



DIPLOMSKA NALOGA

KRIZNI TIMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Mentorica: dr. Vera Grebenc

Tanja Lesjak

Ljubljana, 2011

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Tanja Lesjak
Naslov naloge: **Krizni timi na področju duševnega zdravja**
Mentorica: dr. Vera Grebenc
Kraj: Ljubljana
Leto: 2011
Št. strani: 101 Št. opomb: 1 Št. virov: 50 Št. prilog: 5
Deskriptorji: duševno zdravje, duševna bolezen, kriza, institucionalizacija, dezinstitutionalizacija, krizni tim

Povzetek:

Teoretični del naloge namenjam pojmovanju duševnega zdravja in duševne bolezni, ter krize kot ustrežnejše definicije težav v duševnem zdravju. Opisujem institucionalizacijo in njene številne negativne posledice ter nato dezinstitutionalizacijo kot premik k ustrežnejši obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju. Kot alternativo hospitalizaciji opišem krizne time, katerih osnovni namen je preprečevanje hospitalizacije. Pregledam aktualne razmere na tem področju v Sloveniji in tujini. V empiričnem delu poskušam s kvalitativno raziskavo odgovoriti na vprašanja o tem, ali morajo biti člani tima strokovno usposobljeni, kateri so potrebni pogoji za delovanje tima, podrobno opišem potek kriznega posredovanja in na koncu metodo, njene prednosti in pomanjkljivosti ter uveljavljenost. Raziskava potrjuje, da je krizni tim ustrezna alternativa hospitalizaciji in da prinaša tudi druge pozitivne rezultate. Spremembe so potrebne na vseh ravneh, od pojmovanja duševne bolezni do zakonske ureditve delovanja kriznih timov in njihovega financiranja iz državnega proračuna. Nujno je sodelovanje klasičnih in alternativnih služb duševnega zdravja.

Title: **Crisis teams in mental health**
Descriptors: mental health, mental illness, crisis, institutionalization, deinstitutionalisation, crisis team

Abstract:

The theoretical part is dedicated to conceptions of mental health, mental illness, and crisis as a more appropriate definition of mental health problems. I describe institutionalization and its many negative consequences, and deinstitutionalization as a movement for a more appropriate treatment of people with mental health problems. As an alternative to hospitalization I present crisis teams, whose primary purpose is to prevent hospitalization. I review the current situation in this field in Slovenia and abroad. The empirical part is a qualitative research, which tries to answer whether the team members have to be trained, what are the necessary conditions for the functioning of the team, describes in detail the course of crisis intervention, and in the end the method, its advantages, disadvantages, and prominence. The research confirms that crisis team is an adequate alternative to hospital treatment and also brings other positive results. Changes are needed at all levels, from the very conception of mental illness to the regulation of crisis teams and their funding from the state budget. The cooperation of conventional and alternative mental health services is essential.



DIPLOMSKA NALOGA

KRIZNI TIMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Mentorica: dr. Vera Grebenc

Tanja Lesjak

Ljubljana, 2011

PREDGOVOR

Lansko zimo sem imela priložnost sodelovati v kriznem timu za osebo s težavami v duševnem zdravju. Metodo sem spoznala v obdobju študija in po mojem mnenju predstavlja zelo dobro alternativo klasičnemu obravnavanju duševnih težav oziroma kriz. Namen diplomske naloge je podrobneje raziskati in predstaviti delovanje kriznega tima. V okviru raziskave sem poskušala odgovoriti na vprašanja o tem, ali morajo biti člani tima strokovno usposobljeni, kateri so potrebni pogoji za delovanje tima, podrobno sem opisala potek kriznega posredovanja in na koncu metodo, njene prednosti in pomanjkljivosti ter uveljavljenost.

Ljudje s težavami v duševnem zdravju so še vedno na dnu družbene lestvice. Hospitalizacija poleg drugih škodljivih posledic prinaša tudi dosmrtno stigmatizacijo, zaradi katere ima posameznik težave pri vzpostavljanju in ohranjanju socialne mreže, pri zaposlovanju in pogosto živi v nenehnem strahu, da ga bodo znova strpali za zapahe. Zaradi vsega tega ima zelo slabo samopodobo in nizko samozavest, njegova okolica ga ima za nesposobnega, nepredvidljivega in nevarnega, zato se tudi sam pogosto vda v usodo, sprejme nalepko duševnega bolnika in vse življenje vegetira.

V teoretičnem delu predstavljam pojmovanje duševne bolezni in duševnega zdravja. Nekateri avtorji namesto o duševni bolezni govorijo o krizi. Taka definicija se mi zdi ustrežnejša, saj v nasprotju z diagnozo duševne bolezni in z njo povezane dosmrtne stigmatizacije pomeni, da je človek potem, ko kriza mine, popolnoma zdrav. V nadaljevanju opisujem procese institucionalizacije, deinstitutionalizacije in normalizacije.

Krizni tim je alternativa hospitalizaciji in s tem poskrbi za preprečitev njenih številnih negativnih posledic. Poznamo različne vrste kriznih timov, od strokovnih do laičnih, vsem pa je skupna nehierarhična struktura in zato vsaj v teoriji večja učinkovitost.

V Sloveniji so krizni timi redkost, tudi avtorjev, ki bi pisali o tem, je bolj malo.

V tujini, na primer v Veliki Britaniji in Avstraliji, so krizni timi del nacionalnega programa duševnega zdravja in jih tudi financirajo iz državnega proračuna. Poleg mobilnih kriznih timov imajo na voljo tudi krizne centre. Pri nas smo za zdaj odvisni od dobre volje redkih posameznikov, ki so se sposobni v kratkem času organizirati in tako preprečiti velikokrat usodne posledice hospitalizacije.

Na koncu bi se rada zahvalila vsem, ki so mi kakor koli pomagali pri pisanju naloge. V prvi vrsti gre zahvala uporabniku in članom kriznega tima, ki so bili pripravljeni sodelovati v raziskavi. Za strokovne nasvete in pomoč pri pisanju se zahvaljujem mentorici dr. Veri Grebenc. Hvala tudi moji družini in prijateljem, ki so me spodbujali.

KAZALO

1.	TEORETIČNI UVOD	8
1.1.	DUŠEVNO ZDRAVJE	8
1.2.	DUŠEVNA BOLEZEN	9
1.3.	KRIZA	13
1.4.	INSTITUCIONALIZACIJA	18
1.4.1.	NEGATIVNE POSLEDICE INSTITUCIONALIZACIJE	20
1.5.	DEZINSTITUCIONALIZACIJA	23
1.5.1.	ITALIJANSKA IZKUŠNJA DEZINSTITUCIONALIZACIJE (GORICA IN TRST)	25
1.5.2.	BRITANSKA IZKUŠNJA DEZINSTITUCIONALIZACIJE	26
1.5.3.	PREDNOSTI IN SLABOSTI DEZINSTITUCIONALIZACIJE V RAZVITIH DRŽAVAH ...	27
1.6.	NORMALIZACIJA	28
1.7.	KRIZNI TIM KOT ALTERNATIVA HOSPITALIZACIJI	31
1.7.1.	AKTUALNE RAZMERE NA PODROČJU KRIZNIH TIMOV	37
1.7.1.1.	SLOVENIJA	37
1.7.1.1.1.	DRUŠTVO ALTRA (ODBOR ZA NOVOSTI V DUŠEVNEM ZDRAVJU)	38
1.7.1.1.2.	DRUŠTVO OZARA SLOVENIJA	39
1.7.1.1.3.	DRUŠTVO ŠENT (SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA DUŠEVNO ZDRAVJE)	40
1.7.1.1.4.	DRUŠTVO MOSTOVI	41
1.7.1.1.5.	DRUŠTVI NOVI PARADOKS IN DAM	41
1.7.1.2.	TUJINA	42
1.7.1.2.1.	PROJEKT WINDHORSE	42
1.7.1.2.2.	TRST – MENTAL HEALTH CENTRES (CENTRI DUŠEVNEGA ZDRAVJA)	43
1.7.1.2.3.	VELIKA BRITANIJA IN AVSTRALIJA – CRT TIMI (CRISIS RESOLUTION TEAMS)	45
2.	PROBLEM	50
3.	METODOLOGIJA	51
3.1.	VRSTA RAZISKAVE	51
3.2.	MERSKI INSTRUMENT	51
3.3.	POPULACIJA IN VZOREC	51
3.4.	ZBIRANJE PODATKOV	51
4.	ANALIZA PODATKOV	53
4.1.	PODČRTOVANJE RELEVANTNIH IZJAV	53
4.2.	IZPIS RELEVANTNIH IZJAV IN VSEBINSKO KODIRANJE	53

4.3.	ZDRUŽEVANJE IN UREDITEV IZJAV PO PRIPADAJOČIH POJMIH IN OPREDELITEV POJMOV	54
4.4.	ZDRUŽEVANJE POJMOV V KATEGORIJE	55
5.	REZULTATI IN RAZPRAVA	57
5.1.	USPOSOBLJENOST IN POGOJI ZA DELOVANJE KRIZNEGA TIMA	57
5.1.1.	IZKUŠNJE	57
5.1.2.	USPOSABLJANJE	57
5.1.3.	PODPORA IN MENTORSTVO	58
5.2.	POTEK KRIZNEGA POSREDOVANJA.....	58
5.2.1.	POKAZATELJI KRIZE	58
5.2.2.	VZPOSTAVITEV KRIZNEGA TIMA.....	59
5.2.3.	DELOVANJE TIMA	59
5.2.4.	USKLAJEVANJE OZIROMA VODENJE KRIZNEGA TIMA	60
5.2.5.	UPORABLJENI POSTOPKI IN METODE DELA	61
5.2.6.	REŠEVANJE PROBLEMOV	63
5.2.7.	ZAHTEVNOST DELA.....	63
5.2.8.	VPLIV UPORABNIKA.....	64
5.2.9.	ZADOVOLJSTVO UPORABNIKA	65
5.2.10.	CILJI IN REZULTATI.....	65
5.3.	METODA KRIZNEGA POSREDOVANJA.....	67
5.3.1.	POMANJKLJIVOSTI METODE	68
5.3.2.	UVELJAVLJENOST METODE	69
5.3.3.	PRIPOROČILA ZA DELO.....	69
6.	SKLEPI	73
7.	PREDLOGI	75
8.	LITERATURA IN VIRI	77
9.	PRILOGE	81
9.1.	ZAPISANI INTERVJUJI	81
9.2.	KODIRANE IZJAVE.....	87
9.3.	ZDRUŽEVANJE IZJAV PO KODAH IN DEFINIRANJE POJMOV	91
9.4.	ZDRUŽEVANJE POJMOV V KATEGORIJE	98
9.5.	IZJAVA O VAROVANJU OSEBNIH PODATKOV.....	99
10.	POVZETEK.....	100

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE

Pojem duševnega zdravja je težko opredeliti, pojavljajo se najrazličnejše definicije.

Svetovna zdravstvena organizacija (World health organization – Health Topics – Mental Health – Q&A: What is mental health?) je duševno zdravje opredelila takole:

“Duševno zdravje ni le odsotnost duševne motnje. Opredeljeno je kot stanje dobrega počutja, v katerem vsak posameznik uresničuje svoje lastne potenciale, se lahko spopada z običajnimi napori življenja, lahko produktivno in uspešno dela ter je sposoben prispevati k skupnosti.”

Zavod za zdravstveno varstvo navaja naslednja merila, s katerimi lahko zelo poenostavljeno opišemo duševno zdravje:

- človekovo notranje psihično stanje: sreča, dobro počutje, zadovoljstvo s samim seboj, dobra podoba o sebi;
- človekovi odnosi z drugimi in njegovo delovanje: dobri odnosi z ljudmi okrog nas, razumevanje drugačnosti, uspehi pri delu v šoli, službi in drugih dejavnostih, ki jih opravljamo;
- sposobnost človeka, da obvladuje življenje in se uspešno spopada z različnimi razmerami, nalogami, obremenitvami in težavami.

(Zavod za zdravstveno varstvo Celje – Moje zdravje – Duševno zdravje)

Glasser (2006: 5) je duševno zdravje opredelil takole: “Duševno zdravi ste, če ste radi in uživate v družbi večine ljudi, ki jih poznate, posebno še s pomembnimi osebami, kot so družinski člani, spolni partnerji in prijatelji. Večinoma ste srečni in povsem pripravljeni pomagati članom družine, prijateljem, kolegom, ki potrebujejo pomoč. Živite tako, da je čim manj napetosti, veliko se smejete. Redko imate glavobole ali kako drugače trpite,

kar vse drugi ljudje sprejemajo kot neizogiben del življenja. Uživajte življenje in nimate težav s tem, da so drugi ljudje drugačni od vas. Zadnje, kar vam pade na misel je, da bi koga kritizirali ali ga poskušali spreminjati. Ustvarjalni ste v vsem, česar se lotite in uživate v tem bolj, kot ste pričakovali. Končno, tudi v zelo težkih okoliščinah, ko ste nesrečni, veste, zakaj se je to zgodilo in ukrepate. Lahko ste tudi telesno prizadeti, pa kljub temu izpolnjujete zgoraj navedene pogoje duševnega zdravja.”

Povzemam še definicijo Shulamit Ramon (1993: 5), ki deluje še najbolj realistično: “Duševno zdravje je varljiv termin, ki ga je težko definirati in je v veliki meri odvisen od tistega, ki ga definira. Pogosta je definicija, da je to odsotnost bolezni ali stanje dobrega počutja. Večina pa nas iz lastnih izkušenj ve, da so trenutki dobrega počutja relativno redki, da sta stres in napetost pogostejša kot mir, spokoj ali dobro počutje. Zato je morda res, da je duševno zdravje prej ideal, za katerim stremimo, kot pa dosegljiv cilj.”

1.2. DUŠEVNA BOLEZEN

Tanja Lamovec (1995: 23–25) pojasnjuje, da gre pri medicinskem modelu pojmovanja duševne bolezni za pomanjkanje empiričnih dokazov. Bolezen pomeni spremembo v telesu, ki jo določimo z uporabo medicinske tehnologije. V primeru duševne bolezni pa ni moč najti nobenih sprememb v celicah ali tkivih telesa. Včasih sicer v krvni sestavi lahko odkrijemo nekatere hormonske spremembe, ki pa se pojavljajo pri vseh ljudeh v stresu, torej smo po tem merilu občasno vsi duševno bolni. Simptomi duševne bolezni temeljijo na obnašanju in govoru ljudi. Način, kako psihiatri določijo “diagnoze”, nima nič skupnega s splošno uveljavljenimi postopki v medicini. Psihiatrične “diagnoze” imajo status sodbe in ne eksperimentalnega postopka.

“Medicinski pristop k duševni stiski temelji na nedokazanih predpostavkah, zlasti na teoriji, da je temeljni vzrok duševne stiske biološki, da gre za biokemijsko neravnovesje ali genetsko nepravilnost ali oboje. Psihatrija je prepričala sebe in javnost nasploh, da to

ni predpostavka, ampak dokazano dejstvo... Intenzivno psihiatrično raziskovanje že več desetletij ne more ugotoviti biološkega vzroka za nobeno psihiatrično stanje. Pomanjkanje bioloških dokazov potrjuje nenavadno dejstvo, da niti ene psihiatrične diagnoze ni mogoče potrditi z biokemičnim, radiološkim ali kakim drugim laboratorijskim testom. Ne poznam nobene druge medicinske stroke, kjer bi tako množično zdravili ljudi zaradi domnevne biokemijske nepravilnosti." (Lynch v: Glasser 2003: 6)

Shulamit Ramon (1993: 5–6) govori o duševnem stresu, ki ga opisuje kot stanje neugodja in strahu, kot občutek odtujitve od sebe in drugih ter včasih od predmetnega sveta. Čeprav je duševni stres univerzalna izkušnja, se je treba zavedati lestvice takšnih čustev, kjer razlike niso preprosto kvantitativne, ampak predvsem kvalitativne. Vrh te lestvice navadno imenujemo "duševna bolezen", da bi ločili med stresom in bolezenskim stanjem.

Diana Jerman (1991: 103) pravi, da "duševna bolezen" ni problem posameznika, ampak družbe, ki se ga ne da rešiti v institucijah in bolnišnici, reševati ga je treba v skupnosti, v družini. Naša civilizacija je s problemom drugačnosti opravila "na kratko", ga institucionalizirala, zaprla v določene kraje, za žičnate ograje ali visoke zidove ali kako drugače izolirane stavbe. Poleg tega psihiatrija sodeluje pri sistematski obliki socialne invalidacije velike skupine ljudi. Prek diagnoze, klasificiranja, zapiranja ter stigmatizacije osiromaši stranke in jih prisili, da se postopno prilagodijo pasivni identiteti bolnika.

Psihiatrinja dr. Vesna Švab (1996: 3–5) navaja, da so nezmožnosti socialnega delovanja posledice akutne duševne bolezni. Pojavijo se lahko kot posledica bolezni, še pogosteje pa neustreznih socialnih odgovorov nanjo. Duševno bolezen spremljajo nezmožnosti na področju socialnega delovanja, zadovoljevanja posameznikovih socialnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih ljudi.

Razdelimo jih v tri sklope:

- Notranje ali primarne nezmožnosti so posledica bolezni same. Na primer: motnje mišljenja, halucinacije, blodnje, hitro menjavanje razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli, psihomotorna upočasnenost idr.
- Sekundarne socialne nezmožnosti so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odzivanja na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katero se srečuje bolnik. Sekundarne nezmožnosti nastajajo zaradi bolnikovega doživljanja bolezni, saj je velika psihotična motnja moteče in zastrašujoče doživetje, katerega učinki lahko trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginejo. Med sekundarnimi nezmožnostmi so: sprememba pogleda nase; pomanjkanje samospoštovanja, samozaupanja in motivacije ter vloga bolnika, ki jo prevzamejo predvsem kronični bolniki zaradi različnih sekundarnih koristi, kot so sočutje in podpora osebja in svojcev, ter stalno in varno razreševanje običajnih življenjskih težav. Ti bolniki so dolgo ali vse življenje odvisni od nekoga. Na meji med znaki bolezni in sekundarnimi odpovedmi so naslednji znaki: nezmožnost prepoznavanja socialnih in čustvenih sporočil; velika občutljivost na družinsko klimo; zanemarjanje samega sebe in okolice; slabo obvladovanje stresov idr.
- Terciarne socialne odpovedi so odgovor družbe na duševno bolezen. Med te sodijo: stigmatizacija; osiromašenje socialne mreže; revščina; nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi. Takojšnji družbeni odgovor na duševno motnjo so namreč čustva strahu, jeze, odpora in potrebe po nadzoru, ter stigmatizacija duševno bolnih, ki se kažejo v navidezno racionalnih odgovorih administracije, strokovnjakov in politike.

Tanja Lamovec (1995: 27) ugotavlja, da pojem "duševna bolezen" deluje kot pretveza, ki odvrta pozornost od nasprotujočih si človeških potreb, stremljenj, vrednot in interesov, ter namesto tega ponuja neosebno razlago bolezni. Ta oznaka pa prinaša ogromne moralne in pravne posledice. Nesmiselno je pričakovati, da bodo zdravniki psihiatri reševali težave, ki so v veliki meri zunaj njihovega dosega. Tako je pojem duševne

bolezni v rabi zlasti za ohranjanje družbenega nadzora, čeprav si družba sama močno prizadeva prikriti to funkcijo. Skrita je namreč pod pretvezo pomoči.

Tanja Lamovec (1999: 20) tudi piše, da klasična psihiatrija izhaja iz stališča, da je "zdravo" le tisto doživljanje, ki je značilno za večino ljudi. Ne upošteva, da je "nezdravo" doživljanje rezultat nezdravih oziroma slabih razmer in da je treba zato spremeniti te razmere, šele potem se bo lahko začel spreminjati tudi človek. V ugodnem okolju se bo doživljajski svet posameznika počasi spremenil.

Na koncu pregleda definicij duševne bolezni skozi pojmovanja različnih avtorjev po Tanji Lamovec (1999: 102) povzemam opredelitev duševnega bolnika, kot so ga v ameriškem uporabniškem glasilu napisali sami uporabniki. Opredelitev je zelo preprosta, a hkrati resnična in verodostojna, saj uporabniki sami najbolje vedo, kaj pomeni dobiti takšno nalepko:

- Duševni bolnik pomeni biti stigmatiziran, patroniziran, psihiatriziran.
- Biti duševni bolnik pomeni, da tvoje življenje nadzorujejo vsi razen tebe.
- Nenehno te opazujejo – tvoj psihiater, prijatelji, družina, nato pa dobiš diagnozo, da si paranoiden.
- Biti duševni bolnik pomeni, da živiš s stalno grožnjo, da te zaprejo, kadar koli, zaradi skoraj katerega koli razloga.
- Biti duševni bolnik pomeni jemati zdravila, ki te poneumljajo, mrtvičijo tvoje čute, povzročajo, da se opotekaš in delaš grimase, nato pa jemati še več zdravil, da zmanjšaš stranske učinke.
- Biti duševni bolnik pomeni, da si nepomemben.
- Biti duševni bolnik pomeni nositi oznako, ki se je nikoli ne znebiš, ki pove malo o tem, kaj si, in še manj o tem, kdo si.
- Biti duševni bolnik pomeni delati se veselega, kadar si žalosten, in mirnega, kadar si besen.
- In tako postaneš nič [*no thing*] v ne-svetu [*no-world*] in te ni.

1.3. KRIZA

Avtorji, ki niso del psihiatrične stroke, namesto o duševni bolezni raje govorijo o krizi kot začasnemu pojavu. V nasprotju z oznako duševne bolezni kriza uporabnika ne razvrednoti in ga ne stigmatizira.

Tanja Lamovec (1998: 221–225) opisuje različne vrste kriz: dolgotrajna izpostavljenost stresu, krize, ki jih povzročijo življenjski dogodki, razvojne krize, eksistencialne krize. Posameznik lahko doživlja tudi več kriz hkrati. Posebna skupina kriz so psihotične. Zanje je značilno, da je posameznikov stik z realnostjo moten ali ga celo ni. Izrazitost in zoženost doživljanja vodita v spremenjeno stanje zavesti. Katera koli kriza lahko pridobi psihotične razsežnosti, vendar tudi v teh primerih nastopijo obdobja jasnega mišljenja. Krize izvirajo iz človekove težnje po spremembi nevzdržnih razmer, ki ne zadovoljujejo njegovih temeljnih potreb. Lahko pa so tudi način bega iz realnosti. Spremenjena stanja zavesti nas zapeljejo stran od težav, s katerimi se brezplodno ukvarjamo. Odprejo se nove dimenzije doživljanja sebe in sveta oziroma življenja.

Tanja Lamovec in Flaker (1993: 87–88) namesto o duševni bolezni govorita o (psihotični) krizi. Prepoznamo jo po simptomih, kakršne navaja psihiatrična literatura, spremljajo pa jo tudi nekatere biokemične spremembe. Psihotična kriza ima torej vse potrebne attribute bolezni, dokler traja. Ko motnje izginejo, je človek po logiki zdrav. Vendar za duševnega bolnika to ne velja. Diagnoza je dosmrtna, čeprav je od krize minilo že veliko let. Kriza naj bi dokazovala obstoj duševne bolezni, ta pa se potem prikaže kot vzrok zanjo. Z znanstvenega stališča so domneve dopustne. Nič ni narobe, če domnevamo obstoj takega procesa. Toda v nadaljevanju smo ga dolžni tudi dokazati. Če ga ne moremo dokazati, mu nismo upravičeni pripisovati vzročnega delovanja. Latentnega bolezenskega procesa niso nikoli dokazali. Ko kriza mine, ne ostane nič več, na podlagi česar bi lahko razlikovali "duševno bolnega" človeka od zdravega.

