

Miejsce otwartego dialogu w praktyce klinicznej: ograniczenia, kierunki rozwoju, perspektywy

mgr Aleksandra Lisińska-Jarża, lek. Bożena Piróg

XII Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Jak cytować: Lisińska-Jarża A., Piróg B.: Miejsce otwartego dialogu w praktyce klinicznej: ograniczenia, kierunki rozwoju, perspektywy. Med. Prakt. Psychiatria, 2016; 3: 61–69

Skróty: NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia, ODA – podejście oparte na otwartym dialogu

„Dla człowieka nie ma nic bardziej przerażającego niż brak odpowiedzi”

M. Bakhtin¹

Wprowadzenie

Podejście oparte na otwartym dialogu (*open dialogue approach* – ODA) stworzyli w latach 80. XX wieku prof. Jaakko Seikkula (psychoterapeuta) i Brigitta Alakare (psychiatra) oraz członkowie ich zespołu w szpitalu Keropudas w Finlandii, gdzie rozwija się ono do dziś, stopniowo zdobywając coraz większe zainteresowanie również w innych regionach Skandynawii i Europy Zachodniej. To kompleksowe podejście, obejmujące aspekty zarówno organizacyjne, jak i swoistą filozofię bycia w relacji, spełnia założenia terapii dostosowanej do potrzeb klienta i jego sieci społecznej, która wykazuje większą skuteczność w porównaniu z innymi formami oddziaływań (co wykazano w toku wieloletnich badań naukowych).²⁻⁴ W Polsce jako pierwsze pracę z zastosowaniem ODA rozpoczęły w latach 2013–2014 dwie grupy specjalistów – absolwenci pionierskich kursów „Otwarty Dialog i rozwój sieci społecznej w sytuacji kryzysu psychicznego” we Wrocławiu i Warszawie. Autorki niniejszego artykułu dokonały przeglądu dotychczasowych efektów działań jednego z nich personelu XII Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu. Przyjrzały się także sposobowi, w jaki ODA może być implementowane w warunkach oddziału stacjonarnego. Materiał ten może też stanowić zaproszenie do refleksji nad wyzwaniami, jakie stawia przed instytucją funkcjonującą w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) model oddziaływania odpowiadający na szerokie, wieloaspektowe potrzeby klienta – nie tylko te związane z farmako- i psychoterapią, ale również z powrotem do aktywności w życiu społecznym. Jest to temat tym bardziej aktualny, że ową wieloaspektowość i konieczność wszechstronnej opieki znaleźć można w priorytetowych celach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Otwarty dialog na XII Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

XII Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego jest jedynym oddziałem stacjonarnym we Wrocławiu oferującym pomoc dzieciom i młodzieży. Dysponuje 27 miejscami całodobowej opieki dla pacjentów w wieku 5–18 lat oraz 10 miejscami na oddziale psychiatrycznym

dziennym. Przy oddziale funkcjonuje poradnia zdrowia psychicznego. Oddział ma charakter diagnostyczno-terapeutyczny, w zależności od potrzeb pacjenta okres trwania pobytu waha się od dwóch (okres obserwacji) do 12 tygodni. Wśród pacjentów znakomitą większość stanowi młodzież w wieku 13–17 lat. Spektrum problemów, z jakimi pacjenci zgłaszają się na hospitalizację, jest szerokie – od diagnostyki w kierunku całościowych zaburzeń rozwoju, poprzez zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia nastroju, lękowe, zaburzenia odżywiania się, zaburzenia psychotyczne, aż po zaburzenia adaptacyjne czy trudności związane z ostrym kryzysem w życiu lub przebytą traumą. Na oddziale zatrudnionych jest trzech lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz czterech rezydentów w trakcie specjalizacji, pięciu psychologów, dwóch wolontariuszy – studentów psychologii, fizjoterapeuta oraz liczne grono personelu pielęgniarskiego. Spośród całego personelu 18 osób ukończyło w 2014 roku roczny kurs „Otwarty Dialog i rozwój sieci społecznej w sytuacji kryzysu psychicznego”. Pierwsze kroki w pracy z rodzinami pacjentów z zastosowaniem ODA miały miejsce w czerwcu 2014 roku. Od grudnia 2014 roku dzięki współpracy z Fundacją Polski Instytut Otwartego Dialogu oraz otrzymanym darowiznom podjęte działania na tym polu udało się zintensyfikować, choć wciąż – ze względu na brak wystarczającej liczby personelu – nie jest możliwe prowadzenie w tym nurcie wszystkich pacjentów.

