

## PROGRAM STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

07.45–08.30 **Registracija udeležencev**

45 min

08.30–08.40 **Uvodni pozdrav**

10 min

### I. SKLOP

**Moderatorica:** dr. Jožica Peterka Novak

08.40–09.25 **Razvoj skupnostne psihiatrične obravnave v Sloveniji**

45 min

*Ivna Bulič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.*

09.30–10.15 **Smer razvoja bolnišnične skupnostne psihiatrične obravnave v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028**

45 min

*Bogdan Tušar, univ. dipl. prav.*

10.15–10.30 **Razprava**

15 min

10.30–11.00 **Odmor**

30 min

### II. SKLOP

**Moderator:** Aljoša Lapanja

11.00–11.20 **Znanja in kompetence zdravstvene nege v skupnostni psihiatrični obravnavi – izkušnje iz klinične prakse**

20 min

*Andreja Jerič, dipl. m. s., mag. zdr. neg., Urška Bizilj, dipl. m. s.*

11.25–11.45 **Izzivi nadzorovane obravnave 10 let po sprejemu Zakona o duševnem zdravju**

20 min

*Ivna Bulič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Andreja Jerič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.*

11.50–12.30 **Primeri dobrih praks in povezanosti z lokalnim okoljem v skupnostni psihiatrični obravnavi na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva**

40 min

*Sabina Sajtl, dipl. m. s. (PB Vojnik)*

*Rozalija Studen, univ. dipl. soc. del., specialistka duševnega zdravja (PB Begunje)*

*Tatjana Skoliber, dipl. m. s., mag. zdrav.-soc. managementa (PB Ormož)*

*Katalin Tubič, dr. med., spec. psih. (PB Idrija)*

*Polonca Nunčič, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag. (Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor)*

12.35–12.55 **Skupnostna psihiatrična obravnava na primarnem nivoju zdravstvenega varstva**

20 min

*Jacinta Doberšek Mlakar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.*

13.00–13.10 **Razprava**

10 min

13.10–13.50 **Odmor s pogostitvijo**

40 min

### III. SKLOP

**Moderatorica:** Ivna Bulič

13.50–15.05 **Okrogla miza: Izzivi skupnostne psihiatrične obravnave danes in jutri**

75 min

*prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., spec. psih., višja svetnica, strokovna direktorica UPK Ljubljana*

*Bogdan Tušar, univ. dipl. prav., direktor Psihiatrične bolnišnice Idrija*

*Ivna Bulič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.*

*Andreja Jerič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.*

*Brigita Žajdela, univ. dipl. soc. del.*

*Jacinta Doberšek Mlakar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.*

*mag. Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org., predsednica Sekcije MS in ZT v patronažni dejavnosti*

15.05–15.15 **Zaključek strokovnega izobraževanja in podelitev potrdil**

## **KAZALO**

### **RAZVOJ SKUPNOSTNE PSIHIATRIČNE OBRAVNAVE V SLOVENIJI..... 1**

DEVELOPMENT OF COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT IN SLOVENIA

Ivna Bulić

### **SMER RAZVOJA BOLNIŠNIČNE SKUPNOSTNE PSIHIATRIČNE OBRAVNAVE V RESOLUCIJI O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018–2028 ..... 9**

DIRECTION OF DEVELOPMENT OF THE HOSPITAL COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT  
IN THE RESOLUTION OF THE NATIONAL MENTAL HEALTH PROGRAM 2018–2028

Bogdan Tušar

### **ZNANJA IN KOMPETENCE ZDRAVSTVENE NEGE V SKUPNOSTNI PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI – IZKUŠNJE IZ KLINIČNE PRAKSE ..... 11**

KNOWLEDGE AND COMPETENCES OF THE NURSING CARE IN COMMUNITY PSYCHIATRIC  
TREATMENT – EXPERIENCES FROM THE CLINICAL PRACTICE

Urška Bizilj, Andreja Jerič

### **IZZIVI NADZOROVANE OBRAVNAVE 10 LET PO SPREJEMU ZAKONA O DUŠEVNEM ZDRAVJU ..... 18**

CHALLENGES OF SUPERVISED TREATMENT 10 YEARS AFTER PASSING THE MENTAL HEALTH  
ACT

Andreja Jerič, Urška Bizilj, Ivna Bulić

### **PRIMERI DOBRE PRAKSE PRI OBRAVNAVI PACIENTA, KI JE VKLJUČEN V PSIHIATRIČNO ZDRAVLJENJE V SKUPNOSTI, IN NAŠA POVEZANOST Z LOKALNIM OKOLJEM NA SEKUNDARNEM NIVOJU ZDRAVSTVNEGA VARSTVA..... 24**

EXAMPLES OF GOOD PRACTICE IN NURSING THE PATIENT, INCLUDED IN THE COMMUNITY  
PSYCHIATRIC TREATMENT, AND OUR RELATIONSHIP WITH THE LOCAL ENVIRONMENT AT  
THE SECONDARY HEALTHCARE LEVEL

Sabina Sajtl, Rozalija Studen, Tatjana Skoliber, Katalin Tubić, Polonca Nunčič

### **SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA OBRAVNAVA NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ..... 29**

COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT ON THE PRIMARY HEALTHCARE LEVEL

Jacinta Doberšek Mlakar

# RAZVOJ SKUPNOSTNE PSIHIATRIČNE OBRAVNAVE V SLOVENIJI

## DEVELOPMENT OF COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT IN SLOVENIA

Ivna Bulić, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

ivna.bulic@psih-klinika.si

### Izvleček

V Sloveniji aktualno prejema eno od oblik obravnave v skupnosti več kot 600 oseb z duševno motnjo. Večina (pribl. 400) jih je vključenih v programe skupnostne psihiatrične obravnave ali nadzorovane obravnave šestih bolnišničnih skupnostnih psihiatričnih timov. Skupnostna psihiatrična obravnava je v prvi vrsti namenjena in se je razvila kot oblika podpore in pomoči za ljudi s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo. Bolnišnični skupnostni timi v Sloveniji uporabljajo za obravnavo Assertive Community Treatment model. Primarna diagnoza vključenih pacientov je najpogosteje shizofrenija (60,5 %), večina (65 %) pacientov v času obravnave ni hospitalizirana, pacienti vzdržujejo visoko raven sodelovanja v obravnavi (med 75–85 %). Bolnišnični skupnostni psihiatrični timi dosegajo cilje in namen in so pri svojem delu uspešni. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja predvideva prenos skupnostne in nadzorovane obravnave na primarno raven, kar bo verjetno pomenilo, da bodo do sedaj delujoči timi s svojim delom prenehali. Glede na načrt implementacije skupnostne obravnave po Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja se bo verjetno skupnostna psihiatrična obravnava v Sloveniji vrnila 13 let nazaj, na svoja izhodišča.

**Ključne besede:** skupnostni psihiatrični tim, shizofrenija, assertive community treatment

### Abstract

In Slovenia, more than 600 people with mental disorders are currently receiving one of the forms of treatment in the community. Most of them (approximately 400) are involved in community psychiatric treatment programs or supervised treatment of six community psychiatric community teams. Community psychiatric treatment has been primarily intended and developed as a form of support and assistance for people with severe and recurrent mental disorders. Hospital community teams in Slovenia are used to treat according to the Assertive Community Treatment model. The primary diagnosis of patients involved is most commonly schizophrenia (60.5%), numerous patients (65%) are not hospitalized at the time of treatment, and the majority of them maintains a high level of co-operation (between 75-85%). Hospital community psychiatric teams fulfil goals and purposes and are successful in their work. The Resolution on the National Mental Health Program envisages the transfer of community and supervised treatment to the primary level, which is likely to mean that the working teams will cease to exist. According to the plan for implementation of the community treatment under the Resolution on the National Program for Mental Health, it is likely that community psychiatric treatment in Slovenia will return to its starting points, where it was 13 years ago.

**Keywords:** community psychiatric team, schizophrenia, assertive community treatment

### Uvod

V luči Resolucije o nacionalnem programu na področju duševnega zdravja ter novih poskusov organizacije skupnostne psihiatrične obravnave je smotrno ovrednotiti dosedanji razvoj skupnostne obravnave pri nas ter izkušnje, ki so se ob tem nabrale.

## **Kontekst razvoja skupnostne psihiatrične obravnave v svetu in Sloveniji**

V Sloveniji aktualno prejema eno od oblik obravnave v skupnosti več kot 600 oseb z duševno motnjo. Večina (pribl. 400) jih je vključenih v programe skupnostne psihiatrične obravnave ali nadzorovane obravnave šestih bolnišničnih skupnostnih psihiatričnih timov, ki so se razvili v zadnjih trinajstih letih in regijsko pokrivajo območja, na katerih delujejo bolnišnice. Prve paciente smo v programe psihiatrične skupnostne obravnave vključili v januarju 2006 v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPK Ljubljana). Leta 2008 je sledila Psihiatrična bolnišnica (PB) Idrija, v letu 2009 sta prve paciente vključila Klinični oddelek za psihiatrijo Maribor in PB Ormož, leta 2015 pa tudi PB Vojnik in PB Begunje. Prvotni tim UPK Ljubljana je sodeloval pri izobraževanju in usposabljanju ostalih skupnostnih timov in ob tem je nastal program izobraževanja in usposabljanja za delo v skupnostni in nadzorovani obravnavi, ki je tudi pogoj za pristop k izpitu za koordinatorje nadzorovane obravnave. Vsi timi delujejo skladno z veljavnimi vsebinskimi in strukturnimi standardi kakovosti (ISO in AACI), imajo enake klinične poti in v veliki meri podobno dokumentacijo. So pa vsi timi prilagojeni tudi lokalnemu okolju ter se na ta način lahko razlikujejo v zagotavljanju specifičnih intervenc. Timi med seboj sodelujejo v koordinaciji, katere funkcija je zagotavljanje nekaterih funkcionalnih znanj ter sprejemanje smernic in standardov v obravnavi. Z aktualnimi kapacitetami timi lahko zagotovijo obravnavo vsem tistim posameznikom s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki takšno obliko obravnave najbolj nujno potrebujejo in imajo od nje največ koristi.

Leta 2013 so v Sloveniji začeli delovati tudi štirje skupnostni psihiatrični timi na primarni ravni (Sevnica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem in Murska Sobota). Razmejitev med timi na primarni ravni in bolnišničnimi timi ni bila nikoli jasno definirana, kakor tudi ne povsem jasen model obravnave na primarni ravni – iz klinične prakse se nakazuje, da je obravnavo na primarni ravni kratkotrajnejša in manj intenzivna, prav tako imajo timi na primarni ravni manj specializiranega kadra, ki je v delu s psihiatrično populacijo manj izkušen.

Da se je skupnostna psihiatrična obravnavo začela razvijati v bolnišnicah, ni naključje. Skupnostna psihiatrična obravnavo je v prvi vrsti namenjena in se je razvila kot oblika podpore in pomoči za ljudi s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo – motnjo, katere potek je kroničen in lahko prizadene vsa področja človekovega funkcioniranja. Najbolj značilen predstavnik te skupine duševnih motenj je shizofrenija. V preteklosti so pacienti s shizofrenijo in drugimi ponavljajočimi se duševnimi motnjami velik del svojega življenja preživeli v bolnišnicah in podobnih ustanovah. Čeprav zdravstveni delavci o novih programih obravnave ljudi z duševno motnjo večinoma razmišljamo v kontekstu njihove splošne dobrobiti, je dejstvo, da novi programi pogosto nastajajo kot poskus zmanjševanja skupnega bremena določene bolezni na družbo. Hude in ponavljajoče se duševne motnje pomenijo pomemben delež finančnega bremena za družbo: shizofrenija se po skupnem bremenu navkljub svoji nizki prevalenci umešča na 15. mesto med vsemi boleznimi in poškodbami (Vos, et al., 2017). Finančno breme izhaja tako iz zagotavljanja služb za vseživljenjsko pomoč in podporo kot tudi iz izgube dohodka, ki bi ga ljudje s temi motnjami ustvarili (ter posledično odvisnost od socialnih transferjev). Ideja deinstitutionalizacije, tj. krčenja števila bolnišničnih postelj ter spodbujanja pacientov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo k boljši samooskrbi, ne izhaja zgolj iz procesov destigmatizacije in želje po boljšem spoštovanju človekovih pravic, temveč je tudi poskus zmanjševanja stroškov zdravljenja in odvisnosti od socialnih transferjev pri opisani skupini bolnikov. Z omejevanjem trajanja hospitalizacij v Sloveniji v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, so se tudi v Sloveniji psihiatrične bolnišnice znašle pod pritiskom vrtljivih vrat pri pacientih s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki ga je razvoj skupnostnih programov poskušal zajezi. Pomembna motivacija za razvoj skupnostnih timov

je bil tudi Zakon o duševnem zdravju (2008), ki je psihiatričnim bolnišnicam naložil izvajanje nadzorovane obravnave kot oblike obravnave pacientov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo v skupnosti.

Hudih in ponavljajočih se duševnih motenj se ne da pozdraviti. Cilj vseh programov na tem področju je predvsem doseganje čim večje stopnje okrevanja. Pravo okrevanje, dobro funkcioniranje in odsotnost simptomov dosega v desetih letih zgolj 14 % pacientov s shizofrenijo (Jääskeläinen, et al., 2013), a pomembno stopnjo izboljšanja v funkcioniranju doseže po različnih raziskavah med 46 in 68 % vseh pacientov v dvajsetih letih (Slade, et al., 2008). Prav na to izboljšanje v funkcioniranju skušamo vplivati s psihosocialnimi intervencami, ki naj bi jih zagotavljala široka mreža različnih služb, tako zdravstvenih kot socialnih in nevladnih organizacij. V zdravstvenem delu obravnave pomeni sodobna organizacija služb ravnovesje med bolnišničnimi in skupnostnimi službami (Thornicroft & Tansella, 2004). Premik iz psihiatričnega zdravljenja v psihosocialno obravnavo in posledično iz bolnišnic v skupnost pa je postal generaliziran za vse duševne motnje in ne zgolj za tiste s kroničnim potekom, ob tem pa je ključnega pomena, da skupnostne zdravstvene službe skrbijo tudi za zgodnjo detekcijo duševnih motenj, promovirajo duševno zdravje in destigmatizacijo duševnih motenj.

