

Leczenie w warunkach domowych i „gościnność” w kompleksowym Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego

Roberto Mezzina i Sonia Johnson

W Trieście, we Włoszech, intensywne opiece środowiskowe w sytuacji kryzysu jest jednym z elementów kompleksowych usług prowadzonych przez całodobowe Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego (Środowiskowe Centra ZP). Niniejszy rozdział opisuje wypracowaną, lokalną strategię interwencji kryzysowej, która łączy zarządzanie kryzysowe w system pracy Środowiskowych Centrów ZP, umożliwiając zarazem utrzymanie ciągłości opieki i elastyczności w doborze interwencji najbardziej potrzebnych spośród szerokiego zakresu dostępnych metod. Porównane zostaną oddziaływania w sytuacji kryzysu włączone w kompleksowy system środowiskowy i te wykonywane przez niezależne zespoły skierowane wyłącznie na interwencje w sytuacji kryzysu.

System opieki nad zdrowiem psychicznym w Trieście: historia i struktura systemu

Sieć usług psychiatrycznych w Trieście została stworzona w 1970 roku (Bennett, 1985, Dell'Acqua i Cogliati Dezza, 1985) w celu zastąpienia tradycyjnego szpitala psychiatrycznego zupełnie innym rozwiązaniem - siecią połączonych usług. Szpital, który w 1971 roku dysponował liczbą 1200 łóżek został ostatecznie zamknięty w 1980 roku. Franco Basaglia, zwolennik radykalnych rozwiązań i pionier w pracy na rzecz deinstytucjonalizacji i wprowadzania alternatywnych dla instytucji rozwiązań środowiskowych, pracował i inicjował zmiany w Trieście w latach 1971-1980 (Basaglia, 1987). Środowiskowe Centra ZP są osią jego projektu. Dziś Departament Zdrowia Psychicznego (Departament ZP) w Trieście obsługuje region z 242 000 mieszkańcami. W jego ramach, oprócz Środowiskowych Centrów ZP, dostępnych jest 8 łóżek szpitalnych, a także funkcjonują służby ds. rehabilitacji i spraw mieszkaniowych, które dysponują 72 miejscami w grupowych mieszkaniach chronionych. Ponadto przy centrum działa ośrodek opieki dziennej, w którym prowadzone są programy treningowe i warsztaty. Departament współpracuje z 13 firmami działającymi na kształt spółdzielni społecznych. Grupy samopomocowe dla rodzin i beneficjentów systemu są również dostępne. Łącznie personel liczy 237 pracowników, w tym 180 pielęgniarek i 28 psychiatrów. Departament Zdrowia Psychicznego jest organizacyjnie jednostką podporządkowaną lokalnemu Wydziałowi Zdrowia w Trieście, który również prowadzi szeroki wachlarz specjalistycznych usług zdrowotnych, w szczególności adresowanych do ludzi starszych, adolescentów i niepełnosprawnych.

Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego w Trieście

Cztery działające w Trieście Środowiskowe Centra ZP są podstawą systemu opieki w zakresie zdrowia psychicznego. Ich założeniem jest odpowiadanie na potrzeby lokalnej społeczności w niedużych regionach – zamieszkiwanych przez 60 000 osób, z przeciętnym przydziałem kadry w wielkości 1 specjalista na 1500 mieszkańców. Każdy zespół pracujący w Środowiskowym Centrum ZP składa się z czterech lub pięciu psychiatrów, 25-28 pielęgniarek, jednego lub dwóch psychologów, jednego lub dwóch pracowników socjalnych, jednego lub dwóch rehabilitantów. Zgodnie z założeniami przyjętymi podczas procesu deinstytucjonalizacji, Środowiskowe Centra ZP były zaprojektowane na spełnianie dwóch potrzeb: jako ośrodek interwencji kryzysowej i redukcji przyjęć do szpitala, i jako system rehabilitacji i integracji społecznej, początkowo adresowany do dawnych pacjentów szpitala psychiatrycznego. Z biegiem czasu ich usługi zaczęły docierać do mniej wyodrębnionej, szerszej grupy

odbiorców. Stały się początkiem tworzącej się nowej sieci społecznej i wspólnoty. Oferują one następujące formy aktywności i usług:

- Miejsca noclegowe
- Opiekę dzienną
- Opiekę ambulatoryjną
- Leczenie w domu
- Terapię indywidualną i grupową
- Wsparcie psychospołeczne i pracę z siecią społeczną
- Rehabilitację psychospołeczną
- Wsparcie dla mieszkańców domów chronionych
- Wsparcie w procesie zdobywania wykształcenia, szkolenia zawodowe i wsparcie w szukaniu pracy
- Aktywizacja społeczna, grupy samopomocowe i aktywizację w czasie wolnym

Promują również dostęp beneficjentów do wachlarza programów oferowanych przez Departament Zdrowia Psychicznego w Trieście, w ramach których odbywają się treningi doskonalenia zawodowego, przedsięwzięcia samopomocowe, usługi psychoedukacyjne dla rodzin.

Środowiskowe Centra ZP są usytuowane w dużych budynkach dostępnych 24 godziny na dobę. Panuje w nich przyjazna, domowa atmosfera, a świadczone przez nie usługi są powszechnie dostępne. Każdy zainteresowany czy poszukujący pomocy może przyjść bez wcześniejszego skierowania czy rejestracji, a struktura organizacyjna umożliwia konsultację wstępną w ciągu jednej do dwóch godzin. Zespół pracuje w systemie zmianowym w recepcji, która pełni również funkcję przydzielającą zainteresowanym najbardziej odpowiadające ich potrzebom usługi. Wstępne rozpoznanie dotyczy raczej charakteru problemu niż diagnozy, a problemy są klasyfikowane według stopnia ich pilności z perspektywy beneficjenta lub jego opiekuna. Główne zasady będące podstawą pracy Środowiskowych Centrow ZP są wymienione w zestawieniu 20.1.

