

Vesna Švab

ZAKAJ JE ZA DELO Z OSEBAMI S PSIHOTIČNIMI DUŠEVNIMI MOTNJAMI POTREBNO DODATNO IZOBRAŽEVANJE

PRIMER

A. se zdravi v psihiatrični ambulanti zaradi ponavljajoče se psihotične motnje. Po svoji oceni živi življenje, ki ji prinaša veliko zadovoljstva. Posledice njene motnje je ne ovirajo v tolikšni meri, da bi se morala odreči pomembnim življenjskim ciljem. Obiskuje skupino za samopomoč in se vključuje v nekatere druge podpirne oblike skrbi v eni izmed nevladnih organizacij na področju duševnega zdravlja. V razgovoru se je pritožila, da ji različni strokovnjaki razlagajo njeno motnjo na nasprotno si načine. Njena psihiatrinja trdi, da je shizofrenija bolezen, socialna delavka, ki vodi skupino za samopomoč, pa trdi, da je to le kriza, ki ne potrebuje medicinske pomoči. Da bi bilo koristno, če bi opustila zdravlila, ki jo delajo odvisno.

A. pove, da je zanjo odločanje med tema dvema vrstama nasvetov obremenjujoče in da se boji izgubiti naklonjenost katere koli izmed udeleženk v skrbi zanjo ter zato težko sprejme bodisi tako ali drugačno odločitev. Odsotnost dogovora med vsemi tremi sodelavkami v načrtovanju skrbi, to je bolnice, psihiatrinje in socialne delavke, in skupne strategije obvladovanja motnje je torej za A. stresna situacija, ki lahko, kot vemo, slabo vpliva na njeno zdravlje in socialno vključitev.

Primer je le eden izmed mnogih, predvsem pa ne najslabši, saj je A. dovolj samozavestna in kognitivno ohranjena, da se odloča po zdravi pameti in se ne vpleta v očitno borbo med institucijami in šolami. Številni bolniki pa se iz tega spopada težko izločijo, nestrinjanje svetovalcev povečuje

njihovo negotovost ali pa jih vodi v zavzeto podpiranje enega izmed strokovnih (morda ideoloških) prijemov.

Izkušnje pa kažejo, da želi večina strokovnjakov različnih strok na področju duševnega zdravlja sodelovati v procesu rehabilitacije, saj je to praktična nuja.

VZPOSTAVLJANJE KOMUNIKACIJE

Eden izmed uspešnih načinov vzpostavljanja skupnih ciljev rehabilitacije je načrtovanje skrbi v multidisciplinarni delovni skupini. To je tema, ki se je avtorji s področja socialnega dela v zadnjem času pogosto lotevajo zaradi očitne potrebe in zaradi njene učinkovitosti, ki je dokazana z raziskavami. Delovna skupina, ki načrtuje rehabilitacijo posameznih bolnikov, je multidisciplinarna zato, ker so potrebe oseb z duševnimi motnjami kompleksne (sestavljene), in sicer:

- zdravstvene: bolniki potrebujejo zdravstveno pomoč pri obvladovanju simptomov psihiatrične motnje in pri zdravljenju telesnih bolezni;

- psihološke: bolniki potrebujejo pomoč pri obvladovanju spoznavnih motenj in psiholoških odzivov na svojo motnjo (to so prizadetosti ali bolnikovo doživljanje bolezni);

- socialne: bolniki (v tem primeru uporabniki) potrebujejo pomoč pri zaposlovanju, širjenju svoje socialne mreže, urejanju bivanja, finančnih težav, skrbi za svoje otroke in podobno.