Psihosocialna definicija krize je precej drugačna od medicinske. V stresnih razmerah se pojavi izčrpanost in posledično kriza. Pomembni dejavniki pri tem so človekova psihična občutljivost in negativni vplivi okolja. Pomembni so tudi dejavniki iz človekove osebne zgodovine, kot tudi genske zasnove in nevrokemične motnje. Součinkovanje vseh navedenih faktorjev privede do psihične motnje oziroma krize. Kriza pomeni začasno nezmožnost posameznika za normalno opravljanje nalog in skrb zase. Večina ljudi, ki so preživeli eno ali več kriz, je večino časa zmožna delovati povsem normalo. V nasprotju s tem izraz "duševna bolezen" daje vtis trajne nezmožnosti oziroma nesposobnosti za normalno življenje. Psihiatrična diagnoza je poniževalna, uporabnike razvrednoti in razosebi. Človek tako postane le še privesek svoje diagnoze (Lamovec 1998).

Klanjšček, Hribar, Šantl, Šalamun in Kirn (2003) menijo, da je kriza porušenje duševnega, čustvenega, telesnega, kognitivnega in socialnega ravnovesja zaradi izgube ali grožnje pred njo. Ti sta lahko dejanski ali pa le del posameznikovega notranjega življenja. Kriza je psihični odziv na ogrožajoče razmere, v katerih se znajde posameznik in za katere nima ustreznega mehanizma razreševanja. Gre za obdobja prehoda ali sprememb, ki posamezniku ponujajo priložnost za dozorevanje in osebno rast, pri neugodnem izidu pa poslabšanje psihičnega stanja in večjo občutljivost za prihodnje strese.

Po njihovi definiciji ima kriza pet značilnih lastnosti:

1. Vedno jo povzroči neki dogodek, ki ga človek ne more razrešiti sam s svojimi prizadevanji. Ko se pojavi grožnja, da določeni cilji ne bodo dosegljivi, jo človek najprej poskuša razrešiti z običajnimi strategijami reševanja problema. Če te strategije odpovedo in problema ne razreši v želenem času, se stiska razvije v krizo.
2. Krize so normalne, vsak človek se kdaj znajde v kakšni.
3. Kriza je osebne narave, kar pomeni, da je relativna. Kar je za nekoga izziv, lahko za drugega pomeni nepremagljivo oviro. Bolj kot sama narava dogodka ali razmer je pomembno posameznikovo doživljanje in razlaga.

4. Krize se tako ali drugače razrešijo v relativno kratkem času (nekaj tednov do največ dva meseca). Občutki v krizi so preveč intenzivni, da bi lahko bila dolgotrajna ali kronična.
5. Odziv posameznika na krizo je lahko zrel in konstruktiven ali pa neustrezen, kar se kaže v nezrelih odzivih ali osebnostni dezorganizaciji.

Po Klanjšček, Hribar, Šantl, Šalamun in Kirn (2003) so znaki kriznega stanja tile: anksioznost; zožena pozornost in ruminacija; regres; spremenjeno doživljanje časa; izguba prioritet; naraščajoča osamljenost; povečana sugestibilnost in preplavljenost z informacijami. Potek krize opisujejo v treh delih:

1. Šok

Prvi del pomeni takojšen odziv na to, kar je nerešljiv problem za človeka. Posameznik ne zmore rešiti problema z običajnimi strategijami. Pojavijo se občutki nemoči, anksioznosti, frustracije in jeze zaradi izgube nadzora nad razmerami. Človek opusti reševanje težave.

2. Odziv

Posameznik vnovič vse miselne in vedenjske napore usmeri v razreševanje težave. Nekateri poskusi so uspešni in največ kriz se razreši v tem delu. Povečanje motivacije se pojavi zaradi potrebe po nujnem zmanjšanju pritiska. Posameznik išče nove načine za reševanje težav. V tem delu je tudi bolj dovzeten za vplive drugih, zato bo zelo verjetno poskusil poiskati pomoč. Kriza vpliva na vzorce razmišljanja in vedenja, zato se lahko človek vede neobičajno oziroma deluje z omejenimi zmožnostmi.

3. Umik

Če ne uspe noben poskus spoprijemanja z ogrožajočimi razmerami, se posameznik umakne in opusti poskuse reševanja problema. Prostovoljni umik je lahko samomor,

ki v tem delu ne predstavlja klica na pomoč, ampak želeno rešitev, ki posameznika reši nenehne agonije. NeprostoVOLJNI umik pomeni razpad osebnosti.

Tanja Lamovec (1995: 296–297) pojasnjuje, kaj je psihoza oziroma psihotična kriza. Možgani so pred zavedanjem nešteto miselnih operacij, ki se v človeku ves čas dogajajo z veliko hitrostjo, zavarovani s tako imenovanim filtrom. Če ta ne deluje oziroma ne deluje pravilno, možganska skorja zaradi preobremenjenosti ne more več obvladovati dotoka impulzov in izbirati tistih, ki so ustrezni v danih razmerah. Prav tako ne more iz zavesti izključiti pomožnih miselnih operacij. Vzrokov za odpoved funkcije filtriranja je lahko več: od mehaničnih poškodb in kemičnih vplivov do pretiranega povečanja ali zmanjšanja dražljajev – na primer v stresnih razmerah. Dolgotrajna obdobja stresa lahko pri človeku, ki je nagnjen k temu, povzročijo psihozo. Ko preneha delovati varovalni mehanizem, se spremeni celotno stanje zavesti. Psihično doživljanje postane bolj izrazito in slikovito in daje vtis večje resničnosti kot v običajnem stanju zavesti. Zunanji dražljaji se mešajo z notranjimi, čustva se ves čas spreminjajo, od tesnobe, ogroženosti in panike do ekstatičnih doživetij.

Nevroleptiki delujejo tako, da delno obnovijo razpadli zaščitni filter, tako da zmanjšajo pretok impulzov prek sinaps. Omogočajo umetno filtriranje dražljajev, vendar tudi povzročajo, da so ti brez čustvenega naboja, kar lahko vodi v apatijo. Trajanje psihoze je odvisno od različnih dejavnikov.

Tudi Tanja Lamovec (1998: 227–252) deli krizo na več delov:

1. Zgodnja znamenja

2 vzorca:

- strah pred izgubo nadzora nad miselnimi in zaznavnimi procesi;
- povečana mentalna učinkovitost, ustvarjalnost ter izboljšano razpoloženje in samospoštovanje.

Navadno je v tej fazi mogoče preprečiti razvoj krize z uporabo psihofarmakov.

Večkrat pa se zgodi, da jih ljudje tedaj prenehajo uživati, kar še pospeši krizo. Pospešuje jo tudi nespečnost, ki je ena od najpogostejših zgodnjih znamenj. Dostikrat so v tej fazi, torej preden evforija doseže vrhunec in se ji posameznik noče odpovedati, dovolj že uspavalne tablete.

Zgodnja znamenja krize zaznava 70 odstotkov ljudi, ki so že preživeli psihozo. Pri ljudeh, ki so začeli ukrepati ob zgodnjih znamenjih, je posredovanje preprečilo krizo v 92 odstotkih primerov, v primerih, kjer so bolniki že začeli izgubljati nadzor, pa so psihozo preprečili pri polovici ljudi.

2. Izgubljanje nadzora

Razlike med obema vzorcema izginejo. Posameznik brezupno poskuša obvladati miselne vzorce. Umika se od drugih, ker čuti, da ga ne bodo sprejeli. Včasih izgubi zanimanje za zunanji videz, hrano in higieno, ker potrebuje vso energijo za urejanje svojih psihičnih procesov. Lahko se poslabša razpoloženje, upade samospoštovanje, pojavi se čustvena nestabilnost. Veliko je v tej fazi odvisno od okolja. V takih razmerah je ključno, kje človek preživlja krizo. Od tega je zelo odvisno njeno trajanje in posledice. Tanja Lamovec poudarja pomen preživljanja krize v domačem okolju, kjer posameznika podpirajo in ga spoštujejo. Zelo pomembno je tudi, da se tak človek občasno lahko nekam umakne in zbere misli. V tem obdobju večina ljudi želi vzeti psihofarmake, razen tistih, ki imajo zelo slabe izkušnje zaradi stranskih učinkov. V tem primeru bi bilo zelo dobro, če bi se o količini in vrsti psihofarmakov uporabnik in psihiater sporazumno dogovarjala.

3. Vrhunec krize

Nezmožnost ohranjanja nadzora na različnih področjih. Človek pogosto potrebuje pomoč pri vsakdanjem delovanju, predvsem pa navzočnost drugega človeka. Tudi na vrhuncu krize se pojavljajo "svetli trenutki", ko je s človekom mogoče navezati stik, da ne zapade pregloboko v svoj domišljijski svet. Traja lahko od nekaj ur do 3 tedne. V jedru krize je pogosto nekaj temeljnih misli, ki jih posameznik doživlja kot absolutno resnične,

bolj kot svet, ki ga obdaja. Dokler se to psihotično jedro ohranja, posameznik ni dovzeten za nobeno drugo razlago.

4. Razpad psihotičnega jedra

Prvi korak k razrešitvi krize, posameznik vzpostavlja stik s stvarnostjo. Ta del traja dlje kot vsi predhodni. V začetku posameznik živi v dveh svetovih, niha med realnostjo in domišljijским svetom. Na trenutke se že zaveda, da se bo moral spopasti z realnostjo, a še ni čustveno pripravljen. To mu povzroča veliko trpljenje. Prizadeva si osmisliti svoja doživetja in najti potrditve za njihovo resničnost. Kot posledica tega se v tem obdobju razvijejo nove blodnje in pojavljajo se novi glasovi.

V osrednji fazi se posameznik vedno bolj zaveda realnosti. Ob misli na prihodnost ga navdajajo strah, groza in panika. Začnejo se prvi poskusi vračanja v realnost. Človek se izrazito negativno vrednoti, dvomi o svojih sposobnostih, preplavlja ga občutek sramu, kar se kaže v slabem razpoloženju, izgubi apetita, nemiru in nespečnosti. Če krizo preživlja v bolnišnici, ga skrbi, kako je z njegovimi zadevami (služba, šola, stanovanje, plačevanje položnic ...). Stres vrnitve v domače okolje je lahko tako močan, da se kriza ponovi.

5. Obdobje po krizi

Pri nas se to pogosto ujema z odpustom iz bolnišnice, kar pomeni, da je posameznik v najtežjem obdobju prepuščen samemu sebi. Rehabilitacijo izvajajo le redke nevladne organizacije, ki ne morejo pokrivati vseh potreb. Rehabilitacija se ukvarja s premagovanjem posttravmatskega sindroma, socialnimi vidiki posameznikovega delovanja, delom z družino in delovno rehabilitacijo.

1.4. INSTITUCIONALIZACIJA

Predhodniki današnje totalne ustanove so bili že srednjeveški samostan, dvor, špital in gobavišče. Totalna ustanova se je rodila v 17. stoletju, ko je po vsej Evropi potekal

proces, ki ga je Foucault v svojem delu *Zgodovina norosti v času klasicizma* poimenoval "veliko zapiranje" in v katerem so zaprli velik del prebivalstva v splošne zaprte ustanove. Foucault (1998: 43) navaja, da so v Parizu v samo nekaj mesecih zaprli več kot odstotek prebivalstva, predvsem določene skupine ljudi: revne in deviantne posameznike, ostarele, brezdomce, invalide, sirote, brezumne, berače, vojake, prostitutke idr. Veliko zapiranje ne bi bilo mogoče brez velikih družbenih sprememb na prehodu iz fevdalizma v kapitalizem. Mesta so postajala kraji nevarnosti in kaosa, ki ga je bilo treba urediti. Veliko zapiranje lahko tako enačimo z velikim pospravljanjem (Flaker 1998: 71–74).

Flaker (1998:5) pojasnjuje, da so se velike zaprte ustanove kot temelji pomoči različnim deprivilegiranim skupinam uveljavile predvsem v 19. stoletju. Industrializacija je onemogočala tradicionalne oblike pomoči, skrbi in varstva v skupnosti. Pri nas se je razcvet takih ustanov (ubožnice, blaznice, prisilne delavnice) začel šele po drugi svetovni vojni, ko so te skupine naselili v od okolja oddaljene in ločene, nacionalizirane gradove in druge izpraznjene stavbe.

Flaker (1988: 76–77) razlaga, da institucije oziroma ustanove ponavadi dojemamo kot stavbo, prostor, nekakšno območje, kjer se redno dogaja neka dejavnost. Vse ustanove v določeni meri zajemajo čas in zanimanje svojih članov. Psihiatrična bolnišnica je po Goffmanu totalna ustanova. Totalna zato, ker obsega vse vidike posameznikovega življenja. Totalnost pa simbolizirajo tudi pregrade, ki jih ustanova zgradi med seboj in zunanjim svetom (zidovi, gozdovi, bodeča žica ...) Značilno za totalne ustanove je:

- da vse dejavnosti potekajo na istem kraju in pod isto oblastjo;
- da vse dnevne dejavnosti potekajo ob navzočnosti velikega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih se zahteva, da delajo isto stvar, skupaj;
- za vse dejavnosti obstaja točno določen urnik, ki ga vsilijo oblasti;
- vsiljene dejavnosti izvajajo z namenom zadovoljiti uradni cilj ustanove.

V nadaljevanju se Goffmanovo razumevanje totalnih ustanov naslanja na zahtevo družbe, da odgovori z birokratsko organiziranostjo večjih blokov ljudi, ne glede na to, ali je to v dani situaciji učinkovito ali nujno. Zato v totalnih organizacijah obstajata dva svetova, in sicer nadzorovalno osebje, ki je v manjšini, ampak ima moč, in na drugi strani številčnejši varovanci, ki so v večini, ampak so popolnoma pasivni in brez moči. Med skupinama je globok in bistven razcep. Varovanci so nekako zlit z ustanovo, saj živijo v njej in so v odnosu do zunanjega sveta močno omejeni. Za osebje pomeni ustanova osemurni delovnik, kjer so v službi. Prosti čas preživljajo po svoje in so neomejeni v zunanjem svetu. V odnosu med osebjem in varovanci je čutiti veliko napetosti in sovražnega odnosa. Osebje se v odnosu do varovancev počuti superiorno, ukazovalno, varovanci pa so manjvredni, pokvarjeni, krivi in vredni graje. Med skupinama velja stroga razmejitev, določena socialna razdalja, ki je formalizirana in natančno predpisana. Odnosi so po večini omejeni le na formalnost in profesionalnost, predvsem s strani osebja. Vse to se čuti tudi v tonu in barvi glasu. Osebje je ukazovalno, kriči na varovance, ti pa so glede odločanja o svoji usodi popolnoma prepuščeni osebju, so pasivni in vodljivi. Življenje po pravilih in zapovedih je v zunanjem svetu omejeno le na delovni prostor, v totalni ustanovi pa sega na vsa področja življenja. Tako se totalna ustanova razhaja z dvema temeljema sodobne družbe: s plačanim delom in družino. Goffman opisuje družino in totalno ustanovo kot polje neposrednega in praktičnega nasprotja (Flaker 1998: 20–22).

1.4.1. NEGATIVNE POSLEDICE INSTITUCIONALIZACIJE

Tanja Lamovec (1999: 52–54) piše, da je človek z diagnozo lahko prisilno hospitaliziran že samo zato, ker je na primer moteč ali nadležen ali pa pod pretvezo ogrožanja sebe in drugih. Včasih pa je lahko povod za prisilno hospitalizacijo že manjši prepir ali pa bi domači preprosto želeli imeti mir. Zato priporoča spremembe zakonodaje:

- Pred prisilno hospitalizacijo bi moral prizadetega obiskati zdravnik na domu.

- Če zdravnik in morda tudi policist presodita, da posameznik res ogroža druge, določita privedbo v bolnišnico. Odločitev mora podpisati bolnišnični psihiater, neodvisni psihiater in neodvisni zastopnik psihosocialne službe. Takšna je tudi praksa v tujini.
- Obvezna je navzočnost zagovornika, ki ni uslužbenec bolnišnice.

Goffman (v Flaker 1988: 95–96) poudarja, da psihiatrični simptomi, kot na primer prisluhi, izguba prostorske in časovne orientacije, preganjavica in podobno, velikokrat pomenijo le začasno čustveno razburjenje ali odziv na stresne razmere. Navaja tri klasične oblike neprostoovoljnega prihoda v ustanovo:

- na prošnjo oziroma zaradi izsiljevanja družine,
- privedba na silo, v spremstvu policije,
- človeka prelisičijo, češ da ga peljejo nekam drugam.

S hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici ali drugi podobni ustanovi so povezane najrazličnejše negativne posledice, ki človeka dosmrtno zaznamujejo in mu radikalno zmanjšajo možnosti za “normalno” življenje.

Tanja Lamovec (1995: 34–40) našteva posledice (prisilne) hospitalizacije:

- odvisnost od zdravil,
- dosmrtna stigmatizacija,
- zmanjšano samospoštovanje in zaupanje vase,
- utrditev lažnega jaza – postati tak, kot hočejo drugi – igranje,
- zatiranje pristnega občutenja in izražanja,
- spremenjeni odnosi z družino,
- spremenjeni odnosi na delovnem mestu,
- spremenjeni odnosi s prijatelji,
- izguba ciljev v življenju.

Tudi Flaker (1998: 7–8) navaja, da je bivanje v instituciji za človeka škodljivo. Pojavi se socialno omrtvičenje osebne identitete, ki jo nadomesti institucionalna identiteta bolnika. Institucionalna obravnava varovanja razosebi, popredmeti. Pasivnost, pretrgani stiki, odvisnost od avtoritarnega osebja, nestimulativno okolje, pretirana uporaba zdravil in pomanjkanje življenjskih ciljev povzročijo stanje, ki ga je Barton poimenoval *institucionalna nevroza*. Kaže se v apatiji, pomanjkanju iniciativnosti, izgubi zanimanja za zunanji svet, podredljivosti in resignaciji. Človek začne zanemarjati svoj videz in svoje navade. Drža postane sključena, hoja drsajoča, gibi medenice, bokov in kolen omejeni. To se lahko stopnjuje v radikalen umik vase, depresijo ali celo v popolno avtistično držo, katatonijo, ritmično gibanje.

Darja Zaviršek (1997) kot najpogostejšo posledico hospitalizacije navaja socialno stigmo, ki jo uporabnik ponotranji in se zato vse bolj odmika od ljudi, je vse manj kreativen in družbeno uspešen. Če se vrača v bolnišnico po načelu "vrtečih se vrat", se razvije t. i. aziliarna mentaliteta. To pomeni dolgotrajno oziroma dosmrtno medikalizacijo, prilagoditev medicinskemu modelu duševnega zdravlja, izgubo osebne identitete in dostojanstva, razvoj institucionalnega dolgočasje in izkušnje nasilja (prisilna hospitalizacija in medikalizacija, premedikaliziranje, elektroškoki, zapiranje v izolirane prostore in zamrežene postelje, pretepanje, fizično in verbalno nasilje med uporabniki in s strani osebja). Vse to pri človeku, ki je že sicer v duševni stiski, dodatno negativno vpliva na duševno zdravje.

Uporabniki v bolnišnici hitro spoznajo, kakšno vedenje je kaznovano in kakšno nagrajeno. Nekateri se zlomijo, si pustijo oprati možgane in postanejo "dobri pacienti". Bolnišnica postane njihov drugi dom. Ne želijo je zapustiti ali pa si prizadevajo, da se čim prej vrnejo. Ti ljudje se tako odučijo vsega, kar so znali v zunanjem svetu, njihova osebnost se popolnoma spremeni oziroma razpade in tako praktično nimajo več možnosti za vrnitev v samostojno življenje (Lamovec 1998: 33).

Raziskave so pokazale, da človek z izkušnjo hospitalizacije utрпи največji možen upad socialnega ugleda. Na splošno so nekdanji uporabniki manj zaželeni od nekdanjih kaznjencev. Ljudje menijo, da so trajno nagnjeni h krizam in jih ne zmorejo preprečiti, da niso zmožni kljubovati stresu, da nimajo samonadzora in odgovornosti. Nekdanji uporabniki težko sploh najdejo plačano zaposlitev, če pa že, ponavadi zasedajo manj zahtevna in slabše plačana delovna mesta (Lamovec 1998).

1.5. DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Dezinstytucionalizacija, torej proces zapiranja in odpravljanja ustanov, se je v svetu začel že med drugo svetovno vojno oziroma takoj po njej. Izkušnje koncentracijskih taborišč so opozorile na to, da so tudi "civilne" različice zapiranja etično neustrezne. Strokovnjaki so ugotavljali, da je mogoče ljudem pomagati tudi v skupnosti, po drugi strani pa so številne raziskave opozorile na škodljivost totalnih ustanov. V 60. letih so o tem neodvisno pisali Goffman, Foucault in Barton ter izpodbijali ustreznost zapiranja norosti v totalne ustanove (Flaker 1998: 5–6).

Izraz dezinstytucionalizacija ponavadi povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov. S tem izrazom opisujemo bodisi družbeni premik iz azila v skupnost in zmanjševanja hospitalizacij ter časa, preživetega v bolnišnici, bodisi družbeno gibanje, ki je aktivno prispevalo k temu. Ko govorimo o dezinstytucionalizaciji, mislimo na družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ za ljudi, ki potrebujejo tako skrb. Mislimo pa tudi na konkretno ideologijo, ki se je izražala v kritikah, programih in inovacijah na področju duševnega zdravja. Hkrati pa dezinstytucionalizacija ne pomeni le zapiranja velikih bolnišnic (dehospitalizacije), ampak tudi spremembo v pristopu k duševnim stiskam, ki upošteva tudi njene socialne in kontekstualne vidike. Dezinstytucionalizacija je torej hkrati premik iz azila v družbo in družbeno gibanje, ki si prizadeva za ta premik.

Dezinstitucionalizacija ima dolgo zgodovino in je proces, ki bo še dolgotrajen. Kljub temu pa mu lahko postavimo dva mejnika. Prvi je radikalno zmanjševanje bolnišničnih zmogljivosti, drugi pa je nova zakonodaja, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski (Flaker 1998: 157–158).

Prva naloga dezinstitucionalizacije je zapiranje bolnišnic, druga pa ustvarjanje novih alternativnih služb, ki nadomeščajo hospitalizacijo (Flaker 1998: 187).

Vprašanje dezinstitucionalizacije in zapiranja se je postavljalo tako rekoč že na začetku psihiatrije, saj se je ta rodila prav iz institucionalne krize zapiranja; že ob nastajanju psihiatrije so razpravljali o možnosti za duševno skrb v skupnosti, torej o možnosti brez zapiranja (Flaker 1998: 160).

“Dezinstitucionalizacija je prvi korak k opolnomočenju uporabnikov. Prvi korak na dolgi poti, ki temeljito prevrednoti mnoga med našimi prepričanji. Pripeljati mora do tega, da bo uporabnik najprej v svojih očeh, potem pa še v očeh drugih najprej človek, državljan in šele nato pripadnik neke določene skupine“ (Lamovec 1998: 45).

Tanja Lamovec (1995: 199–202) ugotavlja, da dezinstitucionalizacijo v razvitem svetu postopno izvajajo že trideset let. Ena od napak dezinstitucionalizacije, ki se je izkazala v praksi, je bila, da so poskušali celoten proces izpeljati prehitro. Pozabili so, da človek, ki je velik del življenja preživel v ustanovi, ne more čez noč spremeniti življenjskega sloga. Zgodilo se je tudi, da so skupino ljudi čez noč preselili, ne da bi jim povedali, kam. Spregledali so tudi strahove in negotovost ljudi, ki so se preselili v skupnost. Včasih so jim pozabili povedati, da bodo morali skrbeti zase, in so naleteli na odpor. Še hujši so primeri iz ZDA, ko so nekateri zaradi neurejenega financiranja ostali kar na cesti. Dogajale so se tudi druge skrajnosti, ko so izvajalci vse povprek poskušali izpolnjevati njihove želje, namesto da bi jih naučili samostojnega življenja. Precej lažje je bilo namreč skuhati kosilo, kot pa nekomu stati ob strani, da si ga skuha sam.