Na początku każdej porannej zmiany są przedstawiane priorytety na dany dzień tak, by najpilniejsze zadania wpisać w grafik planowanych działań. Kilku lekarzy sprawuje pieczę nad działaniami odbywającymi się na terenie Środowiskowego Centrum ZP, opiekując się „gośćmi” aktualnie zamieszkującymi w centrum, tymi którzy uczestniczą w terapii w trybie ambulatoryjnym oraz mniej regularnym uczestnikom przychodzącym na spotkania grupowe lub na oddziaływania aktywizujące. Pozostali lekarze są zaangażowani w pracę w Środowisku. Do ich obowiązków należy odbywanie wizyt domowych- zarówno tych zaplanowanych, jak i tych w trybie natychmiastowym, pilnym, jak również angażowanie sieci społecznej, zapraszanie podopiecznych do wzięcia udziału w aktywnościach organizowanych w centrum w trybie ambulatoryjnymi i pomoc w dotarciu na nie, towarzyszenie im i pomaganie w ważnych, codziennych zadaniach takich jak odbywanie wizyt lekarskich, załatwianie spraw w banku czy miejscu pracy. Takie formy oddziaływań mające miejsce w Środowisku osób sięgających po pomoc zapewnia im nie tylko wsparcie w codziennym życiu, ale też włącza w społeczność terapeutyczną. Podczas spotkania całego zespołu pomiędzy zmianą poranną i popołudniową, ustala się priorytety na bieżące popołudnie.

Ważnymi założeniami ogólnych spotkań zespołu jest dzielenie się informacjami i otwarta dyskusja o bieżących problemach, oraz formułowanie wspólnych rozwiązań. W takiej atmosferze szuka się równowagi między autonomią każdego z profesjonalistów mających swobodę podejmowania własnych decyzji, a współpracy w monitorowaniu procesów i rozwiązywaniu

dylematów. Obowiązującym zwyczajem jest unikanie języka profesjonalnego, podkreślającego hierarchię i odwołującego się do tradycyjnych, dawnych praktyk psychiatrycznych na rzecz języka nieformalnego, praktycznego i bliskiego tym, którzy korzystają z usług centrum. Podział zadań z założenia jest horyzontalny, ustalany wspólnie, nie jest narzucony sztywno.

Zestawienie 20.1. Główne zasady pracy Środowiskowych Centrów ZP w Trieście:

- Środowiskowe Centrum ZP w Trieście jest organem odpowiadającym za wszystkie przypadki występowania problemów ze zdrowiem psychicznym w regionie, w którym świadczy swoje usługi. Trzy kluczowe formy aktywności – profilaktyka, opieka doraźna i rehabilitacja są ze sobą połączone, zintegrowane w spójny system
- Praca Środowiskowych Centrów ZP opiera się na współodpowiedzialności specjalistów za podejmowane działania zespołu. Niewielkie obszary działania umożliwiają zespołowi posiadanie bezpośredniej wiedzy o osobach korzystających z usług centrum – co najmniej o tych, którzy wymagają najbardziej kompleksowych form interwencji
- Celem Środowiskowych Centrów ZP jest mobilność i odpowiadanie na potrzeby. Każda interwencja w jak największym możliwym zakresie odbywa się w codziennym środowisku beneficjenta: w jego domu albo w miejscu gdzie najczęściej przebywa. Reagowanie na zapotrzebowanie jest szybkie i elastyczne, unika się sporządzania list oczekujących i innych biurokratycznych barier, utrudniających dostęp do korzystania z usług
- Środowiskowe Centra ZP są łatwo dostępne i otwarte na osoby zgłaszające się spontanicznie („z ulicy”) – bez skierowań i rejestracji
- Oddziaływania kompleksowe, wielopłaszczyznowe są głównym celem. Wpisują się w nie integracja pomocy społecznej i współpraca z innymi usługami środowiskowymi oraz oddziaływania świadczone przez wolontariuszy i osoby spoza branży psychiatrii. Celem jest dążenie do wspólnego zrozumienia sytuacji beneficjentów i wspólne planowanie form oddziaływań terapeutycznych. Częste szkolenia multidyscyplinarne na terenie centrum i zajęcia integrujące zespół leżą u podłoża ścisłej pracy zespołowej.
- W działalność centrum wpisane są wartości:
 - „pomaganie osobie” zamiast „leczenia choroby”
 - szanowanie beneficjenta jako obywatela mającego szereg praw
 - podtrzymywanie i wzmacnianie ról i sieci społecznych
 - rozwijanie potencjału (koncentracja na procesie zdrowienia) i realnych szans rozwoju (umacnianie)
 - odpowiadanie na praktyczne potrzeby mające znaczenie dla beneficjentów

Zarządzanie kryzysowe w Środowiskowych centrach zdrowia psychicznego w Trieście

W wielu systemach ochrony zdrowia psychicznego, interwencje w przypadku kryzysu psychicznego odbywają się w obrębie luźnej sieci usług, wśród których ostatecznym rozwiązaniem jest hospitalizacja. Zespoły leczenia domowego, domy kryzysowe oraz domy sponsorowane przez rodziny stanowią dla niej alternatywę, niemniej jednak – nawet jeśli są niezwykle efektywne – są w stanie odpowiedzieć na potrzeby jedynie ograniczonej, specyficznej liczby potencjalnych odbiorców, często polegając na wskaźnikach wyleczalności i poziomie ryzyka (Rozdział 9).

Zasady zarządzania kryzysem

W Trieście za cel stawia się prowadzenie takich oddziaływań w sytuacji kryzysu, które byłyby możliwie najbliższe codziennym warunkom życia beneficjenta, a działania skoncentrowane są raczej na człowieku i jego doświadczeniach niż na symptomach i ryzyku. Podjęto decyzję, by nie kreować oddzielnych zespołów skoncentrowanych na sytuacjach kryzysowych, ale by włączyć interwencje w kryzysie jako integralną część pracy Środowiskowych Centrów ZP. Centra są postrzegane jako narzędzia zastępujące i przeciwne wielkim azylom psychiatrycznym, a ich misją jest udzielanie elastycznej odpowiedzi nie tylko wówczas gdy widoczne stają się objawy choroby, ale przez całe życie (Mezzina, 2005). Włączanie odpowiedzi na kryzys do struktury Środowiskowych Centrów ZP pozwala w pełni wykorzystać zasoby tych ośrodków, włączając w to pomoc społeczną obok interwencji opieki psychiatrycznej. Zasady pracy w obrębie zarządzania kryzysowego w Środowiskowych Centrach ZP są opisane w Zestawieniu 20.2.