### **Modeli obravnave**

Modeli skupnostne obravnave se med seboj razlikujejo glede intenzivnosti in specializiranosti. Tako generični skupnostni timi, kot so npr. Community mental health – CMHT timi v Veliki Britaniji, pokrivajo veliko število pacientov z vsemi različnimi diagnozami na določenem področju in nižjo intenziteto obravnave, specializirani skupnostni timi pa obravnavajo omejene populacije pacientov, ki zahtevajo bolj specifična znanja. Obravnavajo jih z višjo intenziteto. Nadalje je skupnostna obravnava lahko organizirana stopenjsko – s prehajanjem pacienta med različnimi timi z različno visoko stopnjo podpore – ali pa pacientu podporo zagotavlja en tim ves čas, ko potreba po obravnavi obstaja.

Med modeli zdravstvene oz. psihiatrične obravnave je z največ raziskavami za dokazovanje njegove uspešnosti pri zmanjšanju števila hospitalizacij, izboljšanju sodelovanja pri zdravljenju in večji kvaliteti življenja pacientov (Bond, et al., 2001) na dokazih podprt model Assertive Community Treatment (ACT), ki ga za obravnavo pacientov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo uporabljamo tudi v Sloveniji. ACT model je bil razvit v 70. letih v ZDA kot alternativa bolnišničnemu zdravljenju in zagotavlja intenzivno vodenje in spremljanje pacientov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter jim pomaga pri razvijanju veščin in spretnosti za samostojno življenje v skupnosti (Dewa, et al., 2001). Kriteriji za vključevanje pacientov v program so poleg težke duševne bolezni še zgodovina in trajanje hospitalizacij, ovire v vsakodnevem funkcioniranju, slaba socialna mreža, težave na področju zaposlovanja ter zmožnost samooskrbe (Bond, et al., 2001). Posameznikom tim nudi prilagojeno podporo pri obvladovanju bolezni, vsakdanjo pomoč pri reševanju običajnih življenjskih težav, podporo pri zaposlovanju in vpliva na okolje z izobraževanjem družin in širjenjem socialne mreže. Razmerje med osebjem in bolniki je nizko (1 : 10). Intenzivnost podpore je prilagojena potrebam posameznega bolnika, vendar je dostopna 24 ur na dan (Phillips, et al., 2001). Obravnava ima značilnosti visoko intenzivnega »case menagmenta«, je timsko načrtovana, skupaj z bolnikom in s svojci, načrt se obdobjno preverja in prilagaja. Posamezni člani v multidisciplinarnih timih so po navadi usposobljeni tudi za izvajanje kognitivno-vedenjske terapije in družinske psihoterapevtske obravnave, zaposlitvene rehabilitacije ter obravnavanja odvisnosti. Predvsem zaradi dejstva, da je ocena potreb veliko bolj natančna in »vivo« in da se večine, ki jih bolnik pridobi v svojem domačem okolju, veliko bolj uspešne in učinkovite,

kot tiste, ki se jih nauči v bolnišničnem okolju, naj bi se večino kontaktov z bolniki izvedlo na njegovem domu oz. izven institucije (Bond, et al., 2001).

Čeprav je metaanaliza prvih raziskav ACT modela (Marshall & Lockwood, 1998) kazala učinkovitost tega modela pri zmanjševanju rehospitalizacij, izboljšanju sodelovanja v zdravljenju in izboljšanju funkcioniranja – zaposlitve, bivanja, se model v Veliki Britaniji v dveh raziskavah PrISM in REACT ni pokazal za bolj učinkovitega od generične skupnostne obravnave glede rehospitalizacij, se pa je pokazalo boljše sodelovanje v obravnavi (Killaspy, 2017). Razlogov za neponovitev predhodnih rezultatov naj bi bilo mnogo; eden od bistvenih naj bi bil kontekst dobro razvite mreže in podpornih služb, pa tudi visok prag za rehospitalizacijo pacienta (Burns & Santos, 2009). Posodobljena metaanaliza (Dietrich, et al., 2017, cited in Killaspy, 2017), ki je vključevala več timov iz več različnih držav, je potrdila začetne ugotovitve glede učinkovitosti ACT v primerjavi s standardno ambulantno obravnavo, hkrati pa je v primerjavi z generično skupnostno obravnavo ugotovila predvsem prednost glede sodelovanja oz. vztrajanja v obravnavi.

Polemike glede izbora in izidov skupnostne psihiatrične obravnave so v svetu še vedno zelo prisotne. Sama Velika Britanija je od sedemdesetih let naprej razvijala skupnostno obravnavo, ki jo je po letu 2000 začela specializirati (specializirani timi za zgodnje intervence, ACT tim idr.), do leta 2010 pa je prišlo do superspecializacije (timi za osebne motnje, za postravmatsko stresno motnjo idr.), z zmanjšanjem sredstev za duševno zdravje pa je ponovno prišlo do redukcije tako vrste skupnostnih timov kot njihovih kompetenc (Killaspy, 2017).

Na izhodiščih zgoraj opisanih prednosti in pomanjkljivosti različnih modelov obravnave tako generičnega kot ACT modela zanimivo rešitev predstavlja nizozemski FlexiACT model, ki vključuje paciente z določenega geografskega področja z različnimi in različno izraženimi težavami ter jim običajno zagotavlja nizko stopnjo podpore, a v primeru povečanih potreb za čas trajanja le-njih pri pacientu, uporablja ACT model dela. Po eni od raziskav (Nugter, et al., 2016) potrebuje ACT obravnavo v vsakem trenutku do 18 % vseh vključenih pacientov, v enem letu pa sta obdobja takšne obravnave potrebovali dve tretjini vključenih. Čeprav model še ni dovolj raziskovan, so podatki glede izidov podobni tistim za ACT model ob zmanjšanju števila intervenc.

### **Lastnosti skupnostne psihiatrične obravnave slovenskih bolnišničnih timov z izidi**

Primarni cilj razvoja skupnostne psihiatrične obravnave v Sloveniji je bil torej zagotavljati kontinuirano podporo tistim posameznikom z duševno motnjo, ki imajo v funkcioniranju največ težav, težko funkcionirajo v domačem okolju, se zato pogosto vračajo v bolnico, kjer ostajajo dlje časa, in imajo pogosto poleg duševne motnje tudi pridružene težave v duševnem zdravju

Po podatkih iz leta 2016 (Bulić Vidnjevič, et al., 2016) o lastnostih pacientov (n = 307), ki so bili takrat vključeni v skupnostno psihiatrično obravnavo bolnišničnih timov so pacienti nekoliko pogosteje moški (55,7 %), v povprečju je njihova starost 48 let (razpon: 20–79), najpogosteje bivajo s primarno družino (44,8 %), so večinoma samski (64,2 %) in brez otrok (62 %). Primarna diagnoza je najpogosteje shizofrenija (60,5 %), sledi ji shizoafektivna motnja; uspešno smo obravnavali tudi različne razpoloženske motnje in celo osebne motnje z nizko stopnjo funkcioniranja. Več kot tretjina v analizo vključenih (37 %) ima še pridruženo diagnozo, najpogosteje odvisnost (17 %). V povprečju so bili v SPO vključeni po 12,6 leta trajanja bolezni oz. po sedmih rehospitalizacijah. Med identificiranimi težavami jih

je imelo največ težave na področju skrbi za gospodinjstvo (70%) in težave z opuščanjem zdravlil (65%). V času obravnave jih je skoraj četrtina (23%) občasno zlorabljala psihoaktivne substance (PAS), najpogosteje marihuano in alkohol. Velika večina obravnave je pri pacientih potekala na domu (74 %), med dodatnimi intervencami pa je bilo najpogostejše sodelovanje s službami; pri polovici pacientov je v času obravnave bila vključena najmanj še ena služba. Najpogosteje poteka sodelovanje z nevladnimi organizacijami, in sicer, z dnevnimi centri in stanovanjskimi skupinami, pri pacientih pogosto sodelujemo tudi centri za socialno delo. Sodelovanje s službami se med timi razlikuje, saj je dostopnost do drugih služb v različnih regijah variirala. Povprečno trajanje obravnave je bilo pri takrat v raziskavo vključenih 2,3 leta, v najdlje delujočem timu (UPK Ljubljana) je bilo povprečno trajanje obravnave skoraj štiri leta, iz prvotne skupine vključene v letu 2006 pa v obravnavi vztrajajo trije pacienti (15%).

Najbolj konsistenten in objektivni pokazatelj učinkovitosti obravnave ostaja število rehospitalizacij v času obravnave. Že prva skupina pacientov (po prvem letu vključitve) je pokazala zmanjšanje rehospitalizacij, tudi triletna analiza podatkov za leta 2007–2009 je pokazala statistično pomembno znižanje rehospitalizacij (Bulić Vidnjevič, 2011), podatki iz leta 2016 za vse bolnišnične skupnostne time kažejo, da večina (65 %) vključenih ni bila hospitalizirana v času obravnave. K večini (65 %) rehospitalizacij pa prispevajo pacienti, ki so v obravnavo vključeni več kot 4 leta – podatek kaže v smeri težavnejše oblike motnje pri tej skupini, zaradi česar ta skupina v obravnavi vztraja dlje in so hkrati tudi bolj prisotna bolezenska poslabšanja. Poleg rehospitalizacij je pomemben tudi podatek o vztrajanju v obravnavi, ki se v UPK Ljubljana ves čas giblje med 75–85% – ob tem je največ osipa v prvem letu in pol, ko se odnos med ključnim delavcem in pacientom šele vzpostavlja.

Manj objektivni (gre za oceno tima na podlagi dokumentacije) so podatki glede težav pred in med skupnostno psihiatrično obravnavo; največje izboljšanje se pokaže glede avtoagresivnega, heteroagresivnega vedenja, opuščanja terapije ter rezidualne simptomatike, medtem ko težave vztrajajo pri socialni vključenosti, skrbi za gospodinjstvo in urejanju formalnosti.

Čeprav bolnišnični skupnostni timi večino časa uporabljamo glavne komponente ACT modela, je intenziteta vodenja pri istem pacientu spremenljiva in lahko obsega od nekaj obiskov tedensko do enega obiska na mesec. Namreč, tako izkušnje kot kadrovske viri sledijo potrebam pacientov, ki se med obravnavo spreminjajo. Klinične izkušnje nakazujejo tudi, da pri stabilnih pacientih, ki so v program vključeni že dolgo časa, že zelo nizka intenziteta ohranja stabilnost, ki pa se ob odpustu v standardno obliko obravnave poruši.

Od leta 2009 večinoma po enakem modelu obravnavamo tudi paciente vključene v nadzorovano obravnavo. Pogosto uspešnost obravnave teh pacientov pomeni njihov pristanek na sodelovanje v skupnostni psihiatrični obravnavi. Obravnava se kaže kot učinkovita pri pacientih, ki sicer ustrezajo kriterijem modela, a je zakonsko določeno trajanje obravnave pogosto prekratko, da bi se vzpostavil odnos s pacientom.

Glede na zgoraj opisano in v kontekstu opisanega razvoja/namena timov pa tudi v primerjavi s pričakovanimi rezultati so bolnišnični skupnostni timi uspešni in dosegajo svoje cilje – obravnavo najtežje sodelujočih pacientov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo.

Razvoj obravnave ni potekal brez težav. Večina skupnostnih timov se je na začetku srečevala s predsodki znotraj matičnih ustanov, ki so bili premagani šele po neposrednih izkušnjah pri uspešnosti obravnave pacientov. Večina timov se je srečevala in se srečuje s kadrovske podhranjenostjo in kriterije visoko intenzivnega »case managementa« (manj kot 20 pacientov na ključnega delavca) le redko kdaj dosegamo. Glede na to, da gre za multidisciplinarno

timsko obravnavo, je večina timov šla skozi burna obdobja timskih usklajevanj in nestabilnosti. Pogoste so bile tudi težave v nerazumevanju osnovnega pravila obravnave, tj. timskega odločanja, pri čemer so manj izkušeni ključni delavci nase prevzemali odločitve, ki bi jih moral sprejeti tim. Pogosto se pokaže, da ni vsak, niti izkušen in izobražen zdravstveni delavec, primeren za to obliko dela, saj je zahteva po odgovornosti, samostojnosti in etičnosti glede na tisto, ki jo imajo delavci v varnih zavetjih oddelkov, večja. V timih še vedno intenzivno delamo na izkoreninjanju neustrezne bodisi pokroviteljske, »rešiteljske« ali pretirano zavzete komunikacije in obravnave. Za zaznavanje vseh težav so izjemno pomembne izkušnje, ki smo si jih skozi leta nabrali, kakor tudi dosledno sledenje modelu obravnave, predvsem v njegovem bistvu – prilagajanju potrebam pacienta.

Bolnišnični skupnostni psihiatrični timi so se razvijali v času ekonomskega pomanjkanja, zato je bil razvoj počasen in je za razvoj novih metod kakor tudi prenos na druge psihiatrične populacije še veliko prostora. Eden glavnih izzivov je izboljšanje delovanja v smeri okrevanja oz. premeščanje pozornosti iz sodelovanja pri medikamentoznem zdravljenju in odsotnosti rehospitalizacije na izboljšanje okrevanja, tj. spodbujanje krepitve identitete posameznika, nasproti krepitve identitete pacienta. Marsikje je potrebno vložiti še veliko dela v bolj sistematično vključevanje pacientov, predvsem pa je nujna boljša evalvacija programov in raziskovanj.