Tanja Lamovec tako navaja pet elementov, ki prispevajo k uspešnosti dezinstitucionalizacije.

Prvi je dolgotrajna in temeljita priprava uporabnikov, drugi je svobodna odločitev, tretji vsebuje jasna pravila in pogoje bivanja v skupnosti, četrti je učenje vsakdanjih spretnosti in samostojnega življenja kot tudi medsebojne pomoči, zadnji pa obsega realistični optimizem pristne naklonjenosti in močan občutek pripadnosti skupini.

1.5.1. ITALIJANSKA IZKUŠNJA DEZINSTITUCIONALIZACIJE (GORICA IN TRST)

Flaker (1998: 157–211) navaja, da je bil nosilec oziroma pobudnik zapiranja norišnic v Italiji Franco Basaglia (1924–1980). Leta 1961 je kot direktor prevzel goriško psihiatrično bolnišnico z namenom, da jo preobrazi. Pred tem je bil profesor na padovski univerzi. Njegovo psihiatrično ozadje je bila eksistencialna analiza Binswangerjevega tipa. Zapustil je akademsko polje, da bi deloval praktično. Cilj je bil izvedba modela terapevtske skupnosti. Basaglia je deloval radikalno in uvedel fenomenološki in eksistencialistični pristop. Konkretno je goriška izkušnja prinesla odpiranje oddelkov, prost pretok ljudi, odpravo restrikcij in pravil, ki debilizirajo varovance.

Basaglio so leta 1971 povabili v Trst, kjer je v zastareli bolnišnici, v kateri so vladale slabe razmere, takrat prebivalo približno 1200 bolnikov. Podobno kot v Gorici so se lotili oblikovanja terapevtske skupnosti, s to razliko, da je bila v Trstu že v začetku navzoča želja in volja po odpravi azila. Ena od pomembnih tem tržaške in italijanske izkušnje nasploh je pogodbeni moč uporabnikov psihiatrije. Stopanje v pogodbene odnose je bilo poglavitno sredstvo rehabilitacije marginaliziranih ljudi. Pomemben del tržaške zgodbe je bilo vključevanje študentov in drugih prostovoljcev, zlasti umetnikov. Zapiranje bolnišnice v Trstu je bilo v veliki meri tudi javni in kulturni dogodek. Pokazalo se je, da je afiniteta med nekaterimi smermi v umetnosti in norostjo produktivna. Bolnišnico so popisali z grafiti, organizirali so delavnice, slikali so murale. Povezovanje z umetniki in prostovoljci je bilo torej dvosmerno, animacija ni bila le neka vrsta terapije, temveč dejansko kulturno delovanje, namenjeno javnosti, in način, kako družbi pokazati njen odnos do norosti. Zapiranje bolnišnic je bilo praznik. Vzpostavili so skupnostne centre za

mentalno zdravje, poleg tega pa še psihiatrični oddelek v splošni bolnišnici, delovne zadrage, stanovanjske skupine in izobraževalno-kulturne centre. Naloga centrov ni le neposredno delo z ljudmi v duševni stiski, temveč tudi usklajevanje drugih služb (zdravstvenih, socialnih, pedagoških, pravosodnih in policijskih) na področju duševnega zdravja nasploh. V Trstu zdaj deluje pet centrov za mentalno zdravje, ki so odprti 24 ur na dan in imajo več namenov. Ljudje pridejo na pogovor, na kosilo, zaradi druženja, urejanja pravnih zadev, po psihofarmake. Imajo pa tudi nekaj postelj, ki so namenjene preživljanju kriz. Večina osebja deluje na terenu. Pomemben del mreže služb so socialna podjetja oziroma zadrage, ki delajo po večini za zunanje naročnike in trg, njihovi izdelki in storitve pa so visokokakovostni. To ima neprecenljiv učinek na družbeno vlogo uporabnikov, njihovo samopodobo in samozavest. Italija je dosledno izvedla dezinstitutionalizacijo, kar pomeni, da so zaprli bolnišnice in jih nadomestili s skupnostnimi službami. Bili so dosledni in so zajeli tako državno kot lokalno raven. V primerjavi z drugimi državami so dejansko izvedli dezinstitutionalizacijo v nasprotju z dehospitalizacijo in transinstitutionalizacijo. Tržačanom je uspelo vzpostaviti službe, ki so javne in dostopne in zmanjšajo vlogo krize v življenju uporabnika. Spremenile so družbeni položaj ljudi z duševnimi težavami, odzivajo se na njihove potrebe in želje in delujejo izrazito demokratično.

1.5.2. BRITANSKA IZKUŠNJA DEZINSTITUCIONALIZACIJE

Proces dezinstitutionalizacije je v Veliki Britaniji potekal precej drugače kot v Italiji. V Veliki Britaniji so že v 50. letih imeli politiko skupnostne skrbi, vendar je v praksi niso uresničevali. Bilo je nekaj posameznih poizkusov, zmanjševanja bolnišničnih postelj in trajanja bivanja, vendar vse do konca osemdesetih oziroma začetka devetdesetih let niso množično zapirali bolnišnic. Ob bolnišnicah so ustanavljali še skupnostne službe, saj je bil psihiatrični lobi premočan, politika pa ni želela sprememb. Tako so komaj v osemdesetih letih uspeli spremeniti javno mnenje do te mere, da so začeli hitro in načrtno zapirati bolnišnice. Za britanski primer je značilna dezinstitutionalizacija od

zgoraj navzdol in ne iz civilnodružbene, gibanjske baze. Na podlagi mnenja izbrane komisije, ki je priporočila razvoj skupnostnih služb in zapiranje bolnišnic, so se pozneje lotili dezinstitutionalizacije. Eden od poglobitnih razlogov je bilo pomanjkanje denarja in skupnostna skrb se je zdela precej vabljiva opcija. Prej je imel glavno besedo v azilih psihiater, po novem pa je postal zgolj partner menedžerju, ki je bil odgovoren za poslovanje. Tako je za Veliko Britanijo značilno, da so dezinstitutionalni procesi pobuda menedžerjev in ne strokovne baze, gibanj ali politike. Dodatno pobudo za premik je dodal zakon o skupnostni skrbi iz leta 1992. Bolnišnice so zapirali od zgoraj navzdol predvsem zaradi nepripravljenosti ali pa odkritega odpora bolnišničnega osebja, da bi sodelovalo pri preobrazbi. Ustanovili so t. i. preselitvene time z dvojno nalogo: ugotoviti potrebe ljudi, nastanjenih v bolnišnici, ter jih usposobiti za preselitev v skupnost, ob tem pa tudi vzpostaviti in zagotoviti nove službe v skupnosti. Glavni zadržek bolnišničnega osebja je bil, da je normalno življenje bolnikov samo utvara ter da je normalizacija preveč ambiciozen projekt. Posledica administrativne uvedbe spremembe se kaže tudi na terenu. Zaradi pomanjkanja novih konceptov in nespremenjenih odnosov moči osebje nadaljuje azilsko logiko obravnave ljudi v stiskah. Takšna politika pa zaradi nedoslednosti tudi stroškovno ni učinkovita (Flaker 1998: 218–229).

1.5.3. PREDNOSTI IN SLABOSTI DEZINSTITUCIONALIZACIJE V RAZVITIH DRŽAVAH

Po publikaciji Svetovne zdravstvene organizacije: Organizacija storitev duševnega zdravja iz leta 2003 (World Health Organization – Mental Health – Resources-Organization of services for Mental Health 2003) povzemam prednosti in slabosti procesa dezinstitutionalizacije v razvitih državah.

Prednosti se kažejo v tem, da dezinstitutionalizacija pomeni premik od prisilne hospitalizacije in institucionalizacije k rehabilitacijskim programom v skupnosti. To je bolj humano, saj preprečuje škodljive psihološke posledice dolgotrajne hospitalizacije in se

osredotoča na reintegracijo uporabnikov v skupnost. Vključuje preprečevanje novih hospitalizacij z zagotavljanjem alternativnih skupnostnih storitev in programov, katerih delovanje je domnevno cenejše. S tem spodbuja strokovno in stroškovno učinkovitost. Gre za vključitev dolgotrajno institucionaliziranih uporabnikov, ki so jih ustrezno pripravili, v skupnost. S tem se prepreči škodljive učinke dolgotrajnejšega bivanja v instituciji, kot sta apatija in izguba interesa, ter tudi zniža stroške dolgotrajne oskrbe uporabnikov v psihiatričnih ustanovah.

Slabosti procesov dezinstitutionalizacije se kažejo v tem, da ta pogosto ni zagotovila nujnih dolgoročnih virov oziroma sredstev za vzdrževanje služb duševnega zdravja v skupnosti. Potem ko je dezinstitutionalizacija po eni strani zmanjšala dolgotrajno bivanje uporabnikov v institucijah, je po drugi strani povzročila povečanje števila vnovičnih kratkotrajnih hospitalizacij specifične skupine uporabnikov, ki potrebujejo bolnišnično zdravljenje. V nekaterih primerih je to vodilo k povečanju brezdomstva med ljudmi s težavami v duševnem zdravju in k visoki stopnji duševnih težav med zaporniško populacijo.

1.6. NORMALIZACIJA

Brandon (1993) pravi, da so besedo normalizacija prvič uporabili v šestdesetih letih na Danskem. Vodja danskih služb za ljudi s težavami v duševnem razvoju Bank-Mikkelsen je normalizacijo opredelil kot "dopuščanje, da si duševno zaostali ustvarijo eksistenco, ki je kolikor mogoče blizu normalni."

Pozneje je na Švedskem Nijre razširil koncept: "Pri principu normalizacije je pomembno ustvariti ustrezne pogoje za to, da prizadeta oseba občuti normalno spoštovanje, ki gre vsakemu človeškemu bitju. Tako je treba v vsem, kar zadeva prizadeto osebo, kolikor je le mogoče upoštevati njeno izbiro, njene želje, zahteve in težnje. Mnogi ljudje imajo težave z uveljavljanjem v družini, med prijatelji, sosedi, sodelavci in drugimi ljudmi. Še zlasti težko je človeku, ki je invaliden ali zaradi česar koli drugega podcenjen. Toda

navsezadnje mora celo poškodovana oseba funkcionirati kot razpoznaven individuum in svojo identiteto sebi in drugim definirati z okoliščinami in pogoji svoje eksistence. Pot do samodoločbe je za poškodovano osebo težka, a nadvse pomembna.”

V ZDA je Wolf Wolfensberger leta 1972 precej preoblikoval to definicijo: “Z uporabo sredstev, ki so kulturno kolikor mogoče normativna, vzpostaviti in/ali ohraniti vedenje in karakteristike, ki so kulturno kolikor mogoče normativne. O’Brien in Tyne sta definicijo dopolnila: “Z uporabo sredstev, ki so v naši družbi cenjena, razvijati in podpirati osebno vedenje, izkušnje in karakteristike, ki so prav tako cenjene.”

Pojem normalizacije je bil zdaj manj povezan s tem, kar je bilo “normalno” ali “povprečno”, in bolj s tem, kar je bilo kulturno cenjeno.

Tanja Lamovec (1995: 196–199) piše, da Wolfensberger izhaja iz spoznanja, da so nekatere skupine ljudi (telesno in duševno prizadeti, bolni, ostareli idr.) v družbi že po tradiciji razvrednoteni. Nanje se gleda kot na nekoristne in neproduktivne in zato manjvredne. Zavzema se za vključevanje teh ljudi v skupnost na različnih področjih, kot so izobraževanje, delo, prosti čas, stanovanje idr. Z uporabo simbolov, predstav in drugih sredstev, ki jih kultura visoko vrednoti, naj bi prizadetim omogočili živeti tako, kot je v družbi cenjeno. Zato bi bili pripadniki teh skupin v družbi tudi bolj pozitivno ovrednoteni.

Ustanove, namenjene tem ljudem, še utrjujejo takšno stanje. Wolfensberger navaja 7 tem v procesu razvrednotenja, ki so hkrati izhodišča za doseganje pozitivnega vrednotenja.

1. *Pomanjkanje zavedanja*. Uslužbenci se ne zavedajo, na kakšne načine socialno razvrednotijo uporabnike.
2. *Pojmovanje vloge uporabnika*. Uporabnike dojemajo kot neodgovorne, nesposobne produktivnega življenja v skupnosti, skoraj kot nečloveške.
3. *Stopnjevanje drugačnosti*. Če razvrednotene ljudi nagnetemo v isto ustanovo, torej ločimo od zunanjega sveta, to še poveča stigmatiziranost in ovira uspešno vključevanje po vrnitvi v skupnost.

4. *Osebna učinkovitost.* Ustanove zanemarjajo vidike osebne učinkovitosti, namesto da bi jih spodbujale. Gojiti je treba prepričanje, da ima vsak človek zmožnosti, ki jih lahko razvija.
5. *Vzorniki.* Uporabnikom je treba predstaviti pozitivno vrednotene vzornike iz njihovih vrst.
6. *Predstave.* Mediji spodbujajo negativne predstave o prizadetih.
7. *Socialna integracija.* Prizadeti so izločeni iz družbe, kar zavira njihove socialne spretnosti. Poleg tega ločevanje spodbuja nestrpnost do drugačnosti.

Lačen (2001) po Brandonu povzema temeljna načela normalizacije, ki jih opredeljuje kot "načela vsakdanjega življenja":

- *Načelo dobrih medsebojnih odnosov:* nas usmerja v to, kako razvijati tople in prijazne odnose z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju;
- *Načelo socialne participacije:* omogoča ljudem s težavami v duševnem zdravju, da so dejavno udeleženi v socialnem odnosu, kar pomeni, da sami sprejemajo čim več odločitev o svojem življenju;
- *Načelo osebnega razvoja:* daje ljudem s težavami v duševnem zdravju možnosti za razvoj, z upoštevanjem njihovih specifičnih sposobnosti in popolne pravice do intimnosti;
- *Načelo resničnega povezovanja:* govori o vključenosti ljudi s težavami v duševnem zdravju v različna društva in organizacije;
- *Načelo resnične izbire:* pomeni za ljudi s težavami v duševnem zdravju tudi tveganje, da ima njihova izbira resnične učinke oziroma posledice v njihovem življenju.

1.7. KRIZNI TIM KOT ALTERNATIVA HOSPITALIZACIJI

Krizni tim je alternativa bolnišnični obravnavi duševnih težav. Glavni namen njegovega delovanja je preprečiti hospitalizacijo in njene škodljive posledice.

Tanja Lamovec (1998: 169–170) opisuje tim kot majhno skupino ljudi, ki se povežejo, da bi dosegli skupni cilj. Poznamo različne vrste timov, ki so bolj ali manj strukturirani oziroma formalno določeni. Bistvena značilnost tima je nehierarična struktura. Vloge so porazdeljene, povezuje jih koordinator. Med poglavitne prednosti timskega dela štejemo: večjo produktivnost, izboljšano komunikacijo in pretok informacij, možnost opravljanja zapletenih in raznolikih nalog, boljšo izrabo virov, ustrežnejše odločitve, večjo povezanost in hkrati večjo diferenciacijo sodelavcev.

Tanja Lamovec (1999: 12) pravi, da človek v akutni krizi potrebuje ob sebi ljudi, ki jim zaupa in ki mu dajejo čustveno oporo. S psihofarmaki lahko znižamo stopnjo vzburjenja in odpravimo nekatere moteče pojave, krize same pa ne moremo odstraniti. Najboljše zdravilo je čas in mirno, naklonjeno okolje. Vsaka kriza v sebi nosi tudi priložnost za rešitev problemov na zrelejši ravni. Bistveno je, da posameznik uspešno reši problem, ki je povzročil krizo. Krizni tim ponuja ugodno, ponavadi domače okolje kot nasprotje instituciji, ki praviloma samo še poglobi krizo. Poleg tega posameznik dobi psihiatrično nalepko, zaradi katere je dosmrtno zaznamovan. Če krizo preživlja doma ali na primer v kriznem centru, tako ni izpostavljen poniževalnemu in kaznovalnemu odnosu bolnišničnega osebja, ampak ga obkrožajo prijateljsko in spodbudno naravnani ljudje, ki mu stojijo ob strani.

Poznamo tako strokovne kot laične krizne time. Sestavljajo jih strokovnjaki, prostovoljci in sami uporabniki. Tim skrbi za ustvarjanje prijetnega, blagodejnega okolja in mreže ljudi, ki skrbijo za človeka po načelu "temeljne pozornosti" [*basic attendance*]. (Zaviršek 1997: 102).

Načelo temeljne pozornosti po Podvollu (1990: 253) sestavljajo te lastnosti: nežnost, jasnost, mirnost, budnost in smisel za humor. To načelo je pomembno tako za delo z uporabnikom, kot tudi za odnos med člani kriznega tima. Član kriznega tima je lahko vsakdo, ki ravna po tem načelu, ne da bi moral biti strokovnjak. Podvoll poudarja, da v takšnem ugodnem okolju v zavesti uporabnika nastajajo "otoki jasnosti", kar mu omogoča, da se poda na pot iz krize.

Tanja Lamovec (1995: 207–208) opisuje strokovni krizni tim. To je 3–5 ljudi (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog ...), ki spremljajo posameznika, ko zaprosi za pomoč. Naloge tima so: posredovanje v družini, po možnosti dokler traja kriza, vodenje primera [*case management*] in svetovanje. Veččlanska skupina je potrebna zato, da je uporabniku vedno na voljo vsaj en človek, ki ga dobro pozna. Odsotnost posameznega delavca tako ni problematična. Člani se med seboj posvetujejo in si zagotavljajo supervizijo. Tim deluje 24 ur na dan. Rezultati raziskav kažejo, da ta način zmanjša število hospitalizacij za polovico. Večina delovnih nalog kriznega tima poteka na domu uporabnikov. Naloga kriznih posredovanj zahteva dobro sodelovanje z različnimi službami: splošnim zdravnikom, policijo in osebjem skupnostne službe.

Razlogi za krizno posredovanje:

- Prihod na dom pogosto prepreči hospitalizacijo.
- Posredovanje na domu daje natančnejše podatke o razmerah, uporabnik se čuti bolj varnega in ima dostop do svoje običajne socialne mreže.
- Posredovanje tima omogoči sodelovanje in usmerjanje družine pri zdravljenju.
- Krizni tim lahko moteče vedenje prikaže kot razumljiv, običajen odziv na stres.
- Podpora tima lahko uporabniku pomaga ohraniti njegovo prejšnjo vlogo v družini in širšem socialnem okolju.

Posredovanje na domu prepreči preobrazbo uporabnika v "kroničnega bolnika" in s tem tudi stigmatizacijo. Tudi dostopnost posebnih bivanjskih enot lahko zmanjša število hospitalizacij, če posameznik nima socialne opore ali pa je družina že povsem izčrpana.

Koristna je tudi, kadar je posameznik nevaren sebi ali drugim ali pa, če je bilo posredovanje v družini neuspešno. Za ta namen imajo v Italiji centri za duševno zdravje na voljo nekaj postelj ali pa preuredijo prostore kake stanovanjske skupine. Imajo tudi spremljevalce, ki delajo družbo ljudem v hujši krizi. Zaželeno je, da v kriznem timu sodeluje vse osebje službe duševnega zdravja. Člani tima so pozneje na voljo uporabnikom ali družini za svetovanje in spremljanje. Pomembno je, da se člani tima med seboj obveščajo o dogajanju.

Tanja Lamovec (1995: 327–330) predlaga osnovne smernice za pomoč človeku v krizi:

- navzočnost,
- odprtost,
- prizemljenost,
- izogibanje presojanju,
- vključevanje človeka v svoje življenje,
- pomagati prepoznati obdobja jasne zavesti,
- pomagati vzbuditi zanimanje za stvarne objekte,
- prepustiti človeku odgovornost, da stori, kar je sposoben,
- ustvariti prijateljski odnos.

Smernicam sledi opis primera pomoči na domu. Uporabnik je bil v petih letih trikrat hospitaliziran, in sicer po 5 mesecev. Vsakič je potreboval približno leto dni, da se je postavil na noge. Po posredovanju kriznega tima pa je bil po treh mesecih že sposoben delati. S tem uporabnikom sem se imela v času raziskovanja za diplomsko nalogo priložnost tudi srečati. Povedal mi je, da od takrat že več kot deset let nima nobenih psihičnih težav, ne obiskuje psihiatra in ne jemlje psihofarmakov. Živi urejeno, ima zaposlitev, ki ni stresna in ga veseli. Poleg tega ima urejeno družinsko življenje, kar je po njegovem mnenju poglavitni dejavnik, ki je pripomogel k temu, da ne doživlja več kriz.

Po Tanji Lamovec (1995: 316–318) povzemam skrajšan priročnik uporabniške organizacije iz ZDA za oblikovanje in delovanje kriznega tima.

Za delo s človekom v krizi je skoraj nujno oblikovati tim, saj je delo za enega človeka prenaporno in zato neuspešno. Tim da človeku v krizi jasno vedeti, da so mu pripravljeni pomagati in mu tudi natančno povedo, kaj konkretno so pripravljeni storiti. Eden od članov tima naj prevzame vlogo zagovornika, ki bo človeku v krizi pomagal jasno izraziti svoja stališča in čustva. Tim naj bi štel najmanj pet članov. Razdeliti je treba naloge in določiti koordinatorja, ki mora biti z vsem na tekočem. Vsi člani tima morajo imeti telefonske številke preostalih članov, da se lahko prilagajajo spremembam v urniku, ki navadno pokrivajo 24 ur na dan. Koristno se je povezati tudi z obstoječo socialno mrežo uporabnika, jim pokazati nove načine ravnanja, poleg tega pa se od njih lahko tudi veliko naučimo. Tim se mora pogosto srečevati in razreševati tudi negativna čustva, ki jih vzbuja delo z uporabnikom. Člani tima ga ne nadzorujejo in ne zdravijo. Razen v primerih resne nevarnosti niso odgovorni za življenje uporabnika. Ta mora imeti možnost izraziti svoje želje, tim pa mu razloži svoje omejitve. Če ni mogoče doseči dogovora, se sodelovanje prekine. V času akutne krize mora tim poskrbeti tudi za osnovne življenjske potrebe uporabnika. Ko je najhujša kriza mimo, ga še vedno spremljajo, vendar v manjšem obsegu. Človek se mora držati določenih pravil obnašanja, kar je kljub krizi navadno sposoben. Odnos mora biti prostovoljen z obeh strani, kar pomeni, da načelno ne delamo s človekom, ki nam ni všeč oziroma ob katerem se počutimo nelagodno. Kljub nenavadnemu vedenju je treba človeku v krizi ponuditi razumevanje. Moteče vedenje, ki ne presega dogovorjenih meja, je najbolje spregledati in se odzivati, kot da je vse v redu. Pomembno je, da se pogovarjamo in ohranjamo stik. Odzivamo se na tisto, kar lahko razumemo. Poskrbimo za to, da človek sam opravi, kar zmore. Posebno pomembno je, da ne poskušamo pomagati sami, če je v krizi naš bližnji, saj nas to lahko zaradi čustvene navezanosti še bolj izčrpa in lahko posledično pripelje do tega, da se želimo znebiti prizadetega.

Zelo pomembno se mi zdi mnenje Tanje Lamovec (1995: 319) o znanju in usposobljenosti za delo v kriznem timu. To ima toliko večjo težo, ker je bila tudi sama

uporabnica s številnimi izkušnjami: "Ni potrebno nobeno posebno znanje. Vsi ljudje imamo prirojeno zmožnost pomagati drug drugemu. Človek v krizi je predvsem človek, kot ste vi, in ima enake potrebe. Storite tako, kot bi želeli, da drugi ravnajo z vami, če bi se znašli v podobni situaciji. Če ne veste, kako ravnati, ga največkrat lahko vprašate. Sicer pa: zaupajte svoji intuiciji."

