimi duševnimi motnjami brez zaposlitve in za starostnike. (9)

NAMEN DNEVNEGA CENTRA

1. Pretrgati krog ponovnih sprejemov v bolnišnico.

2. Nadomestiti sprejem v bolnišnico za manjšo skupino bolnikov. (10)

3. Pomoč hitro odpuščenim bolnikom, ki ne potrebujejo več zelo intenzivne nege.

4. Spodbujati uporabnike, da znova razvijejo svoje naravne podporne sisteme (prijateljstva, družino, delo, prostočasovne dejavnosti, socialne skupine...).

5. Prepoznavati občutke osebja, ki bi mu lahko delo s kronično bolnimi jemalo pogum in ga preobremenilo. (11)

6. Normalizacija (12) - omogočiti uporabnikom socialno pozitivno vrednoteno vlogo.

Eden izmed pglavitnih ciljev dnevnega prostora je ustvarjati neogrožujoče ozračje (13), ki je ugodno za postopno izboljšanje socialnega funkcioniranja, kar je v različnih študijah dokazana prednost dnevne skrbi (14).

PODPORA VRSTNIKOV

Skupine uporabnikov se združujejo prostovoljno zaradi potreb po podpori, delitvi moči, zaradi prijateljstva in občutka povezanosti (6). Samoorganizacija uporabnikov prinaša zvečanje občutka lastne vrednosti, ki lahko pomembno pripomore k boljši vključitvi v skupnost. Varno okolje za interakcijo in odnose med člani je temelj za izmenjavo informacij in za posebno emocionalno podporo. Delijo se izkušnje o spopadanju z vsakdanjimi težavami, skupina išče možnosti za ponovno ovrednotenje družbenega statusa posameznikov in razrešuje občutke krivde zaradi vedenja v času bolezni.

Skupina deluje na socialnem področju kot naravni imunski sistem, ki skrbi za reševanje socialnih zagat in krepitev socialne trdnosti posameznika in temeljnih človeških skupin. Imunska sistema na socialnem področju sta samopomoč in samoorganizacija. (15)

Odkrit pogovor o izkušnjah hospitalizacije in bolezni z vrstniki, ki lahko te izkušnje razumejo, bistveno pripomore k ponovni vzpostavitvi občutka enotnosti in večji samozavesti. Praviloma so v navzočnosti strokovnjakov ali "zdravih" posameznikov taki pogovori zelo omejeni, če ne nemogoči, kar so potrdile tudi naše izkušnje.

PRIMER 2

B. je bila nekajkrat v psihiatrični bolnišnici zaradi duševne bolezni, ki pa se jo je kmalu naučila obvladovati. Prepoznavala je njene zgodnje znake in pravočasno poiskala pomoč pri svojem psihiatru. Do ponovitev je prihajalo ob kriznih situacijah v družini, ki jih B., vdana in podrejena svoji materi, ni znala obvladovati ali se jim umakniti. Po nasvetu strokovnjakov se je vključila v skupino za samopomoč, kjer je zaradi aktivnega odnosa do svojih težav in dobrega funkcioniranja kmalu prevzela vodilno vlogo. Sprejetost v skupini je povečala njeno samospoštovanje, in tako se je lažje odmaknila od družinskih nasprotij.

ZDRAVSTVENA SKRB

Splošni zdravnik ali patronažna sestra sta pogosto edina strokovnjaka, na katera se

bolniki s kroničnimi hudimi duševnimi motnjami obračajo. (16)

Duševni bolniki v skupnosti (ki jih je tudi v našem okolju veliko) so zaradi težavnega telesnega in psihičnega stanja za osnovno zdravstveno službo veliko breme (4). Zdravniki splošne prakse in patronažne sestre le neradi prevzemajo skrb za psihično motene ali bolne. Razlogi za to so v njihovi nezadostni izobrazbi in slabi povezavi s psihiatričnimi službami.

Skupnostnih specializiranih patronažnih sester za probleme duševnega zdravja pri nas ni. Ukvarjajo se s celo vrsto klientov od novorojenčkov do starih invalidnih oseb. Ob psihiatričnih uporabnikih se počutijo nemočne in redko uspešno intervenirajo ob poslabšanjih bolezni. Jasno poudarjajo potrebo po povezavi z psihiatričnimi sodelavci, ki imajo več znanja o intervencijah.