### **Prihodnost skupnostne psihiatrije v Sloveniji**

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) postavlja temelje za razvoj in boljše dostopnost skupnostne psihiatrične obravnave v smislu lokacijskega umeščanja te obravnave v manjše skupnosti in povečanja števila skupnostnih timov, kar je vsekakor spodbudno. Hkrati predvideva prenos skupnostne in nadzorovane obravnave na primarno raven, po kliničnih poteh pa bo ta obravnava še najbližje generični skupnostni obravnavi, kot jo poznajo v obliki centrov za duševno zdravje v Veliki Britaniji, ki svoj sistem razvija 40 let in med specializiranostjo timov in generičnimi timi ne najde pravega odgovora. Pri tem je pomembno omeniti, da čeprav je skupnostna obravnava v Veliki Britaniji umeščena v lokalno okolje, ne poteka na primarni ravni, temveč v okviru področno organiziranih skladov za duševno zdravje, katerih del so tako skupnostni timi kot bolnišnični oddelki in celo forenzične enote. Ta organizacija služb pomeni pravo povezanost oz. mrežo, ki jo v naši resoluciji glede organizacije služb ne bomo dobili. Resolucija bolnišnicam daje marginalen pomen, odnos med skupnostno obravnavo in bolnišnicami pa po nepotrebnem dihotomizira.

Kot zapisano v resoluciji večina kadra na področju obravnave duševnih motenj trenutno dela v bolnišnicah. Vendar pa to ne pomeni, da večina kadra dela na bolnišničnih oddelkih, saj bolnišnice aktualno zagotavljajo veliko število ambulant kakor tudi skupnostno obravnavo. Pri tem je spregledano dejstvo, da so prav bolnišnice edina baza kadra, znanja in izkušenj za zdravstveno delo z ljudmi z duševno motnjo. V večini držav, ki so implementirale skupnostno obravnavo, vlogo ključnih delavcev prevzemajo strokovni delavci šole, ko imajo dovolj izkušenj na akutnih psihiatričnih oddelkih. Te izkušnje so nenadomestljive z izobraževanjem, saj gre tako za tehnike obvladovanja vznemirjenih pacientov kot za prepoznavo znakov poslabšanja.

### **Zaključek**

Ne glede na dolgoletne izkušnje in vsakodnevno delo v skupnosti, poznavanje lokalnih služb, potreb pacientov, tveganj v skupnostni in nadzorovani obravnavi, niti eden od članov bolnišničnih skupnostnih timov ni bil povabljen k pripravi resolucije niti kliničnih poti. V slednjih predlagani model obravnave ni bil nikoli deležen prave strokovne diskusije niti ne



izhaja iz do sedaj zbranih izidov bolnišnične skupnostne obravnave. Če bo resolucija zaživela, se bo razvoj skupnostne obravnave v Sloveniji začel na novo, z novimi izobraževanji, kot da niti skupnostne obravnave niti psihiatrične obravnave v obče v Sloveniji nikoli ni bilo. Ustrezno usposabljanje izven bolnišnic kakor tudi ustrezno izobraževanje izven formalnih izobraževalni ustanov je neizvedljivo in malo verjetno je, da bomo ob tem dobili kakovostno skupnostno obravnavo. Ob tem bodo bolnišnični skupnostni psihiatrični timi in vsa nabrana znanja in izkušnje šli v pozabo, potrebe populacije pacientov, ki jih sedaj obravnavajo, pa bodo nenaslovljene, saj novi timi niti po intenziteti niti po vsebini ne bodo zmogli podpore zgoraj opisani skupini.

Namesto izboljšanja kakovosti, uvajanja novih, na okrevanje orientiranih vsebin obravnave, se bo skupnostna psihiatrična obravnava v Sloveniji vrnila 13 let nazaj na svoja izhodišča. Očitno smo dovolj bogata družba, da si takšen poskus lahko privoščimo.

Največ, kar si lahko v prihodnosti obetamo, je, da bo politika zmogla dovolj modrosti in bo implementacijo resolucije ustavila ter ustvarila pogoje, v katerih se bo znanja in izkušnje ter kompetentne kadrovske vire bolnišnic in bolnišničnih skupnostnih timov integriralo v idejo o razvoju lokalno umeščenih skupnostnih služb ter pri ustanavljanju novih timov tudi aktivno sodelovali ter novonastalim skupnostnim timom zagotavljali supervizijo, usposabljanje ter nadzor nad standardizirano kakovostjo. Takšna oblika razmerja med bolnišnicami in skupnostnimi timi pa bi zagotavljala pacientu uravnoteženo in kontinuirano obravnavo. Ob tem mora biti izbor modela skupnostne obravnave previden, a se po dosedanjih izkušnjah timov zdi, da bi tudi za slovenski prostor bil najbolj široko uporaben nizozemski flexiACT model, saj marsikdaj timi že sedaj delajo po smernicah tega modela.

## Literatura

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Latimer, E., 2001. Assertive Community Treatment for People with severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes Journal*, 9(3), pp.141–159.
- Bulić Vidnjevič, I., 2011. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In: Bregar, B. & Peterka Novak, J. eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1–6.
- Bulić Vidnjevič, I., Jerič, A. & Škerjanc, A., 2016. 10 let ACT v Sloveniji: Miti in legende o bolnišnični SPO in NO. In: Novak Šarotar, B. & Bon, J. eds. *Zbornik 6. slovenskega psihiatričnega kongresa*, Kongresni center Bernardin, Portorož 16.-19. november 2016. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri SZD.
- Burns, B.J. & Santos, A.B., 1995. Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatric Services*, 46, pp. 669–675.
- Dewa, C., Horgan, S., Russel, M. & Keates, J., 2001. What? Another form? The process of measuring and comparing service utilization in a Community mental health program model. *Evaluation and program Planing*, 24(3), pp. 239–247.
- Vos, T., Abajobir, A.A., Abate, K.H., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abd-Allah, F., et al., 2017. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 16;390(10100), pp.1211–1259.

- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J.J., Saha, S., Isohanni, M., et al., 2013. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), pp. 1296–1306.
- Killaspay, H., 2017. ACT: what can we learn from the UK experience?. Available at: <https://www.eaof.org/presentations2017/2017hkillaspy.pdf>. [22.5.2019].
- Marshall, M. & Lockwood, A., 1998. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Oxford: The Cochrane Library.
- Nugter, A.M., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R. & Van Veldhuizen, R., 2016. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), pp. 898–907.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., et al., 2001. Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services*, 52, 771–779.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28)*, 2018. Uradni list RS, št. 24/18.
- Slade, M., Amering, M. & Oades, L., 2008. Recovery: an international perspective. *Epidemiology e Psichiatria Sociale*, 17, pp. 128–137.
- Thornicroft, G. & Tansella, M., 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 85(4,) pp. 283–290.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008 in 46/15 – odl. US).

# **SMER RAZVOJA BOLNIŠNIČNE SKUPNOSTNE PSIHIATRIČNE OBRAVNAVE V RESOLUCIJI O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018–2028**

## **DIRECTION OF DEVELOPMENT OF THE HOSPITAL COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT IN THE RESOLUTION OF THE NATIONAL MENTAL HEALTH PROGRAM 2018–2028**

**Bogdan Tušar, univ. dipl. prav.**  
Psihiatrična bolnišnica Idrija  
bogdan.tusar@pb-idrija.si

### **Razširjen izveček**

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 postavlja v ospredje razvoj skupnostne psihiatrične oskrbe, ki bo temeljila na primarnem zdravstvenem varstvu. Resolucija namreč v naslednjih desetih letih predvideva postopno vzpostavitev t. i. regijskih centrov za duševno zdravje za otroke, mladostnike in odrasle na primarni ravni, vzpostavitev mreže regijskih skupnostnih psihiatričnih timov ter posledično prenos timov in storitev skupnostne in nadzorovane obravnave iz psihiatričnih bolnišnic na primarno raven. Na drugi strani resolucija zanemarljivo vlogo obstoječih služb na sekundarni in terciarni ravni, ki so s svojimi programi že uspešno integrirane v skupnost. Prav tako ne daje jasnega odgovora, kakšna bo vloga psihiatričnih bolnišnic v prihodnosti. Nepremišljene in nestrokovne poteze v smeri deinstitucionalizacije in prenosa programov lahko močno destabilizirajo kadrovske in finančne tako podhranjen sistem bolnišnične psihiatrične oskrbe. Razvoj in širitev psihiatričnih služb v skupnosti namreč ne sme potekati na račun slabitve danes dobro organiziranih in delujočih služb na sekundarni ravni oz. preusmeritve sredstev (kadra in denarja) iz institucionalne v skupnostno obravnavo. Implementacija resolucije bo prav zaradi izrazite kadrovske podhranjenosti področja duševnega zdravja tako na nivoju preventive, zdravljenja in rehabilitacije zelo zahteven proces. V primerjavi z nekaterimi evropskimi državami se v Sloveniji namreč trenutno soočamo z nizkim številom specialistov psihiatrov, pedopsihiatrov, kliničnih psihologov in negovalnega osebja. Nizek standard na kadrovskega področju razkriva boleče nizek potencial za hiter razvoj in načrtovane spremembe.

Med prednostnimi področji razvoja duševnega zdravja ni mogoče izpostaviti zgolj ene, to je skupnostne oblike pomoči. Skupnostna skrb kot taka je namreč sestavni del integriranega in nedeljivega sistema psihiatrične oskrbe, ki enakopravno vključuje vse vidike obravnave. Sedanji model skupnostnega psihiatričnega zdravljenja je zagotovo potrebno nadgraditi, vendar premišljeno in na podlagi poglobljene analize stanja in potreb skupnosti. Zdravstvene ustanove na sekundarni ravni pri tem ne morejo biti izključene. Resolucija pri navajanju specifičnih ciljev in ukrepov na sekundarni ravni žal prezre današnjo aktivno vlogo psihiatričnih bolnišnic v procesu zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti. Z razvojem strok, v prvi vrsti psihiatrije, psihologije, zdravstvene nege, delovne terapije ipd., se nekoč izrazito varovalna in nadzorovalna funkcija psihiatričnih bolnišnic danes umika osnovni vlogi bolnišnice – vlogi zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije, ki poteka v skladu z mednarodno uveljavljenimi standardi, sodobno klinično prakso in strokovnimi smernicami obravnave duševnih bolezni tako v hospitalu kot v skupnosti. Moč institucije pada v obratnem razmerju z rastjo moči stroke. Posledično se zmanjšujejo potrebe po hospitalizacijah, skrajšuje se trajanje hospitalizacij – s tem pa raste možnost za obnavljanje in ohranjanje socialnih vlog posameznika, vključenega v procese zdravljenja. Rezultat tega procesa so humanizacija

pogojev zdravljenja, dvig kakovosti zdravstvene obravnave in izboljšana varnost oskrbe pacientov.

Glede na to, da je temeljni cilj skupnostne psihiatrične obravnave vodenje pacienta z duševno boleznijo v domačem okolju z namenom zmanjšanja ponovnih hospitalizacij, je nujno, da se učinkovitost takšnega pristopa spremlja tudi s pomočjo ustreznih kazalnikov. V Psihiatrični bolnišnici Idrija že od uvedbe programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti spremljamo kazalnike, kot so: število hospitalizacij na posameznega pacienta pred njegovo vključitvijo v program, med trajanjem samega programa in po njegovem zaključku, trajanje hospitalizacije (št. hospitalnih dni na hospitalizacijo posameznega pacienta) pred njegovo vključitvijo v program, med trajanjem programa in po njegovem zaključku ter kazalnik zadovoljstva pacientov z obravnavo v skupnosti. Merjenje rezultatov s pomočjo teh kazalnikov predstavlja ključno orodje za spremljanje kakovosti in učinkovitosti bolnišničnega programa obravnave v skupnosti.

V Psihiatrični bolnišnici Idrija se že dalj časa zavzemamo za vzpostavitev integrirane in med seboj povezane mreže služb za duševno zdravje na različnih ravneh zdravstvenega varstva, ki bo sledila potrebam uporabnikov oz. posameznih skupin prebivalstva, zagotavljala kakovostno in varno obravnavo v skladu z mednarodnimi standardi in kliničnimi smernicami ter omogočala boljšo geografsko pokritost z zdravstvenimi storitvami in s tem lažjo dostopnost ter primerno oskrbo na vseh ravneh zdravstvenega varstva, predvsem pa za uravnotežen razvoj institucionalnih in skupnostnih oblik psihiatrične obravnave na način, da se zagotovi enakomerno dostopnost in medsebojno povezanost služb za duševno zdravje in s tem hitrejši odziv na potrebe ljudi z duševnimi motnjami ter omogoči individualno prilagojeno obravnavo, ki bo temeljila na celoviti oceni posameznikovih psihosocialnih potreb ter njegovi aktivni vlogi pri skrbi za lastno zdravje.

## **Literatura**

*Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28), 2018.*  
Uradni list RS, št. 24/18.