ASERTIVNA SKUPNOSTNA OBRAVNAVA

Eden izmed modelov načrtovanja skrbi je model *Assertive Community Treatment* (ACT). ACT se je razvil kot skupnostna alternativa bolnišničnemu zdravljenju. Cilj uporabe tega modela je zagotoviti pacientom v skupnosti tiste službe in usluge, ki jim omogočajo, da tam ostanejo in delujejo na optimalni ravni svojega funkcioniranja ter da dosežejo največjo možno kakovost življenja. Da bi dosegli te cilje, so oblikovali multidisciplinarne delovne skupine, sestavljene iz psihiatrov, medicinskih sester, socialnih delavcev, delovnih terapevtov in načrtovalcev skrbi, ki so bile pacientom dostopne 24 ur dnevno za nedoločen čas. Člani delovne skupine si delijo odgovornost za posameznega pacienta. Vsak izmed njih je v stiku s pacientom. Usluge izvajajo v okolju, v katerem pacient živi. Ponujajo zdravljenje (na primer razdelitev zdravil), rehabilitacijo (na primer učenje nakupovanja, kuhanja) in podporo (na primer pomoč pri pridobivanju denarnih nadomestil). Uspešnost teh delovnih skupin pri zmanjševanju sprejemov v bolnišnice, stabilnem bivanju in zadovoljstvu pacientov je dokazana z raziskavami (Test, Stein 1980).

ACT sodi med intenzivnejše modele načrtovanja skrbi in je v primerjavi z manj intenzivnimi modeli bolj učinkovit.

Pogoja za intenzivno delo na področju načrtovanja skrbi sta zmožnost komuniciranja med člani delovne skupine, ki prevzema skrb, in njihova dobra strokovna usposobljenost. Socialni delavci in medicinske sestre nas opozarjajo, da se za pomoč osebam z duševnimi motnjami ne počutijo dovolj usposobljeni. Na primer: ena izmed najbolj invalidizirajočih okvar pri kroničnih psihotičnih duševnih motnjah so motnje v spoznavnem funkcioniranju (Jaffe 1996), ki ovirajo bolnika pri delu, druženju, načrtovanju vsakodnevnih dejavnosti ipd. Ta motnja se dobro popravi po socialnih intervencijah, posebej z učenjem vsakdanjih in socialnih spretnosti, kar dokazujejo številni raziskovalni izsledki (Bendell, Lennox 1997). Osebe s spoznavnimi duševnimi motnjami torej potrebujejo pomoč pri učenju in ponavljanju naučenega. Iz izkušenj

vemo, da si številni socialni delavci prizadevajo izvajati tako pomoč, vendar za to nimajo potrebnega znanja, poleg tega pa velikokrat niso prepričani, da je potrebna, saj niso poučeni o tem, da taka vrsta motnje sploh obstaja.

V našem okolju so rehabilitacijske delovne skupine sestavljene iz socialnih delavcev, patronažnih medicinskih sester, prostovoljcev, redkih delovnih terapevtov in zdravnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu. Nekatere delovne skupine pritegnejo v delo tudi psihiatre.

Izobrazba in način dela teh strokovnjakov (večina je strokovnjakinj) sta zelo različna, tako zelo, da ovirata sodelovanje med udeleženci v skrbi.

Zdravstvene sestrške šole, na primer, učijo o negi pacienta v strukturiranem okolju in ponujajo malo znanj o psihologiji in socialnem delu. Sestram tudi ni dostopna psihoterapevtska izobrazba. Patronažne medicinske sestre se počutijo premalo izobražene o psihiatričnih motnjah in se ne počutijo sposobne prevzemati skrb ali vodenje psihiatričnih pacientov. So močno odvisne od svojih zdravnikov.

Zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu neradi zdravijo psihotične paciente, ker so preobremenjeni (v zadnjem času ponekod med 30 in 60 pacientov dnevno), in zato, ker so vajeni, da skrb za to populacijo prevzemajo psihiatrične službe. Njihov pglavitni problem je hospitalizacija proti volji pacienta.

Socialni delavci redko delujejo v skupnosti. Visoka šola za socialno delo nima učnih programov, ki bi učili o duševnih motnjah, prizadetostih in možnih zdravljenjih. Psihoze še vedno opisujejo kot adaptacijske motnje, ki so posledica motenih družinskih odnosov ali pacientovih odgovorov na socialne pritiske okolja. Študenti so seznanjeni o družbenih odgovorih na duševno motnjo in družbenih vidikih duševne bolezni in psihiatrije, a brez predhodnega (vsaj okvirnega) znanja o naravi duševnih motenj.

V okviru psihiatrične specializacije zdravniki pridobijo veliko znanja o psihopatologiji in psihoterapiji – predvsem o analitskih tehnikah, ne pa še znanj o rehabi-

litaciji. Poudarek je na bioloških perspektivah in na zdravljenju z zdravili. Psihiatrična skrb je omejena na bolnišnice in dispanzerje.