Zdravniki so tradicionalno preobremenjeni z razreševanjem slabega telesnega počutja in slabo prepoznavajo psihične vzroke za telesne odpovedi, s katerimi se nanje obračajo psihično bolni.

Kronično duševno bolni v skupnosti so navadno tudi najhuje telesno bolni. Ocenjujejo, da jih 41% potrebuje medicinsko pomoč. (17)

Osnovno zdravstveno varstvo je lahko po mnenju nekaterih raziskovalcev temeljni kamen skupnostne skrbi, ki se razvija na območju zdravstvenega doma. (18) Številni modeli skupnostne skrbi posebej poudarjajo povezavo z osnovno zdravstveno službo (WHO 1973, 1983).

Pri nas smo zagotovili povezavo med sodelavci na sestankih delovne skupine, sestavljene iz predstavnikov različnih služb, v zdravstvenem domu, kjer govorimo o posameznikih, s katerimi imajo delavci v osnovnem zdravstvu hujše težave. Ta oblika dela je prinesla veliko olajšanje vsem prisotnim in že očitno izboljšala skupnostno skrb za posameznike.

PRIMER 3

C. le redko pride v psihiatrično bolnišnico, čeprav je sorodnikom in svojcem jasno, da so težave doma hude. C. v stanovanje ne pušča obiskovalcev, sosedge pravijo, da je bivališče zanemarjeno. Večkrat so se že obrnili na Center za socialno delo, da bi ustrezno (?)

ukrepal. Zgodilo se je že, da so v stanovanje vdrl in poskušali prostor urediti. C. se je še bolj umaknila in z njo skoraj ni mogoče vzpostaviti stika. Le kadar je telesno posebej slaba, sprejme obisk patronažne sestre ali se napoti k splošnemu zdravniku.

Na teamskem sestanku med patronažno sestro, predstavnikom prostovoljne organizacije, zdravnikom, psihiatrom in socialnim delavcem smo se poskušali dogovoriti za načrt skrbi.

Patronažna sestra naj bi bolnico pogosteje obiskovala in jo poskusila usmeriti v skupino za samopomoč organizacije ŠENT, ali v klubski prostor organizacije ASTRA, kjer bi lahko našla sprejemljivo pomoč. Socialna delavka bo poskušala urediti odnose s sosedi, ustaviti hujše pritiske na C. in poiskati morebitne oporne točke v skupnosti (prijatelje, svojce). Zdravnik splošne prakse bo predpisoval in urejal potrebna zdravila v povezavi s psihiatrom.

SVETOVANJE

Svetovanje je oblika pomoči uporabnikom, ki poteka na več ravneh v različnih institucijah in službah.

Na psihiatrični kliniki je lahko svetovanje psihoterapevtsko ali pa vsebuje navodila o zdravljenju z zdravili in druge, za uporabnika pomembne informacije.

Nevladne organizacije navadno izvajajo svetovanje v okviru samopomoči in o vseh za uporabnike pomembnih informacij, o bivanju, zaposlitvi, vsakdanjih spretnostih...

Svetovanje poteka tudi na Centrih za socialno delo in v privatnem sektorju. Tako kot v tujini so pristojnosti svetovalcev tudi pri nas še nejasne. Pri delu jih namreč ne omejujejo ustrezni predpisi ali kodeksi.

Delavci Organizacije za duševno zdravje ŠENT omejujejo svoje svetovanje na pomoč pri reševanju stanovanjskih težav, zaposlovanje in izobraževanje. Upoštevajo načela miljejskega pristopa (19) in pristajajo na psihoterapevtsko supervizijo skupine osebja.

Psihoterapevtsko svetovanje je domena za to pristojnih institucij in posameznikov, o čemer obveščamo svoje kliente.

Zagovorništvo pri Društvu za novosti v

duševnem zdravju ALTRA daje pravne nasvete o pravicah uporabnikov psihiatričnih uslug.

PRIMER 4

Pri D. so ponovitve bolezni povezane z uživanjem alkohola in mehkih drog. Bolezen ji prinese veliko stisk, vendar tudi podporo staršev za dokaj lagoden način življenja. Zavrača vsako zaposlitev ali druženje z ljudmi s podobnimi težavami. Pristaja le na psihoterapevtsko podporo zanj pomembnih avtoritet in na majhno količino vzdrževalne terapije z zdravili.