Največkrat so člani tima prostovoljci. Vodja navadno izbere preostale člane. Predhodno se udeležijo kratkega treninga, ki poteka v obliki igranja vlog. Poleg prostovoljcev tim sestavljajo tudi člani družine uporabnika, prijatelji in nekdanji uporabniki. Tim se redno sestaja, sodeluje tudi človek, ki potrebuje pomoč. Dogovorijo se o načinu dela in naredijo razpored. Tanja Lamovec predlaga, naj bo vsak član tima z uporabnikom do 3 ure na dan. To je dovolj časa, da je možno nekaj početi skupaj, hkrati pa ne povzroča pretirane izčrpanosti. Bistveno je, da člani tima uporabnika sprejemajo in spoštujejo. Delo tima ni strokovno, pa vendar vsebuje elemente področij, kot so psihologija, socialno delo, delo medicinske sestre ... Vodja tima ima zahtevno nalogo: poišče člane tima, usklajuje delo, skrbi za razpored, za stike z družino, vodi sestanke in mora biti na tekočem z vsem dogajanjem, po potrebi nudi tudi supervizijo članom tima. Delo tima poteka na domu uporabnika in zunaj (sprehodi, opravki, obisk kulturnih prireditev in podobno). Osebnost članov tima je pomembnejša kot specifična znanja. Pomembno je, kakšne vrednote ima človek (Lamovec 1995: 325–326).

Koristen pripomoček za uporabnike psihiatrije, ki bi ga pri sklenitvi dogovora o delovanju kriznega tima morali upoštevati, je Psihiatrični testament, ki ga je objavil znani ameriški antipsihiater Thomas Szasz leta 1982. Ta dokument naj bi omogočal, da ljudje v stanju racionalne zavesti načrtujejo, kakšno obravnavo želijo v prihodnosti, če bi jih drugi prepoznali za nore oziroma bolne. V tem primeru morebitnega uporabnika zastopa ena ali več zaupnih oseb, ki jih navede v testamentu. Testament naj bi dosegel dvoje. Po eni strani naj bi varoval morebitne paciente pred nezaželenimi psihiatričnimi sredstvi, po drugi strani pa terapevte in psihiatre, ki hočejo uporabljati druge metode (na primer psihoterapijo), pa se bojijo morebitnih negativnih posledic in zato privolijo v tradicionalne oblike psihiatrične obravnave (Zaviršek 1991).

Še boljša kot krizno posredovanje pa je preventiva, torej izobraževanje uporabnikov, kako prepoznati zgodnje znake krize in jih tako preprečiti. Pri tem lahko pomaga samoopazovanje, opazovanje družinskih članov, učenje samostojne uporabe psihofarmakov, skupine za samopomoč ... (Lamovec 1998).

Tanja Lamovec (1995: 105) zagovarja tudi pomoč brez psihofarmakov. Omenja na primer varne hiše, kamor lahko človek pride in odide, kadar želi. Tam lahko izživi in premaga "nore" izkušnje, lahko se umakne pred razmerami, ki so povzročile ali sprožile krizo. Človek v krizi potrebuje predvsem podporo in običajne stvari, kot drugi ljudje.

Darja Zaviršek (1997: 101–110) pojasnjuje, da v procesu psihoze obstaja naraven tok, ki ga lahko spodbujamo s podporo, ob kateri psihoza izzveni. Če človeku v tem procesu ob strani stojijo ljudje po načelu temeljne pozornosti, se bo psihotični proces v določenem času končal.

Danes je dobro znano, da psihofarmaki niso zdravila, saj ne zdravijo ničesar, le v akutni krizi pomagajo znižati stopnjo vzburjenja. Pomembno je zelo previdno jemanje čim manjšega odmerka in postopno ukinjanje takoj, ko dosežejo svoj učinek (Podvoll 1990:228).

Tanja Lamovec (1995: 72) opisuje, da nevroleptiki delujejo tako, da zavirajo delovanje nevrottransmitterjev, katerih količina se v stresu oziroma krizi poveča. Raziskave kažejo, da se ljudem, ki dalj časa jemljejo nevroleptike, poveča število mest, kjer se izloča nevrottransmitter dopamin. Po tej logiki torej človek, ki preventivno jemlje nevroleptike, postaja še bolj dovzeten za psihozo.

Glasser (2003) popolnoma zavrača uporabo psihofarmakov. Predstavlja tudi izsledke raziskav zdravljenja depresije s placebom, ki je bilo enako uspešno kot zdravljenje z resničnimi zdravili. Pove pa resnico o psihofarmakih, ki jo bomo od psihiatra zelo težko slišali: da povzročajo odvisnost, da ne zdravijo razlogov za nastanek "duševnih bolezni", da po določenem času njihov učinek izzveni, zato je treba povečati odmerek ali menjati

“zdravilo”. Poleg tega vse več raziskav potrjuje, da so psihofarmaki škodljivi tako za fizično kot tudi psihično zdravje. S tem se strinjata tudi Podvoll (1990) in Breggin (1999).

1.7.1. AKTUALNE RAZMERE NA PODROČJU KRIZNIH TIMOV

1.7.1.1. SLOVENIJA

Tanja Lamovec (1999: 109) navaja, da je pred desetimi leti na Visoki šoli za socialno delo potekalo usposabljanje uporabnikov psihiatrije in študentov prostovoljcev za dežurstvo v kriznem centru. Center naj bi deloval v sklopu uporabniške organizacije Paradoks.¹

Redni člani bi lahko bili le ljudje, ki so sami preživeli izkušnjo psihiatrične hospitalizacije, izredni član pa bi bil lahko kdor koli, ki bi se strinjal s cilji društva. Člane so praktično usposobili z metodo igranja vlog. Vsak udeleženec se je obvezal, da bo 6 ur na teden prostovoljno delal, v zameno pa dobil možnost uporabe centra, če bi začutil, da to potrebuje. Krizni center temelji na psihosocialnem pristopu, kjer ljudje ne dobijo diagnoze, ki bi jih spremljala vse življenje, temveč prijateljski pogovor in zavetišče.

Krizni timi pri nas še niso uveljavljeni in se ne financirajo iz državnega proračuna. Glede na to, da metoda ni nova in da izkušnje iz prakse kažejo, da je uspešna, sem se sklenila o tem pozanimati pri nekaterih društvih, ki delujejo na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Zanimalo me je, kako se odzivajo na krize svojih uporabnikov, ali imajo v svojih programih tudi krizne time oziroma ali to storitev načrtujejo v prihodnosti.

Vzpostavila sem stik s temi društvi: Altra, Ozara, Šent, Mostovi, Novi Paradoks in Dam.

Vsa omenjena delujejo na področju duševnega zdravja in izvajajo različne programe:

¹ Na Novi paradoks sem povprašala, ali je krizni center zaživel, vendar nisem dobila odgovora. Na njihovi spletni strani ta storitev ni omenjena.

informiranje in svetovanje, stanovanjske skupine, dnevni centri, zaposlitveni programi, skupine za samopomoč, zagovorništvo in varovanje človekovih pravic, različne delavnice, športne in druge prostočasne dejavnosti, socialno podjetništvo, delo s svojci in prostovoljci ter projekti krepitve moči in destigmatizacije uporabnikov.

Večina teh društev deluje po vsej Sloveniji, razen društva DAM, ki deluje prek spletne strani, ki je namenjena predvsem informiranju in povezovanju uporabnikov, izmenjavi izkušenj in mnenj. V nadaljevanju predstavljam njihove odgovore glede kriznih timov.

1.7.1.1.1. DRUŠTVO ALTRA (ODBOR ZA NOVOSTI V DUŠEVNEM ZDRAVJU)

Na društvu Altra sem dne 18.05.2011 naredila intervju z vodjo svetovalne službe dr. Suzano Oreški, univ. dipl. soc. del. Povedala mi je, da so v preteklosti organizirali laične krizne time za nekatere uporabnike. Metoda dela ji je torej dobro znana in meni, da bi bila v Sloveniji zelo potrebna. Po njenem mnenju kriza v domačem okolju hitreje mine in uporabniki imajo po njej tudi več upanja za prihodnost. Vendar je največja ovira pomanjkanje kadra in seveda financiranje. Društvo se financira na podlagi programov, ki jih izvajajo, krizni tim pa ni del programa, zato tega tudi ne morejo izvajati. Kljub temu v primeru krize pomagajo s svetovanjem na primer svojcem, ki skrbijo za uporabnika, ki je v krizi, in v okviru tega tudi predlagajo hospitalizacijo šele, ko so izčrpane vse druge možnosti.

Govorila sem tudi z vodjo stanovanjskih skupin Andrejo Vučak, univ. dipl. soc. del. V stanovanjskih skupinah ob krizi povečajo navzočnost strokovnih delavcev (24 ur). Poleg tega naredijo analizo tveganja, na primer za potovanje uporabnika v tujino. Tudi ona je v preteklosti sodelovala v laičnih kriznih timih. Danes pa preprosto ni dovolj kadra za to obliko pomoči, pa tudi ritem življenja je na splošno prenaporen, da bi ljudje v kriznih timih lahko sodelovali prostovoljno.

1.7.1.1.2. DRUŠTVO OZARA SLOVENIJA

V društvu Ozara si z njihovimi programi (stanovanjske skupine in pisarne za informiranje in svetovanje, ki vsebuje elemente terenskega dela) prizadevajo, da pri uporabnikih, pri katerih zaznajo znake poslabšanja, preprečijo hospitalizacijo oziroma si prizadevajo, da čim dlje ostanejo doma ali v stanovanjski skupini. V teh primerih praviloma skličejo krizne time oziroma sestanke, na katere povabijo tudi njihove lečeče psihiatre, hkrati pa povečajo intenzivnost stikov (v stanovanjskih skupinah imajo vzpostavljen sistem 24-urnega dežurstva, v okviru terenskega dela pa povečajo pogostost obiskov na domu) in storitev (tako strokovnega dela kot tudi osebne oskrbe – na primer spremljanje po opravkih in k psihiatru, pomoč v gospodinjstvu, plačilu položnic ipd.) za takšnega uporabnika. V teh razmerah še posebej skrbno spremljajo stanje uporabnika, po potrebi izdelajo tudi analizo tveganja. Uporabnike, ob predhodnem dogovoru z lečečim psihiatrom, praviloma spodbujajo k povečanemu jemanju predpisane terapije. Če se stanje kljub temu poslabšuje in je zdravje uporabnika že bistveno ogroženo, potem znotraj tima razmislijo, ali je morebiti potrebna bolnišnična obravnava.

Če pa uporabnik postane fizično nevaren drugim ali sebi (hujša samomorilna ogroženost), pa vso energijo in znanje usmerijo v njegovo motiviranje za obisk bolnišnice. Posebno poglavje so primeri, v katerih je bolnišnično zdravljenje več kot očitno potrebno, uporabnik pa ga odklanja. V teh primerih storijo vse, da je postopek morebitnega sprejema zanj čim manj stresen.

O ustanavljanju kriznih timov so sicer razmišljali, a je preveč zakonskih ovir (spremeniti bo treba vsaj zakon o zdravstveni dejavnosti ter vključiti resolucijo nacionalnega programa duševnega zdravja), pa tudi finančnih (zaradi več vpletenih strokovnjakov in laikov ter dela v turnusu so stroški dela zelo visoki, pojavi pa se tudi vprašanje financiranja), da bi se lotili uvajanja tega koncepta v vsakdanjo prakso. (pisni odgovor mag. Bogdan Dobnik, dipl. soc. del., 13.05.2011)

1.7.1.1.3. DRUŠTVO ŠENT (SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA DUŠEVNO ZDRAVJE)

Šent izvaja tudi program stanovanjskih skupin na 11 lokacijah po Sloveniji, v katere je vključenih 51 ljudi s težavami v duševnem zdravju. Gre za sobivanje 4–6 ljudi, ki med sabo niso v sorodu ali kako drugače povezani. V programu so zaposleni strokovni delavci (soc. del., psih., del. terap., spec. pedagog.), laični delavci ter prostovoljci. Zdravstvenega kadra (psihiater, med. sestra ...) nimajo. Prav tako nimajo organiziranega kriznega tima v taki obliki, kot ga opisujem v nalogi, prvič zato, ker so kadrovske podhranjeni, drugič zato, ker so zaposleni v programu navzoči le 8 ur na dan med delavniki. Prizadevajo si, da uporabnik preživi krizo v stanovanjski skupini, a do te mere, dokler to ni moteče ali ogrožajoče zanj ali sostanovalce. Gre namreč za sobivanje nekaj ljudi, zato lahko poslabšanje zdravstvenega stanja enega zelo hitro vpliva tudi na zdravstveno stanje drugih. Ko začnejo opazovati, da nekdo težko biva v stanovanjski skupini in da mu ne morejo več pomagati, lahko to imenujejo tudi kriza. Takrat uporabniku svetujejo pregled pri zdravniku specialistu (ga tudi spremljajo na pregled, če to želi), ki nato poda mnenje o tem, ali je potrebna hospitalizacija. Če ni potrebna, se z zdravnikom in uporabnikom običajno dogovorijo za pogostejše spremljanje, vključitev v skupnostno psihiatrijo ali na dnevni oddelek psihiatrične bolnice in z uporabnikom sklenejo dogovor o bivanju, jemanju terapije in načinu pomoči. Kriznih timov torej Šent nima, vendar se v zadnjem obdobju, predvsem po sprejetju zakona o duševnem zdravju, vse večkrat dogaja, da ljudje krize preživljajo zunaj bolnišnice (v primerih, ko zavračajo bolnišnično zdravljenje). Z nekom, ki se je kljub mnenju zdravnika, da je potrebna hospitalizacija, odločil, da se ne bo vključil v bolnišnično zdravljenje in da se bo vrnil v stanovanjsko skupino, poskušajo skleniti dogovor, če privoli vanj. Žal pa sklenjeni dogovori trajajo zelo kratek čas in se jih uporabnik zaradi poslabšanega zdravstvenega stanja po večini ne zmore držati. Stanovanjska skupina, v kateri biva, je v tem času bolj pokrita, kar pomeni največ 8 ur na dan, zunaj delovnega časa pa so dosegljivi po telefonu, čeprav tega nimajo v programu. Organizirajo tudi sestanek s sostanovalci in jim delno predstavijo razmere ter se dogovorijo o njihovem ukrepanju ob morebitnih izrednih razmerah, saj prav tako nimajo možnosti oziroma prostora, da bi uporabnika umaknili v

drugo, primernejše okolje. Posledično to pomeni zelo velike obremenitve za druge stanovalce. Ti so zaradi bivanja z uporabnikom, ki preživlja krizo, izjemno obremenjeni in zato doživljajo hude stiske, kar negativno vpliva na njihovo počutje in zdravstveno stanje. Prav tako je to zelo obremenjujoče za strokovne delavce (ponavadi sta vključena dva), saj nimajo prostovoljcev za take primere. Menijo, da je storitev kriznih timov nujna in da bi jo bilo smiselno oblikovati in razvijati. (pisni odgovor Andreje Jordan, univ. dipl. soc. del., strokovne voditeljice programa stanovanjske skupine, 26.05.2011).

1.7.1.1.4. DRUŠTVO MOSTOVI

Že od leta 2008 načrtujejo krizni tim, vendar zaradi pomanjkanja kadra za zdaj ostaja samo pri načrtih.

1.7.1.1.5. DRUŠTVI NOVI PARADOKS IN DAM

Iz društev Novi Paradoks in DAM (Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami) nisem prejela odgovora.

Ugotovila sem, da v večini opisanih društev poznajo metodo kriznega tima. V preteklosti so že organizirali laične krizne time za nekatere uporabnike. Zdaj zaradi zakonskih ovir, pomanjkanja kadra in finančnih omejitev te storitve ne izvajajo nikjer. Ob morebitni krizi kljub temu izvajajo določene ukrepe, kot so: krizni sestanki, povečanje navzočnosti strokovnih delavcev v stanovanjskih skupinah, analiza tveganja in delo s svojci. Če kljub navedenim ukrepom ugotovijo, da je uporabnik nevaren ali preveč moteč za okolico (na primer v stanovanjski skupini), predlagajo hospitalizacijo.

1.7.1.2. TUJINA

V tujini so alternative hospitalizaciji, kot so krizni centri in krizni timi, precej bolj razvite. V nadaljevanju predstavljam projekt Windhorse, centre duševnega zdravja v Trstu in strokovne krizne time, kot jih poznajo v Veliki Britaniji in Avstraliji.

1.7.1.2.1. PROJEKT WINDHORSE

Podvoll je leta 1981 razvil projekt Windhorse, ki je postal model za različne skupine na področju duševnega zdravja po svetu. Pri njegovem načinu zdravljenja sicer ne gre za mobilne krizne time, kot jih opisujem, temveč uporabniki bivajo v nekakšnih kriznih centrih oziroma stanovanjskih skupinah. Bivanje pa se z razrešitvijo krize ne konča, temveč se nadaljuje, dokler uporabnik ni sposoben živeti samostojno.

Podvoll (1990) se je zavedal negativnih posledic hospitalizacije in pozitivnega učinka celovitega pristopa k reševanju duševnih stisk v skupnosti oziroma domačem okolju. Prepričan je bil v to, da je možna popolna ozdravitev in osebna rast v nasprotju z vegetiranjem uporabnikov v psihiatričnih ustanovah. Eden od ciljev rehabilitacije je tudi ukinitvev nevroleptikov.

Predvsem je za uporabnika pomembno, da je obkrožen z zdravimi ljudmi. Bližina ljudi, ki imajo podobne težave, le poslabša njegovo stanje. Člani tima si morajo vzeti čas za uporabnika in biti popolnoma navzoči. Včasih se zgodi zanimiv fenomen, in sicer se na trenutke vloži člana tima in uporabnika zamenjata, tako da je težko določiti, kdo pravzaprav skrbi za koga. Za Podvolla je pri skrbi po principu "temeljne pozornosti" ključno, da skrbijo tako za uporabnika kot tudi za njegov življenjski prostor, torej okolje in tudi ljudi, ki živijo z njim (družino, sostanovalce, prijatelje). Upoštevati je treba človeka v celoti, v sklopu njegovega okolja. Gre za ustvarjanje atmosfere preprostosti, topline in spoštovanja. V takšnem okolju se začne pojavljati vedno več trenutkov jasne zavesti [*islands of clarity*], ki počasi peljejo po poti okrevanja. Priporočljivo je, da je tim

sestavljen iz ljudi z različnimi odlikami, znanji in sposobnostmi. Zelo zaželeno je, da v določeni meri sodelujejo tudi otroci. Tim je za uporabnika nekakšna razširjena družina. Urnik delovanja tima obsega od ene do treh izmen po 3 ure na dan. Člana tima sta navadno tudi 2 sostanovalca, ki živita z uporabnikom in mu omogočata normalno in stabilno domače okolje. Uporabnikom omogočijo tudi psihoterapijo. Bistveni elementi terapije so: vzdrževanje gospodinjstva, vzpostavljanje zdravih odnosov, strukturiranje dnevnih dejavnosti z namenom stabilizacije dnevnega ritma.

Projekt Windhorse so razširili na delo s starejšimi, otroki, ljudmi s poškodbo glave, zasvojenici, ljudmi z različnimi duševnimi stiskami in za premagovanje težkih življenjskih obdobij. Bistveno je, da uporabnik okreva v domačem okolju. Projekt zdaj deluje v ameriških zveznih državah Colorado in Massachusetts. Terapevtske skupine Windhorse pa se širijo tudi v številne druge države (Podvoll 1990, Windhorse Community Services, Windhorse Integrative Mental Health).

1.7.1.2.2. TRST – MENTAL HEALTH CENTRES (CENTRI DUŠEVNEGA ZDRAVJA)

V Trstu prav tako ne poznajo specializiranih kriznih timov, vendar je storitev vsebinsko zajeta v sklopu centrov duševnega zdravja, ki po potrebi delujejo tudi kot krizni centri.

V mestu delujejo 4 centri, ki so odprti 24 ur na dan. Osebe centra sestavljajo: medicinske sestre, socialni delavci, psihiatri, psihologi, psihiatrični rehabilitatorji in podporni delavci. Centri so opremljeni s 6–8 posteljami. Namen centrov je skrb za vse ljudi, ki se znajdejo v duševni stiski, ne le tiste z diagnozo duševne bolezni, ampak tudi za pomoč pri premagovanju težav, povezanih s težkimi življenjskimi dogodki (travme, žalovanje, ločitev, brezposelnost, ipd.). Storitve lahko obsegajo enkratni posvet ali pa gre za bolj dolgoročno sodelovanje. V centru potekajo različne dejavnosti: svetovanje, dnevni center, obiski na domu, psihoterapija, družinska terapija, pomoč pri vzpostavitvi socialnih mrež, zaposlovanje v socialnih kooperativah, kreativne delavnice,

izobraževanje, rekreacija, skupine za samopomoč, pomoč pri urejanju administrativnih zadev in financ, svetovanje v zaporih itn.

Centri so namenjeni tudi preživljanju kriz. Glede na krizne razmere pripravijo načrt obravnave. Bivanje v centru ob krizah traja v povprečju 14 dni. Namen je omogočiti uporabniku varno okolje za preživljanje krize in tudi zmanjšati pritisk na njegovo družino. Če uporabnik preživlja krizo na domu, imajo organizirano dnevno terensko službo, ki poskrbi za jemanje psihofarmakov, svetovanje, posredovanje ob medsosedskih konfliktih, spremljanje uporabnika po različnih opravkih ipd.

Poleg tega imajo stanovanjske skupine, prehodne stanovanjske skupnosti, ponujajo podporo pri izobraževanju, zaposlovanju, stanovanjskih vprašanjih, organiziranju prostočasnih dejavnosti itd. Pomoč ponujajo tudi na terenu.

(Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, intervju s Cristino Brandolin, vodjo psihiatričnih medicinskih sester v Trstu, 25.05.2011)

Mezzina (2008), vodja tržaške službe duševnega zdravja, opisuje, kako ravna v primeru krize. Hospitalizacija je zadnja možnost, ki se ji poskušajo izogniti ob pomoči mobilnih timov [*home treatment teams*], kriznih centrov [*crisis houses*] in pomoči v okviru stanovanjskih skupnosti [*family sponsor homes*].

Osnovno načelo "kriznega menedžmenta" je delovanje v uporabnikovem življenjskem okolju, usmerjenost k ljudem in njihovim potrebam, v nasprotju z medicinskim modelom, ki se ukvarja predvsem s simptomi in tveganji. Razlog, da nimajo posebne krizne službe oziroma kriznih timov, je ta, da so posredovanja v krizah ena od osnovnih dejavnosti centrov duševnega zdravja. V okviru teh pa seveda lahko izkoristijo vse razpoložljive vire, ki jih ponujajo centri.

Delovne principe posredovanj ob krizah lahko strnemo v teh točkah:

- dostopnost in mobilnost storitev;
- posredovanje ob različnih vrstah kriz;
- individualen pristop, ki temelji na uporabnikovih potrebah in željah;

- oskrba v okviru uporabnikovega življenjskega okolja, ki preprečuje institucionalizacijo in desocializacijo;
- preprečevanje hospitalizacije (domača oskrba ali bivanje v centrih).

Prednosti obravnavanja kriz v okviru centrov duševnega zdravja v primerjavi z drugimi modeli:

- Ni čakalnih dob.
- Uporabniki že poznajo osebje centra in imajo z njimi dobre odnose, tako so posredovanja ob krizah le dodatna storitev centrov.
- Vsi objekti v okviru centrov duševnega zdravja so odprti, kar pomeni, da se uporabniki lahko prosto gibljejo.
- Prav tako ne uporabljajo nobenih drugih omejevalnih ukrepov (privezovanje, mrežne postelje, ipd.).
- Število sprejemov v urgentnem psihiatričnem oddelku splošne bolnišnice se je v dvajsetih letih zmanjšalo za več kot polovico.
- Tudi število prenočitev v centrih duševnega zdravja se je zmanjšalo za tretjino.
- V času akutnih kriz med uporabniki opažajo veliko manj dezorientiranosti in agresivnosti.
- Prisilne hospitalizacije so izjemno redke – tako je bilo leta 2005 na celotnem območju Trsta takšnih primerov le 15, od teh dve tretjini v centrih duševnega zdravja.
- Zahvaljujoč programu preprečevanja samomorov, se je samomorilnost v obdobju osmih let zmanjšala za 30 odstotkov.