# **ZNANJA IN KOMPETENCE ZDRAVSTVENE NEGE V SKUPNOSTNI PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI – IZKUŠNJE IZ KLINIČNE PRAKSE**

## **KNOWLEDGE AND COMPETENCES OF THE NURSING CARE IN COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT – EXPERIENCES FROM THE CLINICAL PRACTICE**

**Urška Bizilj, dipl. m. s.**  
**Andreja Jerič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.**  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
andreja.jeric@psih-klinika.si

### **Izveček**

Prispevek opisuje vlogo medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi ter jo primerja z vlogo medicinske sestre na intenzivnem oddelku za psihiatrijo. Vloga medicinske sestre na psihiatričnem oddelku se razlikuje od vloge medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi. Visok delež zdravstveno-negovalnega osebja nima ustreznega usposabljanja niti na področju psihiatrične zdravstvene nege niti na področju skupnostne psihiatrične obravnave. Prispevek izpostavi pomanjkljivosti znanj s področja ustrezne komunikacije s pacientom in svojci, pretirane zavzetosti, pomanjkljivih znanj s področja vedenjsko-kognitivne terapije, dela s svojci, motivacijskih tehnik. V zaključku nakaže potrebo po sistemski ureditvi izobraževalnega in kompetenčnega modela v skupnostni psihiatrični obravnavi v Sloveniji.

**Ključne besede:** duševno zdravje, skupnost, aktivnosti medicinske sestre

### **Abstract**

The article describes the role of a nurse in community psychiatric treatment and compares it with the role of a nurse in intensive psychiatric ward. The role of a nurse in the psychiatric ward differs from the role of a nurse in community psychiatric treatment. High share of the nursing staff does not have adequate training in psychiatric nursing care nor in community psychiatric treatment. The article highlights the shortcomings in knowledge of adequate communication with patient and his/her relatives, excessive commitment, behavioral cognitive therapy, work with relatives, motivational techniques. In conclusion, it points out the need for systemic regulation of the educational and competence model in community psychiatric treatment in Slovenia.

**Keywords:** mental health, community, nursing interventions

### **Uvod**

Skupnostna psihiatrična obravnava je enako pomemben del sodobne obravnave duševnih motenj kot institucionalna obravnava. Dokazano izboljšuje sodelovanje pacientov v zdravljenju, preprečuje pogoste ponovitve bolezni ter izboljša skupen izid pri preprečevanju kronifikacije. Namenjena je pacientom s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se pogosto vračajo v bolnišnico in imajo težave s funkcioniranjem v domačem okolju (Bond, 2001). Medicinska sestra je nosilka skupnostne psihiatrične obravnave tako v Sloveniji kot v tujini, je član multidisciplinarnega tima in za svoje delo prevzema enako mero odgovornosti kot ostali člani. Odgovorni član multidisciplinarnega tima je, ne glede na svoj poklicni profil, odgovoren za spremljanje, načrtovanje in izvajanje načrta obravnave v skupnosti (Švab, 2013). V skupnostni obravnavi sodelujejo medicinska sestra, psihiater, socialni delavec, psiholog in delovni terapevt. Medicinska sestra potrebuje široko strokovno znanje na področju

psihiatrije ter empatijo, da lahko pacienta z duševno motnjo razume in mu ustrezno svetuje. Pri obravnavi je poudarek na samostojnosti pacienta in izobraževanju pacienta in svojcev (Kalabić, 2017). Delo medicinske sestre temelji na strokovnih kompetencah, ki v preteklosti znotraj evropskega prostora niso bile jasno in enotno definirane ter so še vedno pogosto različno interpretirane tudi med samimi izvajalci zdravstvene nege (Plazar & Ličen, 2013). Rezultati raziskave (Ornik, 2015) so pokazali, da je v slovenskem prostoru potreben študij na podiplomskem nivoju s področja psihiatrične zdravstvene nege. Visok delež zdravstveno negovalnega osebja nima ustreznega usposabljanja niti na področju psihiatrične zdravstvene nege niti na področju skupnostne psihiatrične obravnave. Obstaja verjetnost, da brez usposabljanja na delovnem mestu in kontinuiranih izvajanj izobraževanj nova znanja ne bodo sprejeta, razumljena in prenesena v prakso (Ornik, 2015).

Namen prispevka je opredeliti najpomembnejša znanja in kompetence medicinske sestre na področju skupnostne psihiatrične obravnave in analizirati možnosti izboljšav v procesu izobraževanja in v klinični praksi.

### **Skupnostna psihiatrična obravnava po Assertive Community Treatment modelu**

Assertive community treatment (ACT) definiramo z nepretrganim spremljanjem dolgotrajnih in zahtevnih psihiatričnih pacientov, ki potrebujejo nepretrgano podporo v skupnosti. Posameznikom nudi prilagojeno podporo pri obvladovanju bolezni, vsakdanjo pomoč pri reševanju običajnih življenjskih težav, podporo pri zaposlovanju in vpliva na okolje z izobraževanjem družin in širjenjem socialne mreže. Razmerje med osebjem in bolniki je nizko 1 : 10. Intenzivnost podpore je prilagojena potrebam posameznega pacienta, vendar je dostopna 24 ur na dan (Philips, et al., 2001, cited in Bulić Vidnjevič, 2011).

V Sloveniji se skupnostno psihiatrijo izvaja po modelu ACT. Spremlja se paciente s hudimi in komorbidnimi psihotičnimi motnjami po odpustu iz bolnišnice, zagotavlja pravočasno zdravljenje ter pomaga pri reševanju življenjskih težav. Vsi ACT timi v Sloveniji v vseh psihiatričnih bolnišnicah so dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij pri obravnavanih osebah, s tem pa tudi prihranke pri najdražji bolnišnični obravnavi (Švab, 2015).

Pacienta se po modelu ACT na sprejem v skupnostno psihiatrično obravnavo običajno pripravi že v psihiatrični bolnišnici med hospitalizacijo. Takrat se opravi tudi diagnostiko in začne obravnava. Paciente se spremlja in zdravi v skladu z načrtom in beleži storitve ter ukrepe, kot so pripravljene v protokolu skupnostne psihiatrične obravnave (Švab, 2015).

### **Vloga medicinske sestre v institucionalni obravnavi na področju psihiatrije**

Vloga medicinske sestre na psihiatričnem oddelku se razlikuje od vloge medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi. Naloge medicinske sestre v zdravstveni negi v psihiatriji na splošno so zaradi narave dela obširne in tudi zahtevne. Medicinska sestra mora imeti znanja z različnih področij. Medicinska sestra vodi tim zdravstvene nege, ki je usmerjena v delo s pacientom. Pacient je v zdravstveni obravnavi najpomembnejši subjekt in ima pravico do kakovostne zdravstvene nege (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011 cited in Habat, 2015).

Zdravljenje poslabšanja duševne motnje v prvi fazi poteka v bolnišničnem okolju. Obravnava se začne s sprejemom v institucionalno področje. Delo poteka po navodilih zdravnika, ki oceni potrebe pacienta, nato pa se na podlagi tega izvaja ustrezne intervencije po procesu zdravstvene nege (Švab, 2013).

Medicinska sestra takoj ob stiku s pacientom prične pridobivati informacije. Pacienta opazuje in se z njim pogovarja, s tem pa oceni njegovo sposobnost samooskrbe ter zbere informacije o njegovih temeljnih življenjskih aktivnostih. Pri vsem tem je pomemben spoštljiv pristop in empatičen odnos, na katerem se gradi zaupanje. Z zaupanjem pacientu damo občutek varnosti. Na koncu tudi oceni sposobnost samooskrbe glede na prioriteto življenjskih potreb (Lipovec, 2015).

Specifične naloge medicinske sestre v zdravstveni negi v psihiatriji so (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011 cited in Habat, 2015):

- učenje pacienta in njegovih svojcev pravilnih interakcij, ustrezne komunikacije in ustreznih medsebojnih odnosov,
- dajanje informacij in svetovanje pacientu ob njegovih notranjih konfliktih, bojznih in stiskah,
- vodenje vsakodnevnega življenja na oddelku s spodbujanjem pacienta in učenjem fizičnih, socialnih ter družbenih aktivnosti,
- pomoč in spodbuda pacientu pri zadovoljevanju telesnih potreb in izvajanje medicinsko-tehničnih posegov,
- zagotavljanje pacientove varnosti,
- učenje pacienta, da izraža čustva, in spodbujanje k izražanju čustev,
- skrb za terapevtsko vzdušje na bolniških oddelkih in povsod, kjer se zdravi pacienti z duševnimi motnjami,
- zdravstveno-vzgojno delovanje tako v stiku s pacientom in njegovimi svojci kot tudi v širši skupnosti,
- vodenje zdravstvene nege in oskrbe na psihiatričnih oddelkih in drugih zdravstvenih ustanovah,
- medicinska sestra je samostojna izvajalka ali sodelavec pri različnih oblikah individualnega ali skupinskega dela s pacienti; je pacientov sogovornik, svetovalec in njegov nadomestni bližnji, če je to potrebno.

### **Kompetence izvajalcev zdravstvene nege v skupnostni psihiatrični obravnavi in izkušnje iz klinične prakse**

Skupnostna psihiatrična obravnava je relativno novo področje dela medicinskih sester, zato v osnovnem dodiplomskem študiju ni posebnih izobraževanj, namenjenih temu področju. Prav tako za delo v skupnostni psihiatrični obravnavi niso opredeljena, kakšna so nujno potrebna znanja in kompetence medicinskih sester. Skozi 12 let izkušenj iz vsakdanje prakse se je izkazalo, da so medicinske sestre najbolj primeren nosilec takšne obravnave, saj imajo dovolj zdravstvenih znanj in so že na osnovi bazičnega šolanja osredotočene predvsem na potrebe pacienta. V skupnostni psihiatriji je ocena psihičnega stanja pacienta pristojnost in odgovornost medicinske sestre. Strokovna odgovornost in odgovornost za izvajanje načrta omogočata bistveno lažje ocenjevanje kliničnega in socialnega dela (Švab, 2013). Ob vključevanju v obravnavo se opravi oceno potreb, na podlagi ocene se napravi načrt obravnave za tri mesece s kratkoročnimi cilji. Postavi se dolgoročne cilje za obdobje treh let oz. do konca obravnave in dodeli se koordinatorja in sokoordinatorja. Pri oblikovanju načrta sodelujejo pacient, svojci, sodelavci tima, lečeči psihiater, predstavniki zunanjih organizacij, kot so: center za socialno delo, nevladne organizacije, prostovoljci itd. Izvajanje in prilagajanje načrta se preverja na tri mesece. Temeljna oblika dela je obisk na domu, ki se ga

izvaja enkrat tedensko do enkrat na mesec in traja od 20 minut do ene ure. Obisk pacienta se običajno izvaja v paru.

Ključni delavec na domu izvaja naslednje ukrepe:

- oceno pacientovega funkcioniranja in težav,
- preverjanje sodelovanja pri medikamentozni terapiji,
- preverjanje izpolnjevanja predhodnih dogovorov,
- oceno bivalnih razmer, podporni razgovor s pacientom,
- psihoedukacijo,
- zdravstveno-vzgojno delo za paciente in svojce,
- podporni razgovor s svojci,
- aplikacijo depo terapije oz. dostavo zdravil,
- načrtovanje in učenje dnevnih aktivnosti,
- učenje socialnih veščin,
- pomoč in urejanje socialnega statusa,
- posredovanje ob poslabšanju z organizacijo in spodbujanje k hospitalizaciji (Jerič, 2011).

Vsi vpleteni v obravnavo se srečujejo tudi na obdobjih timih, ko se načrtuje nadaljnjo obravnavo; predvidoma se zaključi v treh do petih letih oz. ko so doseženi zastavljeni cilji (Jerič, 2011).

Medicinska sestra ima kompetence na področju zagotavljanja pomoči pacientom in svojcem pri obvladovanju bolezni, prepoznavanju morebitnih poslabšanj stanja, zmanjševanju stresnih obremenitev, krepitev moči družin in pacientov pri obvladovanju duševne motnje prek izobraževanja in svetovanja, med drugim tudi tako, da spremlja ali nadzira jemanje zdravil in njihovo učinkovitost. Deluje tudi preventivno, kar pomeni, da sodeluje pri vzdrževanju telesnega in psihičnega zdravja pacienta, krepi koristne navade in samozavest ter samoorganizacijo pacienta in njegovih bližnjih. Deluje kot povezovalka med psihiatričnimi, socialnimi, nevladnimi službami ter službami v osnovnem zdravstvenem varstvu (Švab & Jerič, 2009).

Drugo delo, ki se ga izvaja na terenu, je spremljanje pacienta na ambulantni pregled pri psihiatru, spremljanje k osebni zdravniku, na center za socialno delo ter na programe nevladnih in humanitarnih organizacij. Vloga in sodelovanje medicinske sestre v skupnosti vpliva na zmanjševanje socialne izolacije, stigmatizacije in težav pacienta z duševno motnjo po odpustu. Medicinske sestre poskrbijo tudi za kvaliteten prenos podatkov v druge ustanove, ki pacienta prevzamejo po odpustu, saj kontinuirana obravnavo pomeni timsko delo, stalno skrb vseh vključenih, nudenje stalne podpore in zdravstvene vzgoje različnim ciljnim skupinam (Okić, 2019). Posebnosti dela na terenu so velike; denimo, z vstopanjem v dom pacienta se lahko pojavijo nepredvidljive situacije, ki od nas zahtevajo iznajdljivost, fleksibilnost, in ustrezno komunikacijo, ki mora biti konkretna, neposredna, brez sodb in po principih vedenjsko-kognitivne terapije.

Pri vsakdanjem delu v skupnostni psihiatrični obravnavi se pogosto srečujemo s pomanjkljivimi znanji, predvsem s področja ustrezne komunikacije s pacientom in svojci, pretirane zavzetosti, pomanjkljivih znanj s področja vedenjsko-kognitivne terapije, dela s svojci, motivacijskih tehnik. Pogosto težavo povzročajo tudi somatski zapleti in uživanje psihoaktivnih substanc ter slabše poznavanje rehabilitacijskih tehnik.