Zagotovili smo ji pomoč odgovornega delavca v primeru krize in jo usmerili k njenemu psihiatru zaradi psihoterapevtske podpore in zdravlil.

USTREZNO BIVANJE

Ustavna pravica vseh posameznikov je, da živijo v primernem in dostopnem stanovanjskem okolju (20), o katerem naj bi tudi kar najbolj samostojno odločali.

Bivanjske stiske so, tako nam kažejo izkušnje, pogost povod za ponovitev bolezni in umik v bolnišnico, ki zagotavlja varno bivanje tudi v dolgih časovnih obdobjih. Vsi, ki smo si sami iskali stanovanje, vemo, kako stresno opravilo je to. Občutljivost, s katero živijo psihiatrično bolni, pomeni, da stresnim situacijam hitreje sledi dekompenzacija kot pri tako imenovanih zdravih ljudeh.

Zato skušamo svoje uporabnike zavarovati pred obremenitvami in jih naučiti spretnosti, s katerimi bodo lahko uveljavili svojo ustavno pravico.

Uporabniki psihiatričnih služb naj živijo v navadnih stanovanjih, povezano s svojim okoljem, s podporo ustreznih služb.

Ustanavljati je treba stanovanjske skupnosti z različno stopnjo podpore uporabnikom, ki odgovarja na stopnjo njihove občutljivosti in na njihove potrebe (21). Nastajajo naj tam, kjer je lahek dostop do trgovin, kina, dnevnega centra, zdravstvenega doma in drugih, za udobno življenje potrebnih ustanov.

Z ustreznim razreševanjem stanovanjskih stisk, ustanavljanjem bivanjskih skupnosti in prehodnih domov ob primerni državni in lokalni stanovanjski politiki se morda lahko

izognemo brezdomstvu psihiatričnih uporabnikov ter z njim povezani socialni izolaciji in propadu.

PRIMER 5

E. je bila ponovno sprejeta v bolnišnico zaradi simptomov bolezni, ki so pri njej trajni in jih sicer obvladuje. Pokazalo se je, da je povod za sprejem zaostritev hude socialne stiske. Ostala je brez zaposlitve, stanovanja, dohodkov in brez ustrezne socialne mreže.

Vključila se je v delavnice s prilagojenim programom, kar ji je zagotovilo dohodke, ki omogočajo preživetje. Kmalu si je zgradila dokaj široko podporno socialno mrežo, priljubljena je med sodelavci in v drugih okoljih.

V najemniškem stanovanju je ob podpori enega izmed delavcev organizacije ŠENT živel z drugo, slabše psihično opremljeno uporabnico. E. ji lahko daje dovolj podpore, da obe živita zadovoljivo življenje, hkrati pa je večje samospoštovanje bistveno izboljšalo kvaliteto njenega življenja.

IZOBRAŽEVANJE IN PODPORA DRUŽINI

Čeprav ustanavljamo službe in čeprav poskušamo zagotoviti uporabnikom strokovno, prostovoljno in kvalitetno podporo, vendarle največje breme skrbi v skupnosti najpogosteje prenaša bolnikova družina.

Vzdušje v družini pomembno vpliva na potek bolezni in na dolžino zdravljenja. Prevelika čustvena napetost, prevelika skrb, jeza ali brezbriznost lahko privedejo do ponovitve bolezni. (22)

Svojci ali skrbniki so ob zelo odvisnem svojcu lahko preobremenjeni, spreminjati morajo družinski vsakdan, pogosteje telesno in psihično zbolijo ter so tudi ekonomsko v neprenehni stiski. (23)

V sistemu skupnostne skrbi je zato nujno zagotoviti tudi svojcem ustrezno podporo, izobraževanje in svetovanje o urejanju vsakdanjih težav in kriznih situacij.

PRIMER 6

F.-jev oče meni, da so med vzroki sinove bolezni tudi neurejene družinske razmere in materina nestrpnost. Čeprav mati ni prihajala

na skupino svojcev, je skupina dala očetu dovolj informacij in podpore, da je začel urejati zapletene razmere doma in zlasti neustrezen partnerski odnos med staršema. Skupina meni, da bi to lahko pripomoglo k boljšemu zdravju F. in razbremenilo druge družinske člane.