1.7.1.2.3. VELIKA BRITANIJA IN AVSTRALIJA – CRT TIMI (CRISIS RESOLUTION TEAMS)

Posebna oblika kriznih timov, ki so se v zadnjem desetletju uveljavili v Veliki Britaniji in Avstraliji, so večdisciplinarni strokovni timi, katerih cilj je razrešitev krize. Delo tima

vključuje oceno uporabnikovega stanja, izdelavo načrta oskrbe in ponujanje storitev na domu, dokler se stanje ne stabilizira. Osnovni cilj delovanja tima je preprečevanje hospitalizacije. Če je ni mogoče preprečiti, krizni tim poskrbi za to, da je uporabnik čim prej odpuščen. Naslednja naloga tima je napotitev uporabnika na ustrezno službo, ki mu bo ponudila nadaljnjo oskrbo oziroma storitve. (Johnson, Needle 2008: 3)

Zasnova kriznih timov [*crisis resolution teams*], (v nadaljevanju CRT timov) izvira iz Avstralije. Leta 2000 pa je britansko ministrstvo za zdravje izdelalo nacionalni načrt za uvedbo timov po vsej državi, kar je bilo del dezinstitutionalizacije. (Johnson, Thornicroft 2008)

Razlogi oziroma teoretične podlage za razvoj in uveljavitev CRT timov:

- Škodljivost hospitalizacije oziroma institucionalizacije.
- Veliko vlogo pri razvoju krize imajo težave v družini oziroma širših socialnih mrežah.
- Če uporabnika v krizi odstranimo iz njegovega socialnega okolja, je veliko večja verjetnost, da se kriza ne bo razrešila oziroma da se bo ponovila. Če pa krizo obravnavamo v domačem okolju, ima uporabnik možnost, da se nauči novih veščin za obvladovanje težav, ki bi morebiti lahko privedle do krize.
- V nasprotju z bolnišnično obravnavo je razmerje moči med uporabnikom in strokovnimi delavci porazdeljeno enakomerno. Uporabnik se sam odloča o poteku procesa pomoči (Johnson, Needle 2008: 69).

Poglavitne značilnosti CRT timov:

- večdisciplinarnost (medicinske sestre, socialni delavci, zdravniki, klinični psihologi, delovni terapevti, drugo zdravstveno osebje, administrativno in vodstveno osebje);
- delujejo 24 ur na dan, 7 dni v tednu;
- redni stiki z uporabniki, vsakodnevni obiski (vsaj 1x);
- intenzivno kratkotrajno delo;

- tim pomaga, dokler se kriza ne razreši oziroma stanje stabilizira;
- timi so specializirani izključno za posredovanje v krizi;
- če uporabnik potrebuje nadaljnjo oskrbo (po razrešitvi krize), ga napotijo na druge ustrezne službe (Glover, Johnson 2008: 27).

Vsebina kriznih posredovanj:

- podrobna začetna ocena, ki vključuje: oceno tveganja, simptome, socialne okoliščine in odnose, uporabo oziroma zlorabo substanc, fizično zdravje;
- vzpostavitev terapevtskega odnosa in pogajanja o načrtu zdravljenja, ki je sprejemljiv za uporabnika;
- obvladovanje simptomov krize vključno z uvedbo oziroma spremembo vrste in odmerka psihofarmakov;
- skrb za redno jemanje psihofarmakov (2x na dan, če je treba);
- pomoč pri vsakodnevnih opravilih (finance, gospodinjstvo, varstvo otrok);
- čustvena opora in pogovori;
- izobraževanje o težavah v duševnem zdravju za uporabnike in njihovo socialno mrežo;
- prepoznavanje in pogovor o morebitnih sprožilcih krize, s poudarkom na družinskih in drugih pomembnih odnosih;
- preventiva in načrtovanje ukrepov ob morebitni ponovitvi krize;
- zgodnje načrtovanje nadaljnje oskrbe po razrešitvi krize (Johnson, Needle 2008: 78).

Statistični podatki od uvedbe CRT timov do leta 2006 kažejo, da se je število hospitalizacij zmanjšalo za nekaj več kot 20 odstotkov. Za približno 10 odstotkov se je zmanjšala zasedenost bolnišničnih zmogljivosti. Zato se postavlja vprašanje, ali bodo prihranki na ta račun zadostovali za dolgoročno financiranje timov (Glover, Johnson 2008: 33).

Različne študije kažejo, da se je število hospitalizacij od uvedbe timov bistveno zmanjšalo. Kažejo tudi na večje zadovoljstvo uporabnikov s storitvijo CRT timov v primerjavi s standardno obravnavo (bolnišnica, krizni centri, skupnostna skrb). Kljub temu pa so uporabniki imeli tudi pritožbe, ki so se nanašale na to, da jih je v kratkem času obiskalo preveč različnih strokovnjakov, da je šlo za površno oskrbo oziroma kratke obiske, katerih namen je bil omejen le na to, da so uporabniki zaužili psihofarmake. Oskrba je bila zgolj kratkotrajna, komunikacija med CRT timi in službami, ki so prevzele nadaljnjo oskrbo uporabnikov, je bila pomanjkljiva. (Johnson, Bindman 2008: 57)

Ena od nalog kriznih timov je "*gatekeeping*", kar pomeni, da morajo potrditi vse sprejeme v psihiatrično bolnišnico. Druga pomembna naloga, poleg preprečevanja hospitalizacije, je podpora pri zgodnjih odpustih hospitaliziranih uporabnikov (Bindman 2008: 89).

Dogajajo se tudi spori med kriznimi timi in drugimi službami duševnega zdravja, določena delovna področja se namreč prekrivajo, kar je posledično slabo za uporabnike. Delno se je tem težavam mogoče izogniti z jasno določenimi postopki in pravili, kljub vsemu pa ti ne morejo nadomestiti kakovostne komunikacije in sodelovanja med različnimi službami (Bindman 2008: 94).

Pomanjkljivost timov je, da se ukvarjajo le z določenimi vrstami duševnih stisk, in tako je izključenih vse preveč skupin uporabnikov, ki bi jim lahko koristila takšna pomoč. Med njimi je tudi populacija starejših od 65 let (Johnson, Needle 2008).

Pred začetkom oskrbe poskuša krizni tim zbrati čim več podatkov o uporabniku, nato naredi oceno tveganja, po možnosti na uporabnikovem domu, ob sodelovanju njegovih bližnjih. Pri oceni primernosti uporabnika za to oskrbo se upoštevajo tudi ti dejavniki: pripravljenost za sodelovanje s timom, podpora družine oz. socialne mreže, dostopnost drugih skupnostnih služb, sprejemljivost takšnega načina dela za uporabnika (redki uporabniki se raje odločijo za bolnišnico) (Bindman 2008).

Kljub vsem naprednim metodam večina CRT timov deluje po principih medicinskega pojmovanja duševne bolezni oziroma stiske. Velikokrat se ukvarjajo le z dostavo

psihofarmakov in poskrbijo za to, da jih uporabnik zaužije. Uporabnikom pa je pomemben celosten pristop, pogovori ne smejo biti omejeni le na vprašanja o prehranjevanju, spanju in jemanju psihofarmakov.

Kljub dostopnosti kriznih timov si uporabniki še vedno želijo tudi druge oblike pomoči, kot so: krizni centri, dnevne bolnišnice in navsezadnje tudi bolnišnice, kamor se lahko po potrebi za nekaj časa umaknejo (Faulkner, Blackwell 2008).

2. PROBLEM

Ideja za raziskavo se mi je porodila decembra 2010, ko sem imela priložnost sodelovati v kriznem timu za uporabnika s težavami v duševnem zdravju.

Gre za 54-letnega uporabnika, ki je večino življenja preživel v psihiatričnih ustanovah. Pri osemnajstih so ga starši prvič hospitalizirali, ker je bil »drugačen«. Od takrat je bil z izjemo krajših nekajmesečnih obdobj večino časa v institucijah, najprej v Pohorskem dvoru, nato v Ormožu, pa spet v Pohorskem dvoru in nazadnje leto in pol v Hrastovcu. Od tam se je končno preselil v Ljubljano, v prehodno stanovanjsko skupino, kjer biva že eno leto.

Sostanovalci in zaposleni v stanovanjski skupini so pri uporabniku opazili minimalen stik z realnostjo (povečano blodnjavost) ter spremembe vedenja, zato so ustanovili krizni tim, ki je štel petnajst ljudi. Kriza je trajala trinajst dni. Člani kriznega tima smo bili v tem času z uporabnikom štiriindvajset ur na dan. Vsake tri dni so bili sestanki kriznega tima, na katerih smo obravnavali vse pomembne dogodke in aktualna vprašanja. Kriza je izzvenela, uporabnik ni bil hospitaliziran. Med krizo je v spremstvu obiskal psihiatrinjo in začel uživati predpisane psihofarmake, ki jih redno uživa še zdaj.

Metodo kriznega tima sem spoznala v času študija, kot alternativo klasični obravnavi duševnih težav in kriz, katere osnovni namen je preprečitev hospitalizacije in s tem njenih negativnih posledic.

Namen raziskave je podrobneje prikazati delo kriznega tima v teh točkah:

- usposobljenost in pogoji za delovanje kriznega tima,
- potek kriznega posredovanja,
- metoda kriznega posredovanja.

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je kvalitativna in deskriptivna. Na podlagi analize intervjujev in opazovanja z udeležbo sem poskusila odgovoriti na zastavljen raziskovalni problem. Gradivo je obdelano in analizirano besedno, brez uporabe merskih postopkov, kot so števila in številčne operacije (Mesec 2007: 11).

3.2. MERSKI INSTRUMENT

Merski instrument je bil delno strukturiran vprašalnik. Podatke za analizo sem zbrala z individualnimi intervjuji, opravljenimi po vnaprej pripravljenih vprašalnikih.

3.3. POPULACIJA IN VZOREC

Populacijo raziskave sestavljajo uporabnik, koordinatorka kriznega tima, član kriznega tima in sostanovalka uporabnika v prehodni stanovanjski skupini.

3.4. ZBIRANJE PODATKOV

Podatke sem zbrala osebno, z vnaprej pripravljenimi vprašalniki, prilagojenimi vlogi posameznega intervjuvanca v delovanju kriznega tima. Vprašanja so bila odprtega tipa. Pred tem sem vsakega od intervjuvancev prosila za sodelovanje ter mu pojasnila namen intervjuja. Zaradi varstva osebnih podatkov ne navajam, kdo so bili sogovorniki. V prilogi je tudi izjava, ki sem jo podpisala za ta namen. Pogovore sem sproti na kratko zapisovala, takoj koncu pa sem jih na podlagi zapiskov karseda natančno zapisala.

Podatke sem pridobila tudi z neposrednim opazovanjem z udeležbo, saj sem bila tudi sama članica kriznega tima.

4. ANALIZA PODATKOV

4.1. PODČRTOVANJE RELEVANTNIH IZJAV

Zapisane intervjuje sem analizirala s kvalitativno metodo. Najprej sem podčrtovala relevantne izjave (dele besedila).

Primer dela intervjuja s koordinatorko kriznega tima in podčrtovanja relevantnih izjav:

Za delovanje kriznega tima z uporabnikom nismo podpisali posebnega dogovora, je pa bil sklenjen ustno. Ko smo opazili, da je uporabnik v krizi, sem sklicala sestanek z njim in njegovo socialno mrežo in smo mu povedali, da bomo organizirali krizni tim.

Nimam predhodnih izkušenj vodenja in sodelovanja v kriznem timu.

Literature na to temo je zelo malo. Predvsem pa nisem imela časa, ker je bilo treba hitro ukrepati. Smo pa imeli podporo in svetovanje s strani neformalnega mentorja – prof. Flakerja, ki je bil tudi član kriznega tima.

Pridobivanje članov je potekalo tako, da sem poklicala vse zaposlene v prehodni stanovanjski skupini, vse sedanje in bivše kolege iz FSD. Tudi njih sem prosila, naj povprašajo svoje znance in kolege, ali bi bili pripravljeni sodelovati.

Cilji delovanja KT so bili: preprečitev hospitalizacije, preprečitev vrnitve v zavod (institucionalizacije), ohranitev dobrih odnosov med uporabnikom in njegovo socialno mrežo, preprečitev povzročitve škode in telesnih poškodb sebe in drugih, ohranitev kakovosti življenja uporabnika in upoštevanje njegove volje, kljub krizi.

4.2. IZPIS RELEVANTNIH IZJAV IN VSEBINSKO KODIRANJE

Relevantne izjave sem izpisala in jih vsebinsko kodirala. Vsak intervju sem označila s črko: uporabnik – U, sostanovalka v prehodni stanovanjski skupini – S, član kriznega tima – Č, koordinatorka kriznega tima – K. V vsakem intervjuju sem podčrtane dele

izjave označila s številkami. U 05 torej pomeni peto pomembno izjavo, ki jo je izrekel uporabnik.

Primer izpisa in kodiranja relevantnih izjav koordinatorke kriznega tima (oznaka K):

OZNAKA	IZJAVA	POJEM
K 01	Ko smo opazili, da je uporabnik v krizi, sem sklicala sestanek z njim in njegovo socialno mrežo in smo mu povedali, da bomo organizirali krizni tim.	Vzpostavitev KT
K 02	Nimam predhodnih izkušenj vodenja in sodelovanja v kriznem timu.	Izkušnje
K 03	Literature na to temo je zelo malo.	Uveljavljenost metode
K 04	Predvsem pa nisem imela časa, ker je bilo treba hitro ukrepati.	Vzpostavitev KT
K 05	Smo pa imeli podporo in svetovanje s strani neformalnega mentorja – prof. Flakerja, ki je bil tudi član kriznega tima.	Mentorstvo
K 06	Pridobivanje članov je potekalo tako, da sem poklicala vse zaposlene v prehodni stanovanjski skupini, vse sedanje in bivše kolege s FSD. Tudi njih sem prosila, naj povprašajo svoje znance in kolege, ali bi bili pripravljeni sodelovati.	Vzpostavitev KT
K 07	Cilji delovanja KT so bili: preprečitev hospitalizacije,	Cilji
K 08	preprečitev vrnitve v zavod (institucionalizacije),	Cilji
K 09	ohranitev dobrih odnosov med uporabnikom in njegovo socialno mrežo,	Cilji
K 10	preprečitev povzročitve škode in telesnih poškodb sebe in drugih,	Cilji
K 11	ohranitev kakovosti življenja uporabnika in	Cilji
K 12	upoštevanje njegove volje, kljub krizi.	Cilji

4.3. ZDRUŽEVANJE IN UREDITEV IZJAV PO PRIPADAJOČIH POJMIH IN OPREDELITEV POJMOV

Relevantne izjave sem nato uredila oziroma združila po pripadajočih pojmi in te opredelila.

Primer:

POJEM: Uveljavljenost metode

Opredelitev: Pojem nam pove, ali je metoda pri nas znana in dostopna morebitnim uporabnikom.

U 01	Še nikoli nisem slišal za tak način pomoči.
S 03	Nikoli prej nisem slišala za tak način pomoči.
Č 22	Ne vem, kam bi napotil uporabnika.
K 03	Literature na to temo je zelo malo.
K 52	Storitev na žalost ni splošno dostopna.
K 53	Nevladne organizacije le redko organizirajo KT za svoje uporabnike.
K 54	Odvisni so od svoje socialne mreže.

4.4. ZDRUŽEVANJE POJMOV V KATEGORIJE

Pojme sem združila v nadrejene kategorije.

Primer:

Kategorija: POTEK KRIZNEGA POSREDOVANJA

Pripadajoči pojmi:

- Pokazatelji krize
- Potrebe uporabnika
- Vzpostavitev kriznega tima
- Delovanje tima
- Usklajevanje kriznega tima
- Uporabljeni postopki dela
- Reševanje problemov
- Zahtevnost dela

- Vpliv uporabnika
- Zadovoljstvo uporabnika
- Cilji in rezultati

5. REZULTATI IN RAZPRAVA

Rezultate predstavljam v treh tematskih sklopih glede na zastavljene raziskovalne probleme.

5.1. USPOSOBLJENOST IN POGOJI ZA DELOVANJE KRIZNEGA TIMA

5.1.1. IZKUŠNJE

Koordinatorica in član kriznega tima nista imela predhodnih izkušenj s kriznimi posredovanji. (*član KT: "Nikoli prej nisem sodeloval v KT niti nimam posebnih izkušenj s področja duševnega zdravja."; koordinatorica KT: "Nimam predhodnih izkušenj vodenja in sodelovanja v kriznem timu."*)

Tanja Lamovec (1999) priporoča, da v kriznih timih sodelujejo ljudje, ki so sami preživeli krize in so torej strokovnjaki iz izkušenj. Nekateri člani so imeli takšne izkušnje in menim, da je tim zato deloval bolje, kot bi sicer.

5.1.2. USPOSABLJANJE

Zaradi pomanjkanja časa in sredstev ni bilo predhodnega usposabljanja. Člani kriznega tima menijo, da bi bilo to zelo koristno, vsaj v obliki krajšega predavanja. (*član KT: "Usposabljanja ni bilo, mislim, da bi bilo koristno. Vsaj nekaj osnovnih informacij bi člani potrebovali, na primer eno predavanje."*) Duševne krize imajo nekatere skupne značilnosti, ki jih je dobro poznati, preden se lotimo dela. So pa za takšno delo potrebne tudi določene osebnostne lastnosti, ki se jih ni mogoče naučiti.

Osebnost članov tima je pomembnejša kot specifična znanja. Pomembno je, kakšne vrednote ima človek. (Lamovec 1995: 327)

Član kriznega tima tako navaja: *"Znam odreagirati v potencialno nevarnih situacijah."*

5.1.3. PODPORA IN MENTORSTVO

Čeprav ni bilo usposabljanja, pa smo lahko člani kriznega tima med delom računali na podporo in mentorstvo prof. Flakerja, ki je strokovnjak na tem področju. Pri reševanju problemov in odprtih vprašanj smo se vedno lahko obrnili nanj. (*Koordinatorica KT: "Imeli smo podporo in mentorstvo prof. Flakerja."*)

5.2. POTEK KRIZNEGA POSREDOVANJA

5.2.1. POKAZATELJI KRIZE

Pri raziskovanju sem naletela na zanimiv problem, in sicer je uporabnik menil, da sploh ni imel krize in zato tudi ni potreboval pomoči. (*"Nisem potreboval pomoči, saj sploh nisem imel krize."*) O tem sem se posvetovala tudi s koordinatorko in nekaterimi člani kriznega tima. Povedali so mi, da uporabnik po njihovi oceni že pred krizo ni imel dobrega stika z realnostjo, kar se je med krizo še poglobilo, in sicer do te mere, da je to postalo moteče in nevarno zanj in za okolico. (*Koordinatorica KT: "Konkretno pri tem uporabniku je bilo zelo težko določiti, kdaj se je začela kriza, saj živi v 'svojem svetu'."*) V takih primerih je nujno vključiti ljudi, ki dobro poznajo uporabnika in tako lahko opazijo spremembe v njegovem vedenju in doživljanju (*Sostanova v PSS: "Bala sem se, da me bo spolno napadel. To sem povedala delavki v PSS in kmalu nato so organizirali krizni tim. Grozil je, da me bo ubil. Tepel me je s pestmi. Žalil me je. Nismo se mu smeli približati."*), ki pomenijo tveganje za hospitalizacijo in s tem njene negativne posledice. Edino tako se lahko ustrezno odzovejo. Čeprav je kriza minila, uporabnik še vedno živi v "svojem svetu". Ker pa to ni moteče ali nevarno in ker deluje dobro, je treba to sprejeti kot njegovo normalno oziroma običajno stanje. Poleg tega je za osnovne življenjske potrebe uporabnika vedno poskrbljeno, saj živi v stanovanjski skupini in tako dobi pomoč pri vsakdanjih opravilih.

5.2.2. VZPOSTAVITEV KRIZNEGA TIMA

Sostanovalci in delavci v stanovanjski skupini so opazili spremembe v vedenju in doživljanju uporabnika, ki so se kazale v tem, da je imel minimalen stik z realnostjo, kljub hladnemu vremenu je bil pomanjkljivo oblečen, žalil je sostanovalce in prostovoljce v stanovanjski skupini. Sicer ni nikogar poškodoval, vendar se je sostanovalka bala, da jo bo napadel. (*"Grozil je, da me bo ubil. Tepel me je s pestmi. Žalil me je. Nismo se mu smeli približati. Bilo me je zelo strah, da mi bo kaj naredil."*)

Zato so ustanovili krizni tim, ki je štel petnajst ljudi. Časa je bilo malo, zato je bilo treba ukrepati hitro. Pridobivanje članov je potekalo tako, da je koordinatorka kriznega tima, ki je tudi uporabnikova ključna delavka v prehodni stanovanjski skupini, poklicala vse morebitne sodelavce (zaposlene v stanovanjski skupini, uporabnikove prijatelje in znance, kolege s FSD) in tudi njih prosila, naj poskusijo pridobiti čim več ljudi za sodelovanje. (*"Ko smo opazili, da je uporabnik v krizi, sem sklicala sestanek z njim in njegovo socialno mrežo in smo mu povedali, da bomo organizirali krizni tim."*)

5.2.3. DELOVANJE TIMA

Tim je štel 15 ljudi. Vloge so bile razdeljene na koordinatorja in člane, ki so bili enakopravni in enakovredni in so opravljali iste naloge.

Poleg njih je sodeloval prof. Flaker kot član tima in kot neformalni mentor in supervizor.

Člani tima so bili v času trajanja krize (13 dni) z uporabnikom 24 ur na dan. Urnik je bil sestavljen glede na to, koliko časa so člani lahko namenili sodelovanju, pa tudi glede na zahtevnost dela. Nekateri člani se hitreje utrudijo kot drugi, kar je pogojeno z izkušnjami pri takšnem delu in tudi z osebnostnimi lastnostmi članov.

Navajam primer urnika:

NEDELJA, 02.01.2011

00.00–8.00 Nika

8.00–14.00 Matjaž

14.00–20.00 Iva

20.00–00.00 Nejc

PONEDELJEK, 03.01.2011

00.00–8.00 Nejc

8.00–16.00 Iva

16.00–20.00 Tanja

19.00–23.00 Matjaž

5.2.4. KOORDINACIJA OZIROMA VODENJE KRIZNEGA TIMA

Vodenje oziroma koordinacija kriznega tima je potekalo tako, da je koordinatorka:

- sestavljala urnike,
- sklicevala sestanke,
- poročala o delu,
- imela pregled nad razmerami,
- skrbela za komunikacijo med člani kriznega tima.

Vodja oziroma koordinator tima ima zahtevno nalogo: poišče člane, koordinira delo, skrbi za razpored, za stike z družino, vodi sestanke in mora biti na tekočem z vsem dogajanjem, po potrebi nudi tudi supervizijo članom tima (Lamovec 1995: 326).

Naša koordinatorka je opravila vse navedene naloge. Uporabnik nima družine, zato se nismo ukvarjali s stiki.

Menim, da je koordinatorka zelo uspešno opravila delo, glede na to, da nima izkušenj in da je imela poleg vodenja tima še kopico drugih obveznosti. Supervizijo pa je opravljal prof. Flaker.

5.2.5. UPORABLJENI POSTOPKI IN METODE DELA

Konkretni postopki dela, uporabljeni v kriznem posredovanju:

- Navzočnost in pozornost – načelo “temeljne pozornosti”

V procesu psihoze obstaja naraven tok, ki ga lahko spodbujamo s podporo, v kateri psihoza izzveni. Če človeku v tem procesu stojijo ob strani ljudje po načelu temeljne pozornosti, se psihotični proces v določenem času konča. (Zaviršek 1997: 101–110)

- Pogovori

Uporabnik: “Najbolj mi je pomagala prisotnost in pogovori.”