Problem, na katerega v timu skupnostne psihiatrične obravnave v Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani opozarjamo že nekaj let, je pomanjkanje usmerjenosti pacienta k okrevanju, ne le zgolj k preprečevanju hospitalizacij in poslabšanj. Okrevanje pacienta z duševno motnjo je pravzaprav proces, v katerem pacient doseže zastavljene cilje in razvije nove spretnosti in znanja kljub bolezenskim težavam. Za spremembo v načinu dela bi potrebovali poleg novih znanj tudi več kadra ter nov miselni pristop.

### **Izkušnje iz tujine**

Pregled literature in podatki kažejo, da imajo druge države opredeljene kompetence in znanja, ki jih medicinske sestre za delo v skupnosti potrebujejo (Kent & Burns, 2005; Snowden, 2010; van Veldhuizen & Bähler, 2013). V mislih imamo predvsem Nizozemsko in Anglijo, ki prav tako izvajata ACT oz. Fact model (funkcionalni ACT model). V Angliji je izobraževanje medicinskih sester s področja duševnega zdravja predvideno že v okviru posebnega dodiplomskega študija, ki poteka tri leta. Na podiplomskem študiju je možnost, da se medicinske sestre izobrazijo in usposobijo tudi na področju predpisovanja zdravil, ki je v Angliji dovoljeno od leta 2003 (Snowden, 2010). Medicinske sestre, ki delujejo v ACT timih v Angliji, so deležne posebnega izobraževanja s področja kognitivno-vedenjske terapije, motivacijskih tehnik, osnovah komunikacije, prav tako pa ukrepov v kriznih situacijah, spremljanja stranskih učinkov zdravil ter ocene bivalnih razmer pacienta ter ocene tveganja za heteroagresivno vedenje (Kent & Burns, 2005). Nadalje, nove člane, ki so predvideni za delo v ACT timu, že pred vključitvijo učijo spremembe v pristopu k pacientu iz tradicionalnega v individualni način obravnave.

Nizozemski model izobraževanj ima predvidenih veliko več specializacij in podiplomskih študijev s področja duševnega zdravja in skupnostne obravnave, kjer so posebni treningi namenjeni medicinskim sestram kot vodjem skupnostnih timov, raziskovanju, uvajanju novih metod dela in izobraževanju. Tudi nizozemski model Fact ima izdelan priročnik potrebnih znanj za delo v skupnosti za vsako poklicno skupino posebej (van Veldhuizen & Bähler, 2013).

### **Zaključek**

Glede na pregledano literaturo menimo, da so kompetence medicinskih sester v Sloveniji manjše kot kompetence medicinskih sester na področju duševnega zdravja v drugih državah, saj se področje specialistično šele razvija. Kljub pomanjkanju ustrezno usposobljenih strokovnjakov se pri nas za razliko od drugih držav specializacija iz zdravstvene nege za duševno zdravje še vedno ni razvila oz. so programi že nekaj let v pripravi. Odločevalci na področju zdravstvenega varstva in politike bi morali znati prepoznati potencial, ki ga ima stroka zdravstvene nege v psihiatriji na področju obravnave v skupnosti. Strokovnjaki zdravstvene nege se morajo v povezavi z izobraževalnimi institucijami in Zbornico zdravstvene in babiške nege zavzemati za to, da se na sistemski ravni uredi področje izobraževanja in kompetenčnega modela, ki bi moral biti primerljiv s podobnimi praksami iz tujine.

Vloga medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi je velika, pri svojem delu je samostojna; strokovno in kompetentno sprejema pomembne odločitve pri obravnavi pacienta v skupnosti. Deluje v multidisciplinarnem timu, ki skupaj s pacientom skrbi za obvladovanje bolezni, prepoznavanja poslabšanja bolezni prek izobraževanja in svetovanja. S kontinuirano obravnavo ter učinkovitim sodelovanjem s službami na terenu omogočamo pacientu, da zaživi bolj kvalitetno življenje izven institucij.

Za delo na terenu oz. v skupnosti je torej neobhodno nujna opredelitev kompetenc in potrebnih znanj medicinskih sester, zato je treba uvesti dodatna izobraževanja tako na dodiplomskem študiju kot v okviru specializacij oz. magistrskih ali doktorskih študijskih programov.

Specializacija na tem področju bi poleg povečanih kompetenc in kakovostnejše ter varnejše zdravstvene obravnave medicinskim sestram prinesla večjo avtonomnost pri razvoju svoje klinične prakse ter nove sposobnosti in večje zaupanje pacientov v njihovo delo. Medicinske sestre bi postale specialistke, odgovorne za raziskovanje in strokovni razvoj na svojem področju (Kalan, 2017).

## Literatura

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Latimer, E., 2001. Assertive Community Treatment for People with severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes Journal*, 9(3): 141–159.
- Bulić Vidnjevič, I., 2011. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In: Bregar, B. & Peterka Novak, J. eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 3.
- Habat, A., 2015. *Vloga diplomirane medicinske sestre pri celostni obravnavi pacienta s psihičnimi težavami*: diplomsko delo visokošolskega študija. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 9–12.
- Jerič, A., 2011. Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v psihiatrični kliniki Ljubljana. In: Bregar, B. & Peterka Novak, J. eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 7–10.
- Kalabić, A., 2017. *Vloga medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi pri pacientu s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo*: diplomsko delo visokošolskega študija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, p. 1.
- Kalan, A., 2017. *Kompetence, aktivnosti in področja dela medicinskih sester v psihiatriji*: diplomsko delo visokošolskega študija. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 31.
- Kent, A. & Burns, T. 2005. Assertive community treatment in UK practice: Revisiting... Setting up an Assertive Community Treatment Team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), pp. 388–397.
- Lipovec, A., 2015. Sprejem in obravnava pacienta z duševno motnjo na oddelku pod posebnim nadzorom. In: Peterka Novak, J. & Bregar, B. eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 85–90.
- Okić, M., 2019. *Skupnostna obravnava pacienta s težavami v duševnem zdravju; prednost, razširjenost in vloga medicinske sestre*: diplomsko delo visokošolskega študija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, p. 15.

- Ornik, A., 2015. *Izobraževanje in usposabljanje medicinskih sester na psihiatričnem področju*: diplomsko delo visokošolskega študija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 1.
- Plazar, N. & Ličen, S., 2013. Razumevanje kompetenc v zdravstveni negi. In: Skela Savič, B. & Hvalič Tovžery, S. eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji?: 6. posvet z mednarodno udeležbo »Moja kariera- Quo vadis«*. Ljubljana, 27. Marec 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 78–84.
- Snowden, A., 2010. Integrating Medicines Management Into Mental Health Nursing in UK. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(3), pp. 178–188.
- Švab, V., 2013. *Skupnostna psihiatrija*. Available at: [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/STROKOVNI\\_CLANKI\\_-\\_razni/Skupnostna\\_psihiatrija\\_-\\_Vesna\\_-\\_Švab.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_-_Švab.pdf) [25.4.2019]
- Švab, V., 2015. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 33–36.
- Švab, V. & Jerič, A., 2009. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. In: Pregelj, P. & Kobentar, R. eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 458–462.
- van Veldhuizen, J.R. & Bähler, M., 2013. *Flexible Assertive Community Treatment: Manual*. Available at: <https://www.eaof.org/factmanual.pdf> [11.5.2019].

# IZZIVI NADZOROVANE OBRAVNAVE 10 LET PO SPREJEMU ZAKONA O DUŠEVNEM ZDRAVJU

## CHALLENGES OF SUPERVISED TREATMENT 10 YEARS AFTER PASSING THE MENTAL HEALTH ACT

**Andreja Jerič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.**  
**Urška Bizilj, dipl. m. s.**  
**Ivna Bulić, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.**  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
andreja.jeric@psih-klinika.si

### Izveček

Nadzorovana obravnava je namenjena pacientom s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo. Izvaja se jo na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice. Opredeljena je kot zdravljenje v skupnosti ali nadaljevanje zdravljenja brez pacientove privolitve, kadar so za to izpolnjeni določeni pogoji. V Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana se nadzorovano obravnavo izvaja od leta 2010. Prispevek v zaključku izpostavi probleme iz klinične prakse v povezavi z naraščanjem števila vključenih pacientov in z naraščanjem kompleksnosti obravnave ob nespremenjeni kadrovski sestavi. Avtorji ugotavljajo, da je nadzorovana obravnava bolj uspešna, kadar je uvedena po zaključeni hospitalni obravnavi kot podaljšanje zdravljenja.

**Ključne besede:** psihiatrija, skupnostna psihiatrična obravnava, duševna motnja, sodišče

### Abstract

The article describes experiences with a supervised treatment 10 years after passing the Mental Health Act in Slovenia. Supervised treatment, which is carried out on the basis of a court order under the supervision of a psychiatric hospital, is aimed at patients with severe and recurrent mental disorder. It is defined as community treatment or continuation of treatment without the patient's consent, after certain conditions are met. The University Psychiatric Clinic Ljubljana is conducting the supervised treatment since 2010. The paper highlights the problems from clinical practice in connection with the increase in the number of patients involved and the increasing complexity of treatment with unchanged staff resources. The authors conclude that supervised treatment is more successful if it is started after the discharge from the hospital treatment as an extension of treatment.

**Keywords:** psychiatry, community psychiatric treatment, mental disorder, court

### Uvod

Skupino pacientov, ki potrebujejo spremljanje in zdravstveno obravnavo v domačem okolju, sestavljajo posamezniki, pri katerih se duševne motnje ponavljajo, imajo kronični potek in se pogosto vračajo v bolnišnice ali pa so kakorkoli drugače ogroženi ali potencialno nevarni za sebe ali druge. Večina teh pacientov pri zdravljenju slabo sodeluje. Poleg psihotičnih motenj so pogosto odvisni tudi od psihoaktivnih snovi, hkrati pa so tudi socialno odrinjeni ter redko sami poiščejo pomoč (Švab, 2013).

Nadzorovana obravnava za paciente z duševno motnjo pomeni premik iz bolnišnične obravnave k obravnavi v domačem okolju. Gre za sodobni pristop k zdravljenju, boljši

uspešnosti zdravljenja ter splošne družbene uzaveščenosti glede duševne motnje (Bulić Vidnjevič, 2011).

### **Nadzorovana obravnava**

Nadzorovana obravnava je obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, med drugim tudi shizofrenijo, ki je ena od najhujših oblik duševnih motenj, pri kateri se pojavlja izkrivljenost mišljenja ter zaznavanja, ki močno prizadene osebo na več področjih (Kores Plesničar, 2013), in zmanjšanje možnosti vključevanja v okolje. Zdravljenje izven psihiatrične bolnišnice je bilo zasnovano kot manj omejevalna alternativa neprostoVOLjne hospitalizacije za osebe z duševnimi motnjami, ki so brez zdravljenja lahko nevarne ali huje prizadete. Pojavilo se je, ko je bilo neupoštevanje zdravljenja pogost vzrok za ponovne hospitalizacije proti volji. Izvenbolnišnično zdravljenje z uporabo moralne avtoritete sodišča je bilo predvideno kot sredstvo za zmanjšanje hospitalizacij proti volji, zmanjšanje ponovitev dejanj in izboljšanje izvenbolnišnične nege z izboljšanjem sodelovanja pri zdravljenju (Monahan, et al., 2003). V praksi najpogosteje poda predlog za uvedbo nadzorovane obravnave lečeči psihiater, svojci ali center za socialno delo. Nadzorovano obravnavo se tako izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno ali začasno prebivališče oz. kadar nima prijavljenega ne stalnega ne začasnega prebivališča na območju, na katerem dejansko biva.

Zdravljenje osebe v nadzorovani obravnavi je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji po 80. členu Zakona o duševnem zdravju (2008):

- če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo,
- če se je že zdravila v psihiatrični bolnišnici brez privolitve,
- če je že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- če je ogrožanje iz prejšnje alinee posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če se osebo lahko ustrezno zdravi v domačem okolju.

Sprejem osebe v nadzorovano obravnavo se opravi na podlagi sklepa sodišča. Sodišče na predlog direktorja psihiatrične bolnišnice lahko s sklepom odloči, da se zdravljenje osebe nadaljuje v nadzorovani obravnavi. Sodišče lahko čas zdravljenja v nadzorovani obravnavi podaljša, vsakič največ za šest mesecev. Predlog iz prejšnjega odstavka, ki vsebuje tudi predlog za postavitev koordinatorja nadzorovane obravnave ter vrsto in obseg njegovih pooblastil iz 87. člena tega zakona, se vloži v 15 dneh pred odpustom osebe iz psihiatrične bolnišnice oz. pred iztekom roka, določenega za zdravljenje v nadzorovani obravnavi (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

### **Funkcija koordinatorja nadzorovane obravnave**

Koordinator nadzorovane obravnave je po Zakonu o duševnem zdravju (2008) posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje nadzorovane obravnave posamezne osebe na predlog psihiatrične bolnišnice s sklepom določi sodišče. Koordinator nadzorovane obravnave je zaposlen v psihiatrični bolnišnici, ki strokovno nadzira njegovo delo.