Zarządzanie kryzysem w praktyce: ścieżka opieki nad beneficjentem

Środowiskowe Centra ZP są otwarte na nowe zgłoszenia – po skierowaniu lub bez uprzedniego skierowania – od godziny 8 rano do 20. Dostęp do usług w przypadku ostrego kryzysu poza tymi godzinami odbywa się poprzez oddział ratunkowy. Środowiskowe Centra ZP są ośrodkami szeroko znanymi w społeczności lokalnej. Opierając się na budowanym wizerunku miejsc, które nie są wyizolowane, są łatwo dostępne i wrażliwe na potrzeby mieszkańców, łagodzą i obniżają niepokój związany z kontaktem z nimi. Przyjęcia do centrów, w które zaangażowane są organy natychmiastowej pomocy – takie jak policja czy pogotowie – są rzadkie. Procedury odbierania zgłoszeń są bardzo nieformalne, często opierają się na długich rozmowach telefonicznych. Zgłoszenie potrzeby pomocy może paść ze strony członków rodziny, sąsiadów, przedstawicieli podstawowej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, służb więziennych. Główną zasadą przestrzeganą podczas odbierania informacji o potrzebie pomocy jest założenie, że skierowanie po pomoc może stać się zasobem beneficjenta biorącego aktywny udział w procedurze, oraz skutkować zaskarżeniem sobie jego zaufania.

Angażowanie osoby w bezpośrednią relację, w której stopniowo obserwowany jest wzrost zaufania jest priorytetem dla osób prowadzących interwencję. Elastyczne podejście i szeroki wachlarz dostępnych usług zazwyczaj otwierają drogę zaangażowania beneficjenta i pozwalają uniknąć środków przymusowego leczenia nawet wśród tych, u których początkowo występuje opór przed współpracą (Dell'Aqua i Mezzina 1988a,b; Mezzina i Vivoni, 1995). **Nasze doświadczenie potwierdza, że przymusowe leczenie jest na ogół rezultatem załamania sieci wsparcia zarówno ze strony profesjonalistów jak i otoczenia społecznego** i nie wynika – jak często się zakłada – z klinicznych cech kryzysu (Katschnig i Cooper, 1991). Mobilność i elastyczność zespołu odpowiadającego na zgłoszenie kryzysu są kluczowymi cechami pozwalającymi zapobiec przyjęciom pod przymusem.

Dla osób, które spontanicznie nie nawiązują pierwszego kontaktu z centrum, zespół szuka sposobu dotarcia poprzez miejsca, w których spędzają najwięcej czasu (głównie w domu), lub w różnych kontekstach społecznych – w barze czy pracy. Członkowie ich sieci społecznej również mogą stać się pośrednikami w budowaniu kontaktu. Natychmiastowa i łatwa dostępność członków zespołu pracujących w centrum buduje w rodzinach osób wymagających wsparcia, wśród ich sąsiadów i bliskich poczucie stabilności i bezpieczeństwa. W taki sposób rozpoczyna się proces zażegnania kryzysu i tworzenia ludzkiej, osobistej relacji, która jest kluczowa dla prowadzenia zintegrowanego i nieinstytucjonalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Inne zasady angażowania beneficjentów polegają na odkrywaniu – tak głęboko jak to możliwe – sposobu, w jaki osoba odbiera swoją sytuację, jakie znaczenie przypisuje kryzysowi i jakie ma w związku z tym potrzeby. Następnym krokiem jest podejmowanie takich interwencji, które jak najlepiej odpowiadają tym spostrzeżeniom, podążanie za potrzebami podopiecznego w zakresie czasu i miejsca spotkań, unikania presji czasu. Nadrzędną zasadą dla członków zespołu jest słuchanie nie tylko osoby w kryzysie, ale też innych zaangażowanych w sytuację ludzi (jeśli to konieczne – każdego z osobna). Nawet jeśli najważniejszym zadaniem jest zrozumienie i poparcie pacjenta, członkowie zespołu często podejmują się roli mediatorów i osób bezstronnych pomagających w rozwiązywaniu aktualnych konfliktów i trudności. Informowanie i angażowanie krewnych jest często kluczem do ustalenia spójnego planu opieki.

Zdarza się czasem, że kryzys nie może zostać „zażegnany” w powyższy sposób – zwłaszcza w przypadku osób mieszkających samotnie, o bardzo niewielkich zasobach, z niewielką liczbą relacji społecznych. Osoba w takiej sytuacji może uporczywie odmawiać kontaktu i coraz bardziej się izolować. Różnorodność i nasilenie strategii nawiązywania z nią kontaktu są wówczas intensyfikowane, włączając w to rozmowy telefoniczne, zostawianie pod drzwiami wiadomości, angażowanie innych ludzi – takich jak przyjaciel, współpracowników, osób duchowych, dzielnicowych czy osób świadczących różnorodne usługi (hydraulik, sprzątaczkę itp.). Podejmuje się próby nawiązywania kontaktu w wielu miejscach, w których dana osoba się pojawia lub negocjuje się możliwość spotkania w dowolnym, wybranym przez nią miejscu publicznym, w którym czuje się ona bezpieczna i nieatakowana. Takie powtarzane próby jasno pokazują konsekwencję w podejmowaniu wysiłku oraz dowodzą chęci pomocy celem ustalenia obustronnej relacji. Choć bywa ona początkowo konfliktowa – w rezultacie włącza osobę w dialog, zachęcając do odpowiedzi na podejmowane próby dostarczenia pomocy. Nawet dramatyczne „otwarcie drzwi” siłą, by dotrzeć do osoby, może być gestem przełamującym psychotyczny krąg, otwierającym na spotkanie z istniejącymi realnie osobami, które przerwą koszmar i zaczną rozmowę o ‘realnej’ sytuacji. Może być to początkiem nawiązywania pełnej zaufania relacji i – choćby częściowo – wspólnego porozumienia. Proces ustalania wspólnej, zgodnej wizji terapii jest postrzegany jako ważna czynność, sama w sobie mająca terapeutyczne znaczenie. Leczenie pod przymusem, które jest rzadkim wynikiem takich działań, jest uważane za skutek niepowodzenia w nawiązaniu relacji terapeutycznej, a nie za następstwo wystąpienia choroby.