- Izpolnjevanje vseh njegovih zahtev

Sostanovalka: “Izpolnili so vsako njegovo zahtevo.”

- Druženje

Član KT: »Konkretno sem se pogovarjal z njim, družil, bil prisoten in pozoren.«

- Analiza tveganja

- 24-urno spremstvo

- Svetovanje

- Individualni pogovori

Uporabnik: “Najbolj mi je pomagala prisotnost in pogovori.”

- Obisk psihiatra

- Sestanki kriznega tima

- Obveščanje o dogajanju med člani kriznega tima

Po vsaki izmeni je član kriznega tima druge člane po elektronski pošti obvestil o dogajanju, tako da smo bili ves čas na tekočem.

Primer poročila o delu:

----- Original Message -----

From: [Matjaž Oven](#)

To: krizni-tim-if@googlegroups.com

Sent: Wednesday, December 29, 2010 11:03 PM

Subject: Re: Včeraj in danes

Zvečer je bil kar kul. Malo se je naspal, pojedel včerajšnje cornflake in 5 naribanih jabolk. Je zadovoljen, da je več sadja. Pa kavo si je skuhal in zvil nekaj cigaret.

Poslušala sva muziko in se pogovarjala. Ni kaj dosti blodil. Vsaj nič več kot par mesecev nazaj. Pa miren je bil. Nobenih konfliktov z nobenim.

Tablet pa noče več jest. Pravi, da je bil čisto brez moči in je kar padel v posteljo, ko se je zbudil, pa je bil ves prestrašen, ni vedel kje je in je mislil, da je že jutro ... Nasploh pravi, da ne bo več jedel nobene kemije. Ne tablet, ne koke, speeda ..., niti cukar in sladkarije mu ne pašejo več. Samo še naravne zadeve (kar vključuje travo), sadje, zelenjavo, vitamine. Vzel je nekaj baldrijanovih kapljic, ki so naravne.

Kašlja kot star knap. Pravi, da je preveč kadil in si zdaj čisti pljuča. Fajn mu je, da ima blažji tobak.

P.S.

Kar se tiče Z. zdravil je problem nastal v soboto zvečer. Vse škatlice z zdravili so bile polne in je po pomoti vzel jutranja zdravila. Ta zamik se očitno vleče še zdaj. A. pa mi je po telefonu povedal, da so mu zmanjšali dozo in da mu sredi dneva ni več treba jest tablet. Samo zjutraj in zvečer. Tablete pa ima pri Niki.

Uporabljeni postopki dela so bili po večini tisti, ki jih predlaga tudi Tanja Lamovec (1995: 327–330), ki je v Sloveniji največ raziskovala in pisala o tej tematiki. Njene smernice za pomoč na domu so:

- navzočnost,
- odprtost,
- prizemljenost (vsakdanja opravila),
- izogibanje presojanju,
- vključiti uporabnika v svoje dejavnosti,

- pomagati mu prepoznati obdobja jasne zavesti,
- pomagati vzbuditi zanimanje za stvarnost,
- dopuščati mu odgovornost za stvari, ki jih je sposoben postoriti sam ,
- ustvariti prijateljski odnos.

Čeprav vsi predlagani postopki niso bili omenjeni v opravljenih intervjujih, pa lahko na podlagi opazovanja in sodelovanja trdim, da smo opravljali vse to, kar je zelo zanimivo glede na to, da nismo imeli konkretnih navodil.

Kot sem že omenila, je pri tem delu zelo pomembna človekova osebnost. Večina članov kriznega tima je socialnih delavcev oziroma študentov, ki so morda bolj kot drugi usmerjeni k prizadevanjem pomagati ljudem. Študij seveda pripomore k razvijanju njihovih nagnjenj in sposobnosti.

5.2.6. REŠEVANJE PROBLEMOV

Probleme in vprašanja, povezana z delom, smo razreševali sproti na timskih sestankih, ki so bili vsake tri dni (*Član KT: "Probleme smo razreševali na sestankih, ki so bili dovolj pogosti."*).

Če je bilo treba hitro ukrepati, pa smo bili vsi člani tima med seboj povezani po telefonu in elektronski pošti. Tudi sama sem pri delu naletela na problem, ki sem ga hitro rešila tako, da sem poklicala koordinatorko tima, ki mi je svetovala, kako naj ravnam.

Organiziranost in medsebojna komunikacija sta bili na visoki ravni, kar je ublažilo neizkušnost in neznanje.

5.2.7. ZAHTEVNOST DELA

Člani tima so različno doživljali zahtevnost dela. Član kriznega tima dela ni občutil kot zahtevnega oziroma napornega, koordinatorka pa je bila veliko bolj obremenjena. Zaradi

svoje vloge v kriznem timu se je čutila odgovorno za uporabnika (*“Čutila sem veliko odgovornost za uporabnika, bilo me je strah.”*). Delo jo je tudi čustveno izčrpalo. Na to je vplivala tudi njena splošna preobremenjenost, saj ni imela dovolj časa, da bi se lahko posvetila samo kriznemu timu.

Zame kot članico kriznega tima je bilo delo z uporabnikom precej zahtevno, saj sem morala biti nenehno pozorna in navzoča, čeprav navidezno nisem delala nič posebnega. Bilo me je tudi strah, da bo uporabnik postal nasilen, zato sem bila zelo pozorna na vsako njegovo besedo, gesto ali gib (*Sostanovalka: “Bilo me je zelo strah, da mi bo kaj naredil.”*).

Tanja Lamovec (1995: 326) predlaga, naj bo vsak član tima z uporabnikom do tri ure. To je dovolj časa, da je možno nekaj početi skupaj, hkrati pa ne povzroča pretirane izčrpanosti.

Menim, da bi moral biti koordinator nekdo, ki ima več znanja in izkušenj na tem področju, vendar v opisanem primeru to ni bilo mogoče. Kljub temu je bilo posredovanje v krizi uspešno. K temu je prispevalo tudi mentorstvo in supervizija prof. Flakerja.

5.2.8. VPLIV UPORABNIKA

Uporabnik, kot potrjujejo tudi člani kriznega tima, da je imel ves čas delovanja kriznega tima možnost izraziti svojo voljo. (*Uporabnik: “Imel sem možnost sodelovati in povedati svoje mnenje na sestankih.”; koordinatorka KT: “Uporabnik je imel vseskozi možnost izražati svojo voljo.”*) To je potekalo na sestankih in tudi med individualnimi pogovori. Prav tako je dobil na vpogled vse dokumente, napisane zanj (analiza tveganja, individualni načrt, poročilo o zdravstveni oskrbi, zapisniki sestankov) in je lahko izrazil svoje mnenje, če se ni strinjal z napisanim. Za to, da je dobil na vpogled vso dokumentacijo, je skrbela koordinatorka kriznega tima. Njegova volja je bila ves čas upoštevana, kar je bistveno za dobro delo in tudi za ohranitev posameznikove identitete in občutka samozavesti.

5.2.9. ZADOVOLJSTVO UPORABNIKA

Težko je natančno ugotoviti zadovoljstvo uporabnika, ker sam meni, da ni potreboval pomoči. (*“Nisem potreboval pomoči, saj sploh nisem imel krize.”*) Zaradi njegovega veselja in zadovoljstva, ker je imel družbo, smo tako sklepali, da je bil zadovoljen. (*Član KT: “Mislim, da se je J. zavedal, da se nekaj dela zanj, bil je zadovoljen, ker smo se ukvarjali z njim.”*)

5.2.10. CILJI IN REZULTATI

Cilji delovanja kriznega tima so bili:

- da uporabnik ne bi ogrožal sebe in drugih (da ne bi na primer zmrznil ali zaužil preveč tablet);
- preprečitev hospitalizacije;
- preprečitev vrnitve v zavod (institucionalizacije);
- ohranitev dobrih odnosov med uporabnikom in njegovo socialno mrežo;
- ohranitev kakovosti življenja uporabnika;
- upoštevanje njegove volje.

Rezultate bom neposredno primerjala s cilji in komentirala, ali so bili ti doseženi.

1. Uporabnik ni huje ogrozil sebe in drugih. Telesnih poškodb ni bilo.

Na tem mestu bi poudarila del intervjuja z njegove sostanovalko: *“Bala sem se, da me bo spolno napadel. To sem povedala delavki v PSS in kmalu nato so organizirali krizni tim. Grozil je, da me bo ubil. Tepel me je s pestmi. Žalil me je. Nismo se mu smeli približati. Bilo me je zelo strah, da mi bo kaj naredil. Hotela sem pobegniti, bila sem v stalni pripravljenosti. Nisem imela kam pobegniti.”*

Delavci v PSS so se odzvali ustrezno in oblikovali krizni tim. Ker pa je bil uporabnik na trenutke verbalno in fizično nasilen, bi bilo po mojem mnenju bolje, če bi se za nekaj dni lahko umaknil v krizni center (ki ga za zdaj ni) in tako ne bi ogrožal in motil svojih sostanovalcev.

Med krizo je uporabnik hodil zunaj zelo pomanjkljivo oblečen, zato so se člani kriznega tima bali, da bo kje zmrznil. Ker pa je imel 24-urno varstvo oziroma spremstvo, so ga uspeli prepričati, da se je topleje oblekel, kadar je šel ven.

Tablete so mu skrili, tako da ni imel možnosti, da bi jih pojedel preveč. Mogoče bi to lahko kdo kritiziral kot omejevanje svobode, vendar izredne razmere včasih zahtevajo izredne ukrepe. Glede na to, da konkretno ta ukrep ni bil nasilen ali žaljiv do uporabnika, je bil po mojem mnenju ustrezen.

2. Hospitalizacija je bila preprečena in s tem negativne posledice, ki jih navajam v pregledu problematike. Koordinatorica pravi: *“Ugotovili smo, da je mogoče krizo preživeti brez hospitalizacije.”* To je zelo dobra ugotovitev, ki izhaja iz prakse in bo nedvomno podlaga za oblikovanje novih kriznih timov, ko se bo pojavila potreba.
3. Prav tako je bila preprečena vrnitev v zavod, od koder se je uporabnik preselil v prehodno stanovanjsko skupino. To se mi zdi izjemno pomembno, saj je uporabnik veliko let preživel v instituciji in se šele dobro navaja in uči samostojnega življenja. Vrnitev v zavod bi zanj pomenila velik korak nazaj.
4. Ohranili so se dobri odnosi med uporabnikom in njegovo socialno mrežo. Koordinatorica pravi: *»Uspeli smo preprečiti, da bi se v dneh krize huje zameril svojim sostanovalcem, prijateljem in znancem.«*
Član kriznega tima pa meni, da so odnosi med stanovalci zdaj celo boljši kot pred krizo.

5. Kakovost življenja uporabnika je bila ohranjena, saj je ostal v svojem stanovanju, počel običajne stvari, ohranil stik s svojo socialno mrežo, hodil ven, skratka počel je vse, kar je počel pred krizo.

6. Uporabnikova volja je bila kljub krizi vedno upoštevana.

Uporabnik: *“Imel sem možnost sodelovati in povedati svoje mnenje na sestankih.”*

Uporabnik je bil navzoč na vseh sestankih, dobil je na vpogled tudi vse dokumente, ki so bili napisani zanj, lahko je komentiral in predlagal. Torej lahko zatrdim, da je bil dosežen tudi ta cilj.

Preostali rezultati delovanja kriznega tima so:

- Član kriznega tima meni, da se je z uporabniki v prehodni stanovanjski skupini po krizi začelo bolj kakovostno delati.
- Zdaj redno potekajo sestanki v prehodni stanovanjski skupini.
- Timsko delo je prineslo uspeh in dragocene izkušnje za nadaljnje delo.

5.3. METODA KRIZNEGA POSREDOVANJA

Prednosti metode so razvidne iz doseženih ciljev oziroma rezultatov delovanja kriznega tima. Moja vprašanja intervjuvancem so bila usmerjena bolj v priporočila za nadaljnje delo, kar obravnavam v naslednjem poglavju.

Vsi doseženi rezultati so prednost te metode, ki je pri nas za zdaj edina alternativa hospitalizaciji in njenim negativnim vplivom na človekovo osebnost.

5.3.1. POMANJKLJIVOSTI METODE

- Kot pomanjkljivost metode je uporabnik navedel, da bi si želel več razumevanja. Spodbujala sem ga, naj bolj konkretno pojasni, kaj je mislil s tem, vendar ni znal povedati. Ko sem ga nekaj dni pozneje vnovič vprašala o tem, je povedal, da si je želel več družbe. Razložila sem mu, da smo bili z njim 24 ur na dan, vendar se očitno tega ne zaveda oziroma ne spominja. Kot sem že omenila, uporabnik živi v "svojem svetu" in večkrat nima stika z realnostjo. Zato je bilo delo z njim za člane kriznega tima poseben izziv. Menim, da smo se vsi po svojih najboljših močeh trudili, da bi ga razumeli. Res pa je, da nismo izpolnjevali vsake njegove želje ali zahteve, saj to ni bilo mogoče ali ni bilo primerno.
- Uporabnikova sostanovalka je povedala, da se je zelo bala, da jo bo poškodoval. V tem vidim pomanjkljivost, saj nismo imeli možnosti, da bi uporabnika vsaj za nekaj dni preselili (na primer v krizni center), dokler je bila kriza na vrhuncu in je zato pomenil morebitno nevarnost za sostanovalce in tudi zase.
- Koordinatorica meni, da smo ukrepali prepozno: *"Krizni tim smo oblikovali, ko je bila kriza že na vrhuncu."* Torej iz tega sledi, da je treba biti v prihodnosti bolj pozoren na zgodnje znake krize, takrat ustrezno ukrepati in po možnosti preprečiti krizo.
"Prej bi morala narediti analizo tveganja in jo potem samo dopolniti." Tudi to je dobra izkušnja za druge primere kriz.
Je pa dejstvo, da uporabnik živi v "svojem svetu", otežilo določitev začetka krize in ustreznega ukrepanja.
- Koordinatorica je ugotovila, da bi bilo pametno že prej poklicati morebitne člane za krizni tim. To ugotovitev bom vključila v sklepe oz. predloge kot navodilo za ravnanje v podobnih primerih.

- *“Poskušala bi biti bolj mirna. Več časa bi preživela z uporabnikom.”* Menim, da le tako lahko natančno določimo stopnjo krize, konkretne potrebe uporabnika, vidimo, kako živi in kakšni bi bili možni ukrepi.

5.3.2. UVELJAVLJENOST METODE

Uporabnik in njegova sostanovalka še nikoli prej nista slišala za tako pomoč v krizi.

Član kriznega tima ne ve, kam bi napotil uporabnika, če bi potreboval to storitev. Tudi sama ne vem, kam bi se obrnila po pomoč v takšnem primeru. Vsekakor bi se naslonila na rezultate te raziskave in poskušala zbrati čim več prijateljev, znancev, družinskih članov in kolegov s FSD.

Pozanimala sem se tudi pri naslednjih organizacijah: Altra, Šent, Novi Paradoks, Ozara in Društvo DAM ter ugotovila, da za svoje uporabnike ne organizirajo kriznih timov. Samo v društvu Mostovi sem zasledila, da načrtujejo krizni tim, vendar še nimajo dovolj sredstev.

Sklenem lahko, da storitev ni uveljavljena in splošno dostopna niti v okviru zdravstvenega varstva niti prek nevladnih organizacij, ki se ukvarjajo s to problematiko. Iz neuradnih virov sem izvedela, da uporabniške organizacije občasno sicer organizirajo krizne time za svoje uporabnike. Vendar je to premalo. Uporabniki so prepogosto odvisni od svoje socialne mreže, ki ni nujno dovolj razširjena ali usposobljena za takšno pomoč.

5.3.3. PRIPOROČILA ZA DELO

Poglavje o metodi kriznega posredovanja končujem s priporočili za delo, ki sem jih zbrala med intervjuji:

- Zagotoviti je treba varen prostor, kamor se uporabnik v krizi lahko umakne, da ne ogroža ali moti preostalih stanovalcev. (*Sostanovalka pravi: "Če bi se kriza ponovila, bi zagotovo pobegnila. Ko sem bila še doma, je bil oče nasilen, zato se ga zelo bojim."*)
- Pomembno je poslušati uporabnika.
- Ne zapletaj se v razprave z njim.
- Preprečiti mu je treba, če hoče narediti kaj neumnega (nevarnega).
- Včasih ga je treba prelisičiti, ker prerekanje ne pelje nikamor.
- Ne uporablaj izraza: NE SMEŠ.
- Uporabnika ni potrebno stalno nadzorovati.
- Ni se pametno spuščati v konflikte z njim.
- Ohraniti je treba mirne živce, za vsako ceno se je treba izogibati paniki. Uporabniki, ki so v krizi, zelo dobro čutijo čustva drugega človeka. Če smo torej panični, bo zelo verjetno postal tak tudi uporabnik (Lamovec 1995: 320).
- Ne dovoli, da te uporabnik zmanipulira.
- Ne smeš biti njegov strežnik.
- Imeti je treba občutek za delo s takim človekom.
- Koordinatorica bi v podobnih primerih že prej navezala stik z veliko ljudmi, po načelu, da jih bo nekaj zagotovo pripravljenih sodelovati.
- V krizni tim bi bilo dobro vključiti sostanovalce in uporabnikove bližnje.
- Zelo koristni so redni in pogosti sestanki kriznega tima.
- Vedno je treba upoštevati voljo uporabnika.
- Treba je biti miren. Če tega ne zmoreš, je bolje, da poskusiš termin zamenjati z drugim članom kriznega tima.
- Treba je ves čas ohraniti trezno glavo, se zavedati, da so razmere rešljive.
- Delovanje kriznih timov bi bilo treba urediti z zakonodajo, tako da bi bila ta storitev široko dostopna morebitnim uporabnikom. Odpreti bi bilo treba tudi več kriznih centrov po Sloveniji.

Tanja Lamovec (1999) priporoča, da v kriznih timih sodelujejo ljudje, ki so sami preživeli krize in so torej strokovnjaki iz izkušenj. Člani kriznega tima sicer niso imeli predhodnih izkušenj, vendar so nekateri med njimi v preteklosti doživeli krize in menim, da je to pripomoglo k uspehu.

Usposabljanja predvsem zaradi pomanjkanja časa ni bilo. Člani tima menijo, da bi bilo to zelo koristno, vendar Tanja Lamovec (1995) pravi, da so osebnosti članov tima in njihove vrednote pomembnejši kot specifična znanja. To se je potrdilo tudi v našem primeru.

V literaturi najdemo različne znake kriz. Idealno bi bilo preprečiti krizo. Vendar so zgodnji znaki pri vsakem uporabniku malo drugačni in jih je zato zelo težko prepoznati, če ne poznamo uporabnika. Zaradi tega so spregledali zgodnje znake krize.

Krizni tim, kot ga opisuje Tanja Lamovec, je praviloma v času akutne krize z uporabnikom 24 ur na dan. V tujini, kjer delujejo strokovni krizni timi, pa tim uporabnika obišče povprečno dvakrat na dan. Če uporabnik živi sam in nima dobro razvite socialne mreže, ki bi pokrivala preostali čas, je po mojem mnenju to premalo. Uporabnik v krizi težko poskrbi tudi za osnovne življenjske potrebe. Obstaja tudi nevarnost, da ogrozi sebe in druge.

Pomembno je, da so člani tima med seboj povezani po telefonu ali elektronski pošti in da redno sestankujejo. Tako se člani lahko seznanijo z dogajanjem in razrešijo probleme, na katere lahko naletijo pri svojem delu.

Delo v kriznem timu je lahko zelo zahtevno in naporno, zato ni priporočljivo, da bi član tima z uporabnikom preživel več kot 3 ure naenkrat (Lamovec 1995). Vendar je v praksi to težko izvedljivo, saj tak način dela zahteva veliko število ljudi.

Pomembno je dosledno upoštevanje uporabnikove volje. V našem primeru je uporabnik sodeloval na vseh sestankih, prav tako je dobil na vpogled vse dokumente, napisane zanj. Če se odloča brez privolitve in sodelovanja uporabnika, gre za prisilo.

Poglavitne cilje, ki smo si jih postavili, smo dosegli. Med njimi je bil najpomembnejši preprečitev hospitalizacije in njenih škodljivih posledic, na katere opozarjajo številni avtorji. Zato so nujni novi načini reševanja duševnih stisk v skupnosti. Krizni tim je ena od možnosti. Vendar ima tudi slabosti. Težko je zbrati tako veliko število ljudi, zato je iz

ekonomskega vidika predrag. Poleg tega ni primeren za ljudi, ki se v krizi želijo umakniti iz svojega socialnega okolja. Nekateri uporabniki v krizi lahko ogrožajo sebe in druge. Postavlja se vprašanje, ali bodo člani tima tedaj znali pravilno ukrepati in kdo bi prevzel odgovornost ob morebitni poškodbi. Menim, da bi morali biti krizni timi vključeni v javne zdravstvene storitve, vendar bi poleg tega morali delovati tudi krizni centri.

6. SKLEPI

- Krizni tim se je izkazal kot ustrezna alternativa hospitalizaciji.
- Vsi postavljeni cilji so bili doseženi, poleg tega se je pojavilo še nekaj pozitivnih “stranskih učinkov” delovanja kriznega tima. Eden od njegovih članov tako meni, da se je z uporabniki v prehodni stanovanjski skupini po krizi začelo delati bolj kakovostno. Zdaj imajo tudi redno sestanke.
- Metoda ima tako prednosti kot slabosti. Prednosti se kažejo v tem, da so bili doseženi vsi postavljeni cilji:
 - uporabnik ni huje ogrožal sebe in drugih;
 - hospitalizacija je bila preprečena;
preprečena je bila vrnitev v zavod;
 - ohranili so se dobri odnosi med uporabnikom in njegovo socialno mrežo;
 - kakovost življenja uporabnika je bila ohranjena;
 - uporabnikova volja je bila kljub krizi vedno upoštevana.

Pomanjkljivosti oziroma slabosti se kažejo v teh točkah:

- uporabnik je menil, da tim ni pokazal dovolj razumevanja;
 - uporabnikova sostanovalka se ni počutila varno, kljub stalni navzočnosti člana kriznega tima;
 - krizni tim je bil vzpostavljen prepozno, saj smo prepozno ugotovili, da je uporabnik v krizi;
 - preventivno bi bilo treba vzpostaviti bazo morebitnih članov za sodelovanje v kriznih timih.
-
- Timsko delo je prineslo uspeh in dragocene izkušnje za nadaljnje delo.
 - Čeprav ni bilo usposabljanja in nismo imeli izkušenj, je ob omenjeni podpori in mentorstvu krizni tim zelo dobro deloval in bil uspešen. Očitno je bil sestavljen iz ljudi, ki so osebnostno primerni za takšno delo.

- Uporabnikove potrebe so bile upoštevane, ves čas je imel možnost enakopravnega sodelovanja.
- Krizni tim smo sicer vzpostavili v naglici, ker je bila kriza že na vrhuncu, vendar kljub temu zelo uspešno, kar potrjujejo tudi rezultati dela.
- Uporabnika je treba dobro poznati, da lahko opazimo začetne znake krize in jo po možnosti preprečimo. Obstajajo sicer splošne skupne značilnosti kriz, vendar smo ljudje različni. Posameznik se sam navadno ne zaveda, da je v krizi, zato je delo z njim na začetku še toliko težje.
- Občutljivega človeka lahko delo z uporabnikom hitro izčrpa, zato je dobro upoštevati priporočila, naj posameznik s človekom v krizi ne preživi več kot 3 ure skupaj. Vendar to ni bilo vedno možno ali potrebno.
- Koordinatorica je svojo vlogo kljub neizkušenosti in pomanjkanju znanja opravila zelo profesionalno.
- Ugotavljam, da storitev kriznega tima pri nas ni uveljavljena in splošno dostopna morebitnim uporabnikom, niti v sistemu zdravstvenega varstva niti v nevladnih organizacijah, ki se ukvarjajo s problematiko duševnega zdravja.
- V trenutno aktualnem predlogu resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja ni ničesar o vzpostavitvi kriznih timov.

