

VLOGA IN IZKUŠNJE PSIHIATRA PRI OBRAVNAVI V SKUPNOSTI

Tomi Voušek, dr. med., spec. psih.

JZ Psihiatrična bolnišnica Vojnik

tomi.vousek@gmail.com

Čeprav prihajam iz psihiatrične bolnišnice, torej institucije, so moje izkušnje sodelovanja s različnimi izvajalci psihosocialne pomoči in podpore v skupnosti že leta izredno dobre.

Preden predstavim svoje izkušnje z obravnavo v skupnosti, ki je najboljše, kar nam je prinesel Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, UL RS, št. 77/2008), pa moram omeniti, da zakon z nekaterimi površnimi in slabo zapisanimi členi povzroča zdravnikom in predvsem bolnikom veliko težav.

Zakon, kakršen je, močno dviguje prag možnosti sprejema v bolnišnico, tudi prostovoljnega, in s tem veliki skupini bolnikov odreka pravico do zdravljenja in zdravja. Že odkar je v uporabi, kliče po dopolnitvah oz. spremembah.

Ne glede na to, kako poimenujemo naše bolnike, paciente, osebe ali uporabnike, ne smemo pozabiti, da bodo lahko vse službe izven bolnišnice svoje delo dobro opravile šele, ko bo bolniku ob akutnih poslabšanjih boleznih zagotovljeno:

- varno zdravljenje,
- ustrezni nujni diagnostični postopki,
- uvedba medikamentozne terapije pod zdravniško kontrolo, ki edina omogoča večjo varnost, sprotno prilagajanje, s čim manj stranskimi učinki in uvidom zakaj so zdravila potrebna

S tem bolnikom omogočimo, da se soočijo s svojo boleznijo in do nje vzpostavijo kritičen odnos, kar predstavlja predpogoj za nadaljnjo celostno psihosocialno obravnavo. Ta se začne že v času zdravljenja v bolnišnici in nadaljuje v skupnosti.

Celoten sistem, o katerem danes govorimo, se mora zavzemati, da »naš« bolnik postane »vaš« uporabnik – da se uspešno ujame v mrežo pomoči in podpore – da postane in ostane aktiven in sposoben dejansko koristiti vire pomoči, ki v skupnosti obstajajo.

Le tako bomo lahko skupaj presegli neželene vzorce, ko bolniki dosežejo remisijo in stabilnost, a se vračajo v isto okolje, kjer se sami spopadajo z boleznijo in s številnimi spremljajočimi težavami – pogosto ne zmorejo, opustijo zdravila, bolezen se poslabša, stiske se poglabljajo in ponovno se znajdejo pred vrati bolnišnice.

Kot sem že omenil, je boljši del ZDZdr tisti, ki govori o obravnavi v skupnosti in koordinatorjih obravnave. Ta novost, ki jo je zakon prinesel, je tako nam kot našim bolnikom zelo dobrodošla. V Psihiatrični bolnišnici Vojnik zelo dobro sodelujemo s koordinatorji obravnave v skupnosti, ker smo že na samem začetku oboji spoznali prednosti njihove vloge in načina dela.

Naši bolniki so po odpustih iz bolnišnice manj prepuščeni sami sebi. Sodelovanje se začne že pred odpustom, kar pomeni, da ko zapustijo zavetje bolnišnice, ne padejo v nek prazen prostor, skozi sito obstoječih virov pomoči, temveč imajo nekoga, ki jim stoji ob strani, jim nudi oporo in jih usmerja k tem virom.

Kaj to pomeni v praksi:

- ko bolnika sprejmemo v bolnišnico, ga zdravimo, a hkrati težimo k čim bolj celostni obravnavi – ni nam pomembno samo zdravje v ožjem pomenu besede, temveč upoštevamo tudi socialne okoliščine;
- pri načrtovanju odpusta in nadaljnje rehabilitacije, ob sodelovanju socialne delavke, ocenimo situacijo in presodimo, koga bi usmerili v obravnavo v skupnosti. Povedano z drugimi besedami: koordinatorjev ne obveščamo o vseh odpustih, temveč o tistih, kjer menimo, da je vključitev v obravnavo smiselna in potrebna. Če bi natančno sledili črki zakona, bi iz koordinatork naredili zgolj administratorke (samo iz PB Vojnik je letno odpuščenih okoli 1200 bolnikov);

En del vloge psihiatra je poleg zdravljenja tudi načrtovanje odpusta, drugi pa pri sodelovanju v obravnavi po odpustu, kamor se vključujemo kot lečeči psihiatri. Ponovno moram izpostaviti zakon, ki psihiatra sicer navaja kot stalnega člana multidisciplinarnega tima, ne predvideva pa izvedbe oz. načina zagotavljanja njegove prisotnosti na timu. Sam sem redno zaposlen v bolnišnici in edini specialist psihiater na sprejemnem ženskem oddelku ali po ZDZdr – na oddelku pod posebnim nadzorom. Ker sem tudi ambulantni oz. lečeči psihiater že odpuščenih bolnikov, se sprašujem, kako in kdaj bi lahko zapustil delovno mesto, da bi se udeležil multidisciplinarnega tima?

Zaradi izredne fleksibilnosti naših socialnih delavk in koordinatork ta problem rešujemo od primera do primera drugače.

