

MiranMOŽINA

Duševno zdravje Slovencev je podhranjeno

Mental Health of Slovene People is Undernourished

Slovinci dobili Nacionalni program duševnega zdravja

V času, ko se veselimo uspehov slovenskih košarkarjev in nogometašev, se je zgodil precej manj opažen dogodek, vendar po mojem mnenju enako, če ne celo bolj pomemben – Slovenci dobivamo prvi Nacionalni program duševnega zdravja. Potem ko smo lani po dolgih letih oklevanja dobili Zakon o duševnem zdravju, je bilo oblikovanje nacionalnega programa nujen, z zakonom predpisan naslednji korak. S tem se pridružujemo številnim evropskim državam, ki so nas v tem prehiteli. Kdor ob tem ne skače, ni Slovenec!

Bravo tudi Delovni skupini za pripravo Nacionalnega programa pod okriljem Ministrstva za zdravje, ki je od januarja 2009 do poletja postopno razvila dovolj strpnosti v medsebojnem dialogu in našla konsenz za ta pomemben dokument. Glede na pestro sestavo delovne skupine to nikakor ni bilo samoumevno in je zahtevalo precejšen napor. Sestavljena je bila namreč medresorsko (s predstavniki treh ministrstev – za zdravje, za delo, družino in socialne zadeve in za šolstvo), kar večkrat pogrešamo, po drugi strani pa so se v njej srečali tudi predstavniki javnih ustanov in nevladnih organizacij. Posebej me veseli, da se v programu kaže pomemben prispevek nevladnih organizacij, ki so na področju duševnega zdravja v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih vnesle svež veter in nujno potrebne novosti. Končni produkt delovne skupine kaže, da je vsak član skupine dobil svoje mesto in hkrati sprejel sobivanje z drugimi. Za konfliktov, trenj in senzacij željne novinarje torej dokaj nezanimivo, a za našo skupnost zato toliko bolj koristno.

Za naslov svojega prispevka sem dobil preblisk ob zame hudomušnem stavku na 26. strani programa (glej http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2009/NPDZ_javna_razprava_070909.doc), ki pravi, da je »slovenska psihiatrija, vključno z bolnišničnimi in zunajbolnišničnimi programi, podhranjena«. Ko je ta stavek nekaj časa odmeval v meni, me je preblisnilo, da ni podhranjena le slovenska psihiatrija, ampak da so na področju duševnega zdravja še bolj od psihiatrije podhranjene nevladne organizacije, tako da se že od njihovega nastanka v devetdesetih čudim, kako sploh lahko preživijo in ob tem še rasejo. Podatki o duševnem zdravju slovenskih državljanov, ki so navedeni v programu, pa znova potrjujejo, da ima podhranjenost še širše dimenzije, saj je podhranjeno celotno slovensko duševno zdravje. Zato dobivamo nacionalni program pet minut čez dvanajsto.

Ogledalce, ogledalce povej, kako je z duševnim zdravjem v deželi tej!

Kaj nam pove ogledalo, ki nam ga delovna skupina nastavlja v zvezi z duševnim zdravjem slovenskih državljanov? In kaj navaja spremno besedilo programa kot ključna področja, kjer moramo zavihati rokave v preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih programih? Naj omenim štiri področja, ki so v programu prikazana na osnovi skrb vzbujajočih podatkov iz raziskav:

- utapljam se v alkoholu, kjer je še posebej zaskrbljujoče, da izstopa nad evropskim povprečjem zloraba alkohola pri mladih. Raziskava za leto 2007 kaže, da je alkoholne pijače že pilo približno 94 odstotkov 15- do 16-letnikov, od tega jih je 31 odstotkov pilo redno. Številne raziskave tudi razkrivajo, da se mladostniki s prvo izkušnjo pitja alkohola prvokrat pogosto srečajo v domačem okolju, kar v Sloveniji glede na razširjeno (domače) izdelovanje alkoholnih pijač in vpetost alkohola v kulturo seveda ni nenavadno. Med mladostniki naraščajo tudi zelo tvegane oblike pitja, npr. opijanje. Porazni podatki o alkoholu in mladih pa se povezujejo tudi z negativnimi izsledki raziskav o slovenskih otrocih in mladostnikih, saj se pri mnogih kažejo slaba skrb za lastno zdravje in nizka stopnja zadovoljstva z lastnim življenjem ter trpinčenje in doživljanje različnih bolezenskih znakov. Mladi pa so seveda samo zrcalo družbe, ki se ne more izviti iz primeža alkohola. Po izsledkih raziskav naj bi bilo med 60 in 70 odstotkov slovenskega prebivalstva zmernih pivcev, med 13 in 20 odstotkov pa naj bi jih presegalo meje manj tveganega pitja. Med letoma 1981 in 2005 smo Slovenci vsako leto presegli kritično količino 10 litrov popitega čistega alkohola na prebivalca, kar pomeni veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blaginjo ljudi. V standardizirani stopnji umrljivosti smo zaradi izbranih vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, presegli povprečje evropskih držav, ki imajo podobno stopnjo umrljivosti in rodnosti kot mi;

- vse bolj se približuje cunami starejših od 65 let in s tem seveda delež tistih z organskimi in duševnimi motnjami vključno z najtežjimi, npr. tistimi z demenco, za katere ne morejo poskrbeti družine same. Že zdaj je le majhen delež starejših z demenco vključen v institucionalno varstvo, saj potrebe po tovrstnem varstvu že zdaj zelo presegajo razpoložljive možnosti. To razmerje pa se bo v bližnji prihodnosti še poslabšalo in samo gradnja domov za starejše ni rešitev, čeprav je v javnosti ta predstava prevladujoča: če doma ne gre, iščimo prostor v domu za starejše. S kolegom Jožetom Ramovšem se že skoraj dve desetletji pogovarjam o drugačni strategiji – o razvijanju programov medgeneracijskega sožitja, vendar ta ideja le počasi prodira v javno zavest. Tudi v domovih za starejše še vedno prevladuje medicinski model namesto psihosocialnega, kar odraža širši družbeni vzorec medikalizacije problematike zdravja starejših. Prav tako je velik problem, da zaostajamo v razvoju paliativne oskrbe, kjer le posamezne zdravstvene varstvene ustanove in društvo Hospic kot nevladna organizacija zagotavlja strokovno in laično podporo hudo bolnim in umirajočim bolnikom ter njihovim svojcem na domu in podporo med žalovanjem;

- samomor ostaja eden največjih problemov na področju duševnega zdravja v Sloveniji, saj vsako leto umre med 500 in 600 ljudi, poskusov samomora pa je še veliko več, po predvidevanjih do desetkrat več. Ob tem moramo upoštevati, da samomor prizadene v povprečju šest ljudi, ki so bili blizu človeku, ki je storil samomor. Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomora (to je število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev letno);

- na področju socialne skrbi in rehabilitacije za osebe s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami (npr. psihotične motnje) smo precej zaostali za razvitimi evropskimi deželami. Sam proces priprave in sprejemanja zakona o duševnem zdravju je pokazal na protislovja, ki hromijo in upočasnjujejo razvoj ti. skupnostne skrbi za te osebe. Glede na omejeni obseg tega prispevka se bom v nadaljevanju osredotočil na to področje.

Norec v naši soseski

Na portalu slovenske televizije toplo priporočam ogled kvalitetnega dokumentarnega filma z naslovom Norec v naši soseski. Na rednem programu naše televizije je bil prikazan pred meseci v okviru serije Zdravje v Evropi. Film se dotakne srca, saj v njem poleg strokovnjakov in laikov nastopijo tudi tri osebe z dolgotrajnimi psihotičnimi motnjami iz treh dežel – Italije, Francije in Anglije. Film tako iz več zornih kotov prikaže današnje stanje ti. skupnostne skrbi za te ljudi.