Zaradi opisanih različnih izobraževalnih pristopov, pogojev dela, boja za premoč in zaradi različnih predsodkov in mitov (na eni strani: psihiatrične bolnišnice so represivne ustanove, kjer se ne zdravi, temveč se množično kršijo pravice bolnikov; na drugi strani: socialni delavci nasprotujejo psihiatričnemu zdravljenju) je povezovanje med udeleženci v skrbi za bolnike zelo oteženo.

USPOSABLJANJE OSEBJA IN IZOBRAŽEVANJE SVOJCEV IN UPORABNIKOV

Programi za usposabljanje osebja, ki dela z osebami z duševnimi motnjami v skupnosti, navadno vsebujejo tri skupine informacij:

- Člani delovnih skupin se učijo odnosa, ki izraža skupnostno orientacijo, opolnomočenje (*empowerment*) uporabnikov in optimizem glede izida bolezni. Ta skupina informacij navadno vsebuje pregled vrednot, ki se vežejo na področje psihosocialne rehabilitacije, kot so osredotočanje na bolnikove zmožnosti, prilagajanje okolja, posamezniku prilagojen pristop, poudarek na zaposlovanju, kontinuiteta, resničnost in majhni koraki.

- Osebe se uči o osnovnih značilnostih psihiatričnih motenj. Posebej pomembno je, da se nauči opaziti in vrednotiti prizadetosti, ki so posledica psihiatričnih simptomov. Osebe potrebuje tudi nekaj znanja o zdravljenju in psihosocialnih načinih zdravljenja.

- Osebe naj obvlada različne spretnosti, ki pomenijo dejansko rehabilitacijsko prakso. Te spretnosti so orodje, s katerim osebe pomaga uporabnikom, da dosegajo zastavljene cilje.

Izobraževanje je potrebno zaradi zahtevnosti osnovne naloge – narediti posamezniku prilagojen rehabilitacijski načrt na podlagi ocene njegovih/njenih sposobnosti in prizadetosti. Delovna skupina naj bo usposobljena, da oceni in spremlja napredovanje (ali nazadovanje) pacienta. Poleg

tega mora biti tudi dovolj organizacijsko sposobna, da bo nalogo izvrševala v določenih časovnih okvirih in na način, ki je prilagojen pacientu. Končno naj bo tudi dovolj dobro opremljena, da se bo lahko odzivala na povratne informacije uporabnikov in prilagajala načrt njihovim spreminjajočim se potrebam.

Izobraževanje navadno poteka v obliki predavanj in delovnih skupin ter kot praktično delo na terenu, kjer se uporabijo naučena znanja. Člani delovne skupine dobijo korektivne informacije od svojih supervizorjev.

Ocena izobraževalnega programa je v prvi vrsti naloga slušateljev, ki so vključeni v program in ocenjujejo zlasti njegovo uporabnost za svojo vsakdanjo prakso. Končna ocena pa naj bo prepuščena pacientom in njihovim svojcem, ki ocenjujejo učinke učenja v praksi.

Dobro izobraževanje naj se izkaže z večji zadovoljstvom osebja, boljšim delom in večjo zadovoljnostjo uporabnikov. Njegov končni rezultat je zmanjšanje prizadetosti pacientov (Corrigan 1998).

Spopad med strokami glede različnih prijemov pri skrbi za osebe s hudimi duševnimi motnjami obremenjuje tudi strokovnjake, zato smo se v zadnjih letih intenzivno ukvarjali z vprašanjem, kako omogočiti pogoje za sporazumevanje med strokovnjaki in za sodelovanje med strokovnjaki in uporabniki njihovih uslug. V Slovenskem združenju za duševno zdravje ŠENT smo s pomočjo uglednih strokovnjakov s področja socialnega dela, pedagogike in psihiatrije oblikovali izobraževalni program Pomoč in samopomoč ljudem v duševni stiski, ki teče zdaj že tretje leto. Pri oblikovanju programa smo se zgledovali pri nekaterih uspešnih nevladnih organizacijah v tujini (Pro Mente, Aigis).