Zrozumienie znaczenia kryzysu odbywa się poprzez odkrywanie indywidualnych narracji osób. Wykorzystywanie różnorodnych miejsc spotkań i form kontaktu oraz poszerzanie kręgu uczestników (zwłaszcza „znaczących bliskich”) jest pomocne w rekonstruowaniu i rozumieniu indywidualnej historii życia pacjenta z różnych perspektyw. Pomaga odnieść aktualny kryzys do kontekstu ubiegłych wydarzeń oraz systemu przekonań pacjenta i osób w jego otoczeniu, a także do ich sposobu rozumienia dolegliwości i jego skutków w otoczeniu społecznym. Relacje i rozmowy między profesjonalistami oraz beneficjentami systemu rozwijają się w dużym stopniu na płaszczyźnie partnerskiej wymiany, sięgając poza ramy formalnych konsultacji psychiatrycznych zorientowanych głównie na sformułowanie diagnozy. Jest w obrębie systemu również miejsce na bardziej sformalizowany kontakt terapeutyczny, z jasno wyznaczonymi ramami co do czasu i miejsca spotkania profesjonalisty i pacjenta. Celem takich spotkań jest:

- Ułatwienie wyrażania własnego opisu doświadczeń przez osobę
- Zachęcanie do porównywania obecnej sytuacji życiowej z potrzebami, które wymagają zaspokojenia

- Analizowanie w jaki sposób wystąpienie kryzysu i choroby wpisuje się w kontekst osobistej historii życia pacjenta

Zamiast postawy „kierowania oddziaływań na pacjenta”, za priorytet uważa się „bycie z nim” w czasie kryzysu, by zapewnić go o jego integralności jako osoby i zachowaniu ciągłości narracji Życia. By to osiągnąć, niezbędne jest utrzymanie ważnych relacji oraz stworzenie pomostu między sytuacją kryzysu a przeszłością (Dell’Aqua i Mezzina, 198 a,b). Kryzys jest przedstawiany nie tylko w kontekście rozwoju psychologicznego jednostki, ale też w odniesieniu do jej społecznych relacji i sytuacji materialnej (Rozdziały 11 i 12).

Przedmiotem starań jest wykorzystanie w sytuacji kryzysu pełnego pakietu środków dostępnych w Środowiskowych Centrach ZP w taki sposób, by zaspokoić potrzeby beneficjenta. Interwencje prowadzone przez Środowiskowe Centra ZP, Departament Zdrowia Psychicznego, wydziały zdrowia i pomoc społeczną są skierowane na:

- Sytuację Życiową (naprawy w domu, utrzymanie i sprzątnięcie, szukanie bardziej odpowiedniego lokalu)
- Finanse (dotacje, wykorzystanie sejfów dostępnych w centrum, codzienne zarządzanie budżetem, wsparcie w utrzymywaniu wypłacalności dzierżawy)
- Higienę osobistą (pranie, dbanie o higienę ciała, fryzjer)
- Aktywizacja zawodowa, edukacja, szkolenia pracowników, oferty pracy (od prostych zadań wykonywanych w Środowiskowym Centrum ZP, poprzez miejsca pracy chronionej, pracę w spółdzielniach aż po wsparcie w szukaniu pracy na wolnym rynku)
- Czas wolny (warsztaty teatralne, artystyczne, muzyczne i robótki ręczne, siłownia, wycieczki całodniowe, wczasy, imprezy, wycieczki do teatru i kina)

Tak więc Środowiskowe Centra ZP podejmują interwencje zarówno w czasie kryzysu, jak i wówczas, gdy jest zażegnany. Kierują wówczas działania na poprawę ogólnej jakości życia beneficjentów i starają się przekładać ‘fachowy język psychiatrii’ na konkretne problemy obecne w Życiu, i inicjować aktywności skierowane na rozwiązywanie ich. Takie działania przyczyniają się do rozwijania przymierza terapeutycznego opartego na zaufaniu oraz pozwalają osobie korzystającej z oferty centrum rozwijać się, wzmacniać potencjał i odzyskiwać tożsamość społeczną.

Zestawienie 20.2

Zasady pracy podczas zarządzania kryzysem w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego w Trieście

Mobilność i dostępność usług oraz możliwość odpowiadania na szeroki zakres rodzajów kryzysów. Interweniowanie w kryzysie nie jest odrębnym programem, ale podstawowym rodzajem oddziaływań w kompleksowym systemie usług. Kryteria selekcji na podstawie typu lub stopnia ciężkości zaburzenia nie determinują łatwości dostępu do usług, tak jak i nie jest praktyką traktowania jakiegokolwiek typu zaburzenia jako podstawę determinującą jednoznacznie i bezwzględnie konieczność hospitalizacji. Szybkość odpowiedzi na zgłoszenie zapotrzebowania pomocy jest niezwykle uspokajająca dla osób zgłaszających ją – tak jak rodzina czy sąsiedzi, co minimalizuje potrzebę przyjmowania beneficjentów do szpitala, czy nawet do stacjonarnych miejsc w Środowiskowych Centrach ZP.

Zintegrowana i kompleksowa odpowiedź (sfera społeczna i medyczna). Plan terapii jest tworzony na podstawie indywidualnej historii życia osoby, jej unikalnych potrzeb i życzeń. Nie jest to gotowy schemat interwencji, który wdraża się w określonym przypadku. Nawiązanie relacji jest priorytetem, a oparcie planu na indywidualnych potrzebach pozwala zespołowi uzyskać i utrzymać zaangażowanie klienta w terapię.