Specyfiką oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży jest ukierunkowanie pracy personelu na oddziaływanie obejmujące środowisko rodzinne pacjentów. Standardową procedurą działań terapeutycznych jest organizacja konsultacji rodzinnej na krótko po przyjęciu na oddział, a w razie potrzeby – regularna praca z rodziną w czasie całego okresu hospitalizacji pacjenta. Pomimo prób wszechstronnych oddziaływań terapeutycznych – objęcia pacjenta opieką podczas zajęć grupowych, indywidualnych i prowadzenia terapii rodzinnej – pracownikom oddziału nieobce były pytania i wątpliwości dotyczące licznych kwestii. Czy oddział stacjonarny w przypadku dzieci i młodzieży pełni funkcję pomagającą przejść przez kryzys zdrowia psychicznego, czy jest instytucją, w której pobyt utrwała przekonanie o chorobie i problemach jed-

nego z członków systemu? Czy pomaga zdefiniować problem jako zachwianie homeostazy w systemie, czy też zrzuca odpowiedzialność za sytuację na personel oddziału i nadaje pacjentowi etykietę „chorego członka rodziny”? Czy kryzys rozwoju psychicznego dziecka powinien być leczony w warunkach szpitalnych, czy też należałoby główne oddziaływanie skierować na zmianę w otoczeniu dziecka czy adolescenta? Jakie są możliwości wsparcia otoczenia dziecka zza murów szpitala? W jaki sposób dotrzeć z pomocą i oddziaływaniami poza oddział – jak kontaktować się z innymi instytucjami (ośrodki szkolno-opiekuńcze, szkoła, sąd, kurator, asystent rodziny, wychowawcy, lekarze pierwszego kontaktu) dającymi rodzinie wsparcie? Świadomość personelu co do roli i znaczenia środowiska rodzinnego i społecznego w procesie rozwoju dziecka i adolescenta stworzyła podatny grunt dla wprowadzenia ODA do oferty szpitala. Wraz trwaniem kursu ODA i podejmowaniem pierwszych prób pracy z rodzinami wątpliwości i pytania krystalizowały się w wyraźne, jasno określone dylematy, które domagały się refleksji i – jeśli pozwalały na to warunki – konkretnych oddziaływań.

Trudności, dylematy i szukanie odpowiedzi

Stygmatyzacja – pobyt na oddziale

Rozpoznanie zaburzenia psychicznego u dziecka lub adolescenta jest często związane z wieloma dylematami. Obok trudności diagnostycznych spowodowanych dynamicznym procesem rozwoju i często niepełnoobjawową manifestacją objawów, powstają również pytania o funkcję i znaczenie, jakie rozpoznanie zaburzenia będzie miało w kolejnych latach życia młodego pacjenta. Obawy przed stygmatyzacją społeczną towarzyszą zarówno dzieciom przebywającym na oddziale, jak i ich rodzinom. Często diagnoza jest też przez system rodzinny uznawana za jednoznaczne umiejscowienie problemu w dziecku, co nie sprzyja poprawie sytuacji, utrwała patologiczne mechanizmy i nie jest dobrym punktem wyjścia dla procesu zdrowienia.

W ODA kładzie się mniejszy nacisk na precyzyjne ustalenie rozpoznania. Próbuje się natomiast

pomóc w zrozumieniu, jakie znaczenie dla osoby mają objawy, jaka historia za nimi stoi i które osoby z najbliższego otoczenia pacjenta są w nią zaangażowane.⁵ Umieszczenie pojawiających się objawów w takim kontekście kieruje większą uwagę pacjenta i jego rodziny na wydarzenia, które wywołały objawy. Dzięki zaangażowaniu większej liczby osób w rozpoznawanie i rekonstruowanie tej historii dziecko nie jest w niej samo, a odpowiedzialność za jej dalszy ciąg rozkłada się na wszystkich członków sieci społecznej.