Največkrat potrebne informacije s koordinatorkami izmenjamo osebno, ob njihovih obiskih v bolnišnici ali preko pošte oz. e-pošte. Ko ocenimo, da je prisotnost psihiatra nujna, pa tim organiziramo v bolnišnici, seveda s predhodnim soglasjem bolnika.

Bolniki, s katerimi se srečujem kot ambulantni psihiater, in ki so se uspešno vključili v obravnavo v skupnosti:

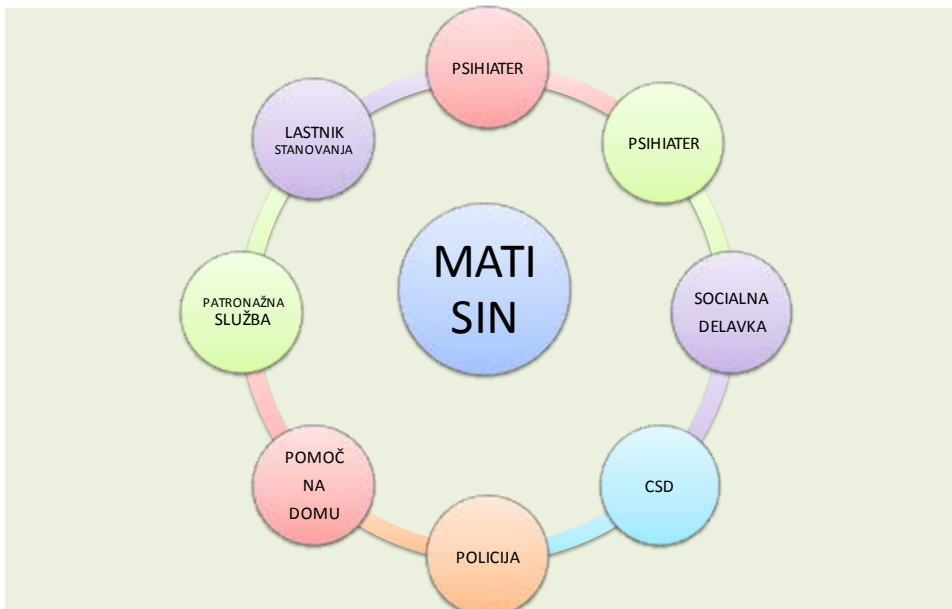
- bolj redno hodijo na ambulantne kontrole;
- manj pogosto potrebujejo bolnišnično zdravljenje;
- če je potreben sprejem – običajno zaradi korekcije medikamentozne terapije, prihajajo v manj poslabšanem zdravstvenem stanju, z manj spremljajočimi težavami in hospitalizacije so bistveno krajše;
- na različnih življenjskih področjih opazno napredujejo;
- nekateri povedo, da imajo prvič nekoga, ki jim nudi oporo, jim pomaga pri vključevanju v vsakdanje življenje, jim svetuje, ki ga poznajo in mu zaupajo;
- se velikokrat pohvalijo, da so sedaj deležni raznih oblik pomoči, za katere prej niti vedeli niso.

PRIMER:	
MATI:	SIN:
<ul style="list-style-type: none">• 71 let• BAM• 1. hospitalizacija = 1961• → 23 x• Pogosto opušča zdravila• Nekritična do bolezni (svoje in sinove)• Pogosti incidenti v okolju → verbalno agresivna	<ul style="list-style-type: none">• 45 let• SCH• 1. hospitalizacija = 1992• → 10 x• Vedno takoj po odpustu opusti zdravila• Ves čas blodnjav – nekritičen do bolezni• Pogosti incidenti v okolju → verbalno + fizično agresiven

Sprejem v PB:

- Pripeljana z reševalcem – v spremstvu policije → **po hujšem incidentu v domačem okolju**
- Telesno oslabela – **življenjsko ogrožena** (podhranjena)
- **Močno poslabšano psihično stanje obeh** → sprejem proti volji – v nujnih primerih
- Sklep sodišča → 3 mesece
- Sostanovalci v bloku + lastnik objekta → so najeli odvetnika → **zahteva za izselitev**

Zdravljenje + psihosocialna obravnava v PB:



Vključitev v OS

Dogovori ob odpustu:

- ❖ Ambulantne kontrole → 1x/m + depo th.
- ❖ Patronaža → 1x/dan priprava zdravil + 1x/m – depo th.
- ❖ Pomoč na domu → kosilo + kontrola jemanja zdravil

❖ Začetek individualnega načrtovanja s KOS

Brez vključitve v OS

Velika verjetnost:

- opustitve zdravil + kontrolnih pregledov
 - poslabšano zdravstveno stanje
 - ponovni incidenti
 - izguba stanovanja
 - sklep sodišča:
 - namestitev v varovani oddelek
- SVZ proti volji ??????

Vključitev v OBRAVNAVO V SKUPNOSTI:

- Seznanitev s koordinatorko že pred odpustom
- Individualni načrt pomoči in podpore
- Tožba za izselitev → umaknjena
- (poplačala dolgove, ostala v stanovanju)
- Sprotno reševanje novo nastalih situacij
- (materino telesno zdravje, sinov status ...)
- Koordinatoriki zaupata → jo sprti pokličeta
- Sledi se njunim željam → sta zadovoljna
- **OS = opora / ≠ nadzor, prisila**