Ciągłość opieki. Jest to zasada przewodnia, która zawiera leczenie podopiecznych w codziennych warunkach systemu opieki, oraz utrzymywanie z nimi kontaktu w ich kontekście społecznym. Dzięki temu unika się wykluczenia społecznego i instytucjonalizacji. Badania kontrolne po określonym czasie przeprowadza się niezależnie od miejsca pobytu beneficjenta – nie wykluczając więzienia.

Unikanie hospitalizacji. Większość osób pozostaje w domu, ale kiedy to nie jest możliwe celem jest unikanie hospitalizacji na rzecz bardziej elastycznych form interwencji, takich jak 24-godzinny pobyt w Środowiskowym Centrum ZP w warunkach „hostelu”, przebywanie jako gość.

Hostel vs szpital: Środowisko dla „gości” w środowiskowych centrach zdrowia psychicznego

Terapia w sytuacji kryzysu, mająca miejsce w domu beneficjenta lub w innych warunkach w jego środowisku społecznym, jest terapią pierwszego wyboru i jest proponowana w asyście wsparcia i zaangażowania sieci społecznej osoby. Angażuje też szeroki wachlarz zasobów dostępnych w ramach Środowiskowego Centrum ZP. Co za tym idzie, Środowiskowe Centrum ZP jest kluczowym elementem na drodze do powrotu do zdrowego funkcjonowania. Czasami członkowie zespołu sugerują, żeby podopieczny przyszedł do centrum na noc, jako „gość”. Kryteria brane pod uwagę w decydowaniu, czy klient potrzebuje skorzystać z pobytu w centrum jako 24-godzinny rezydent wyznacza się indywidualnie, biorąc pod uwagę nie tylko występowanie objawów i istniejące ryzyko, ale też dostępność wsparcia społecznego, charakter relacji terapeutycznej, zdolność klienta do podjęcia odpowiedzialności za siebie, oraz ewentualną potrzebę wdrożenia innych środków, gdy wcześniejsze zawiodły, a pacjent utknął w procesie zdrowienia. Utrzymuje się stosunkowo niski próg powyższych wymagań które powinny być spełnione, by dostać propozycję skorzystania z opieki 24-godzinnej tak, by jak najbardziej zniwelować istotność różnicy między leczeniem „na miejscu” i w „środowisku”. Zasadą jest, że Środowiskowe Centra ZP oferują pomoc w warunkach hostelu, co pod wieloma względami różni się od tradycyjnie pojmowanej hospitalizacji (Tabela 20.1)

Tabela 20.1

Alfabet grecki

	Hospitalizacja	Hostel
Zasady	<i>Zasady instytucji</i>	<i>Wspólnie ustalone, elastyczne zasady</i>
Harmonogram	<i>Narzucony harmonogram, rozkład dnia</i>	<i>Elastyczne planowanie czasu</i> Dostosowane do potrzeb klienta
Relacje	<i>Instytucjonalne, rutynowe relacje</i>	<i>Relacje wykraczające poza rutynowe kontakty</i>

Opieka w kryzysie	Okres kryzysu wyodrębniony z dotychczasowego życia i codziennej opieki	<i>Ciągłość opieki przed, w czasie i po ustąpieniu kryzysu</i>
Pobyt	By przejąć odpowiedzialność za leczenie	<i>Rozumiany jako tymczasowe schronienie/rodzaj odpoczynku</i>
Kontakty społeczne Wolność	Minimalny wkład sieci społecznej Trudno uniknąć zamkniętych drzwi, izolatek, przymusu i siły	Obecność i zaangażowanie sieci społecznej w jak najszerszym zakresie Otwarte drzwi i brak konieczności użycia środków przymusu
Sposób postrzegania problemów	Problemy rozumiane jako choroba/symptomy/zaburzenie funkcji poznawczych	Problem rozumiany w kontekście kryzysu/wydarzeń życiowych/doświadczeń

Powody, dla których proponuje się pobyt w centrum są omawiane otwarcie. Podejmuje się starania, by drzwi centrum zawsze pozostawały otwarte, co świadczy o strategii podejmowania pozytywnego ryzyka i podejściu otwartości i gościnności. Czasem jednak, w przypadku osób doświadczających ciężkiego kryzysu, lub o wysokim poziomie ryzyka, nieuniknione staje się korzystanie ze środków bezpieczeństwa. Na przykład może zostać ustalone, że powinni oni zostać w centrum razem z członkiem zespołu w warunkach jeden na jeden, lub że nie mogą samotnie opuszczać budynku.

Pobyt w centrum na jedną noc jako „gość” jest jedną z oferowanych usług. Pobyt może też trwać kilka miesięcy, jeśli zawiodły inne środki i nie udało się wyjść z impasu w terapii (przeciętnie trwa 10-12 dni). Kluczową zasadą jest **nie przerywanie więzi ze środowiskiem społecznym**, klienci są więc zachęcani do kontynuowania dotychczasowych form aktywności w otoczeniu społecznym i utrzymywania częstych kontaktów z przyjaciółmi i krewnymi, którzy mogą też odwiedzać ich o dowolnej porze. Ogólnym założeniem funkcjonowania centrum jest stworzenie otwartej atmosfery w której aktualnie korzystający z usług mieszkają się dowolnie z członkami zespołu profesjonalistów i z pozostałymi osobami odwiedzającymi centrum z innych powodów niż doświadczanie ostrego kryzysu. Tworzy się przestrzeń do życia i podejmowania aktywności społecznej, w której zazwyczaj jest jedynie 6-8 miejsc stacjonarnych (łóżek). Do tego stopnia, do którego jest to możliwe, beneficjenci i personel żyją razem, jedzą wspólnie i dzielą czas swojej aktywności zarówno w sferze zawodowej jak i nieformalnej. Beneficjenci uczestniczą w prowadzeniu i utrzymywaniu centrum na różne sposoby. Nie ma wyraźnego rozgraniczenia między miejscem dla personelu i miejscem dla klientów, w rozwój relacji międzyludzkich zarówno z członkami kadry jak i innymi użytkownikami jest kluczowy dla pracy centrum i dla tworzenia przez niego otoczenia w którym kryzys może zostać zażegnany, a relacje społeczne odbudowane.