Kljub temu da se je ideja skupnostne psihiatrije začela udejanjati v začetku sedemdesetih letih prejšnjega stoletja za nas na doseg roke, v Trstu in Gorici, in da si je že takrat delegacija slovenskih psihiatrov ogledala uvajanje velikih sprememb, ki jih je sprožil italijanski psihiater Franco Basaglia, se žal naša psihiatrija ni odločila za sopotništvo z Italijani oz. zamejskimi slovenskimi strokovnjaki, ki so si sodelovanja seveda želeli. Vodilni slovenski psihiatri so se odmaknili in veliko let večkrat tudi kritizirali zaprtje psihiatričnih bolnic v Italiji, in poudarjali, da zadovoljive nadomestne pomoči za psihiatrične paciente ni in da se je položaj psihiatričnih pacientov po Basagliovi reformi poslabšal.

V oddaji, ki se sprehodi na same začetke psihiatrične dezinstitutionalizacije v Italiji, ki se je v zadnjih treh desetletjih razširila predvsem v razvite dežele Evrope, je že umrli Basaglia prikazan kot pomemben vizionar in humanist, ki je pomembno prispeval k bolj celovitemu pristopu psihiatričnim pacientom. V oddaji italijanski psihiater, ki danes dela v Franciji, jasno pove, da klasična oblika psihiatrične pomoči v bolnicah ne odgovarja celostno na potrebe psihiatričnih pacientov. Skupnostni model psihiatrije je nov pristop, ki prenaša težišče pomoči iz bolnic v skupnost in ki ga danes priporoča tudi Svetovna zdravstvena organizacija.

Kot sem že pisal v aprilski številki *Medicine* danes, če pogledamo na slovensko psihiatrijo iz vidika medicinskega modela, ki ga pri nas mnogi strokovnjaki v psihiatriji še vedno preveč podarjajo oz. udejanjajo, je ocena kakovosti pozitivna. Žal pa je slovenska psihiatrija zaostala v uvajanju skupnostnega modela. V deželah, kjer so ga razvili, je zdravljenje z zdravili s kratko hospitalizacijo (večinoma ne več v psihiatričnih bolnicah, ki so jih marsikje zaprli oz. zmanjšujejo število postelj) ključno predvsem v akutnih fazah, prevladujejo pa psihosocialne oblike pomoči, ki so pacientom lokalno dostopne (npr. dnevni centri, bivalne skupine, invalidska podjetja oz. pomoč pri zaposlovanju). V (pre)dolgem procesu sprejemanja zakona o duševnem zdravju se je pokazalo, kako je pri nas še vedno vpliven tisti del psihiatrije, ki ne more zares stopiti čez Rubikon iz tradicionalnega, medicinskega v sodobni skupnostni model psihiatrične skrbi. Večkrat lahko v javnih debatah slišimo, da je eden glavnih razlogov za to, vpliv farmacevtske industrije, vendar je ta prav tako močna v drugih evropskih državah, kjer so glede psihiatrične reforme daleč pred nami. Uspelo jim je, da biva norec v naši soseski, kot sporoča provokativni naslov dokumentarnega filma.

