

„Opieka w domu” dla osób chorych psychicznie jako forma opieki psychiatrycznej

Pojęcie „opieka w domu” * rozumiane jest jako dodatkowa oferta opieki ambulatoryjnej dla rozmaitych form mieszkania i życia osób chorych psychicznie. W poniższym artykule będę używać tego pojęcia w odniesieniu do form opieki nad osobami chorymi psychicznie żyjącymi w gospodarstwach jednoosobowych, grupowych i w parach.

Jak powstały mieszkania chronione?

W roku 1975 komisja ekspertów przedstawiła niemieckiemu parlamentowi „Sprawozdanie na temat sytuacji psychiatrii w RFN”, tzw. „Ankieta psychiatryczną”, która zwróciła uwagę niemieckiej opinii publicznej na niedostateczne leczenie i opiekę nad chorymi psychicznie.

W tamtym okresie osoby chore psychicznie umieszczane były w przeważającej części w wielkich szpitalach z dala od swojego środowiska. Oferta lecznicza nie odpowiadała stanowi nauk medycznych, psychologicznych i socjologicznych. Krytykowano zwłaszcza fakt, że w tych wielkich szpitalach kultywowano przede wszystkim czystą „psychiatrię przechowalniczą”. Duża część chorych musiała pogodzić się z tym, że z diagnozą „psychoza” wiązała się wieloletnia hospitalizacja, trwająca często całe życie.

Komisja ekspertów żądała konsekwentnej rozbudowy sieci opieki środowiskowej zróżnicowanej na ofertę stacjonarną, kom-

plementarną i ambulatoryjną. Była to pomoc w narodzinach instytucji opiekuńczej, jaka stanowi „usługi specjalistyczne w domu”.

„Program opieka w domu” powstał w 1985r., w rok po otwarciu Westfalskiego Centrum Psychiatrii i Psychoterapii, w Klinice Uniwersyteckiej w Bochum. Dzisiaj pracuje tam jeden pracownik socjalny i jedna pielęgniarka. Według klucza Związku Krajowego każdy z pracowników opiekuje się samodzielnie 10 pacjentami. Są to psychotycy i osoby z ciężkimi zaburzeniami osobowości, dla których „opieka w domu” może stanowić alternatywę dla długotrwałego pobytu w szpitalu. Oferta skierowana jest głównie do dwóch grup pacjentów:

- 1 pacjentów, którzy co jakiś czas muszą być hospitalizowani,
- 2 pacjentów hospitalizowanych przez długi okres czasu.

Obie grupy pacjentów mogą w zasadzie opuścić szpital pod warunkiem sprawowania w dalszym ciągu nad nimi opieki, ponieważ ich umiejętności w uporaniu się z codziennością są zaburzone w tym sensie, że często nie są w stanie z własnej inicjatywy podejmować i wykonywać poszczególnych czynności dnia codziennego, lub całego ich łańcucha. Z tego powodu wymagają stałego towarzyszenia im przez opiekunów, którzy wspierają ich w pokonywaniu codziennych trudności.

Pacjenci odwiedzani są raz- dwa razy w tygodniu lub zapraszani na rozmowy. W

* W Polsce pojęciu „Betreutes Wohnen” odpowiada „opieka specjalistyczna nad chorym psychicznie w domu”

strukturze kliniki „opieka w domu” stanowi część ambulatorium.

Zapytania o możliwość korzystania z „opieki w domu” nadchodzą z reguły z oddziałów kliniki. Najpierw cały zespół po rozmowie z pacjentem podejmuje wstępną decyzję o tym, czy opieka w domu jest dla niego sensowna i jakie inne możliwości pomocy wchodziłyby jeszcze w rachubę.

Przy przejmowaniu pacjenta przez „opiekę domową” jest on przedstawiany zespołowi ambulatorium, który wyznacza odpowiedni sposób postępowania i uzgadnia go z lekarzem.

Oprócz tego raz na tydzień odbywa się rozmowa informacyjna z zespołem ambulatorium na temat spodziewanych trudności ze strony pacjenta i wypracowania strategii rozwiązywania problemów. Ma to tę zaletę, że zostaje zapewniona wymiana informacji, a w ostrych kryzysach psychiatrycznych pacjent ma natychmiast do dyspozycji lekarzy, którzy są zaznajomieni z jego historią choroby.

Ponadto cały zespół spotyka się co 14 dni podczas superwizji prowadzonej przez superwizora z zewnątrz. Tutaj można skontrolować relacje z pacjentem, zreflektować metodę pracy i ewentualnie zmienić ją. Superwizja stanowi środek pomocniczy w wykształceniu świadomego posługiwania się bliskością i dystansem.

Celem sprawowania opieki jest doprowadzenie pacjenta do samodzielności tak, by był w stanie w dużym stopniu samodzielnie kształtować swoją codzienność, potrafił również korzystać z innych ofert ambulatoryjnych, jak np. spotkania pacjentów czy grupy samopomocy.