Relacje międzyludzkie w Środowiskowym Centrum ZP opierają się na obustronnej wymianie argumentów i ustaleń, a od podopiecznych oczekuje się brania odpowiedzialności za swoje postępowanie. Unika się podejścia autorytarnego i paternalistycznego, a powody, dla których

personel decyduje się na użycie siły w sytuacji poważnych obaw co do istnienia wysokiego ryzyka, są jasno określone i tłumaczone.

Korzystanie z usług szpitala

Głównym celem oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, oferującego osiem łóżek dla pacjentów z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego, jest działanie jako część usług Środowiskowych, nie jako oddzielny obiekt szpitalny. Osoby zgłaszające się w nocy na oddział ratunkowy mogą być pod obserwacją personelu, a rano uzyskać skierowanie do odpowiedniego Środowiskowego Centrum ZP. Mogą pozostać na oddziale w szpitalu ogólnym na rozszerzoną obserwację do 24 godzin bez formalnego przyjęcia. Środowiskowe Centrum ZP zarządza oddziałem i za cel stawia sobie uruchomienie interwencji środowiskowej tak szybko jak to możliwe – zazwyczaj w ciągu 24 godzin. Tak więc hospitalizacja zawsze odbywa się z zachowaniem ciągłości pomocy środowiskowej udzielanej przez Środowiskowe Centrum ZP, odpowiedzialne za dany region – nie jest uznawana za oddzielną formę pomocy. Ścisły podział na opiekę stacjonarną i ambulatoryjną obecny w tradycyjnym modelu psychiatrii został złamany na rzecz bardziej kompleksowej i elastycznej formy odpowiedzi na potrzeby beneficjenta doświadczającego kryzysu. Hospitalizacja jest rozwiązaniem bardzo rzadkim, a okres pobytu w szpitalu jest zazwyczaj jedną dziesiątą czasu korzystania z opieki w centrum.

Przykłady interwencji w kryzysie w ramach działalności Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

Zbierane na bieżąco dane sugerują, że przedstawiane tu kompleksowe podejście oparte na działaniu środowiskowym w miejscu dawnego, instytucjonalnego systemu świadczeń, jest efektywną formą opieki w czasie kryzysu psychicznego. Wszystkie placówki opieki stacjonarnej i środowiskowej mają otwarte drzwi i nie stosuje się w nich przymusu. Z całkowitej kwoty 15 milionów euro na rok przeznaczonej na zdrowie psychiczne, 94% przeznaczają się usługi świadczone w środowisku, a 6% na miejsca stacjonarne. Kiedy nowy system został wprowadzany, zgłoszenia na izbę przyjęć w szpitalu ogólnym znacznie się zmniejszyły, co widoczne było w obniżeniu statystyk – z 4200 w 1984 roku, do 3397 w 1988, a następnie – do 1960 w 2005 roku.

W ciągu 25 lat obserwowano również następujące zmiany:

- Zmniejszenie o 50% zgłoszeń na izbę przyjęć w trybie nagłym
- Zmniejszenie czasu trwania pobytu w warunkach stacjonarnych nie tylko w szpitalu ogólnym, ale też w Środowiskowym Centrum ZP, który obecnie utrzymuje się na poziomie jednej trzeciej czasu trwania w stosunku do poziomu wyjściowego
- Zmniejszenie liczby zdeorganizowanych lub agresywnych zachowań oraz ostrych symptomów

Leczenie bez zgody pacjenta jest też niezwykle rzadkie – do 2005 roku tylko 15 osób leczono pod przymusem, co stanowi 7 przypadków leczenia pod przymusem przypadających na 100 000 mieszkańców i jest najniższym wynikiem we Włoszech (w skali kraju średni wynik to 25 na 100 000 mieszkańców). Na przykład Środowiskowe Centrum ZP Barcola, funkcjonujące jako jedno z czterech centrów w Trieście i obejmujące populację 65 000 mieszkańców, nie odnotowało żadnego przypadku leczenia bez zgody pacjenta w okresie między 2003 r. a 2006 r.

Nawet przypadki leczenia pod przymusem mają miejsce na terenie centrów jeśli tylko to możliwe: w 2005 r. dwie trzecie całkowitej liczby dni pobytu stacjonarnego pacjentów leczonych bez

ich zgody przypadają właśnie na leczenie w Środowiskowych Centrach ZP. Z zastosowaniem programu prewencji samobójstw, współczynnik samobójstw w regionie obniżył się o 30% w ciągu ośmiu lat trwania programu (Dell'Aqua i in. 2003). W Trieście nie ma również pacjentów przebywających w sądowym szpitalu psychiatrycznym.

Badanie podłużne prowadzone przez Mezzina i Vidoni (1995) śledziło wyniki interwencji w kryzysie u 39 pacjentów z ciężkimi objawami psychotycznymi w regionie Barcola. Osiemnastu z nich wymagało 24-godzinnego pobytu w warunkach hostelu w Środowiskowym Centrum ZP ze średnim czasem trwania pobytu 7,9 dnia. Po wybuchu kryzysu 37 z nich było powtórnie badanych – 16 z nich miało nawroty, 9 wymagało ponownie 24-godzinnego pobytu w centrum. Nie było przypadków samobójstw, przestępstw ani przymusowego leczenia, a badanie kontrolne po 4 latach pokazało, że 20 z pacjentów funkcjonowało na dobrym, wysokim poziomie.