Nevladne organizacije – glavni motor slovenske psihiatrične reforme

Na svoji dosedanji poklicni poti sem od blizu doživel razmere v slovenskih psihiatričnih bolnicah in specialnih zavodih. Od leta 1986 do 1993 sem delal na sprejemnem oddelku psihiatrične bolnice, kjer sem tudi specializiral psihiatrijo. Globoko so se me dotaknile številne tragične usode ljudi z dolgotrajnimi psihotičnimi motnjami, za katere nismo imeli pravega odgovora za njihove potrebe. Doživljal sem veliko nemoči. Ko sem se v devetdesetih bolj od blizu seznanil s psihiatričnimi reformami v razvitih evropskih deželah, sem predvsem začel razumeti, da glavni impulz za premik v skupnostni model ne bo prišel od strokovnjakov iz psihiatričnih bolnic, ampak od ti. uporabniških nevladnih organizacij, to je od organizacij psihiatričnih bolnikov in njihovih svojcev. Na Visoki šoli za socialno delo, kjer sem bil asistent od leta 1993 do 2008, smo namreč imeli veliko gostov, strokovnjakov iz raznih evropskih dežel, ki so nam predavali o svojih izkušnjah zapiranja psihiatričnih bolnic oz. zmanjševanja števila postelj v njih in razvijanja nacionalnih mrež organizacij nekdanjih psihiatričnih pacientov in njihovih svojcev. Tako sem postal od srede osemdesetih let dvajset let eden od motorjev skupnostno orientiranih programov v okviru dobrodelnega društva, v katere smo vključili tudi ljudi z dolgotrajnimi duševnimi motnjami. Izkušnje, ki sem si jih nabral, so mi predvsem pokazale, da je kvalitetno udejanjanje

skupnostnega modela trdo garanje, ki se ne bo prijelo brez sistemske opore, to je umestitve v sistem javnega zdravstvenega in socialnega varstva.

Kljub nekaterim radikalnim pozivom k zaprtju psihiatričnih bolnic v osemdesetih, pri nas ni prevladalo dualistično razumevanje: 'bolnišnično psihiatrično zdravljenje je slabo, skupnostna skrb je dobra', saj tudi po mojem mnenju to ni dobro vodilo za spreminjanje sistema varstva duševnega zdravja v manj razvitih deželah. Razvoj skupnostno orientiranih služb ne pomeni nujno ukinitve psihiatričnih bolnic, kar se je npr. pokazalo tudi v Avstriji, Nemčiji in na Nizozemskem. To stališče se je tudi uveljavilo v Zakonu o duševnem zdravju in je posledica razvoja skupnostnega pristopa v okviru nevladnih organizacij (npr. Altra, Šent, Ozara) v zadnjih dvajsetih letih, ki so morale sprejeti sobivanje s psihiatričnimi bolnicami in z bolj tradicionalno, konzervativno orientiranimi strokovnjaki v njih. Glede na težke razmere zaradi skromne sistemske podpore, v katerih so se morale nevladne organizacije razvijati, so njihovi uspehi, ki so prikazani v Nacionalnem programu, toliko bolj impresivni in razveseljujoči. Brez javnega pritiska nevladnih organizacij tudi še vedno ne bi imeli Zakona o duševnem zdravju.

Nevladne organizacije ostajajo glavni motor premikov na zemljevidu pomoči psihiatričnim pacientom in zelo me veseli, da se močno čuti njihov vpliv tudi v Nacionalnem programu duševnega zdravja. Nekaj njihovega duha so se končno nalezle tudi psihiatrične bolnice, v katerih so se v zadnjih letih začeli pojavljati skupnostno orientirani projekti. Tako je v gradivu nacionalnega programa kot primer dobre prakse naveden skupnostni psihiatrični tim, ki dela v Psihiatrični bolnišnici Ljubljana in izvaja program intenzivne skupnostne obravnave za skupino bolnikov s pogostimi ponovitvami bolezni ali za tiste, ki so bili iz bolnišnice odpuščeni po dolgotrajni hospitalizaciji. Prvi rezultati dela te delovne skupine so pokazali na bistveno zmanjšanje števila in dolžine hospitalizacij pri najbolj ogroženih bolnikih, na pomembno zmanjšanje negativne simptomatike pri bolnikih (umik) in izboljšanje kakovosti njihovega življenja na nekaj področjih. Podoben program se izvaja tudi v Psihiatrični bolnišnici Idrija in je sprejet za prednostno financiranje v 2009 v Zdravstvenem svetu RS za vse slovenske psihiatrične bolnišnice.