Aby osiągnąć ten cel, muszą zaistnieć niżej wymienione warunki, lub też należy je stworzyć razem z pacjentami:

Bezpieczeństwo finansowe

Dla zapewnienia bazy materialnej potrzebne są środki finansowe. Dla podopiecznych dysponowanie własnymi pieniędzmi stanowi ważny krok w rozwoju. Na skutek hospitalizacji kwota, jaką otrzymują podopieczni jest często redukowana, w niektórych przypadkach do wysokości kieszonkowego, a po opuszczeniu szpitala nie ulega

automatycznie zwiększeniu do stanu sprzed hospitalizacji. W takim przypadku pierwsze zadanie opiekuna polega na towarzyszeniu podopiecznemu w jego wędrówkach do różnych urzędów i wspieraniu go w dochodzeniu swoich praw, co może stanowić dla niego spore obciążenie.

Mieszkanie

Na skutek samej choroby lub też na skutek długiego okresu leczenia pacjenci mogą stać się bezdomnymi. Tym pacjentom pomaga się w poszukiwaniu mieszkania, np. poprzez wspólne czytanie ogłoszeń mieszkaniowych, towarzyszenie im do Wydziału Lokalowego, a w pojedynczych przypadkach poprzez wynajmowanie mieszkań przez klinikę, które następnie podnajmowane są pacjentom. Jeśli zachodzi taka potrzeba, pacjenci otrzymują również pomoc przy zakupie przedmiotów użytku domowego.

Szukanie mieszkania i posiadanie umowy najmu to nie wszystko. Podopiecznych trzeba wspierać także w trudnym okresie przystosowawczym oferując im profesjonalną pomoc w rozwiązywaniu pojawiających się problemów, takich jak np. kłopoty z sąsiadami wynikające z niezachowywania porządku, uzgadnianie terminów z rzemieślnikami i omawianie z nimi różnych rozwiązań.

Wielu pacjentów musi się od nowa nauczyć tego, że mieszkanie może stać się osobistą ojczyzną, pod warunkiem, że urządzi je po swojemu i gdy będą je pielęgnować.

Kontakty społeczne i aktywność

Podopieczni są ludźmi, którzy nie potrafią z własnej inicjatywy nawiązywać i utrzymywać kontaktów społecznych.

Fakt ten prowadzi do osamotnienia i izolacji, co na powrót wtrąca ich w chorobę. Dzięki sprawowanej nad nimi opiece zapewnione zostaje z reguły pewne minimum kontaktów społecznych i własnej aktywności. Do opieki włącza się również krewnych, o ile tacy istnieją.

Towarzyszenie pacjentom w ich dniu codziennym bazuje na wymienionych właśnie podstawach, wyprowadzonych z modelu opieki Nancy Roper. Istota jej modelu opieki polega na tym, że każdy człowiek musi dysponować określonymi umiejętnościami nie-

zbędnymi do pokonywania życiowych zadań. Spojrzenie na te umiejętności pod kątem tego, jakimi umiejętnościami dysponuje pacjent, umożliwia zaplanowanie z nim zapotrzebowania na pomoc i cel sprawowanej nad nim opieki. Model opieki składa się z tzw. umiejętności powszednich, które tutaj zostały rozszerzone o zagadnienia psychiatryczne.

Model umiejętności powszednich wg. Nancy Roper, rozszerzony wg. Chris Abderhalden

- 1 Oddychanie
- 2 Regulowanie temperatury ciała
- 3 Jedzenie i picie
- 4 Wydalanie
- 5 Odpoczywanie i spanie
- 6 Poruszanie się
- 7 Mycie i ubieranie się
- 8 Troszczenie się o bezpieczeństwo
- 9 Informowanie i orientowanie się
- 10 Komunikowanie
- 11 Nawiązywanie, utrzymywanie, kończenie kontaktów
- 12 Podejmowanie problemów i ocena rzeczywistości
- 13 Znajdowanie sensu
- 14 Zajmowanie się sobą
- 15 Zarządzanie własnością osobistą
- 16 Mieszkanie
- 17 Czucie i zachowywanie się jak mężczyzna lub kobieta
- 18 Dopominanie się własnych praw, wypełnianie swoich obowiązków

Na podstawie pytań stawianych nowym pacjentom i obserwacji ich zachowania można stwierdzić, które z tych czynności są w stanie wykonywać, w których czynnościach występują u nich deficyty. Rezultat badania znajduje swoje odzwierciedlenie w anamnezie. Świadomie zaczyna się od tych czynności, które nie sprawiają pacjentowi kłopotu, aby wzmocnić rozwijanie się jego poczucia odpowiedzialności i własnej aktywności. Codzienne towarzyszenie pacjentowi wymaga intensywnego kontaktu pomiędzy nim a opiekunem. Odpowiedzialne i profesjonalne kształtowanie tej relacji wymaga umiejętności poruszania się pomiędzy bliskością a

dystansem, pomiędzy ochranianiem a konfrontacją, pomiędzy przejmowaniem odpowiedzialności a oddaniem jej pacjentowi.