Trudności we współpracy z przedstawicielami innych instytucji świadczących opiekę nad pacjentem i jego rodziną

W okresie dzieciństwa i adolescencji szczególnie duża liczba instytucji państwowych bierze udział w procesie edukacji, wychowania i dbania o warunki rozwoju. W przypadku pacjentów oddziału jest to szczególnie wyraźne. Lekarze, wychowawcy ośrodków szkolno-wychowawczych, kuratorzy i asystenci rodzinni, nauczyciele i pedagodzy uczestniczyli w życiu pacjentów na długo przed tym, jak trafili na oddział. Nie ulega wątpliwości, że wielu z nich dysponuje informacjami, które mogą być niezwykle istotne w procesie diagnozy i terapii. Wydaje się również oczywiste, że konflikty na linii rodzice–przedstawiciele instytucji państwowych nie należą do rzadkości i często odbijają się niekorzystnie na sytuacji dziecka, uniemożliwiając właściwą pomoc. Badanie pola tych konfliktów, nieporozumień czy zagubionych w archiwach informacji nie było dotychczas przedmiotem działań oddziału. Bardziej wnikliwa analiza tych relacji wydaje się zadaniem trudnym – zwłaszcza w obliczu braku przepływu informacji o podopiecznych między placówkami oraz braku możliwości wysłuchania obu stron. Biorąc pod uwagę, że dziecko wychowuje się, kształtuje swoje zachowania i osobowość, choruje i zdrowieje w głównej mierze poza oddziałem – sytuacja takiego braku kontaktu i informacji wydaje się błędem, który w wielu przypadkach skazuje wysiłki lekarzy i psychologów na niepowodzenie lub bardzo krótkotrwałe efekty, załamujące się pod ciężarem sytuacji poza szpitalem.

Nadanie sieci społecznej pacjenta kluczowej roli dla jego funkcjonowania i zdrowienia jest jednym z głównych założeń ODA. Wpisuje się to w założenia nowoczesnego, europejskiego podejścia do psychiatrii mówiącej o potrzebie deinstytucjonalizacji i powrotu do środowiska, w którym żyje pacjent.^{6,7} Zaletą takiego podejścia jest nie tylko wsparcie osoby doświadczającej kryzysu psychicznego w powrocie do dawnych aktywności, ale też stworzenie mu takiej przestrzeni, w której może poczuć się na tyle bezpiecznie, by bez obaw sięgać po oferowaną pomoc. Ze względu na deficyty w personelu nie każdy pacjent może liczyć na regularne spotkania sieci społecznej w nurcie ODA. Stałą praktyką stały się jednak konsultacje z uwzględnieniem sieci społecznej dla dzieci i młodzieży będących wychowankami domów dziecka, młodzieżowych ośrodków wychowawczych lub socjoterapeutycznych, pacjentów pozostających pod opieką kuratorów. Zapraszani są na nie – obok najbliższej rodziny – przedstawiciele tych instytucji, którzy wspólnie próbują wskazać trudności, jakie przyczyniły się do kryzysu, potrzeby, które domagają się zaspokojenia, a także odpowiedni rodzaj wsparcia. Moderatorzy takich spotkań czuwają nad tym, by przebiegały one bez oceniania, oskarżania i interpretowania tak, by zadbać o głosy i historie, które zazwyczaj nie potrafią ujawnić się w sytuacji pośpiechu, zdenerwowania, poczucia bycia ocenianym i – czasami – podważania kompetencji rodzicielskich.

Lęk u członków rodziny i brak informacji – kwestie współpracy w procesie terapeutycznym

Sytuacja przyjęcia dziecka na oddział stacjonarny jest dla całej rodziny sytuacją kryzysową – często stanowi punkt kulminacyjny trudności piętrzących się całymi tygodniami, miesiącami lub latami. Pierwsze chwile po przyjęciu są zazwyczaj pełne napięcia, strachu, kumulacji złych skojarzeń z oddziałem psychiatrycznym i powodem ogromnego stresu. Splot takich doświadczeń sprawia, że rozpoczęcie hospitalizacji często odbierane jest przez rodzinę w sposób opresyjny, oceniający. Ze względu na konieczność wypełnienia formalności, zebrania wywiadu, podpisania regulaminów i zgód, łatwo o poczucie przedmiotowego traktowa-

nia i braku miejsca na zadanie pytań i rozwiązania wątpliwości.