Obravnava v skupnosti in nadzorovana obravnava

Ena bistvenih novosti, ki jih pod vplivom nevladnih organizacij uvaja Zakon o duševnem zdravju, je ti. »obrnava v skupnosti«, kjer je poudarek na rehabilitaciji in pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju pri vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v družbeno življenje. Obravnava v skupnosti bo potekala na podlagi interdisciplinarnega načrta obravnave v skupnosti in se izvaja v sodelovanju z različnimi strokovnjaki v okviru za to pristojnih nevladnih organizacij, usklajuje pa jo koordinator obravnave v skupnosti. Imenuje ga pristojni center za socialno delo, pri katerem je tudi zaposlen.

Na drugi strani je ti. »nadzorovana obravnava«, kjer bo zdravljenje potekalo na podlagi interdisciplinarnega načrta nadzorovane obravnave pod nadzorom koordinatorja nadzorovane obravnave, ki ga imenuje sodišče, strokovno pa ga nadzira psihiatrična bolnišnica. Poudarek pri nadzorovani obrnavi je na nepretrganem zdravljenju osebe v lokalnem okolju zunaj psihiatrične bolnišnice v njenem domačem okolju oziroma tam, kjer biva. Koordinatorji nadzorovane obravnave so zaposleni pri izvajalcih psihiatričnega zdravljenja.

Torej gre za dvotirno obrnavo v skupnosti, ki zrcali sobivanje nevladnih organizacij in psihiatričnih bolnic. To je zaenkrat »slovenska rešitev«, ki se je izognila bolj radikalnemu zapiranju psihiatričnih bolnic. Ta rešitev je tudi medresorska, saj nadzorovana obravnava pade pod Mini-

strstvo za zdravje, obravnava v skupnosti pa pod Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Za nepoučenega je to verjetno težko razumeti, še posebno ker se pojem obravnava v skupnosti pojavlja v obeh primerih, je pa lahko razumljivo na ozadju razvoja sožitja med psihiatričnimi bolnicami in nevladnimi organizacijami v zadnjih dvajsetih letih, ki sem ga opisal.

Psihiatrične bolnice in nevladne organizacije jutri

Zelo zanimivo bo spremljati nadaljnji razvoj oz. udejanjanje Nacionalnega programa v razmerah splošne podhranjenosti. Globalna ekonomska kriza jo bo gotovo bolj povečala kot zmanjšala. Kolač javnih sredstev ne bo dovolj velik, da bi potešil lakoto obeh - psihiatrije in nevladnih organizacij. Glede na priporočila Svetovne zdravstvene organizacije je jasno, da imajo v modelu skupnostne skrbi psihiatrične bolnice pomembno, a relativno majhno vlogo in da bi se moral večji del državnih sredstev stekati v programe skupnostne skrbi, torej v našem, slovenskem primeru v nevladne organizacije. Če bomo sledili tej poti, se bodo nevladni programi vse bolj spreminjali v javne programe. Psihiatrične bolnice se bodo morale precej bolj zmigati kot do zdaj in razvijati skupnostne oblike pomoči, če bodo hotele ostati v igri. Razen če ne bodo zavirale razvoja, ki naj bi navsezadnje služil komu drugemu kot – bolnikom in njihovim svojcem.