DELO

Uporabniki psihiatričnih služb so diskriminirani pri iskanju primerne zaposlitve na prostem trgu delovne sile in pri vzdrževanju redne zaposlitve. V vsakdanjem življenju je stigma psihiatrične izkušnje nekaj zastrašujočega ali celo nevarnega. Nerazumevanje uporabnika psihiatrične službe se kaže v predsodkih, ki ga oddaljujejo od delovnega mesta.

Eden izmed namenov rehabilitacijskega procesa je aktivirati nekatere uporabnike in jim prek dela omogočiti doživljanje pozitivne, socialno sprejete vloge. (24)

Delovno usposabljanje je kompleksen proces, ki se začne med zdravljenjem v psihiatrični bolnici z ustrezno delovno in zaposlitveno (industrijsko) terapijo.

Vodja delovnega procesa mora v osnovah razumeti bolezenski proces, poznati individualne značilnosti, posebnosti in zmožnosti zaposlenih in imeti dovolj znanja o delovnem procesu in tehnologiji.

Ustrezne državne službe bi morale z ustreznimi ukrepi (subvencioniranje delodajalcev, promocija) in zakonodajo na področju zaposlovanja težje zaposljivih spodbujati nastajanje invalidskih podjetij, ki bi bila usposobljena za zaposlovanje uporabnikov psihiatričnih služb. Znanje o opisanih procesih lahko pridobimo iz tujih izkušenj, kjer so že ustanavljali in vodili socialna podjetja, kooperative in invalidska podjetja.

Mestne in lokalne skupnosti naj finančno in prostorsko podprejo različne nevladne, prostovoljne organizacije pri nastajanju posebnih zaščitnih delovnih projektov. Projekti, kjer uporabniki psihiatričnih služb, ki niso sposobni za redno produktivno delo, ob podpori svetovnih delavcev in mentorjev in ob prilagojeni organizaciji dela z usposabljanjem pridobijo dnevno delovno zaposlitev in ustrezno finančno nadomestilo.

Nujno je oblikovati tudi svetovalne službe,

ki bi uporabnikom psihiatričnih uslug dajale podporo in nasvete, ko so redno zaposleni.

PRIMER 7

(DELAVNICE ORGANIZACIJE ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ŠENT)

V delavnicah za usposabljanje poskušamo:

- doseči delovne veščine (šivanje, vsakdanja opravila),
- izboljšati motorične spretnosti,
- omogočiti delo in druženje v skupini,
- izboljšati družbeni status posameznika,
- omogočiti prehod v redno zaposlitev.

Delo je redno plačano s podporo Zavoda za zaposlovanje mesta Ljubljana.

Okolje, v katerem uporabniki delajo, naj bo dovolj varno in neogrožujoče, da lahko pride znova do postopne vzpostavitve delovnih navad, natančnosti, točnosti in vztrajnosti.

Mentorji delovnega procesa spodbujajo razvijanje ročnih spretnosti, zlasti zaradi težav, ki so posledica nekaterih zdravil. Uporabnikom zagotavljajo dovolj počitka, sprostitev in tudi možnosti ustvarjalnega dela, če je to njihova želja. Delo s posamezniki je prilagojeno njihovim sposobnostim in zmožnostim.

Končni cilj usposabljanja v delavnicah je redna zaposlitev, zato je delo v delavnicah tako, da omogoča postopno prilagajanje vse večjim zaposlitvenim zahtevam. Veliko uporabnikov, ki so vključeni v delavnice za usposabljanje, pa bo potrebovalo dolgotrajno ali stalno zaposlitev ob podpori (*sheltered work*), zato ustanavljamo ustrezne službe.

Nekateri uporabniki sodelujejo pri projektih nevladnih organizacij in državnih ustanov, kjer v sodelovanju z drugimi uporabniki in posamezniki pridobivajo socialne veščine.

Vsakdanje spretnosti pridobivajo uporabniki pod vodstvom odgovornih delavcev tudi na svojih domovih, kjer se učijo kuhanja, higijene, nakupovanja, plačevanja položnic itn., če so te spretnosti po dolgotrajni bolezni in jemanju zdravil okrnjene.

IZOBRAŽEVANJE

Informiranost javnosti in izobraženost strokovnjakov in laikov zunaj psihiatrične institucije o področju duševnega zdravja sta pri nas skromna.

Pripravljamo vrsto seminarjev, ki naj bi razširili znanje in zavedanje o socialnih, psiholoških in deloma tudi psihopatoloških delih tega širokega področja.