Koordinator nadzorovane obravnave mora izpolnjevati naslednje pogoje:

- ima najmanj visoko izobrazbo zdravstvene, psihološke, socialne ali pedagoške smeri,
- ima opravljen izpit za koordinatorja nadzorovane obravnave,
- ima tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja,

- ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

Koordinator nadzorovane obravnave je dolžan kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega dela izve o osebi, zlasti informacije o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb. Koordinator nadzorovane obravnave lahko od osebe zahteva, da se udeležuje določenih dejavnosti zaradi zdravljenja in da se v času nadzorovane obravnave zdravi v skladu z načrtom nadzorovane obravnave. Na podlagi sklepa sodišča lahko koordinator nadzorovane obravnave od osebe zahteva, da prebiva v določenem kraju oz. da zagotovi koordinatorju nadzorovane obravnave dostop do prostorov, kjer biva. Načrt nadzorovane obravnave na predlog koordinatorja nadzorovane obravnave sprejme psihiatrična bolnišnica na območju, na katerem ima oseba stalno ali začasno prebivališče. Če oseba ne upošteva navodil oz. zahtev koordinatorja nadzorovane obravnave iz prejšnjega člena in je zaradi tega ogroženo njeno zdravje ali če se njeno zdravstveno stanje poslabša tako, da z nadzorovano obravnavo ni več mogoče doseči namena zdravljenja, koordinator nadzorovane obravnave o tem takoj pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

### **Nadzorovana obravnava v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana**

Leta 2010 je bilo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPK Ljubljana) organizirano izobraževanje za koordinatorje nadzorovane obravnave. Izobraževanja so se udeležili strokovni delavci iz skoraj vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji (Jerič, 2015). Še vedno sta v okviru UPK Ljubljana organizirani usposabljanje in izobraževanje za koordinatorje nadzorovane obravnave, namenjeni zaposlenim v nadzorovani psihiatrični obravnavi iz vseh psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji. UPK Ljubljana je organizirala dve koordinaciji timov za skupnostno psihiatrično obravnavo in nadzorovano obravnavo, kjer so bile izdelane osnovne smernice za obravnavo pacienta v nadzorovani obravnavi. V UPK Ljubljana se izvaja nadzorovano obravnavo na dva načina, in sicer: po modelu skupnostne psihiatrične obravnave, kjer je temeljna enota obravnave obisk na domu, oz. v skupnosti (Švab & Jerič, 2009). Kadar je tveganje za heteroagresivno vedenje pri pacientu povečano oz. kadar ni možno izvajati obravnave na pacientovem domu, se izvaja nadzorovano obravnavo kot koordinacijo različnih služb. Tabela 1 prikazuje število pacientov, vključenih v nadzorovano obravnavo v UPK Ljubljana v zadnjih osmih letih. V mesecu maju 2019 je bilo v nadzorovano obravnavo vključenih 16 pacientov.

Tabela 1: Število nadzorovanih obravnava v UPK Ljubljana v obdobju 2012–2019

Leto	Število sprejemov	Število odpustov	Končno stanje ob koncu leta
2012	4	2	2
2013	8	8	2
2014	11	6	7
2015	15	13	9
2016	8	7	10
2017	9	7	12
2018	9	7	14
2019*	2	/	16 + 2 predloga v postopku

\* od 1. 1. 2019 do 1. 5. 2019

Tabela 2 prikazuje aktualno število obravnava v skupnostni psihiatrični obravnavi in v tuji družini v UPK Ljubljana v maju 2019. Število obravnava omogoča lažjo primerjavo obremenitev z ostalimi timi skupnostne psihiatrične obravnava v Sloveniji.

Tabela 2: Število obravnav v skupnostni psihiatrični obravnavi in tuji družini v UPK Ljubljana v maju 2019

Leto	Število obravnav v skupnostni psihiatrični obravnavi	Število obravnav v tuji družini
maj 2019	55	28

Kot je razvidno iz tabele 3, se število aktualnih obravnav v skupnostni psihiatrični obravnavi in v nadzorovani obravnavi razlikuje po posameznih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. Največje število obravnav v skupnostni psihiatrični obravnavi ima Psihiatrična bolnišnica Idrija, največje število nadzorovanih obravnav ima Oddelek za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor.

Tabela 3: Število obravnav v skupnostni psihiatrični obravnavi in v nadzorovani obravnavi po ostalih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji v maju 2019

Psihiatrična bolnišnica	Število obravnav v skupnostni psihiatrični obravnavi	Število obravnav v nadzorovani obravnavi
Psihiatrična bolnišnica Idrija	144	3
Psihiatrična bolnišnica Begunje	27	3
Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor	50 + 5 na čakalnem seznamu	22 + 3 predlogi v postopku
Psihiatrična bolnišnica Ormož	ni podatka	ni podatka

### **Problemi in dileme v nadzorovani obravnavi 10 let po sprejetju Zakona o duševnem zdravju**

Odkar je v veljavo stopil Zakon o duševnem zdravju (2008) je z vsakim letom vse več pacientov obravnavanih v nadzorovani obravnavi. Vključuje se tudi vse več forenzičnih pacientov po poteku ukrepa obveznega zdravljenja v bolnišnici (Bulić Vidnjevič, et al., 2016), za kar koordinatorji nadzorovane obravnave nimajo dovolj potrebnih znanj in veščin. Nadzorovana obravnava je v Zakonu o duševnem zdravju (2008) skromno opredeljena, kar dovoljuje številne interpretacije, tako s strani predlagateljev, izvajalcev, kot tudi s strani sodišč. V zakonu piše, da se postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva. Sodišče pri tem upošteva pogoje iz 39. člena Zakona o duševnem zdravju (2008). Večletne izkušnje so pokazale, da sodišče le v zelo redkih primerih odredi hospitalizacijo brez privolitve, ko koordinatorji prek direktorja bolnišnice sodišču podamo utemeljen predlog za sprejem na oddelek pod posebnim nadzorom. Postopki na sodišču so dolgotrajni, na odgovor s strani sodišča lahko čakamo več mesecev.

Zdi se nam sporno razkrivanje osebnih podatkov koordinatorjev na sodiščih ter dostopnost pacienta do vseh naših poročil, tudi o poslabšanju psihičnega stanja, ogrožanju sebe ali drugih. S tem velikokrat tvegamo, da se poruši delovni odnos, da je povečano tveganje za heteroagresivno vedenje in nanašalnost pacienta. To se nam še pogosteje dogaja, kadar so v nadzorovano obravnavo vključeni pacienti, ki zlorabljajo psihoaktivne substance, pacienti z osebnostno motnjo, pacienti s hudo odvisnostjo ter pacienti, ki so v akutnem poslabšanju bolezni in se ne zdravijo.

Nadzorovana obravnava je glede na naše izkušnje veliko bolj uspešna, kadar je uvedena po zaključeni hospitalni obravnavi kot podaljšanje zdravljenja.

Velik problem predstavljajo predolgi postopki na sodišču, predvsem, ko gre za podaljšanje nadzorovane obravnave. Pojavljajo se etične in pravne dileme, denimo, kaj v vmesnem času, ali se sme obiskovati paciente itn. Sodišča izven Ljubljane se v večji meri držijo časovnih okvirjev. Nadzorovano obravnavo se običajno izreče za najdaljšo dopustno dobo, in sicer za dobo 6 mesecev. Pogoste se zgodi, da izvedenci psihiatrične stroke izrečejo trajanje obravnave zgolj za 3 ali 4 mesece, kar nam povzroča dodatno delo in dodatne stroške s podaljševanjem. Že pred leti smo predlagali spremembo zakona ter podaljšanje nadzorovane obravnave s 6 mesecev na vsaj eno leto, saj je za vzpostavitev delovnega odnosa s pacientom potreben čas, tudi za to, da pacient lahko razvije kritičnost do potrebe po jemanju zdravil in do potrebe po zdravljenju. Izkušnje iz prakse kažejo, da je nadzorovana obravnava pri pacientu s hudo duševno motnjo uspešna, kadar je vsaj 2–3-krat podaljšana. Za bolj natančno analizo bi potrebovali raziskavo za tem področju.

### **Zaključek**

Nadzorovana obravnava je opredeljena kot nadaljevanje zdravljenje pacienta izven bolnišnice v njegovem domačem okolju, lahko tudi brez njegove privolitve, in kot zdravljenja v skupnosti. Pomembno vlogo pri nadzorovani obravnavi imata koordinator nadzorovane obravnave in sodišče, ki ves čas spremlja izvajanje nadzorovane obravnave. Deset let po sprejetju Zakona o duševnem zdravju (2008) se v praksi soočamo s številnimi problemi in zapleti pri samem izvajanju nadzorovane obravnave. Narašča število pacientov, ki so vključeni v obravnavo, obravnava je čedalje bolj kompleksa, število koordinatorjev pa ostaja enako. Prav tako v zakonu ni opredeljeno, koliko pacientov lahko obravnava en koordinator. Zakon je slabo definiran in pušča možnost številnim interpretacijam, medtem ko v določenih členih zakon preveč posega v človekovo svobodo. Potrebno bi bilo nadzorovano obravnavo podaljšati s 6 mesecev na dobo enega leta; s tem bi se zmanjšalo porabo finančnih sredstev na eni strani in razbremenilo koordinatorje nadzorovane obravnave na drugi strani. Aktualen trend naraščanja nadzorovane obravnave pomeni dodatno potrebo po novih, dobro usposobljenih sodelavcih.

Prav gotovo je uvedba nadzorovane obravnave pri nekaterih pacientih s hudo duševno motnjo koristna in potrebna, ker lahko preprečujemo pogoste ponovitve poslabšanj in hospitalizacij, kar na dolgi rok izboljša sodelovanje pri zdravljenju osebe s hudo duševno motnjo.

### **Literatura**

Bulić Vidnjevič, I., 2011. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In: Bregar, B. & Peterka Novak, J. eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1–6.



- Bulić Vidnjevič, I. et al., 2016. 10 let skupnostne obravnave po ACT modelu v Sloveniji-dileme glede nadzorovane obravnave. In: Šarotar, B.N. & Bon, J. eds. *Zbornik 6. Slovenskega psihiatričnega kongresa*, 16–19. november 2016. Portorož, Slovenija: Kongresni center Bernardin, p. 77.
- Jerič, A., 2015. Nadzorovana obravnava – izkušnje in dileme pri prenosu v prakso. In: Peterka Novak, J. & Bregar, B. eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, pp. 1–5.
- Kores Plesničar, B., 2013. Shizofrenija in blodnjave motnje. In: Pregelj, P., et al. eds. *Psihiatrija*. Ljubljana, Slovenija: Psihiatrična klinika, pp. 195–217.
- Monahan, J., Swartz, M. & Bonnie, R.J., 2003. Mandated treatment in the community for people with mental disorders. *Health Affairs*, 22(5), pp. 28–38.
- Švab, V. & Jerič, A., 2009. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. In: Pregelj, P. & Kobentar, R. eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 458–462.
- Švab, V., 2013. Skupnostna psihiatrija. In: Pregelj, P., et al. eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 424–430.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008 in 46/15 – odl. US.

**PRIMERI DOBRE PRAKSE PRI OBRAVNAVU PACIENTA, KI JE  
VKLJUČEN V PSIHIATRIČNO ZDRAVLJENJE V SKUPNOSTI, IN  
NAŠA POVEZANOST Z LOKALNIM OKOLJEM NA SEKUNDARNEM  
NIVOJU ZDRAVSTVNEGA VARSTVA**

**EXAMPLES OF GOOD PRACTICE IN NURSING THE PATIENT, INCLUDED IN  
THE COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT, AND OUR RELATIONSHIP  
WITH THE LOCAL ENVIRONMENT AT THE SECONDARY HEALTHCARE LEVEL**

**Sabina Sajtl, dipl. m. s.**

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

spo@pb-vojniki.si

**Rozalija Studen, univ. dipl. soc. del., spec. duš. zdr.**

Psihiatrična bolnišnica Begunje

**Tatjana Skoliber, dipl. m. s., mag. zdrav.-soc. manag.**

Psihiatrična bolnišnica Ormož

**Katalin Tubić, dr. med., spec. psih.**

Psihiatrična bolnišnica Idrija

**Polonca Nunčič, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.**

Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor

**Izvleček**

Pomen skupnostnih psihiatričnih timov na sekundarnem in terciarnem nivoju je v multidisciplinarni obravnavi pacienta takoj po odpustu iz bolnišnice. Govorimo o podaljšani roki hospitalne obravnave pacienta. Ključno za takšno delo so naslednje lastnosti, ki jih koordinator skupnostne psihiatrične obravnave mora imeti: znanje, izkušnje, strpnost, iznajdljivost, sposobnost delati v timu, odgovornost, doslednost, fleksibilnost, sposobnost empatije itd. Naloga koordinatorjev skupnostne psihiatrične obravnave, ki je med drugim izredno pomembna, je povezovanje z zunanjimi službami in lokalnim okoljem.

**Ključne besede:** psihiatrično zdravljenje v skupnosti, tim, pacient, povezanost

**Abstract**

The importance of the work of community teams at the secondary and tertiary levels lies in the treatment of a patient immediately after his/her discharge from the hospital. In this case, we usually talk about an extended period of hospital treatment of the patient. The key characteristics, which the coordinator of community psychiatric treatment must have, are: knowledge, experience, tolerance, resourcefulness, ability to work in a team, responsibility, consistency, flexibility, empathy ability, etc. In addition, community psychiatric treatment coordinators also work as an important link that connects patients with external services and the local environment.

**Keywords:** community psychiatric treatment, team, patient, link

**Uvod**

Delo v psihiatričnem zdravljenju v skupnosti (v nadaljevanju PZS) na sekundarnem nivoju izvaja multidisciplinarni tim, zaradi česar so v tim PZS vključeni različni poklicni profili (zdravnik psihiater, psiholog, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, delovna terapevtka, socialni delavec). Začetki izvajanja se od bolnišnice do bolnišnice razlikujejo. Izvajajo ga vse psihiatrične bolnišnice (Vojnik, Maribor, Ormož, Begunje, Idrija).