Założenia ODA służą przede wszystkim dbaniu o poczucie bezpieczeństwa pacjenta i rodziny, którzy od pierwszego kontaktu z zespołem terapeutycznym są równorzędnymi partnerami w rozmowie, a ich zdanie i wola nie są podważane. Pierwszy kontakt z lekarzem i systemem opieki psychiatrycznej w nurcie ODA odbywa się w formie spotkania sieci społecznej – obok pacjenta i jego rodziny zasiadają osoby zaangażowane w problem oraz zespół terapeutyczny, który wspólnie z zebrałymi, w obecności pacjenta, ustala dalsze kroki dotyczące ewentualnej konieczności hospitalizacji, warunków leczenia i terapii, częstotliwości kontaktu i potrzeb rodziny. Rezygnacja z pozycji eksperta wpisana w założenia podejścia zwalnia z konieczności podejmowania arbitralnych decyzji – często bez udziału, niekiedy – bez zgody i przyzwolenia sieci społecznej. W miejsce dyrektywnych postanowień i zaleceń powstaje przestrzeń do rozmowy o potrzebach, nadziejach i obawach, przeżytych kryzysach i trudnych wydarzeniach. Zadaniem profesjonalisty na takim spotkaniu jest udzielenie jak najpełniejszych i najbardziej zgodnych z aktualnym stanem wiedzy informacji o chorobie i możliwościach leczenia oraz zadbanie o bezpieczeństwo pacjenta. Obecny na spotkaniu moderator pomaga w nawiązaniu kontaktu między lekarzem a rodziną i w wypracowaniu komunikacji opartej na szacunku i wsparciu. Z całą stanowczością należy tu dodać, że w przypadku jakiegokolwiek zagrożenia zdrowia lub życia – zasada braku dyrektywności nie obowiązuje, a najważniejszym celem profesjonalisty jest doprowadzenie do sytuacji, w której zagrożenie zostaje zażegnane.

Czas trwania hospitalizacji – limity narzucone przez NFZ a potrzeby. Szukanie rozwiązań

Funkcjonowanie oddziału psychiatrycznego związane jest z respektowaniem określonych przez NFZ norm dotyczących długości hospitalizacji. Często limity te są niewystarczające, by doprowadzić proces leczenia do końca. Personel staje więc przed dylematem – czy ryzykować wypisanie przed powrotem pacjenta do pełni sił, czy też na-

rać szpital na koszty i zadłużenie. Kwestia ta jest niezwykle istotna dla jakości leczenia hospitalizowanych pacjentów. Ograniczone możliwości kontynuowania terapii na oddziale dziennym czy w poradni po okresie ostrego kryzysu stawiają personel w sytuacji konieczności ograniczenia intensywności pracy terapeutycznej lub przekierowania pacjenta do innej placówki bez gwarancji, że znajdzie się dla niego miejsce w okresie, kiedy tego najbardziej potrzebuje.

Z założenia ODA jest praktyką dostosowaną do potrzeb pacjenta, w myśl której zespół terapeutyczny elastycznie podąża za nim w całym procesie zdrowienia. Gotowość pacjenta i systemu rodzinnego do opuszczenia oddziału stacjonarnego określa długość hospitalizacji. Często życzeniem pacjenta jest jak najszybsze opuszczenie oddziału, co spotyka się z uznaniem i wsparciem – warunkiem tego jest jednak sytuacja, w której zespół potrafi zagwarantować stałą, intensywną opiekę tuż po przejściu kryzysu. Możliwości takie daje praca zespołu mobilnego prowadzącego spotkania w miejscu zamieszkania, która jednak nie jest jeszcze praktyką finansowaną ze środków NFZ. Obecnie dzięki darowiznom i grantom członkowie personelu szpitala, przy współpracy z Fundacją Polski Instytut Otwartego Dialogu oraz Fundacją Opieka i Troska, są w trakcie realizacji programu pilotażowego wdrażającego takie rozwiązanie.