Na seminarje vabimo predstavnike uporabnikov, delavce v različnih institucijah in druge zainteresirane posameznike. Pri organizaciji in vodenju izobraževanja in promociji skupnostne skrbi nam bodo pomagali domači in tuji strokovnjaki in izkušeni posamezniki.

EVALVACIJA

Tuje izkušnje kažejo, da ustanavljanje skupnostnih služb izboljša kvaliteto življenja uporabnikov in njihovih svojcev, če so ustanovljene službe prilagojene njihovim potrebam in ne le našim predstavam o tem, kaj oseba z duševno motnjo potrebuje.

Da bi se izognili slabim tujim izkušnjam s skupnostno skrbjo (25, 26), poskušamo službe, ki v našem okolju šele nastajajo, prilagoditi dejanskim potrebam uporabnikov. Zato raziskujemo potrebe uporabnikov s standardiziranim in prilagojenim angleškim vprašalnikom.

Uspešnost programa pa raziskujemo z mrežo vprašalnikov, ki zajemajo različna področja rehabilitacije:

- klinično sliko,
- socialno funkcioniranje,
- telesno zdravje,
- socialno mrežo uporabnikov,
- kvaliteto življenja,
- zadovoljnost z uporabljenimi službami,
- obremenjenost sorodnikov.

v času in v primerjavi s kontrolno skupino.

Pregledujemo tudi stroške skupnostne skrbi v primerjavi z bolnišnično skrbjo.

NAČELA DELA

Ker v našem prostoru še nimamo politične podpore za ustanavljanje skupnostnih služb in za to zagotovljenih sredstev, je temelj ustanavljanja skupnostnih služb povezava med različnimi institucijami in posamezniki, ki skrbijo za duševno zdravje, na več ravneh:

1. Med javnimi državnimi ustanovami:

- osnovno zdravstvo in psihiatrija: psihiatrična klinika, zdravstveni dom s patronažno službo,

- socialno delo: center za socialno delo, svetovalnice,
- zaposlovanje: zavod za zaposlovanje, sindikati,
- politika: občina, krajevna skupnost.

S povezavo med socialnimi in zdravstvenimi ustanovami uveljavljamo načela celostnega pristopa (27) k skrbi za duševno bolne. Duševni bolnik lahko poišče pomoč tudi na Centru za socialno delo in tako zadovoljuje svoje socialne potrebe. Kvaliteta strokovnega dela posameznih ustanov se izboljša zaradi večje informiranosti in učinkovitega ukrepanja.

Povezava med strokovnimi in lokalnimi političnimi telesi je pripomogla, da so občine in krajevne skupnosti prepoznale področje duševnega zdravja kot skupnostno skrb in zato postale sodelavke pri reševanju te problematike: sofinancirajo programe in nudijo podporo pri iskanju prostorov.

Zavod za zaposlovanje skuša z nekaterimi programi spodbuditi zaposlovanje težje zaposljivih (javna dela, invalidska podjetja, sofinanciranje zaposlovanja invalidov, usposabljanje težje zaposljivih), kar mu pa zaradi splošne družbene klime, velikega števila nezaposlenih in pomanjkanja ustreznih programov ne uspeva prav dobro.

Ker državne ustanove ne morejo zagotoviti

vseh potrebnih komponent skupnostne skrbi in ker je za ohranjanje duševnega zdravja nujno, da svoje potrebe določajo in tudi zadovoljujejo sami uporabniki psihiatričnih služb, smo spodbudili nastanek nedržavnih prostovoljnih pobud.

2. Povezava javnih vladnih ustanov z nevladnimi skupinami:

- Organizacija za duševno zdravje ŠENT,
 - Zagovorništvo pri Odboru za novosti v duševnem zdravju ALTRA,
 - skupine za samopomoč uporabnikov psihiatričnih služb
- in druge oblike pomoči.

Vključevanje uporabnikov v organizirane skupine za razreševanje težav je nova kvaliteta skrbi za duševno bolne pri nas. Omogoča jasno izražanje in neposredno zadovoljevanje njihovih potreb. Doslej razpršene skupine uporabnikov so se ob ustrezni podpori združile in posamezniki so z večjo samozavestjo stopili v organizirane oblike sodelovanja med bolniki, prostovoljci in strokovnjaki.

Aktivnejši odnos do lastnih problemov duševnega zdravja pa je že sam po sebi velikokrat pomemben korak na poti k ponovnemu vzpostavljanju socialnega in medosebnega funkcioniranja in večji samostojnosti, kar je naš temeljni cilj.