Med omenjenimi bolnišničnimi timi nastajajo razlike v načinu dela in pristopu. Skupna vsem je obravnava pacienta na domu. Delujemo kot podaljšana roka psihiatričnega zdravljenja, kar pomeni, da se pacienta vključi v obravnavo takoj po odpustu iz psihiatrične bolnišnice z namenom, da ni odpuščen v »prazen prostor«, da ne gre le za psihosocialno rehabilitacijo. Se pravi, odpust ni enak kot pri obravnavi v skupnosti, ki jo izvajajo koordinatorji obravnave v skupnosti, ampak za nadaljevanje zdravljenja v domačem okolju, seveda s soglasjem pacienta. Sodelujemo s strokovnimi delavci iz lokalne skupnosti, pri tem pa se v največji možni meri upošteva pacientove želje in zmožnosti. Naš namen je prikazati potrebo po celoviti obravnavi psihiatričnega pacienta na terenu oz. v njegovem domačem okolju, prav tako pa predstaviti pomen razširjene socialne mreže na kakovost življenja pacientov.

Dobra praksa skupnostne psihiatrične obravnave na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva temelji predvsem na naslednjih točkah (Švab, 2013):

#### **1. MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA**

Vsak profil prispeva del svojega znanja in izkušenj v obravnavo pacienta, ki je vključen v skupnostno psihiatrično obravnavo.

#### **2. ODGOVORNOST**

Vsak od koordinatorjev skupnostne psihiatrične obravnave, ne glede na njegov poklicni profil, je odgovoren za spremljanje, načrtovanje in izvajanje načrta obravnave. Vsi člani multidisciplinarnega tima prevzemajo enako mero odgovornosti za obravnavo pacienta. Naloge v obravnavi pa se deli. Ocena psihičnega stanja je odgovornost in pristojnost zdravnika. Drugi člani tima prepoznajo spremembe v psihičnem stanju in konzultirajo psihiatra. Strokovna odgovornost in odgovornost za izvajanje načrta pripomoreta k lažjemu ocenjevanju kliničnega in socialnega dela. Vsak član multidisciplinarnega tima je dolžan svoje delo vestno opravljati, ga opisati in o njem sproti poročati.

#### **3. DOSTOPNOST**

Hitrejši odziv v primeru poslabšanja duševne bolezni pacienta, ki se mu nudi pravočasno zdravljenje, urejanje vsakodnevnih zadev, trening socialnih ter drugih veščin. Pri teh stvareh v primeru skupnostne psihiatrične obravnave ni čakalnih vrst. Pacient je tukaj na prvem mestu.

#### **4. CELOVITA MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA**

Je v oporo pacientu pri reševanju številnih potreb in problemov. Mogoče je potrebno tukaj omeniti stigmo, ki jo z našo obravnavo lahko na način prilagajanja in nepretrganega dostopa do obravnave, zmanjšamo.

#### **5. NEPRETRGANA OBRAVNAVA**

Je pomembna, ker obravnava ljudi, ki imajo hudo duševno motnjo. Gre predvsem za kontinuirano serijo stikov s pacientom, ki jo lahko zagotavlja ista delovna skupina ljudi, ki jo pacient sprejme, jih pozna in jim zaupa. Izpostaviti pa je potrebno, da ima velik pomen pri obravnavi dobra povezanost z drugimi lokalnimi službami.

#### **6. POVEZOVANJE S KLJUČNIMI POSAMEZNIKI IN SLUŽBAMI**

Dobro načrtovana obravnava in pravočasno ukrepanje v primeru poslabšanja ali drugim zapletov sta odvisna od dobrega pretoka informacij med psihiatričnimi službami, socialnimi službami, osnovnim zdravstvenim varstvom, zaposlitvenimi in izobraževalnimi službami ter z drugim lokalnim okoljem.

## Študija primera

Primer dobre prakse psihiatričnega zdravljenja v skupnosti (PZS) bomo predstavili na primeru iz PB Idrija, ki je tipičen za podobne primer iz Psihiatrične bolnišnice Vojnik, Ambulantne skupnostne psihiatrične obravnave (ASPO) UKC Maribor in Skupnostne psihiatrične obravnave (SPO) PB Begunje.

### Primer PZS iz PB Idrija

Kot primer dobre prakse predstavljamo 60-letnega gospoda, ki so ga obravnavali v PB Idrija.

#### *Anamneza*

Gospod se je v naši bolnišnici zdravil trinajstkrat. Zdravila je samostojno opuščal, tudi redne ambulantne preglede pri psihiatru. Po opustitvi medikamentozne terapije je postajal vse bolj odmaknjen od realnega dogajanja, bil je pod vplivom močnega psihopatološkega doživljanja (nanašalno-interpretativne blodnjavosti), imel je fenomene vplivanja in vodenja, česar ni znal verbalizirati, bil je pod vplivom derealizacijskih doživetij, pod vplivom akustičnih zaznavnih motenj ob prisotnosti bizarnih, dezorganiziranih vedenj. Posledično je bil hudo anksiozen, enkrat je že imel poskus samomora (poskus skoka z balkona svojega stanovanja v drugem nadstropju). Kritičnosti in uvidevnosti do bolezni ni imel. Psihoaktivnih substanc ni zlorabljal. Živi sam v lastni garsonjeri. Nima svoje družine, ima malo prijateljev, ki so bolj znanci. Bil je zaposlen v Primorskem tisku, invalidsko je bil upokojen v 33. letu starosti zaradi psihičnih težav.

#### *Stanje pred intervencijo*

Poklicala nas je lečeča psihiatrinja in prosila za pomoč, saj gospod zadnje leto ni več prejemal depo terapije. Depo je bil ukinjen na njegovo željo, sčasoma pa je prenehal tudi s *per os* terapijo. Na redne kontrole ni več prihajal. Psihiatrinja je dobivala vse več informacij, da se gospod bizarno obnaša, brska po smeteh, higiensko se je zanemaril. Bila je mnenja, da bi potreboval hospitalizacijo.

#### *Naša intervencija*

Na njeno pobudo smo trikrat poskušali opraviti obisk psihiatra na domu, vendar nam to ni uspelo. Zvonili smo na domofon, kjer se ni nihče oglašal. Poklicali smo na stacionarno telefonsko številko, ampak je bila neobstoječa. Telefonske številke od svojcev nismo imeli. Pozanimali smo se, kdo je njegov osebni zdravnik. Predali smo mu informacije lečeče psihiatrinje ter naše neuspele poskuse obiskov. Tudi sam zdravnik je povedal, da mu ni uspelo opraviti obiska na domu. Na vabilo, da naj pride v ambulanto, se gospod ni odzval. Kontaktiral je že strokovno delavko na centru za socialno delo, ki so ga imeli v obravnavi zaradi uveljavljanja socialnih transferjev. Glede na patologijo bolezni, opustitve terapije in po sumu, da je suicidalno ogrožen, sem sama kontaktirala strokovno delavko. Gospod se tudi na njeno vabilo ni odzval. Zaradi suicidalne ogroženosti in suma na poskus samomora se dogovorimo, da oni oddajo prijavo na policijo. Obstajal je tudi sum, da je gospod lahko tudi pogrešana oseba, ker se na vabila ni odzival. Z osebnim zdravnikom sva se dogovorila, da je obvestil ekipo nujne medicinske pomoči, če bi bil kakršen koli klic v zvezi z gospodom s ciljem, da ukrepajo po svojih kompetencah.

Razmišljali smo, da sprožimo postopek na sodišču za hospitalizacijo brez privolitve na podlagi sodnega sklepa, vendar je bil gospod v tem času s strani nujne medicinske pomoči hospitaliziran brez privolitve v nujnih primerih.

Po hospitalizaciji smo gospoda vključili v program PZS na predlog zdravstvenega tima v psihiatrični bolnišnici. Izpolnjeval je indikacije za sprejem v program PZS.

Cilji obravnave so bili:

- redno jemanje predpisane terapije, podpora pri jemanju zdravil,
- redno vodenje v psihiatrični ambulanti,
- vzdrževanje stabilnega, remisivnega stanja,
- kritičnost, uvid do bolezenskega stanja ter jemanja terapije,
- edukacija o duševni motnji in zdravljenju,
- aplikacija depo terapije na domu, občasno (v primeru odsotnosti ambulantne psihiatrinje),
- psihoterapevtska obravnava (površinska),
- načrtovanje dnevnih aktivnosti, dela in aktivnosti v prostem času,
- izboljšanje funkcioniranja v ožjem in širšem družbenem okolju,
- socializacija.

Po zaključenem zdravljenju v bolnišnici je bil gospod stabilnega psihičnega zdravja, sodeloval je pri obravnavi in upošteval navodila. Gospod je kot svoj največji problem navedel finančno stisko. Povsem nekaj svojkega pa je bilo njegovo stanovanje. Pohištva skoraj ni bilo, omara je bila brez vrat. Stene in miza so bile popisane s kemičnim svinčnikom, usnjen kavč je imel polno nekajcentimetrskih zarez. Ni imel ne televizorja ne radia. Zvonec je izpulil. V dnevi je bilo zakajeno od cigaret. V stanovanju je bilo mrzlo. Ni imel tople vode, saj grelec ni delal. Umival se je samo do pasu. Odtok v kuhinji ni delal. Zaradi dolgov je imel blokiran transakcijski račun. Dobival je 315 evrov pokojnine, stroškov je bilo 150 evrov. Pred časom je imel varstveni dodatek, vendar mu je bil ukinjen zaradi premoženja. Od premoženja je takrat imel še eno garsonjero, ki jo je kasneje prodal, denar so mu odtujili znanci (bil je okoriščen).

Socialno je bil popolnoma izoliran. Hodil je ven na kosilo, ki ga je plačeval. Družbe ni imel. Imeli smo tim v centru za socialno delo. Z njegovo situacijo smo seznanili tudi koordinatorko obravnave v skupnosti. Na centru za socialno delo so najprej uredili, da mu prihaja socialna oskrbovalka za starejše, ki mu je pomagala z boni, spremljala ga je na banko, zašila mu je nekaj oblek, celo prala je za njega doma. Koordinatorica mu je prinesla nekaj brisač in posteljnino.

Na pomoč je priskočil bratranec, ki mu je pomagal urediti elektriko in toplo vodo v stanovanju. Gospod je začel uporabljati hladilnik in štedilnik. Stanovanje je uredil, stene prebelil. Tudi prostor je zračil.

Redno se je začel sprehajati. Zdaj vsak dan hodi na sprehod, v mesto, ima znance, s katerimi se pogovarja ob kavici. Gre trikrat na teden v medgeneracijski center, kjer z znancem igra šah. Vključil se je v aktivnosti nevladnega sektorja Ozara, s katerimi redno hodi na izlete. Organizirano ima brezplačno kosilo od Rdečega Križa. Dobil je varstveni dodatek. Dolgovi so poplačani.

#### *Po intervenciji*

Redno se oglašča v psihiatrično ambulanto, terapijo *per os* redno jemlje in prejema depo terapijo. Psihično stanje ostaja stabilno.

S programom smo zaključili, ker smo dosegli zastavljene cilje. Gospoda smo predali v nadaljnjo obravnavo koordinatorki in strokovnim delavcem na lokalni ravni, ki nas lahko kadar koli kontaktirajo.

#### **Zaključek**

S psihiatričnim zdravljenjem v skupnosti smo ugotovili, s kakšnimi ovirami se zares spopadajo naši pacienti v lokalnem okolju. Zato se s našo podporo, vztrajnostjo, razumevanjem in znanjem lahko takšnim pacientom prikaže žarek upanja, seveda, če želijo in

zmorejo prevzeti določeno odgovornost za svoje življenje. Naš namen je krepiti njihovo moč in spodbujati h kvalitetnejšemu življenju njih samih in njihovih svojcev.

### **Literatura**

Švab, V., 2013. *Skupnostna psihiatrija. Available at:*  
[http://www.varuhrs.si/fileadmin/user\\_upload/word/STROKOVNI\\_CLANKI\\_-\\_razni/Skupnostna\\_psihiatrija - Vesna - Švab. pdf](http://www.varuhrs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_-_Švab.pdf) [25.4.2019].

# SKUPNOSTNA PSIHIATRIČNA OBRAVNAVA NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

## COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT ON THE PRIMARY HEALTHCARE LEVEL

**Jacinta Doberšek Mlakar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.**

Zdravstveni dom Sevnica  
jacinta.mlakar@zd-sevnica.si

### **Izvleček**

Na primarni ravni zdravstvenega varstva so v letu 2013 v slovenskem prostoru pričeli delovati štirje centri skupnostne psihiatrične obravnave. Gre za multidisciplinarne time skupnostne psihiatrične obravnave. Nosilci dejavnosti so zdravstveni domovi, timi delujejo regijsko. Multidisciplinarni tim sestavljajo: dve diplomirani medicinski sestri, psihiater, delovni terapevt in psiholog. Tim skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje, ki je osnovni multidisciplinarni mobilni zdravstveni tim, izvaja multidisciplinarne psihiatrične storitve za populacijo 75.000 prebivalcev. V obravnavo so vključeni predvsem posamezniki s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Obravnava oseb z duševnimi težavami v domačem okolju se je izkazala za učinkovito, saj vključuje zdravljenje, podporo, povezovanje mreže različnih služb in nudenje pomoči celotni družini. Psihiatrična obravnava v skupnosti vpliva predvsem na izboljšanje sodelovanja v zdravljenju in višjo kakovost življenja pacientov in njihovih pomembnih drugih. Strokovna pomoč je ponujena tudi tistim posameznikom, ki so do sedaj do potrebne ponovne pomoči prišli pozno ali pa do ustrezne pomoči v življenju sploh še niso prišli. Prispevek razloži izkušnje, kako na pacientovem domu strokovni tim ocenjuje, načrtuje, izvaja, spremlja in evalvira pacientovo sposobnost samooskrbe v osnovnih življenjskih aktivnostih, nudi podporo pacientu in družinskim članom ter povezuje mrežo različnih služb in domačih ljudi.