Brak ciągłości terapeutycznej

Zespół terapeutyczny często konfrontuje się z bezradnością pacjentów i ich rodzin, którzy po wypisaniu z oddziału psychiatrycznego pozostają sami, bez instytucjonalnego wsparcia, wobec olbrzymiego stresu, jakim jest powrót do środowiska sprzed hospitalizacji. Długotrwały pobyt na oddziale psychiatrycznym nierzadko łączy się z odczuciami izolacji, strachu przed przyszłością i stygmatyzacją. Po okresie hospitalizacji i intensywnych oddziaływaniach farmako- i psychoterapeutycznych pacjent zmaga się ze społecznym wykluczeniem, napiętnowaniem, brakiem odpowiednich oddziaływań ze strony opieki zdrowotnej i poczuciem osamotnienia. W wielu przypadkach wyłączenie z dotychczasowego życia na skutek pobytu na oddziale zamkniętym jest początkiem niepowodzeń w zdo-

bywaniu wykształcenia, budowaniu relacji społecznych i wykorzystywaniu naturalnego potencjału rozwojowego człowieka. Emocjonalne przeciążenie i ciągły stres pogłębiają izolację systemu rodzinnego, są prognostykiem trudności funkcjonowania poszczególnych jego członków oraz katalizatorem kryzysów w relacjach. Te z kolei przekładają się na wzmocnienie ryzyka wystąpienia kolejnych kryzysów psychicznych.

Z chwilą rozpoczęcia pracy z wykorzystaniem ODA na opisywanym oddziale, tj. w grudniu 2014 roku, propozycję regularnych spotkań terapeutycznych po wypisaniu z tegoż oddziału otrzymało 28 rodzin, a skorzystało z niej 26. Spotkania odbywają się raz na 1–2 tygodnie. Zazwyczaj nie zdarza się (miało to miejsce jedynie w 2 przypadkach), że rodziny, które dostają propozycję kontynuacji spotkań po okresie hospitalizacji, odrzucają oferowaną pomoc. Oznacza to, że współczynnik rodzin „wypadających” z terapii (tzw. *drop-out*) jest niezwykle mały. Sytuacja taka znacznie różni się od doświadczenia z lat ubiegłych, kiedy to rodziny z zaleceniem kontynuacji terapii nie podejmowały jej w nowym, wskazanym miejscu. Dzięki zapewnieniu ciągłości opieki wzrasta poczucie bezpieczeństwa rodziny, pacjenci mają poczucie zrozumienia ich problemów na każdym etapie zdrowienia oraz zapoznania personelu z indywidualną historią kryzysu. Ułatwia to utrzymanie się pacjenta w procesie terapeutycznym. W każdym przypadku zachowana została ciągłość oddziaływań – z rodziną spotykają się te same osoby, które pracowały z nią podczas pobytu na oddziale stacjonarnym. Dzięki utrzymaniu kontaktu z personelem oddziału łatwiejsze staje się również zaproszenie – w razie potrzeby – na spotkanie lekarza prowadzącego, co daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa w trudniejszych chwilach, które się czasami zdarzają, zwłaszcza po okresie dłuższej hospitalizacji.

■ Odpowiedzialność – po czyjej stronie?

Wypis z oddziału zawsze wiąże się z pytaniami: na ile podjęte oddziaływania są wystarczające, na ile stan pacjenta pozwoli mu powrócić do przerwanych aktywności i ról społecznych i czy praca terapeutyczna będzie poza oddziałem kontynu-

owana zgodnie z zaleceniami. Często doświadczeniem w pracy z dziećmi i młodzieżą są powroty pacjentów po kilku miesiącach od zakończenia hospitalizacji z informacją, że kontynuacja terapii rodzinnej i indywidualnej nie została podjęta. Przyczyny takiego stanu rzeczy są różne – obok braku motywacji czy też obawy przed oceną, często w wywiadach pojawia się zaniechanie szukania miejsc świadczących usługi terapeutyczne po kilkukrotnym usłyszeniu informacji o braku miejsc, kolejkach czy konieczności ponoszenia wysokich kosztów finansowych.