7. PREDLOGI

- Spremeniti bi bilo treba pojmovanje duševne bolezni, ki uporabnika dosmrtno stigmatizira, in namesto tega govoriti o krizi.
- Delovanje kriznih timov bi bilo treba zakonsko urediti. S tem mislim, da bi država morala zagotoviti izobraževanje oziroma usposabljanje, ustrezno število delavcev po vsej Sloveniji, ki bi morali biti primerno plačani za svoje storitve. V tujini že dolgo delujejo krizni timi (Velika Britanija) in druge alternative (Trst), od katerih bi se lahko veliko naučili.
- Zagotoviti bi bilo treba bazo morebitnih članov kriznih timov, jih izobraziti in usposobiti ter jih po potrebi poklicati k sodelovanju. Veliko vlogo pri tem lahko imajo nekdanji uporabniki, ki so sami preživeli krize, saj so strokovnjaki iz izkušenj.
- Menim, da bi ključno vlogo na tem področju morale prevzeti nevladne organizacije in v sodelovanju z ministrstvom predlog storitve kriznih timov vključiti v nacionalni program duševnega zdravja. Pri tem pa bi morali sodelovati tudi uporabniki, saj so navsezadnje oni tisti, ki najbolj vedo, kaj potrebujejo v krizi.
- Klasične in alternativne službe duševnega zdravja bi morale sodelovati in se učiti druga od druge.
- Pred odločitvijo za vzpostavitev kriznega tima je treba narediti natančno oceno tveganja in na podlagi te presoditi, ali je uporabnik primeren za tak način pomoči. Predvsem je pomembno, da uporabnik ne ogroža sebe in drugih in da se je pripravljen in sposoben držati dogovorov.
- V krizni tim bi bilo dobro vključiti sostanovalce uporabnika in njegove bližnje (družino, prijatelje, znance). Po drugi strani lahko krizni tim pomeni razbremenitev izčrpanih skrbnikov uporabnika, ki se bodo tako manj verjetno odločili za hospitalizacijo uporabnika.
- Krizne time je najbolje organizirati ob zgodnjih znakih krize. Za to je nujno, da vsaj en človek zelo dobro pozna morebitnega uporabnika, da lahko opazi

spremembe v obnašanju, govorjenju, morebitno nespečnost in druge zgodnje znake, ki pa so od primera do primera lahko zelo različni.

- Zagotoviti bi bilo treba varen prostor (na primer krizni center), kjer uporabnik lahko preživi krizo, tako da ne ogroža in ne moti preostalih stanovalcev.
- Prav tako bi morala država ustanoviti krizne centre po vseh večjih mestih v Sloveniji, kjer bi uporabniki v mirnem in varnem okolju preživeli krizo in se nato vrnili domov ter nadaljevali življenje.
- Predlagam tudi izdajo novega priročnika za delovanje kriznih timov.

8. LITERATURA IN VIRI

- Altra.si. <http://www.altra.si/> (23. 8. 2011).
- Bindman, J. P. (2008), The crisis resolution team within the community service system, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourn, J. (2007), *Helping people through mental health crisis: The role of Crisis Resolution and Home Treatment services*, London: The stationery office.
- Brandon, D. (1993), Veselje in žalost pri normalizaciji. *Socialno delo*, 32, 1–2: 19–25.
- Brandon, D. (1992), *Pet principov normalizacije* (interno gradivo). Ljubljana: VSŠD.
- Breggin P. R., Cohen D. (1999), *Your drug may be your problem*, Philadelphia: Da Capo Press.
- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. <http://www.triestesalutementale.it/> (23. 8. 2011).
- Društvo DAM. <http://www.nebojse.si/portal/index.php> (23. 8. 2011)
- Društvo Mostovi za zdravje v duševnem zdravju. <http://www.drustvo-mostovi.org/> (23. 8. 2011)
- Faulkner, A., Blackwell, H. (2008), Mixed blessings: service user experience of crisis teams, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: *cf., Oranžna zbirka.
- Flaker, V. (1988), Erving Goffman: Azili. V: Urek, M., Flaker, V. (ur.), *Hrastovski anali za leto 1987*. Ljubljana: Republiška konferenca ZSMS, Center za mladinsko prostovoljno delo, 73–137.

- Foucault, M. (1998), *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: *cf., Rdeča zbirka.
- Glasser, W. (2006), *Duševno zdravje - problem javnega zdravja; nova vloga svetovalcev in psihoterapevtov*. Ljubljana: Društvo za realitetno terapijo Slovenije.
- Glasser, W. (2003), *Opozorilo: Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
- Glover, G., Johnson S. (2008), The crisis resolution team model: recent developments and dissemination, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Jerman, D. (1991), Dez institucionalizacija in nova psihiatrija – o stanovanjskih skupinah. V: Sub-psihiatrične študije. *Časopis za kritiko znanosti*, letnik XIX, 138/139: 103–112.
- Johnson, S., Thornicroft, G. (2008), The development of crisis resolution and home treatment teams, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, S., Bindman, J. P. (2008), Recent research on crisis resolution teams: findings and limitations, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, S., Needle, J. (2008), Crisis resolution teams: rationale and core model, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Klanjšček, M., Hribar, M., Šantl, Šalamun, R., Kim, T. (2003), *Reševanje kriznih stanj v DBE*. Zavod Hrastovec – Trate (interno gradivo).
- Lačen, M. (2001), *Odraslost osebe z motnjo v duševnem razvoju*. Ljubljana: Zveza Sožitje – zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.
- Lamovec, T. (1995), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi d. o. o.

- Lamovec, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1997), *Kako ravnamo z osebo v psihični krizi*. Ljubljana: Altra.
- Lamovec, T. (1999), *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T., Flaker, V. (1993), Kaj je duševna bolezen. *Socialno delo*, 32, 3–4: 87–92.
- Mesec, B. (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, B., Rode N., Rihter L. (2004), *Primeri raziskovalnih nalog študentov, druga izdaja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mesec, B. (s sodelovanjem Cigoj Kuzma, N.) (2001), *Navodilo za pisanje diplomskega dela in opravljanje diplomskega izpita, tretja izdaja*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, B. (2007), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II: študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mezzina, R., Johnson, S. (2008), Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Ministrstvo za zdravje, *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2006–2011*.
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (23. 8. 2011).
- Nolan, F., Tang, S. (2008), Early discharge and joint working between crisis teams and hospital services, V: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., Thornicroft, G. (ur.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Novi paradoks. <http://www.drustvo-paradoks.si/> (23. 8. 2011).
- Ozara. <http://www.ozara.org/> (23. 8. 2011).

- Podvoll, E. M. (1990), *The seduction of madness: revolutionary insights into the world of psychosis and a compassionate approach to recovery at home*. New York: HarperCollins Publishers.
- Ramon, S. (1993), Razvoj duševnega zdravja v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki. *Socialno delo*, 32, 1–2: 5–18.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2006–2011, predlog, Ministrstvo za zdravje
- Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje. <http://www.sent.si/> (23. 8. 2011)
- Švab, V. (1996), *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
- World Health Organization, *Organization of services for Mental Health 2003*. http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf (12.06.2011)
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), *Uradni list RS*, št. 77/2008.
- Zaviršek, D. (1991), Predstavitev psihiatričnega testamenta. *Časopis za kritiko znanosti*, XIX, 138/139: 171–180.
- Zaviršek, D. (1997), Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36, 2: 101–110.
- Zavod za zdravstveno varstvo Celje – Moje zdravje – Duševno zdravje. <http://www.zzv-ce.si/unlimitpages.asp?id=234> (23. 8. 2011).
- Windhorse community services. <http://www.windhorsecommunityservices.com/> (23. 8. 2011).
- Windhorse Integrative Mental Health. <http://www.windhorseimh.org/index.php> (23. 8. 2011).
- Windhorse. <http://www.windhorse.at/> (23. 8. 2011).
- World health organization – Health Topics – Mental Health – Q&A: What is mental health? <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> (23. 8. 2011).

9. PRILOGE

9.1. ZAPISANI INTERVJUJI

UPORABNIK.

- Ali si že kdaj prej slišal za tak način pomoč v krizi?
- Ali si zaupal članom tima, da ti bodo pomagali prebroditi krizo?
- Kaj konkretno si potreboval?
- Kaj ti je najbolj pomagalo?
- Ali je način dela potekal v skladu s tvojimi pričakovanji?
- Ali si imel možnost sodelovati in odločati o načinu dela KT?
- Kaj je bil po tvojem cilj delovanja KT?
- Ali si bil zadovoljen s procesom pomoči?
- Ali bi se v primeru krize ponovno odločil za takšno obliko pomoči?
- Kaj bi spremenil?

Še nikoli nisem slišal za tak način pomoči.

Nisem potreboval pomoči, saj sploh nisem imel krize. Jaz sem njim pomagal.

Ničesar nisem potreboval.

Najbolj mi je pomagala prisotnost in pogovori.

Zelo sem srečen, imam vse kar potrebujem. Zelo uživam. Cele dneve počivam, kadim jointe in poslušam muziko.

Imel sem možnost sodelovati in povedati svoje mnenje na sestankih.

Ne vem, nisem potreboval pomoči, še vedno je ne potrebujem.

Želel bi si več razumevanja.

SOSTANOVALKA V PREHODNI STANOVANJSKI SKUPINI

- Kako si doživljala delovanje KT?
- Ali je bilo zate moteče/naporno?
- Ali bi v primeru lastne krize želela pomoč KT?
- Ali veš kam se obrniti po tovrstno pomoč?
- Ali si že kdaj prej slišala za tak način pomoči?
- Ali meniš da je bilo delovanje KT uspešno?
- Kaj bi spremenila?

Bala sem se da me bo spolno napadel. To sem povedala delavki v PSS in kmalu nato so organizirali krizni tim.

Grozil je, da me bo ubil. Tepel me je s pestmi. Žalil me je. Nismo se mu smeli približati. Bilo me je zelo strah, da mi bo kaj naredil. Hotela sem pobegniti, bila sem v stalni pripravljenosti. Nisem imela kam pobegniti.

Zelo nas je prinašal okoli. Izpolnili so vsako njegovo zahtevo.

Sama nisem nikoli imela krize. Če bi se to zgodilo bi obiskala svojo psihiatrinjo in bi ostala doma. Nikoli prej nisem slišala za tak način pomoči.

Mislim da je bila pomoč J. zelo uspešna. Trajalo je 4 dni, nato je kriza minila.

Nekateri člani KT so si bili preblizu z njim, zato si je preveč dovolil.

Bila sem zelo vesela, da je bila v času krize I. (članica KT) z mano.

Silil nas je, da smo jedli tablete in smo ga ubogali. Kradel nam je cigarete. Še vedno je težaven, kljub temu, da je kriza minila. Ne spoštuje pravil, krade, zelo je neurejen.

Premalo se obleče, kljub temu, da je zima. Fehta.

Če bi se kriza ponovila, bi zagotovo pobegnila. Ko sem bila še doma, je bil oče nasilen, zato se zelo bojim.

ČLAN KRIZNEGA TIMA

- Ali si že kdaj prej sodeloval v KT?
- Zakaj si se odločil za sodelovanje?
- Ali bi še sodeloval v KT?
- Ali je bilo delo zate naporno/zahtevno?
- Kaj se ti zdi uporabno za podobne primere?
- Kaj bi naredil drugače?
- Kakšni postopki in metode dela so bili uporabljeni?
- Kaj so bili po tvojem cilji delovanja KT? Ali so bili doseženi?
- Ali je bil po tvojem uporabnik zadovoljen s procesom pomoči?
- Ali si bil deležen podpore pri delu?
- Kam bi napotil uporabnika, ki bi potreboval tovrstno pomoč?
- Ali si bil deležen predhodnega usposabljanja? Ali se ti le-to zdi potrebno?
- Ali je imel uporabnik možnost sodelovanja/odločanja glede načina izvajanja pomoči?
- Kako konkretno je potekalo razreševanje problemov?

Nikoli prej nisem sodeloval v KT, niti nimam posebnih izkušenj s področja duševnega zdravja.

V okviru sodelovanja pri projektu IZ-HOD sem spoznal ljudi, se družil z njimi in to je pripeljalo do tega, da sem se odločil za sodelovanje. Ljudje so mi nekako zaupali. J. se je vedno lepo obnašal do mene, ni si dovolil izpadov.

Trenutno sodelujem pri vzpostavitvi novega KT za drugega uporabnika.

Delo se mi ni zdelo zahtevno. Včasih je naporno, ker moraš stalno poslušati ene in iste zgodbe. Nikoli nisem bil paničen ali prestrašen. Znam odreagirati v potencialno nevarnih situacijah.

Pomembno je, da poslušaš, da se ne zapletaš v razprave, da preprečiš, če hoče narediti kaj neumnega. Včasih je treba na finto, ker kreganje ne pomaga. Ne uporabljati izraza "ne smeš". Človeka ni treba stalno kontrolirati. Ne smeš se z njim spuščati v konflikte.

Predvsem bi priporočil, da se zganja manj panike, da je manj konfliktov. Ne smeš se pustiti zmanipulirati. Treba je imeti več občutka za delo s takim človekom, ne smeš biti njegov strežnik. Delajo se načrti za te ljudi, ampak takoj ko se situacija malo izboljša, se neha delati.

Konkretno sem se pogovarjal z njim, družil, bil prisoten in pozoren.

Zame je bil glavni cilj, da ne ogroža sebe in drugih – da ne bi na primer zmrznil ali pojedel preveč tablet. To je bilo doseženo.

Mislim, da je se po tej krizi v PSS začelo bolj kvalitetno delati z uporabniki. Tudi odnosi med stanovalci so boljši. Zdaj tudi redno potekajo sestanki.

Mislim, da se je J. zavedal, da se nekaj dela zanj, bil je zadovoljen, ker smo se ukvarjali z njim.

Nisem potreboval posebne podpore. Ne vem kam bi napotil uporabnika.

Usposabljanja ni bilo, mislim da bi bilo koristno. Vsaj nekaj osnovnih informacij bi člani potrebovali, na primer eno predavanje.

J. je imel možnost sodelovanja. Bil je prisoten na vseh sestankih, tudi vse dokumente, ki so se delali zanj, je dobil za prebrat.

Probleme smo razreševali na sestankih, ki so bili dovolj pogosti.

KOORDINATORKA KRIZNEGA TIMA

- Ali je bil podpisan dogovor o delovanju KT z uporabnikom?
- Ali imaš predhodne izkušnje sodelovanja ali vodenja KT?
- Na katero literaturo si se opirala pri organizaciji in koordinaciji KT?
- Kako je potekalo pridobivanje članov za KT?
- Kaj so bili cilji delovanja KT? Ali so bili doseženi oziroma kakšni so bili končni rezultati?
- Kaj bi uporabila za drugič?
- Kaj bi spremenila?
- Kateri postopki/ metode so bili uporabljeni?
- Kako je potekalo vodenje tima in razreševanje problemov?

- Ali je imel uporabnik možnost sodelovanja/odločanja o načinu dela?
- Ali bi koordinacijo in sodelovanje v KT označila kot naporno/zahtevno?
- Ali so bili člani KT deležni predhodnega usposabljanja? Ali je to sploh potrebno?
- Ali potencialni uporabniki vedo kam se obrniti, če potrebujejo tovrstno pomoč?
- Ali je bil po tvojem uporabnik zadovoljen s procesom pomoči?
- Kako so bile porazdeljene vloge/ naloge članov KT?

Za delovanje kriznega tima z uporabnikom nismo podpisali posebnega dogovora, je pa bil sklenjen ustno. Ko smo opazili, da je uporabnik v krizi, sem sklicala sestanek z njim in njegovo socialno mrežo in smo mu povedali, da bomo organizirali krizni tim.

Nimam predhodnih izkušenj vodenja in sodelovanja v kriznem timu.

Literature na to temo je zelo malo. Predvsem pa nisem imela časa, ker je bilo treba hitro ukrepati. Smo pa imeli podporo in svetovanje s strani neformalnega mentorja – prof. Flakerja, ki je bil tudi član kriznega tima.

Pridobivanje članov je potekalo tako, da sem poklicala vse zaposlene v prehodni stanovanjski skupini, vse sedanje in bivše kolege s FSD. Tudi njih sem prosila, naj povprašajo svoje znance in kolege, če bi bili pripravljeni sodelovati.

Cilji delovanja KT so bili: preprečitev hospitalizacije, preprečitev vrnitve v zavod (institucionalizacije), ohranitev dobrih odnosov med uporabnikom in njegovo socialno mrežo, preprečitev povzročitve škode in telesnih poškodb sebe in drugih, ohranitev kvalitete uporabnikovega življenja in upoštevanje njegove volje, kljub krizi.

Rezultati delovanja KT so bili: preprečili smo hospitalizacijo in vrnitev v zavod; uspeli smo preprečiti, da se tekom krize ni huje zameril svojim sostanovalcem, prijateljem in zancem; ni bilo telesnih poškodb; spoštovali smo njegovo voljo.

Ugotovili smo, da je mogoče krizo preživeti brez hospitalizacije. Timsko delo je prineslo uspeh in dragocene izkušnje za nadaljnje delo.

Za podobne primere bi uporabila naslednje smernice: kontaktiranje velikega števila ljudi – nekaj jih bo gotovo pripravljenih sodelovati; zelo koristni so redni in pogosti sestanki KT; upoštevati je potrebno voljo uporabnika; v krizni tim bi bilo dobro vključiti sostanovalce oziroma uporabnikove bližnje (družino, prijatelje), treba je odreagirati

mirno, ohraniti trezno glavo in zavest, da situacija ni tako katastrofalna, kot morda izgleda. Morda smo malo prepozno ukrepali. Krizni tim smo oblikovali, ko je bila kriza že na vrhuncu. Prej bi morala narediti analizo tveganja in jo potem samo dopolniti. Konkretno pri tem uporabniku je bilo zelo težko določiti, kdaj se je kriza začela, saj živi v "svojem svetu". Prej bi poklicala potencialne člane za KT. Poskušala bi biti bolj mirna. Več časa bi preživela z uporabnikom. Predvsem pa menim, da bi bilo potrebno delovanje KT urediti z zakonodajo, tako da bi bila ta storitev široko dostopna potencialnim uporabnikom. Potrebno bi bilo tudi odpreti več kriznih centrov po Sloveniji. Konkretni postopki in metode dela, ki so bili uporabljeni: analiza tveganja, 24 urno spremstvo, svetovanje in individualni pogovori, obisk psihiatra, sestanki KT, obveščanje o situaciji med člani KT.

Vodenje KT je potekalo tako, da sem sestavljala urnike, sklicevala sestanke, poročala o delu, imela pregled nad situacijo, skrbela za komunikacijo med člani KT.

Uporabnik je imel vseskozi možnost izražati svojo voljo.

Delo je bilo zame zelo zahtevno. Bila sem pod stresom tudi zaradi številnih drugih obveznosti. Čustveno te delo z uporabnikom, ki je v krizi, zelo izčrpa. Čutila sem veliko odgovornost za uporabnika, bilo me je strah.

Usposabljanja ni bilo. Ni bilo niti časa niti sredstev. Imeli smo podporo in mentorstvo s strani prof. Flakerja. Menim, da bi bilo usposabljanje na vsak način potrebno.

Storitev ni splošno dostopna. Uporabniki v krizi se lahko obrnejo samo na psihiatrične ambulante, ki žal pravilom vodijo v hospitalizacijo. Tudi nevladne organizacije le redko organizirajo KT za svoje uporabnike. Odvisni so od lastne socialne mreže.

Mislim, da je bil uporabnik zadovoljen. Imel je družbo in občutek varnosti.

Vloge so bile porazdeljene na koordinatorja in člane KT, ki so imeli vsi iste naloge, poleg tega pa je sodeloval tudi prof. Flaker kot mentor in supervizor.

9.2. KODIRANE IZJAVE

UPORABNIK

OZNAKA	IZJAVA	POJEM
U 01	Še nikoli nisem slišal za tak način pomoči.	Uveljavljenost metode
U 02	Nisem potreboval pomoči, saj sploh nisem imel krize.	Potrebe uporabnika
U 03	Ničesar nisem potreboval.	Potrebe uporabnika
U 04	Najbolj mi je pomagala prisotnost in pogovori.	Uporabljeni postopki dela
U 05	Imel sem možnost sodelovati in povedati svoje mnenje na sestankih.	Vpliv uporabnika
U 06	Želel bi si več razumevanja.	Pomankljivost metode

SOSTANOVALKA V PSS

OZNAKA	IZJAVA	POJEM
S 01	Bilo me je zelo strah, da mi bo kaj naredil.	Pomanjkljivost metode
S 02	Izpolnili so vsako njegovo zahtevo.	Uporabljeni postopki dela
S 03	Nikoli prej nisem slišala za tak način pomoči.	Uveljavljenost metode
S 04	Mislim da je bila pomoč J. zelo uspešna.	Rezultati
S 05	Če bi se kriza ponovila, bi zagotovo pobegnili. Ko sem bila še doma, je bil oče nasilen, zato se zelo bojim.	Pomankljivost metode
S 06	Bala sem se da me bo spolno napadel. To sem povedala delavki v PSS in kmalu nato so organizirali krizni tim.	Pokazatelji krize
S 07	Ne spoštuje pravil, krade, zelo je neurejen. Premalo se obleče, kljub temu, da je zima. Fehta.	Pokazatelji krize
S 08	Grozil je, da me bo ubil. Tepel me je s pestmi. Žalil me je. Nismo se mu smeli približati.	Pokazatelji krize
S 09	Hotela sem pobegniti, bila sem v stalni pripravljenosti.	Pomanjkljivost metode
S 10	Nisem imela kam pobegniti.	Pomanjkljivost metode

ČLAN KRIZNEGA TIMA

OZNAKA	IZJAVA	POJEM
Č 01	Nikoli prej nisem sodeloval v KT, niti nimam posebnih izkušenj s področja duševnega zdravja.	Izkušnje
Č 02	Delo se mi ni zdelo zahtevno. Včasih je naporno, ker moraš stalno poslušati ene in iste zgodbe.	Zahtevnost dela
Č 03	Znam odreagirati v potencialno nevarnih situacijah.	Usposobljenost
Č 04	Pomembno je, da poslušáš,	Priporočila za delo
Č 05	da se ne zapletaš v razprave	Priporočila za delo
Č 06	da preprečiš, če hoče narediti kaj neumnega.	Priporočila za delo
Č 07	Včasih je treba na finto, ker kreganje ne pomaga.	Priporočila za delo
Č 08	Ne uporabljati izraza "ne smeš".	Priporočila za delo
Č 09	Človeka ni treba stalno kontrolirati.	Priporočila za delo
Č 10	Ne smeš se z njim spuščati v konflikte.	Priporočila za delo
Č 11	Predvsem bi priporočil, da se zganja manj panike, da je manj konfliktov.	Priporočila za delo
Č 12	Ne smeš se pustiti zmanipulirati.	Priporočila za delo
Č 13	Treba je imeti več občutka za delo s takim človekom,	Priporočila za delo
Č 14	ne smeš biti njegov strežnik.	Priporočila za delo
Č 15	Konkretno sem se pogovarjal z njim, družil, bil prisoten in pozoren.	Uporabljeni postopki dela
Č 16	Zame je bil glavni cilj, da ne ogroža sebe in drugih- da ne bi na primer zmrznil ali pojedel preveč tablet. To je bilo doseženo.	Cilji-rezultati
Č 17	Mislim, da je se po tej krizi v PSS začelo bolj kvalitetno delati z uporabniki.	Rezultati
Č 18	Tudi odnosi med stanovalci so boljši.	Rezultati
Č 19	Zdaj tudi redno potekajo sestanki.	Rezultati
Č 20	Mislim, da se je J. zavedal, da se nekaj dela zanj, bil je zadovoljen, ker smo se ukvarjali z njim.	Zadovoljstvo uporabnika
Č 21	Nisem potreboval posebne podpore.	Podpora pri delu
Č 22	Ne vem kam bi napotil uporabnika.	Uveljavljenost metode