**Ključne besede:** multidisciplinarni tim, izkušnje na primarni ravni, mreže pomoči

### **Abstract**

At the primary level of health care, four centers of community psychiatric treatment have started operating in Slovenia in 2013. This is a multidisciplinary community psychiatric treatment. Operators are health centers, and the teams operate on a regional scale. The multidisciplinary team consists of two graduate nurses, psychiatrist, working therapist and psychologist. The Community Psychiatric Treatment Team for Posavje, which is the basic multidisciplinary mobile health team, performs multidisciplinary psychiatric services for the population of 75,000 inhabitants. Individuals with severe and recurrent mental disorders are involved in the treatment. Treatment of people with mental disorders in the home environment has proven to be effective, as it involves the treatment, support, networking of different services and providing support to the whole family. Psychiatric treatment in the community entails mainly the improvement of cooperation in the treatment and higher quality of life of patients and their important others. The article explains the experiences in the patient's home, how the expert team assesses, plans, implements, monitors and evaluates the patient's self-sufficiency in basic life activities, it provides support to the patient and family members, and connects the network of various services and domestic people.

**Keywords:** multidisciplinary team, experience at the primary level, networks of assistance

## Uvod

Obravnavo oseb z duševnimi motnjami v lokalnih skupnostih ima mnogo prednosti (Konec Juričič, 2016): večjo dostopnost do ustrezne pomoči in s tem hitrejše prepoznavanje potreb ljudi z duševnimi motnjami in njihovih bližnjih. Skupnostna obravnava ponuja celovito, usklajeno, nepretrgano, hitro odzivno in posamezniku prilagojeno obravnavo, ki temelji na celoviti oceni potreb, aktivni vlogi pacientov in njihovih svojcev ter enakopravnem odnosu pacientov, svojcev in članov tima. To vodi v večjo samostojnost in hitrejšo resocializacijo. Pomeni profesionalno delo strokovnjakov, ki temelji na timskem sodelovanju vseh služb oz. vseh strok na področju duševnega zdravja, vključevanje in upoštevanje lokalnih skupnosti in civilne družbe. Za pacienta, njegove bližnje in strokovne sodelavce drugih strok je medicinska sestra najpogosteje ključna strokovna vez (White & Hall 2006).

Gre za vzpostavitev sodelovanja med službami v lokalni okolici glede na potrebe pacienta z namenom celostne in kontinuirane obravnave v vseh dimenzijah njegovega zdravja. Tako se vzpostavlja višja stabilnost in kakovost življenja pacienta in zaradi kontinuiranega spremljanja pravočasna pomoč ob morebitnem poslabšanju duševnega zdravja. Pomembno je tudi dobro sodelovanje s psihiatrično obravnavo na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva (Švab, 2012).

Različni prispevki (Škerbinek, 1998; Sedlar, 2002; Švab, 2012; Kramar Zupan, 2013) kažejo, da se potrebe oseb z duševno motnjo izražajo večinoma na področju osnovnih življenjskih aktivnosti, torej na področju zdravstvene nege, in se po vsebini nanašajo na fizično ter psihosocialno funkcioniranje in kakovost življenja v ožjem domačem in širšem okolju posameznika. Strokovno najboljši in najracionalnejši izhod za pacienta se zgodi (Skela Savič, 2007), kadar strokovnjaki delajo povezano in tesno sodelujoče, se po tej poti učijo in pridobivajo izkustva, so vključeni v skupno klinično presojo posameznikovih problemov in so na ta način visoko učinkoviti pri uresničevanju napredka v praksi. Sodobna obravnava duševnih motenj naj bi predstavljala ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb (Thornicroft & Tansella, 2004). Predpogoj za dober izid zdravljenja je kontinuiteta zdravljenja (Gouzaris, et al., 2003).

Namen prispevka je izpostaviti izkušnjo tima skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni in opredeliti ključne ukrepe zdravljenja in rehabilitacije v obliki obiskov, nudenja podpore, razbremenilnih pogovorov in motivacije za sprejemanje rešitev. Našteto vzpostavlja, krepí in vzdržuje zaupanje v odnosu članov tima do pacienta. Le-to je pogosto temeljno in edino orodje terapevtskega odnosa, zlasti v obdobjih in v primerih, ko pacient odklanja medikamentozno terapijo in strokovno obravnavo.

## **Model in izkušnje dela multidisciplinarnega tima skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje**

Vsak član tima se vključuje v obravnavo pacienta po smernicah svoje stroke, celoten tim pa sledi skupnim terapevtskim ciljem, ki se jih definira glede na oceno stanja in potreb pacienta. Zelo pomemben zunanji sodelujoči strokovni sodelavec glede na ugotovljene potrebe pacientov je regijski koordinator obravnave v skupnosti in posamezni socialni delavci lokalnih centrov za socialno delo, ki se vključujejo takrat, ko so izražene socialne potrebe pacienta. SPO tim pokriva geografsko območje 75.000 tisoč prebivalcev in obsega občine Sevnica, Radeče, Krško, Brežice in Kostanjevica na Krki. Število v obravnavo vključenih oseb s hudo duševno motnjo se giblje med 100 do 110 pacientov. V obdobju delovanja od septembra 2013 do marca 2019 je SPO Posavje obravnaval 500 pacientov. Najpogostejša



diagnoza vključenih je paranoidna shizofrenija, sledijo ji neopredeljena neorganska psihoza, huda depresivna epizoda, neopredeljen demenca in blodnjava motnja. Večina obravnav vključenih pacientov temelji na obisku na domu. Proces dela in terapevtski razlogi narekujejo v manjšem deležu tudi obravnave pacientov v ustanovi. Pomembno vsebino dela se opravi tudi z opravljanjem in sprejemanjem telefonskih stikov, po e-pošti, z zbiranjem, zapisovanjem in vodenjem dokumentacije, z razširjenimi timi z zunanjimi sodelavci in svojci, dnevnim in tedenskim triažiranjem, vizitami tima in načrtovanjem dela za paciente. Struktura pacientov SPO Posavje vključuje 63 % pacientov, ki so bili od nekaj mesecev do več let neobravnavani, in pacienti, kjer se prvič diagnosticira duševno motnjo, ter 37 % pacientov, predlaganih v vodenje iz psihiatričnih služb od izbranih zdravnikov in drugih, ter pacienti s poslabšanjem hude duševne motnje (Zdravstveni dom Sevnica, 2018).

Tabela 1: Struktura pacientov SPO Posavje (Zdravstveni dom Sevnica, 2018).

Nekaj mesecev do nekaj let neobravnavani pacienti in novo odkriti pacienti s hudo duševno motnjo	63 %
Pacienti, predlagani v obravnavo iz psihiatričnih služb od izbranih družinskih zdravnikov in drugih, pacienti s poslabšanjem hude duševne motnje	37 %
Vsi pacienti	100 %

Proces obravnave se prične z oceno stanja in ugotavljanja potreb pacienta. Ob privolitvi pacienta sledijo prvi in nadaljnji obiski ter sestava načrta obravnave s kratkoročnimi in dolgoročnimi cilji za izboljšanje funkcioniranja in kakovosti življenja v ožji domači in širši skupnosti, sodelovanje in povezovanje ustanov in ljudi, ki so pomembni za bolno osebo (centri za socialno delo, zdravstveni domovi, zavod za zaposlovanje, šole, bolnišnice, nevladne organizacije, posamezniki v družini in kraju), postopno vključevanje pacientov v različne oblike domačih in drugih aktivnosti ter v nevladne organizacije. Obiske in podporo se postopno zmanjšuje ob boljšem funkcioniranju. Pogosteje se obravnave vključuje ob poslabšanjih psihofizičnega stanja. Izvajanje načrta se evalvira sproti in obdobjno na šest mesecev. Za posameznega pacienta je odgovoren koordinator primera, ki je član tima in skrbi za organizacijo obravnave, stalne kontakte s pacientom, izvedbo dogovorov, dokumentacijo. Vsak dan poteka evalvacija preteklega dne, triaža dela in načrtovanje obravnav. Tedensko se izvaja timski sestanek, ko se pregleda izvajanje načrta posameznika, poglobljeno se obravnava novo vključene paciente, odloča se o nadaljnjih korakih za paciente. Vsak član tima SPO se vključuje v obravnavo z vidika svojega profesionalnega področja, vendar se sledi istim ciljem. Člani tima dokumentirajo ocene stanja, ocene potreb, zapise obravnav, telefonskih pogovorov, razširjenih timskih sestankov in zaključke obravnav (Zdravstveni dom Sevnica, 2014).

### Izkušnje

Začetki tima SPO Posavje so bili izziv. Imeli smo strokovno izobrazbo, pridobljena različna izobraževanja, specialna znanja, izkušnje s psihiatričnega področja in absolutno podporo vodstva matične ustanove. Kmalu smo ugotovili, da ima področje skupnostnega pristopa specifike, ki jih zaznaš šele pri praktičnem delu. Izpostavljam najpomembnejše:

1. Izkazalo se je, da je za vstopanje v domače okolje in osebni prostor, ki ni kontrolirano klinično okolje, poleg strokovnosti potrebna visoka mera etičnosti in »tovariške drž«; oseba z duševno motnjo je pogosto nezaupljiva, nekritična, z odklonilnim vedenjem.
2. Prva in najpomembnejša faza pristopa je vzpostavljane osnovnega zaupanja, šele nato se lahko po več tednih nadaljnjih korakov prične obravnavo.
3. Pomemben dejavnik je tudi skrb za lastno varnost, zato prakticiramo večino obiskov na domu v strokovnem paru.

4. Poleg pristopa k pacientu in družini smo v skupnosti zaznali potrebo in pomen za širšo promocijo duševnega zdravja, ki jo po potrebi izvajamo za različne strokovne in laične skupine naše lokalne skupnosti (zavod za zaposlovanje, centri za socialno delo, društva, aktivni na podeželju ipd.).

Geografsko pestro področje Posavja ima svoje kulturološke in lokalne značilnosti. V posavskem prostoru prepoznamo posebnosti življenja oseb s hudo duševno motnjo izven institucije in njihovih svojcev. Razmere, v katerih živijo, so pogosto blizu socialnega dna in rizične za ohranjanje psihofizičnega zdravja. Vključevanje v širši socialni svet izven naslova bivanja ovirajo geografska raznolikost, pomanjkanje sredstev, psihopatologija pacientov nerazvejanost in nedostopnost nevladnih organizacij ter drugih rehabilitacijskih služb. Različni profili SPO na primarni ravni lahko predstavimo, da kot instrument svojega dela izpolnjujemo skupno dokumentacijo in sledimo skupnim ciljem, postavljenim za posameznega pacienta. Obravnave so koordinirane. Kot strokovno vrednoto v timu izpostavljam visoko etično kulturo, zaupanje in spoštovanje do posameznih strok sodelavcev multidisciplinarnega tima.

### **Zaključek**

Na terenu je posebej težko ukrepati proti volji pacienta, saj s tem izgubljamo terapevtski odnos in zaupanje ter s tem ugodne možnosti za nadaljnje delo tima skupnostne psihiatrične obravnave. Tudi svojci pogosto niso kritični do resnosti pacientovega stanja, ga minimalizirajo ali pa izražajo občutke nemoči in zaskrbljenosti.

Razvije se terapevtski odnos, ki temelji na dinamični oceni stanja in potreb, saj pacienta vidimo na njegovem domu, v njegovi skupnosti. Tako bolje in lažje razumemo vlogo in kapacitete pacienta v kontekstu funkcioniranja in izražanja življenjskih aktivnosti.

Strokovni kader SPO ima pri svojem delu privilegij, da ima možnost dobro in lažje razumeti vlogo in kapacitete pacienta v kontekstu funkcioniranja in izražanja življenjskih aktivnosti, saj ga spremlja v njegovem domačem okolju.

Prav tako je temeljna prednost strokovnega dela diplomirane medicinske sestre, da pacienta spremlja na njegovem domu, v njegovi skupnosti, kjer živi.

V aprilu 2019 je služba SPO pridobila širitev delovanja v Center za duševno zdravje odraslih.

### **Literatura**

- Gouzaris, A., Mougiakos, T., Ploumpidis, D. & Bethani, E., 2003. Prediktors of treatment discontinuity in outpatient community mental health care. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 1(2), p. 70.
- Konec Juričič, N., 2016. Drugi viri pomoči in podpore. In: Konec Juričič, N., et al. eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 87–92.
- Kramar Zupan, M., 2013. Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu. In: Filej, B. ed. *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso: zbornik prispevkov*. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 24. oktober 2013. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto, p. 179.

Sedlar, T., 2002. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzornik zdravstvene nege*, 36, pp. 143–151.

Skela Savič, B., 2007. Kontinuirana zdravstvena obravnava – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, pp. 3–11.

Škerbinek, L., 1998. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 23, pp. 181–183.

Švab, V., 2012. *Skupnostna psihiatrija*. Available at: [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/strokovni\\_članki-razni/Skupnostna\\_psihiatrija-Vesna\\_Svab.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/strokovni_članki-razni/Skupnostna_psihiatrija-Vesna_Svab.pdf) [17.5.2019].

Thornicroft, G. & Tansella, M., 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Journal of Psychiatry*, 185(4), pp. 283–290.

White, P. & Hall, M., 2006. Mapping the literature of case management nursing. *Journal of Medicine Library Association*, 94(2), pp. 99–106.

#### **Dokumentacijski viri**

Zdravstveni dom Sevnica, 2014. *Služba skupnostne psihiatrije: interno gradivo*. Sevnica: Zdravstveni dom Sevnica.

Zdravstveni dom Sevnica, 2018. *Služba skupnostne psihiatrije – ISO STANDARD 2018: interno gradivo*. Sevnica: Zdravstveni dom Sevnica.