In nenazadnje bodo pomembno vlogo odigrali tudi veliki v ozadju – to so multinacionalni farmacevtski giganti, ki ustvarjajo bajne zaslužke s psihofarmaki. Zaenkrat so seveda tudi pri nas precej bolj podpirali klasični psihiatrični oz. medicinski model, saj temelji na zdravljenju z zdravili. V zadnjih petnajstih letih omogočajo farmacevtske firme tudi pri nas predvsem psihiatrom marsikakšno ugodnost in s tem pomembno zmanjšujejo njihovo podhranjenost (plačevanje udeležb na kongresih s pestrim prostočasnim programom širom po svetu, plačevanje razkošnih kosil in večerij povezanih s predavanji o novih zdravilih in novih znanstvenih odkritjih itn.). Letos spomladi sem se npr. udeležil dvodnevnega izobraževanja, ki ga je v povezavi s francosko farmacevtsko firmo organizirala Psihiatrična sekcija v Portorožu. Firma je plačala hotel in dva dni smo jedli kot bogovi. Do zdaj se mi je to upiralo in prvič v svoji psihiatrični karieri sem si pustil kaj takega plačati. Hotel sem vsaj enkrat sam doživeti, kako to izgleda. In mi zadostuje. Julija letos sem se v Avstriji udeležil elitnega nevroznanstvenega kongresa o psihoterapiji, na katerem so kot predavatelji sodelovali sami univerzitetni profesorji, mnogi med njimi tudi psihiatri, in poročali o sijajnih raziskavah iz nevrobiologije psihoterapije. Organizator kongresa je na otvoritvi povedal, da so ga organizirali brez podpore farmako industrije. Presenetil me je hipen bučen aplavz in odobravanje nekaj sto udeležencev.

Zakaj farmacevtske firme z gala obroki ne hranijo psihiatričnih pacientov in njihovih svojcev, jih pošiljajo širom po svetu na kongrese s pestrim prostočasnim programom? Za odgovor na to vprašanje ni potrebno imeti fakultete. Če so skupnostne oblike pomoči uspešne, kot se je pokazalo tudi v ljubljanskem pilotnem poizkusu, ki sem ga omenil zgoraj, zmanjšujejo število hospitalizacij in porabo zdravil. Slaba novica za farmako industrijo, ki sicer pravi, da služi komu drugemu kot – bolnikom in njihovim svojcem.

Eden od alternativnih scenarijev za ohranitev psihiatričnih bolnic pa je morda tudi sprememba njihovih programov: vse manj bodo sodelovale v programih skupnostne skrbi, vse bolj pa bodo pomagale pri obladovanju alkoholnih problemov in cunamija starejših. Zanimivo je, da o tem trendu Nacionalni program že poroča. Bolnišnične postelje za zdravljenje odvisnosti in geriatrične postelje zavzemajo skoraj polovico trenutnih zmogljivosti. Torej je v zadnjih letih že prišlo do dodatne notranje diferenciacije glede na potrebe prebivalstva. Za osebe s shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja, depresijo in nekaterimi drugimi duševnimi motnjami se je posteljni fond

zmanjšal. Težave so tudi zaradi enodnevnih ali celo krajših hospitalizacij oseb v akutnem alkoholnem opoju. Zanje nimamo izdelanih strokovnih smernic obravnave, bi se jih pa verjetno dalo.

Prav tako bi psihiatrične bolnice lahko razširile ponudbo psihoterapevtskih programov, po katerih je v tujini vse večje povpraševanje. Pri nas npr. ni nobenih ti. psihosomatskih bolnic, ki so se v tujini, npr. v Nemčiji in Avstriji, v zadnjih 20 letih precej razširile in kjer ima psihoterapija ključno vlogo pri obravnavanju psihosomatskih motenj in bolezni, bolečinskih sindromov, anksioznih, depresivnih in obsesivno kompulzivnih motenj, border line osebnosti, stresnih in posttravmatskih motenj, sindroma izgorelosti, motenj hranjenja idr. Relativna zaprtost in odpor slovenske psihiatrije do psihoterapije pa je že nova zgodba, ki je Nacionalni program niti načeti ne more, saj psihoterapije kot samostojne zdravstvene dejavnosti in samostojnega poklica v Sloveniji še ni. Morda bo več odprtosti za to čez pet let, ko bomo pisali novega in ko bo, upam, že tudi sprejet Zakon o psihoterapevtski dejavnosti, katerega predlog v posebni delovni skupini že tri leta prav tako pripravljamo pod okriljem Ministrstva za zdravje.