Zadbanie o dostępność i jakość pomocy na każdym etapie chorowania i zdrowienia jest podstawą pracy z pacjentem w ODA. Odpowiedzialność, na którą kładzie się szczególnie nacisk w myśl założeń opisywanego nurtu leczenia, zakłada, że osoba kontaktująca się z rodziną dba o zorganizowanie spotkań i o to, by prośba o pomoc nie została bez odpowiedzi.⁸ W ODA, podejściu dostosowanym do potrzeb pacjenta i jego sieci społecznej, uwzględnia się gotowość udzielenia w okresach zaostrzeń stanu oraz remisji pomocy w formie wsparcia systemu. Możliwość powrotu do kontaktu z zespołem terapeutów zapobiega przerywaniu leczenia, a dostępność i świadczenie pomocy w chwilach, w których pacjent potrzebuje wsparcia, jest często odbierana jako wyraz szacunku dla jego gotowości do rozpoczęcia pracy terapeutycznej. Wzmacnia to jego poczucie wpływu na leczenie i odpowiedzialność za przebieg terapii. Stałą praktyką zespołu terapeutycznego prowadzącego spotkania z rodzinami na XII Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży jest przekazanie informacji o gotowości do wznowienia kontaktu w chwili, gdy zajdzie taka potrzeba, nawet na długo po wypisaniu z oddziału. Rodziny objęte tą formą opieki wraz z wypisem otrzymują numery kontaktowe do osób moderujących spotkania sieci i są informowane o możliwości kontaktu.

■ Współpraca w zespole – wymiana informacji i samopoczucie

Struktura szpitala zakłada z góry określoną hierarchię wśród pracowników, co zasadniczo wpływa na atmosferę w pracy, poczucie bezpieczeństwa i swobody w wyrażaniu opinii. Praca zespołowa

jest w takich warunkach wyzwaniem tyleż trudnym, co niezbędnym – zwłaszcza na oddziale terapeutycznym, gdzie niezwykle istotna jest uważna obserwacja pacjentów, wnikliwe rozumienie ich zachowań i trudności oraz wzajemne wsparcie ze strony członków zespołu. Wykorzystanie chęci współpracy i otwartego porozumienia, zwłaszcza między lekarzami a personelem pielęgniarskim, wymaga dużej uważności na wzajemne potrzeby, niepokoje i wątpliwości.

Jednym z kluczowych założeń ODA jest zasada polifonii – uważnego słuchania wszystkich głosów, łączenia wielu perspektyw z założeniem, że wszystkie opinie są jednakowo ważne.⁹ Nie ma w tym podejściu miejsca na pozycję eksperta, perspektywa każdego z obecnych na spotkaniu jest tak samo cenna. Wdrażanie takiego myślenia do codziennych relacji w zespole terapeutycznym obejmującym przedstawicieli różnych profesji (lekarze, psychologowie, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, fizjoterapeuci) jest procesem długotrwałym i stanowi największe wyzwanie. Dużo łatwiejszym zadaniem wydawałoby się zaadaptowanie konkretnych technik i narzędzi, struktury pracy, niż modyfikacja postawy w sposobie bycia z drugim człowiekiem. Zmiana sposobu myślenia wymaga czasu i wyrozumiałości, lecz nie jest niemożliwa. Doświadczenia zespołu XII Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży zachęcają do podjęcia takiego wysiłku – z biegiem czasu, wraz z trwaniem kursu i pracy z kolejnymi rodzinami, budowała się atmosfera wzajemnego szacunku i uważnego słuchania. Omawianie i dzielenie się własnymi wątpliwościami i potrzebami stało się elementem codziennych rozmów, co wpłynęło zarówno na komfort pracy w zespole, jak i przyniosło wymierne korzyści dla pacjentów.

Pierwsze efekty

Pracownicy zespołu mobilnego działającego przy Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu, przy współpracy z personelem XII Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży, do grudnia 2015 roku podjął pracę z ponad 70 rodzinami. Ze względu na ograniczony budżet 25 z nich korzysta lub korzystało z możliwości kontynuowania spotkań po wypisie pacjenta z oddziału.