W kolejnym badaniu porównawczym wielu ośrodków – w którym uczestniczyło 13 włoskich placówek (Mezzina i in. 2005a,b) wykazano, że kryzys jest zażegnany szybko w Trieście i Settimo Torinese, w regionie Piemont, który również wykorzystuje 24-godzinny, kompleksowy model oddziaływań. Dane sugerują, że wynik może być związany ze staraniami w utrzymywaniu pełnej zaufania relacji z pacjentem, ciągłości terapeutycznej i otwartym dostępem do szerokiego spektrum rodzajów interwencji Środowiskowych.

Korzyści i ryzyko włączania zarządzania kryzysowego do zbioru usług Środowiskowego centrum zdrowia psychicznego

Tabela 20.2 podsumowuje główne cechy systemu zarządzania w sytuacji kryzysu psychicznego działającego w Trieście, zestawiając korzyści i źródła ryzyka, które mogą wiązać się z podobną organizacją systemu. Potencjalne przeszkody w implementacji tego podejścia do systemu opieki mogą tkwić w oporze, jaki można spotkać wśród profesjonalistów przywiązanych do bardziej tradycyjnych modeli psychiatrii. Problemy mogą być związane z lękiem przed utratą statusu związanego z posiadaniem specjalistycznej wiedzy, lękiem przed bliskością i zniwelowaniem barier między profesjonalistą i klientem, lękiem przed spędzeniem nocy z ludźmi doświadczającymi kryzysu bez „ochrony” ze strony szpitala, napięcia związanego z szeroko rozumianą odpowiedzialnością w warunkach pracy Środowiskowej.

W porównaniu z modelami wysoce specjalistycznymi, takimi jak zespoły interwencji kryzysowej, model kompleksowej sieci usług obecny w Trieście niesie za sobą wiele potencjalnych korzyści i ograniczeń (Rozdział 19), które zostały opisane w Zestawieniu 20.3. Ogólnie jednak, model z Triestu jest niezwykle interesujący, gdyż był utrzymywany i weryfikowany w badaniach przez trzy dekady, co stanowi znacznie dłuższy okres niż przy większości wąsko wyspecjalizowanych metod pracy. Z badań wynika również, że wiąże się on z niskim wskaźnikiem hospitalizacji i leczenia bez zgody pacjenta. Procedury replikacji i ewaluacji w innych warunkach ruszyły w innych miejscach we Włoszech (gł. we Friuli, Kampanii, Toskanii, w prowincjach Sardynii) oraz za granicą (np. w Brazylii). Ponadto powstają plany wprowadzenia tego wypracowanego systemu w ośrodkach w Anglii i Szkocji. Takie zastosowania zazwyczaj wskazują na to, co można zmienić w obrębie systemu funkcjonującego w Trieście, a ich wyniki będą przedmiotem żywego zainteresowania.

24-godzinna dostępność	Recepcja funkcjonująca w obrębie centrum umożliwia natychmiastowy dostęp do usług Otwartość na zgłoszenia spontaniczne („z ulicy”) Niskie wstępne wymagania do przyjęcia	Odpowiedź na potrzeby bez limitu czasu Brak listy oczekujących w syt. kryzysu Wysoka dostępność i satysfakcja beneficjentów (Vicente i in. 1993)	O ne pr
Wiele usług w jednym miejscu	Ten sam punkt kontaktu dla beneficjentów i dla osób zgłaszających zapotrzebowanie Centrum jest miejscem zarazem utrzymywania relacji społecznych i opieki terapeutycznej/klinicznej	Zintegrowana odpowiedź, z natychmiastowym dostępem do rehabilitacji i programów socjalizacyjnych nawet jeszcze w czasie trwania kryzysu	Sy ni M sp
Jeden, multidyscyplinarny zespół profesjonalistów zapewnia szereg zróżnicowanych usług	Zintegrowany zespół specjalistów Wspólna wiedza dotycząca beneficjentów o wysokim poziomie potrzeb Utrzymywanie relacji terapeutycznej w różnych fazach terapii (prewencja, kryzys, rehabilitacja)	Podzielany styl pracy, strategiczna wizja Wspólne formułowanie i przegląd planów opieki Elastyczność i ciągłość terapeutyczna Zredukowana ilość podejmowania leczenia bez zgody pacjentów	Sz pe m si ta N ró ze de
Dostępność łóżek na terenie centrum	Dostępność alternatyw dla tradycyjnej hospitalizacji Można poradzić sobie z kryzysem przy otwartych drzwiach – bez konieczności zamknięcia na oddziale	Obniżenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne Bardziej akceptowana forma pomocy Obniżenie liczby przypadków leczenia bez zgody Odebranie pomocy w samą porę, krótszy czas trwania kryzysu Opieka stacjonarna połączona z innymi formami pomocy	Ry łó Ry in
Personel łączy zadania opieki Stacjonarnej i Środowiskowej	Rotacja pracowników przy obsłudze przyjęć w recepcji, na terenie centrum i w warunkach środowiskowych Opieka dzienna, w sytuacji kryzysu i stacjonarna prowadzone obok siebie	Elastyczność w dopasowywaniu programów i sposobów pracy Wspólne niesienie ciężaru i obniżenie ryzyka wypalenia zawodowego Budowa wspólnej wizji terapii	K ut pe Ry pe K ce za i t
Cały zespół zaangażowany w planowanie oddziaływań dla konkretnej osoby	Wspólne ustalanie który przypadek wymaga szczególnie szybkiego działania Kluczowi pracownicy są wyznaczeni w obrębie każdego zespołu Kompleksowe dzielenie się informacjami	Kultura pracy oparta na równowadze między współdziałaniem na odpowiedzialnością jednostki Praca zespołowa pozwala łatwiej znieść pracę z pacjentami z którymi trudno współdziałać	Z st dz pr Po tr ol

Zestawienie 20.3. Potencjalne zalety i wady systemu w Trieście w porównaniu do modelu działania odrębnych zespołów interwencji kryzysowej

W obrębie zalet wymienić można:

Jeden, stały punkt kontaktu. Korzystający z usług centrum kojarzą pracę centrum nie tylko z sytuacją kryzysu i ograniczeniami, ale też z codziennym życiem i ciągłością wsparcia

Natychmiastowa dostępność. Usługi świadczone są na zasadzie wolnego wstępu – „z ulicy” – nie wymaga się skierowania do odrębnego zespołu kryzysowego

Elastyczność i ciągłość opieki. Personel, który zna już osobę korzystającą z usług centrum z innych okoliczności, może utrzymać opiekę również w sytuacji kryzysu

Brak wyznaczonych granic między formami pomocy. Kompleksowy system zakłada brak wyraźnego rozgraniczenia między szpitalem i opieką środowiskową, wprowadzając rozwiązania pośrednie i wzmacniając poczucie ciągłości. Zamiast wyszczególnionych zadań klinicznych, beneficjent i jego historia życia jest w centrum zainteresowania i interwencji. Takie podejście umożliwia pracownikom rozwijanie całościowej wizji pomocy i szeroko pojętych potrzeb osoby zarówno w chwili kryzysu jak i w całym procesie zdrowienia.