Č 23	Usposabljanja ni bilo, mislim da bi bilo koristno.	Usposabljanje
Č 24	Vsaj nekaj osnovnih informacij bi člani potrebovali, na primer eno predavanje.	Usposabljanje
Č 25	J. je imel možnost sodelovanja. Bil je prisoten na vseh sestankih, tudi vse dokumente, ki so se delali zanj, je dobil za prebrat.	Vpliv uporabnika
Č 26	Probleme smo razreševali na sestankih, ki so bili dovolj pogosti.	Reševanje problemov

KOORDINATORKA KRIZNEGA TIMA

OZNAKA	IZJAVA	POJEM
K 01	Ko smo opazili, da je uporabnik v krizi, sem sklicala sestanek z njim in njegovo socialno mrežo in smo mu povedali, da bomo organizirali krizni tim.	Vzpostavitev KT
K 02	Nimam predhodnih izkušenj vodenja in sodelovanja v kriznem timu.	Izkušnje
K 03	Literature na to temo je zelo malo.	Uveljavljenost metode
K 04	Predvsem pa nisem imela časa, ker je bilo treba hitro ukrepati.	Vzpostavitev KT
K 05	Smo pa imeli podporo in svetovanje s strani neformalnega mentorja – prof. Flakerja, ki je bil tudi član kriznega tima.	Mentorstvo
K 06	Pridobivanje članov je potekalo tako, da sem poklicala vse zaposlene v prehodni stanovanjski skupini, vse sedanje in bivše kolege s FSD. Tudi njih sem prosila, naj povprašajo svoje znance in kolege, če bi bili pripravljeni sodelovati.	Vzpostavitev KT
K 07	Cilji delovanja KT so bili: preprečitev hospitalizacije	Cilji
K 08	preprečitev vrnitve v zavod (institucionalizacije)	Cilji
K 09	ohranitev dobrih odnosov med uporabnikom in njegovo socialno mrežo	Cilji
K 10	preprečitev povzročitve škode in telesnih poškodb sebe in drugih	Cilji
K 11	ohranitev kvalitete uporabnikovega življenja	Cilji
K 12	upoštevanje njegove volje, kljub krizi	Cilji
K 13	Rezultati delovanja KT so bili: preprečili smo hospitalizacijo in vrnitev v zavod	Rezultati
K 14	uspeli smo preprečiti, da se tekom krize ni huje zameril svojim sostanovalcem, prijateljem in znancem	Rezultati
K 15	ni bilo telesnih poškodb	Rezultati

K 16	spoštovali smo njegovo voljo	Rezultati
K 17	Ugotovili smo, da je mogoče krizo preživeti brez hospitalizacije.	Rezultati
K 18	Timsko delo je prineslo uspeh in dragocene izkušnje za nadaljnje delo.	Rezultati
K 19	Za podobne primere bi uporabila naslednje smernice: kontaktiranje velikega števila ljudi – nekaj jih bo gotovo pripravljenih sodelovati	Priporočila za delo
K 20	zelo koristni so redni in pogosti sestanki KT	Priporočila za delo
K 21	upoštevati je potrebno voljo uporabnika	Priporočila za delo
K 22	v krizni tim bi bilo dobro vključiti sostanovalce oziroma uporabnikove bližnje (družino, prijatelje)	Priporočila za delo
K 23	treba je odreagirati mirno	Priporočila za delo
K 24	ohraniti trezno glavo	Priporočila za delo
K 25	zavest, da situacija ni tako katastrofalna, kot morda izgleda.	Priporočila za delo
K 26	Morda smo malo prepozno ukrepali. Krizni tim smo oblikovali, ko je bila kriza že na vrhuncu.	Pomanjkljivost metode
K 27	Prej bi morala narediti analizo tveganja	Pomanjkljivost metode
K 28	Konkretno pri tem uporabniku je bilo zelo težko določiti, kdaj se je kriza začela, saj živi v "svojem svetu".	Pokazatelji krize
K 29	Prej bi poklicala potencialne člane za KT.	Pomanjkljivost metode
K 30	Poskušala bi biti bolj mirna.	Pomanjkljivost metode
K 31	Več časa bi preživela z uporabnikom.	Pomanjkljivost metode
K 32	menim, da bi bilo potrebno delovanje KT urediti z zakonodajo, tako da bi bila ta storitev široko dostopna potencialnim uporabnikom. Potrebno bi bilo tudi odpreti več kriznih centrov po Sloveniji.	Priporočila za delo
K 33	Konkretni postopki in metode dela, ki so bili uporabljeni: analiza tveganja	Uporabljeni postopki dela
K 34	24 urno spremstvo	Uporabljeni postopki dela
K 35	svetovanje in individualni pogovori	Uporabljeni postopki dela
K 36	obisk psihiatra	Uporabljeni postopki dela

K 37	sestanki KT	Uporabljeni postopki dela
K 38	obveščanje o situaciji med člani KT	Uporabljeni postopki dela
K 39	Vodenje KT je potekalo tako, da sem sestavljala urnike	Koordinacija KT
K 40	sklicevala sestanke	Koordinacija KT
K 41	poročala o delu	Koordinacija KT
K 42	imela pregled nad situacijo	Koordinacija KT
K 43	skrbela za komunikacijo med člani KT	Koordinacija KT
K 44	Uporabnik je imel vseskozi možnost izražati svojo voljo.	Vpliv uporabnika
K 45	Delo je bilo zame zelo zahtevno.	Zahtevnost dela
K 46	Bila sem pod stresom	Zahtevnost dela
K 47	Čustveno te delo z uporabnikom, ki je v krizi, zelo izčrpa.	Zahtevnost dela
K 48	Čutila sem veliko odgovornost za uporabnika, bilo me je strah.	Zahtevnost dela
K 49	Usposabljanja ni bilo. Ni bilo niti časa niti sredstev.	Usposabljanje
K 50	Imeli smo podporo in mentorstvo s strani prof. Flakerja.	Mentorstvo
K 51	Menim, da bi bilo usposabljanje na vsak način potrebno.	Usposabljanje
K 52	Storitev na žalost ni splošno dostopna.	Uveljavljenost metode
K 53	nevladne organizacije le redko organizirajo KT za svoje uporabnike.	Uveljavljenost metode
K 54	Odvisni so od lastne socialne mreže.	Uveljavljenost metode
K 55	Mislim, da je bil uporabnik zadovoljen. Imel je družbo in občutek varnosti.	Zadovoljstvo uporabnika
K 56	Vloge so bile porazdeljene na koordinatorja in člane KT, ki so imeli vsi iste naloge, poleg tega pa je sodeloval tudi prof. Flaker kot mentor in supervizor.	Delovanje tima

9.3. ZDRUŽEVANJE IZJAV PO KODAH IN DEFINIRANJE POJMOV

Uveljavljenost metode

Definicija: Pojem nam pove ali je metoda pri nas poznana in dostopna potencialnim uporabnikom.

U 01	Še nikoli nisem slišal za tak način pomoči.
------	---

S 03	Nikoli prej nisem slišala za tak način pomoči.
Č 22	Ne vem kam bi napotil uporabnika.
K 03	Literature na to temo je zelo malo.
K 52	Storitev na žalost ni splošno dostopna.
K 53	nevladne organizacije le redko organizirajo KT za svoje uporabnike.
K 54	Odvisni so od lastne socialne mreže.

Pomanjkljivost metode

Definicija: Kaj uporabnik in člani kriznega tima zaznavajo kot pomanjkljivosti oziroma šibke točke metode.

U 06	Želel bi si več razumevanja.
S 01	Bilo me je zelo strah, da mi bo kaj naredil.
S 09	Hotela sem pobegniti, bila sem v stalni pripravljenosti.
S 10	Nisem imela kam pobegniti.
K 26	Morda smo malo prepozno ukrepali. Krizni tim smo oblikovali, ko je bila kriza že na vrhuncu.
K 27	Prej bi morala narediti analizo tveganja
K 29	Prej bi poklicala potencialne člane za KT.
K 30	Poskušala bi biti bolj mirna.
K 31	Več časa bi preživela z uporabnikom.

Potrebe uporabnika

Definicija: Opisuje konkretne potrebe uporabnika v času trajanja krize.

U 02	Nisem potreboval pomoči, saj sploh nisem imel krize.
U 03	Ničesar nisem potreboval.

Uporabljeni postopki dela

Definicija: Konkretni postopki dela med krizno intervencijo.

U 04	Najbolj mi je pomagala prisotnost in pogovori.
S 02	Izpolnili so vsako njegovo zahtevo.
Č 15	Konkretno sem se pogovarjal z njim, družil, bil prisoten in pozoren.
K 33	Konkretni postopki in metode dela, ki so bili uporabljeni:

	analiza tveganja
K 34	24 urno spremstvo
K 35	svetovanje in individualni pogovori
K 36	obisk psihiatra
K 37	sestanki KT
K 38	obveščanje o situaciji med člani KT

Pokazatelji krize

Definicija: Kako so njegovi bližnji zaznali, da je uporabnik v krizi.

S 06	Bala sem se da me bo spolno napadel. To sem povedala delavki v PSS in kmalu nato so organizirali krizni tim.
S 07	Ne spoštuje pravil, krade, zelo je neurejen. Premalo se obleče, kljub temu, da je zima. Fehta.
S 08	Grozil je, da me bo ubil. Tepel me je s pestmi. Žalil me je. Nismo se mu smeli približati.
K 28	Konkretno pri tem uporabniku je bilo zelo težko določiti, kdaj se je kriza začela, saj živi v "svojem svetu".

Vpliv uporabnika

Definicija: Ali je imel uporabnik možnost vplivati na način dela kriznega tima in na kakšen način je lahko izrazil svojo voljo.

U 05	Imel sem možnost sodelovati in povedati svoje mnenje na sestankih.
Č 25	J. je imel možnost sodelovanja. Bil je prisoten na vseh sestankih, tudi vse dokumente, ki so se delali zanj, je dobil za prebrat.
K 44	Uporabnik je imel vseskozi možnost izražati svojo voljo.

Rezultati

Definicija: Ali je bilo delovanje kriznega tima uspešno in kakšni so bili konkretni rezultati.

S 04	Mislim da je bila pomoč J. zelo uspešna.
Č 16	Zame je bil glavni cilj, da ne ogroža sebe in drugih – da ne bi na primer zmrznil ali pojedel preveč tablet. To je

	bilo doseženo.
Č 17	Mislim, da je se po tej krizi v PSS začelo bolj kvalitetno delati z uporabniki.
Č 18	Tudi odnosi med stanovalci so boljši.
Č 19	Zdaj tudi redno potekajo sestanki.
K 13	Rezultati delovanja KT so bili: preprečili smo hospitalizacijo in vrnitev v zavod
K 14	uspeli smo preprečiti da se tekom krize ni huje zameril svojim sostanovalcem, prijateljem in znancem
K 15	ni bilo telesnih poškodb
K 16	spoštovali smo njegovo voljo
K 17	Ugotovili smo, da je mogoče krizo preživeti brez hospitalizacije.
K 18	Timsko delo je prineslo uspeh in dragocene izkušnje za nadaljnje delo.

Priporočila za delo

Definicija: Katere konkretne postopke in metode dela bi člani kriznega tima priporočili za delovanje timov v prihodnosti.

S 05	Če bi se kriza ponovila, bi zagotovo pobegnila. Ko sem bila še doma, je bil oče nasilen, zato se zelo bojim.
Č 04	Pomembno je, da poslušáš,
Č 05	da se ne zaplelaš v razprave
Č 06	da preprečiš, če hoče narediti kaj neumnega.
Č 07	Včasih je treba na finto, ker kreganje ne pomaga.
Č 08	Ne uporabljati izraza "ne smeš".
Č 09	Človeka ni treba stalno kontrolirati.
Č 10	Ne smeš se z njim spuščati v konflikte.
Č 11	Predvsem bi priporočil, da se zganja manj panike, da je manj konfliktov.
Č 12	Ne smeš se pustiti zmanipulirati.
Č 13	Treba je imeti več občutka za delo s takim človekom,
Č 14	ne smeš biti njegov strežnik.
K 19	Za podobne primere bi uporabila naslednje smernice: kontaktiranje velikega števila ljudi – nekaj jih bo gotovo pripravljenih sodelovati
K 20	zelo koristni so redni in pogosti sestanki KT
K 21	upoštevati je potrebno voljo uporabnika
K 22	v krizni tim bi bilo dobro vključiti sostanovalce oziroma uporabnikove bližnje (družino, prijatelje)

K 23	treba je odreagirati mirno
K 24	ohraniti trezno glavo
K 25	zavest, da situacija ni tako katastrofalna, kot morda izgleda.
K 32	menim, da bi bilo potrebno delovanje KT urediti z zakonodajo, tako da bi bila ta storitev široko dostopna potencialnim uporabnikom. Potrebno bi bilo tudi odpreti več kriznih centrov po Sloveniji.

Izkušnje

Definicija: Ali so imeli člani kriznega tima predhodne izkušnje.

Č 01	Nikoli prej nisem sodeloval v KT, niti nimam posebnih izkušenj s področja duševnega zdravja.
K 02	Nimam predhodnih izkušenj vodenja in sodelovanja v kriznem timu.

Zahtevnost dela

Definicija: Ali so člani kriznega tima delo doživljali kot zahtevno in naporno.

Č 02	Delo se mi ni zdelo zahtevno. Včasih je naporno, ker moraš stalno poslušati ene in iste zgodbe.
K 45	Delo je bilo zame zelo zahtevno.
K 46	Bila sem pod stresom
K 47	Čustveno te delo z uporabnikom, ki je v krizi, zelo izčrpa.
K 48	Čutila sem veliko odgovornost za uporabnika, bilo me je strah.

Usposobljenost

Definicija: Ali so bili člani kriznega tima predhodno usposobljeni za delo.

Č 03	Znam odreagirati v potencialno nevarnih situacijah.
Č 23	Usposabljanja ni bilo, mislim da bi bilo koristno.
Č 24	Vsaj nekaj osnovnih informacij bi člani potrebovali, na primer eno predavanje.
K 49	Usposabljanja ni bilo. Ni bilo niti časa niti sredstev.
K 51	Menim, da bi bilo usposabljanje na vsak način potrebno.

Zadovoljstvo uporabnika

Definicija: Ali so bili uporabnik in člani kriznega tima zadovoljni s procesom pomoči in rezultati dela.

Č 20	Mislim, da se je J. zavedal da se nekaj dela zanj, bil je zadovoljen, ker smo se ukvarjali z njim.
K 55	Mislim, da je bil uporabnik zadovoljen. Imel je družbo in občutek varnosti.

Podpora in mentorstvo

Definicija: Ali so bili člani kriznega tima pri svojem delu deležni podpore in mentorstva.

Č 21	Nisem potreboval posebne podpore.
K 05	Smo pa imeli podporo in svetovanje s strani neformalnega mentorja – prof. Flakerja, ki je bil tudi član kriznega tima.
K 50	Imeli smo podporo in mentorstvo s strani prof. Flakerja.

Reševanje problemov

Definicija: Kako konkretno je potekalo reševanje problemov, ki so se pojavljali pri delovanju kriznega tima.

Č 26	Probleme smo razreševali na sestankih, ki so bili dovolj pogosti.
------	---

Vzpostavitev kriznega tima

Definicija: Kako konkretno je potekalo pridobivanje članov in vzpostavitev kriznega tima.

K 01	Ko smo opazili, da je uporabnik v krizi, sem sklicala sestanek z njim in njegovo socialno mrežo in smo mu povedali, da bomo organizirali krizni tim.
K 04	Predvsem pa nisem imela časa, ker je bilo treba hitro ukrepati.
K 06	Pridobivanje članov je potekalo tako, da sem poklicala vse zaposlene v prehodni stanovanjski skupini, vse sedanje in bivše kolege s FSD. Tudi njih sem prosila, naj

	povprašajo svoje znance in kolege, če bi bili pripravljeni sodelovati.
--	--

Cilji

Definicija: Kakšni so bili zastavljeni cilji ob začetku delovanja kriznega tima.

Č 16	Zame je bil glavni cilj, da ne ogroža sebe in drugih – da ne bi na primer zmrznil ali pojedel preveč tablet. To je bilo doseženo.
K 07	Cilji delovanja KT so bili: preprečitev hospitalizacije
K 08	preprečitev vrnitve v zavod (institucionalizacije)
K 09	ohranitev dobrih odnosov med uporabnikom in njegovo socialno mrežo
K 10	preprečitev povzročitve škode in telesnih poškodb sebe in drugih
K 11	ohranitev kvalitete uporabnikovega življenja
K 12	upoštevanje njegove volje, kljub krizi

Koordinacija kriznega tima

Definicija: Katere konkretne delovne naloge je vsebovalo koordiniranje kriznega tima.

K 39	Vodenje KT je potekalo tako, da sem sestavljala urnike
K 40	sklicevala sestanke
K 41	poročala o delu
K 42	imela pregled nad situacijo
K 43	skrbela za komunikacijo med člani KT

Delovanje tima

Definicija: Kako so bile porazdeljene vloge oziroma delovne naloge v okviru kriznega tima.

K 56	Vloge so bile porazdeljene na koordinatorja in člane KT, ki so imeli vsi iste naloge, poleg tega pa je sodeloval tudi prof. Flaker kot mentor in supervizor.
------	--

9.4. ZDRUŽEVANJE POJMOV V KATEGORIJE

Kategorija: USPOSOBLJENOST IN POGOJI ZA DELOVANJE KRIZNEGA TIMA

Pojmi:

- Izkušnje
- Usposobljenost
- Podpora in mentorstvo

Kategorija: POTEK KRIZNEGA POSREDOVANJA

Pojmi:

- Pokazatelji krize
- Potrebe uporabnika
- Vzpostavitev kriznega tima
- Delovanje tima
- Koordinacija kriznega tima
- Uporabljeni postopki dela
- Reševanje problemov
- Zahtevnost dela
- Vpliv uporabnika
- Zadovoljstvo uporabnika
- Cilji in rezultati

Kategorija: METODA KRIZNEGA POSREDOVANJA

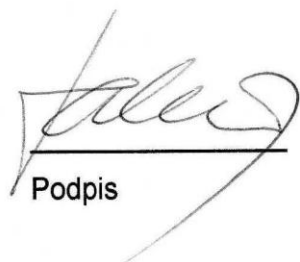
Pojmi:

- Uveljavljenost metode
- Pomanjkljivost in prednosti metode
- Priporočila za delo

9.5. IZJAVA O VAROVANJU OSEBNIH PODATKOV

IZJAVA

Spodaj podpisana Tanja Lesjak, rojena 11.12.1975, s stalnim prebivališčem: Cvetlična pot 9a, 1000 Ljubljana, izjavljam da bom pri pisanju svoje diplomske naloge z naslovom KRIZNI TIMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA, upoštevala varstvo osebnih podatkov.



Podpis

V Ljubljani, 11.03.2011

10. POVZETEK

V prvem delu naloge najprej predstavljam pojem duševnega zdravja in nato duševne bolezni. Po psihiatričnih merilih bi težko našli popolnoma zdravega človeka. Zdravo je predvsem tisto doživljanje in vedenje, ki je povprečno, značilno za večino.

Nalepka duševne je bolezni pa je "dosmrtna obsodba", s katero so zaznamovani drugačni. Že od 17. stoletja jih zapirajo v odmaknjene kraje, stran od oči družbe, kar imenujemo institucionalizacija. Ta prinaša številne negativne posledice, zaradi katerih človek praktično nikoli več ne more postati enakopraven in enakovreden član družbe. Strokovnjaki so ugotovili, da je možno ljudem pomagati tudi v skupnosti, po drugi strani pa so številne raziskave opozorile na škodljivost institucionalizacije. Zato se je v svetu po drugi svetovni vojni začela dezinstitutionalizacija kot proces zapiranja in odpravljanja ustanov in ustvarjanja novih alternativnih služb, ki nadomeščajo hospitalizacijo. Ta proces še vedno traja. Nekateri avtorji namesto o duševni bolezni govorijo o krizi. V nasprotju z oznako duševne bolezni kriza uporabnika ne razvrednoti in ga ne stigmatizira.

Krizni tim je alternativa bolnišnični obravnavi. Poglavitni namen njegovega delovanja je preprečitev hospitalizacije in njenih škodljivih posledic. Uporabnik tako veliko hitreje okreva in nadaljuje tam, kjer je obstal pred začetkom krize.

Poznamo strokovne in laične krizne time. Sestavljajo jih strokovnjaki, prostovoljci in sami uporabniki. V Sloveniji delujejo le laični krizni timi, pa še ti zelo redko. Če uporabnik nima dobro razvite socialne mreže, ki je sposobna organizirati krizni tim, praktično nima možnosti za tak način pomoči. V tujini pa so strokovni krizni timi vključeni v nacionalne sisteme zdravstvenega varstva in tudi že zelo uveljavljeni.

V empiričnem delu naloge opisujem delovanje kriznega tima za uporabnika s težavami v duševnem zdravju, v katerem sem sodelovala kot prostovoljka. V okviru raziskave poskušam odgovoriti na vprašanja, ali morajo biti člani tima strokovno usposobljeni, kakšni so pogoji za delovanje tima, podrobno razčlenjujem krizno posredovanje in na

koncu samo metodo, njene prednosti in pomanjkljivosti ter uveljavljenost. Raziskava je kvalitativna in deskriptivna. Merski instrument je bil delno strukturiran vprašalnik. Podatke za analizo sem zbrala z individualnimi intervjuji. Populacijo raziskave sestavljajo uporabnik, koordinatorka kriznega tima, član kriznega tima in sostanovalka uporabnika v prehodni stanovanjski skupini. Podatke sem pridobila tudi z neposrednim opazovanjem z udeležbo, saj sem bila članica kriznega tima.

Raziskava potrjuje, da se je krizni tim v našem primeru izkazal kot ustrezna alternativa hospitalizaciji. Čeprav člani tima, z izjemo mentorja in supervizorja, niso strokovnjaki in se niso posebej usposabljali, je bilo delo strokovno in uspešno. Delo z uporabnikom je bilo za nekatere bolj zahtevno, za druge manj. V praksi se je potrdila teorija, da so pri takšnem delu pomembnejše posameznikove osebne lastnosti kot strokovna usposobljenost. Vsi postavljeni cilji so bili doseženi. Metoda ima tako prednosti kot slabosti, ki jih velja upoštevati kot usmeritve za nadaljnje delo.

Spremembe so potrebne na vseh ravneh, vključno s pojmovanjem duševne bolezni, ki dosmrtno stigmatizira uporabnika. Namesto tega bi bilo ustrezneje govoriti o krizi. Delovanje kriznih timov bi bilo treba zakonsko urediti. Država bi morala zagotoviti usposabljanje ustreznega števila delavcev po vsej Sloveniji, ki bi bili primerno plačani za svoje storitve. Zagotoviti bi bilo treba varne prostore, na primer krizne centre, v katerih bi lahko uporabniki preživeli krizo v mirnem in varnem okolju. S tem tudi ne bi ogrožali in motili drugih stanovalcev oziroma družinskih članov.

Veliko vlogo pri tem lahko igrajo nekdanji uporabniki, ki so sami preživeli krize, saj so strokovnjaki iz izkušenj. Veliko bi se lahko naučili tudi od strokovnjakov iz tujine. Klasične in alternativne službe duševnega zdravja bi morale med seboj sodelovati in se učiti druga od druge. Menim, da bi ključno vlogo na tem področju morale prevzeti nevladne organizacije in v sodelovanju z ministrstvom storitev kriznih timov vključiti v nacionalni program duševnega zdravja.