W przypadku rodzin objętych programem dwukrotnie konieczne było powtórne przyjęcie na oddział stacjonarny. Istnieje jednak istotna różnica w stosunku do rodzin niebiorących udziału w projekcie. Mianowicie – podczas gdy długość powtórnej hospitalizacji pacjentów nieobjętych programem nie różnił się istotnie statystycznie od pierwszej, w obu przypadkach pacjentów objętych programem drugi pobyt na oddziale skrócił się o połowę. Dzięki utrzymaniu ciągłości psychologicznej – stałego kontaktu z rodziną poza oddziałem – możliwe jest odtworzenie, jaki czynnik przyczynił się do zaostrzenia stanu i natychmiastowa interwencja znacznie skracająca okres drugiej hospitalizacji. Znaczące wydaje się również to, że członkowie rodzin chcą korzystać z usług tego samego szpitala, co daje świadectwo ich zadowolenia z opieki i ustalenia dobrych, opartych na zaufaniu relacji.

Członkowie trzech rodzin zaproponowali, by spotkania odbywały się w miejscu ich zamieszkania, co jest też istotną zmianą w stosunku do dotychczasowych ram udzielanej pomocy. Spotkania w domach pacjentów nie tylko zmniejszają niepokój, skłaniając do większej otwartości i zapewniając poczucie bezpieczeństwa, ale też sprzyjają ustaleniu partnerskiej relacji, likwidacji barier ekspert–pacjent. Ułatwiają też zaproszenie innych osób zaangażowanych w problem, wzbogacając rozmowę o istotne informacje.

Aktualne ograniczenia, kierunki rozwoju, możliwe drogi budowania przyszłości

Dotychczasowy brak finansowania praktyk ODA przez NFZ, który gwarantowałby płynność pracy, skutkuje koniecznością mierzenia się z ograniczeniami i trudnymi wyborami. Tylko część pacjentów może liczyć na terapię z wykorzystaniem ODA. Zazwyczaj pierwszy kontakt młodego pacjenta i jego opiekunów z oddziałem przebiega w standardowej wciąż formie wywiadu. Brakuje też funduszy na kontynuację pracy po zakończeniu hospitalizacji. Kadra oddziału staje więc przed koniecznością wybierania pacjentów, którzy mogą liczyć na większą liczbę spotkań sieci społecznej po wypisie.

Brakuje też osób przeszkolonych w ODA. Zwiększenie ich liczby dawałoby większe możliwości elastycznego odpowiadania na potrzeby zorganizowania sesji mobilnego zespołu. Potrzeba ta wiąże się z koniecznością szukania środków na choć częściowe pokrycie kosztów szkolenia, na które nie każda osoba pracująca w publicznej placówce służby zdrowia może sobie pozwolić.

Kwestią dotychczas zaniedbywaną w funkcjonowaniu systemu opieki psychiatrycznej jest też płynność w przekazywaniu informacji o pacjencie i udzielanym wsparciu z różnych ośrodków/placówek/instytucji. Niezbędna wydaje się reorganizacja systemu lub powołanie instytucji spajającej i koordynującej pracę różnych placówek świadczących usługi wychowawcze, edukacyjne, medyczne i terapeutyczne. Płynny przepływ informacji umożliwiłby przyjrzenie się zgłaszanemu problemowi i rozwojowi kryzysu z wielu perspektyw i w dłuższym okresie, co mogłoby przynieść wymierne efekty w znajdowaniu optymalnych rozwiązań.

Model opieki wykorzystujący ODA współgra z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,¹⁰ a jego realizację w polskich warunkach łatwo wyobrazić sobie również w niedalekiej przyszłości. Funkcjonowanie niewielkich stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych, z których korzystałby wyłącznie pacjenci niezbędnie wymagający tej formy oddziaływań, rozpowszechnienie opieki ambulatoryjnej i działalność środowiskowych, terapeutycznych zespołów mobilnych prowadzących sesje w domach osób doświadczających kryzysu mogłyby tworzyć bezpieczne – zarówno dla pacjentów, ich rodzin, jak i personelu – ramy usług psychiatrycznych. Wypełnienie tych ram pozostaje kwestią adaptacji kolejnych zasad ODA. Personel przeszkolony w duchu „mobilności i elastyczności” pracowałby nie tylko w szpitalach, ale też w środowisku społecznym pacjenta. Zasada „natychmiastowej interwencji” pozwalałaby szybko odpowiadać na zgłoszenie o potrzebie pomocy, bez konieczności czekania na wolne miejsce w szpitalu. W myśl przyjęcia „perspektywy sieci społecznej” wpisuje się zarówno objęcie opieką najbliższego otoczenia pacjenta, jak również zaangażowanie w prowadzenie powszechnej edukacji społecznej, by jak