Literatura:

- (1) LEŠNIK B., Zagovorništvo (1994). *Socialno delo* 33, 1: 51-9.
- (2) WOLFENBERGER W. (1970), The principle of normalisation and its implications for psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 127: 291-7.
- (3) JOHNSON S., THORNICROFT G. (1993), The sectorisation of psychiatric services in England and Wales. *Social Psychiatry and Epidemiology* (v tisku).
- (4) STRATHDEE G., THORNICROFT G. (1993), The Principles of Setting Up Mental Health Services in the Community. V: BHUGRA D., LEFF J., *Principles of Social Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications: 473-501.
- (5) TANSELLA M. (1986), Community psychiatry without mental hospitals: the Italian experience. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79: 664-9.
- (6) MARKS I.M., CONNOLLY J., MUIEN M. (1988), The Maudsley Daily Living Programme. *Psychiatric Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 12: 22-3.
- (7) WING J.K., BROWN C.W. (1970), Institutionalism and schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 107: 862-75.
- (8) INTAGLIATA J. (1982), Improving the quality of care for the chronic mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenic Bulletin*, 8: 655-74.
- (9) HOLLOWAY F. (1988), Day Care and Community Support. V: LAVENDER A., HOLLOWAY F., *Community Care in Practice*. London: John Wiley & Sons Ltd.: 161-85.
- (10) HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., MESNIKOFF A. (1971), Day versus inpatient hospitalisation: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 127: 1371-82.
- (11) ROBERTS J.P. (1980), Destructive processes in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, 1: 159-70.
- (12) WOLFENBERGER W. (1983), Social role valorisation: a proposed new term for the principle of normalisation. *Mental Retardation*, 21: 234-9.
- (13) BLAKE R., MILLARD D., ROBERTS J. P. (1984), Therapeutic community principles in an integrated local authority community mental health service. *International Journal of Therapeutic Communities*, 5: 243-73.
- (14) LINN M.W., CAFFEY E.M., KLETT J., HOGARTY G.E., LAMB H.R. (1979), Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36: 1055-66.
- (15) RAMOVŠ J. (1992), Socialni inhumski sistem. *Socialno delo*, 31: 130-41.
- (16) RECIEP D.A., BURKE J.R., MANDERSCHIED R.W., BURNS B.J. (1985), The chronically mentally ill in primary care. *Psychological Medicine*, 15: 265-73.
- (17) BRUCHA T.S., WING J.K., SMITH B.L. (1989), Physical ill health of the long-term mentally ill in the community. Is there an unmet need? *British Journal of Psychiatry*, 155: 777-82.
- (18) STRATHDEE G., KING M. (1986), The Interface between Primary and Secondary Psychiatric Care. V: HUME C., PULLEN I. (ur.). *Rehabilitation in Psychiatry*. London: Churchill, Livingstone: 420-33.
- (19) GOLOMB S.L., KOCIS A. (1988), *The Halfway House*. New York: Brunner Mazel: 13-34.
- (20) CARLING P., RIDGEWAY P. (1985), Community residential rehabilitation: an emerging approach to meeting housing needs. V: CARLING P., RIDGEWAY P. (ur.), *Providing Housing and Supports for People with Psychiatric Disabilities*. Rockville: NIMH: 1-28.
- (21) MIND, NFHA (1987), Housing: the foundation of community care. *Development*, 21-6.
- (22) ŠVAB V. (1990), Družina shizofrenega bolnika. *Med Razgl*, 29: 259-63.
- (23) BIRLEY J., HUDSON B.L. (1983), The Family, the Social Network and Rehabilitation. V: WATTS F.N., BENETT D.H., *Therapy and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: John Wiley and Sons: 171-88.
- (24) SHEPHERD G.W. (1986), Social skills training and schizophrenia. V: HOLLIN C.B., TROWER T. (ur.), *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon Press.
- (25) BACHRACH L.L. (1993), American Experience in Social Psychiatry. V: BHUGRA D., LEFF J. (ur.), *Social Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications: 534-48.
- (26) LAMB H. (1984), Desinstitutionalisation and the homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 37: 899-907.
- (27) ŠVAB V. (1990), *Celostni pristop k zdravljenju shizofrene bolnice*. Specialistična naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Psihiatrična klinika.