Ograniczenie delegowania odpowiedzialności. Pokusa oddania odpowiedzialności za „trudne przypadki” poprzez odesłanie beneficjentów na leczenie szpitalne jest ograniczona zwłaszcza, gdy cały zespół utrzymuje odpowiedzialność za klienta przez okres intensywnej opieki w warunkach stacjonarnych.

Integracja oddziaływań w czasie kryzysu z interwencjami skierowanymi na wzmocnienie społeczne i rehabilitację. Możliwy jest natychmiastowy dostęp do usług wspierających proces rekonwalescencji i rozpoczęcie korzystania z ich oferty jeszcze w chwili trwania kryzysu. Do takich usług należy np. oferowanie miejsc pracy w spółdzielniach socjalnych

Stabilność finansowania. Zapotrzebowanie na personel jest mniejsze niż w przypadku organizacji wymagającej utrzymania działań kilku wyspecjalizowanych zespołów

Do wad należą:

Brak wyraźnego skupienia na jednej kwestii. Opieka w kryzysie może być bardziej ustrukturyzowana i skoncentrowana na problemie jeśli jest jedynym zadaniem specjalistycznego zespołu

Wysokie wymagania na barkach zespołu. Różnorodność zadań którym musi sprostać zespół stawia wysokie wymagania, które są jednakże łagodzone poprzez podejście akcentujące pracę zespołową, wsparcie dla zespołu, podkreślanie poczucia osobistego wpływu na pracę i współdzielenie odpowiedzialności.

Kluczowe kwestie:

- W Trieście, we Włoszech, opieka w sytuacji kryzysu psychicznego jest włączona, razem z innymi formami oddziaływań, do zintegrowanego i kompleksowego, całodobowego Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego, które stanowi podstawę lokalnego systemu opieki psychiatrycznej.
- Beneficjenci systemu mają dostęp do pełnej oferty interwencji zorientowanych na powrót do zdrowego funkcjonowania, a relacja terapeutyczna z tym samym zespołem profesjonalistów utrzymywana jest przez wszystkie fazy opieki.
- Omawiane podejście do kryzysu zdrowia psychicznego nie opiera się na modelu choroby, ale na życiu klientów, ich narracji i systemach znaczeń, które przypisują swojej aktualnej sytuacji.

- Środowiskowe Centra ZP dysponują od sześcioma – ośmioma łózkami, oferując możliwość skorzystania z noclegu w środowisku otwartym, dzięki czemu unika się barier, przymusu, separacji od otoczenia w którym osoba żyje i odcięcia od sieci relacji społecznych. Jest to przy tym miejsce, w którym podejmuje się w bezpiecznych warunkach pracę nawet z osobami przyjmowanymi bez własnej zgody.
- Model przyjęty w Trieście utrzymuje się już od trzech dekad, w tym czasie regularnie prowadzona jest weryfikacja jego jakości i skuteczności. Wyniki sugerują, że w wyniku jego funkcjonowania region Triestu ma najniższy wskaźnik korzystania z miejsc opieki stacjonarnej i przyjęć bez zgody pacjenta w całych Włoszech.

Literatura:

Basaglia, F. (1987). *Madness/delirium*. In *Psychiatry Inside-out. Selected Writings of Franco Basaglia*, ed. N. Scheper-Hughes and A. Lowell. New York: Columbia University Press, pp. 233–63.

Bennett, D. H. (1985). The changing pattern of mental health care in Trieste. *International Journal of Mental Health*, 14, 7–92.

Dell'Acqua, G. and Cogliati Dezza, M. G. (1985). The end of the mental hospital: a review of the psychiatric experience in Trieste. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 316, 45–69.

Dell'Acqua, G. and Mezzina, R. (1988a). Approaching mental distress. In *Psychiatry in Transition. The British and Italian Experiences*, ed. S. Ramon and M. G. Giannichedda. London: Pluto Press, pp. 60–71.

Dell'Acqua, G. and Mezzina, R. (1988b). Responding to crisis: strategies and intentionality in community psychiatric intervention. *Per La Salute Mentale/For Mental Health*, 1, 139–58.

Dell'Acqua, G., Belviso, D., Crusiz, C. and Costantinides, F. (2003). Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, XXII, 00–00.

Katschnig, H. and Cooper, J. E. (1991). Psychiatric emergency and crisis intervention services. In *Community Psychiatry. The Principles*, ed. D. H. Bennett and H. L. Freeman. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Mezzina, R. (2005). Paradigm shift in psychiatry: processes and outcomes. In *Mental Health at the Crossroads: The Promise of the Psychosocial Approach*, ed. S. Ramon and J. E. Williams. Aldershot, UK: Ashgate, pp. 81–93.

Mezzina, R. and Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 1–20.

Mezzina, R., Vidoni, D., Miceli, M. et al. (2005a). *Crisi Psichiatrica e Sistemi Sanitari. Una Ricerca Italiana*. Trieste: Asterios.

Mezzina, R., Vidoni, D., Miceli, M. et al. (2005b). Are 24 hours community crisis interventions evidence based? Indications from a multicentric longitudinal study. *Psichiatria di Comunità*, 4, 200–16.