Pomoč in samopomoč osebam v duševni stiski je izobraževalni program, namenjen trem skupinam slušateljev:

- bolnikom-uporabnikom
- njihovim svojcem in skrbnikom
- strokovnjakom – socialnim delavcem, medicinskim sestram, delovnim terapevtom in zdravnikom v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Vsebinski sklopi:

- Uvod, osnovne informacije o duševnem zdravju, duševni bolezen, načinih zdravljenja z zdravili in s svetovalnimi ali psihoterapevtskimi tehnikami, informacija o pomenu in načinih psihosocialne rehabilitacije oseb z duševnimi motnjami. Uporabljamo PRELAPS program, ki je namenjen bolnikom s shizofrenijo in njihovim svojcem: njegove vsebine prilagajamo različnim ravнем znanja udeležencev treh skupin in različnim značilnostim hudih in ponavljajočih se duševnih motenj.

- Strokovni delavci in ustanavljanje skupnostnih služb, njihova vloga. Zakonodaja na tem področju. Etične vrednote skupnostnega dela. Človekove pravice.

- Samoorganizacija in samopomoč. Usposabljanje za samopomoč, vodenje skupin za samopomoč, spodbujanje in opogumljanje uporabnikov.

- Multidisciplinarno in timsko delo. Možnosti za sodelovanje, učenje izogibanja kompetitivnosti in osnove timskega dela.

- Učenje socialnih spretnosti kot način osamosvajanja uporabnikov služb za duševno zdravje.

- Evalvacija in preverjanje.

Vsebinski sklopi so prilagojeni vsem trem skupinam (ravnem njihovega predhodnega znanja), vendar so vsebinsko identični. To omogoča sporazumevanje med tremi skupinami, opogumlja bolnike in njihove svojce, da dejavno vstopijo v načrtovanje, izvajanje in evalvacijo rehabilitacijskih programov. Hkrati spodbuja tiste, ki pomoč izvajajo, k opogumljanju uporabnikov njihovih storitev in prispeva h krepitvi etičnih vrednot njihovega dela.

Prve ocene udeležencev programa so pokazale, da je izobraževanje koristno; zadovoljilo je pričakovanja klientov, svojcev in strokovnjakov. Zadnji so se zavzeli za to, da bi bila učenje in supervizija kontinuirana ter da bi lahko razširili pridobljena znanja. Posebej veliko zanimanja so pokazali za učenje o osnovah psihoterapevtskega dela s svojimi uporabniki, kjer se jim zdi, da so njihova znanja posebej pomanjkljiva. Ocenjujemo, da ne gre za to, da bi se vsi udeleženci naših programov želeli psihoterapevtsko izobraziti, temveč bolj za

učenje temeljnih tehnik komunikacije in obvladovanje čustvenih pritiskov, ki lahko privedejo tudi do (vsaj nehotnih) kršitev pravic njihovih klientov. Zlorabe se pri našem delu namreč dogajajo pogosto in so verjetno neposredno povezane z izobraženostjo in supervizijo osebja.

Zato smo v novembru letos pripravili seminar Psihoterapevtski vidiki dela z osebami s psihozo, ki naj bi omogočil načrtovanje in izpeljavo ustreznega nadaljevalnega izobraževalnega programa.

Temeljni cilj našega osnovnega izobraževanja je *krepiti sporazumevanje* med udeleženci v skupnostni skrbi za osebe z duševnimi motnjami. Menimo, da je komunikacija med nami obvezna. Ni stvar dobre volje ali prilagodljivosti. Pomanjkljivo sodelovanje se namreč izrazi v podvajanju skrbi ali hujše, v njeni odsotnosti. Če je stres, ki ga bolnik doživlja ob komunikaciji z osebami, ki izvajajo skrb, prehud, bo iz programa, ki naj bi ponujal pomoč, izstopil.

Literatura

- J. R. BEDELL, S. S. LENNOX (1997), *Handbook for communication and problem solving skills training*. New York: John Wiley&Sons.
- P. W. CORRIGAN (1998), Building teams and programs for effective rehabilitation. *Psychiatric Quarterly* 69, 3: 193-209.
- D. J. JAFFE (1996), *Thinking symptoms may be more important than positive or negative symptoms in determining outcomes for people with schizophrenia*. New Jersey: AMY/NYS Conference.
- L. I. STEIN, M. A. TEST (1980), Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 37: 392-7.