najwcześniej dostrzegać objawy i przełamywać wstydliwe stereotypy, sięgając po dostępne formy wsparcia. Pozostałe podstawy ODA – „tolerancja dla niepewności, dialogowość i polifonia” – są kwestią otwarcia się personelu na nowe możliwości współpracy wewnątrz zespołu i współdziałania z pacjentem i jego siecią społeczną.

Wnioski

W miarę zdobywania kolejnych doświadczeń, mierzenia się z ograniczeniami i otwierającymi się możliwościami związanymi z pracą z wykorzystaniem ODA w warunkach szpitalnych pojawiają się kolejne pytania i kwestie wymagające rozstrzygnięć. Śledząc początki działalności innych zespołów stosujących ODA, można sądzić, że podzielają one zmagania na polu ograniczeń we wprowadzaniu nowego modelu do warunków polskich.^{11,12} Trudności związane ze strukturą organizacyjną, niskim budżetem i wciąż stosunkowo nieliczną kadrą przeszkoloną w zakresie ODA są w codziennym funkcjonowaniu oddziału uciążliwe i skłaniają do pytań o gotowość ze strony decydentów do zrozumienia i odpowiedzi na potrzeby personelu podejmującego wyzwanie wdrażania innowacyjnych metod pracy. Mimo ograniczeń obserwowane efekty oddziaływań (utrzymywanie się w terapii rodzin szczególnie potrzebujących opieki i zarazem wyjątkowo trudnych do utrzymania w ramach pracy terapeutycznej) przekonują do podejmowania wszelkich starań, by rozpoczęte działania kontynuować. Gotowość do stawiania kolejnych pytań i mierzenia się z brakiem natychmiastowych, pewnych i niepodważalnych odpowiedzi jest zasobem, którego w kontakcie z osobami doświadczającymi kryzysu nie sposób przecenić. Polska psychiatria musi jednak skonfrontować się z faktem, że szukanie odpowiedzi i reagowanie na pytania stawiane przez pacjentów jest podstawą dobrego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Świadome znaczenia słów Bakhtina, będących mottem niniejszego artykułu, coraz liczniejsze grono profesjonalistów szuka tych odpowiedzi w nadziei na reakcję decydentów na postawione pytania.

PIŚMIENNICTWO

1. Bakhtin M.: *Problems of Dostojewskij's poetics: theory and history of literature*. Vol. 8. Manchester, Manchester University Press, 1984
2. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J., Haarakangas K., Keränen J., Lehtinen K.: 5 years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Res.*, 2006; 16: 214–228
3. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J.: The comprehensive open-dialogue approach (II). Long term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. The Western Lapland project. *Psychosis*, 2011; 3: 1–13; DOI:10.1080/17522439.2011.595819
4. Aaltonen J., Seikkula J., Lehtinen K.: Comprehensive open-dialogue approach I: developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland project. *Psychosis*, 2011; 3: 179–191
5. Seikkula J., Trimble D.: Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Proc.*, 2005; 44: 461–475
6. Caladas J., Killaspy H.: Long-term mental health care for people with severe mental disorders. European Union: IMPACT Consortium, 2011
7. European Commission: Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. Brussels, European Commission, 2009
8. Seikkula J., Arnkil T.: *Open Dialogues and anticipations – respecting otherness in the present moment*. Tampere, Jouvenes Print – Finnish University Print Ltd., 2014
9. Seikkula J., Olson M.E.: The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Proc.*, 2003; 42: 403–418
10. Narodowy program Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Rozporządzenie Rady ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku. Warszawa
11. Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J.: Otwarty dialog – przydatność w kryzysie psychiatrycznym. *Med. Prakt. Psychiatria*, 2015; 2: 84–91
12. Schuetze, H.W.: Open dialogue- possibilities and limitations while contributing to a healthy society. *Adv. Psychiatry Neurology*, 2015; 242: 86–90