To, co dla jednego może być towarzyszeniem i wspieraniem, innemu wydaje się kontaktem już zbyt bliskim, zbyt matczynym albo zbyt wymagającym w sensie przeciążenia.

We własnym mieszkaniu trzeba samodzielnie kształtować swoje życie. Pacjent w większym stopniu niż w instytucji stacjonarnej jest pozostawiony sam sobie. Tutaj sam może decydować o intensywności kontaktów. Z drugiej jednak strony prędko może stać się samotny, gdy zabraknie mu niezbędnych impulsów. Im mniej kontaktów dopuszcza, tym bardziej jego samodzielne życie obciążone jest ryzykiem, że się zaniedba, że straci poczucie rzeczywistości.

Ryzyko to musi zostać zrekompensowane przez intensywną opiekę. W sytuacjach kryzysowych odwiedziny opiekunów stanowią dla pacjentów często jedyny pomost pomiędzy ich życiem a rzeczywistością. Ważnym staje się wówczas aby był to kontakt codzienny, by o ile to możliwe, oprócz pomocy i kontroli zabezpieczyć także leczenie farmakologiczne.

Akurat w przypadku osób mieszkających samotnie wielkie znaczenie ma fakt, czy powiedzie się wprowadzenie struktury dnia i codziennych kontaktów, tzn. regularnego i niezawodnego powrotu podobnych czynności i funkcji życiowych. Często jest tak, że ludzie chorzy psychicznie z wielkim trudem muszą przyswoić sobie umiejętności, które utracili, a które nam wydają się banalne.

Tak więc podstawowe zadanie tej codziennej opieki polega na nauczaniu pacjenta - przynajmniej w minimalnym zakresie - podejmowania i wykonywania podstawowych funkcji związanych z codziennością, na wspieraniu i trenowaniu jego umiejętności w tym zakresie.

Wspólna wyprawa do okienka kasowego, albo wspólne śniadanie w jakiejś kawiarni może zmienić sposób, w jaki pacjent postrzega sam siebie, od kogoś znajdującego się poza nawiasem społeczeństwa, w kierunku polepszenia samooceny, wzmocnienia samoświadomości i udziału w życiu społecznym.

Widać więc, że towarzyszenie pacjentowi w jego życiu stanowi znaczący, rehabilitacyjny aspekt w ramach leczenia całościowego.

Chorych nie da się jakoś gruntownie zmienić, czy też wyleczyć, natomiast profesjonalna opieka może zapewnić im nowe, napawające otuchą doświadczenia.

Poniższy przykład ilustruje podobną opiekę w praktyce:

Pan W. po raz pierwszy zachorował na psychozę schizofreniczną w 1964 roku w wieku 29 lat. Jego miastem rodzinnym było Bochum i do tego momentu pracował jako ślusarz i frezer. W 1965 r. pan W. otrzymał opiekuna prawnego i na skutek postanowienia sądu został umieszczony w szpitalu oddalonym 120 km od jego miejsca zamieszkania. Spędził w nim ogółem 19 lat swojego życia.

Podczas całego tego okresu pan W. wykazywał symptomy psychotyczne w formie urojeń profetycznych z ideami omnipotentnymi o treści religijnej i politycznej. Wykazywał wszystkie podstawowe cechy psychozy schizofrenicznej, które wymieniały się co jakiś czas z mocno zaznaczonymi symptomami negatywnymi.

W roku 1986 postanowienie o przymusowym umieszczeniu w szpitalu zostało uchylone i pan W. został na własne życzenie przeniesiony do Westfalskiego Centrum Psychiatrii (Westfälisches Zentrum für Psychiatrie) w Bochum, swoim mieście rodzinnym. Zanim mógł opuścić szpital, leczony był na oddziale rehabilitacyjnym.

Następny krok polegał na nawiązaniu kontaktu z zespołem „opieki domowej”, ponieważ chodziło o umieszczenie pacjenta we własnym mieszkaniu.

Praca zespołu polegała w pierwszym rzędzie na wspólnym poszukiwaniu mieszkania, co odbywało się poprzez wizyty w firmach budowlanych i sprawdzaniu ogłoszeń o wynajmie mieszkań. Po znalezieniu i wynajęciu mieszkania konieczna okazała się pomoc przy jego renowacji i urządzeniu.

Po tak wielu latach spędzonych w szpitalu trzeba było przećwiczyć takie umiejętności, jak np. korzystne cenowo robienie zakupów, ale także obsługę sprzętu gospodarstwa

domowego, gotowanie, korzystanie z publicznych środków komunikacji.

Krok po kroku rosły umiejętności Pana W. i gotowość do samodzielnego zamieszkania.

Po opuszczeniu szpitala praca z pacjentem polegała na zaznajomieniu go z jego otoczeniem (gdzie są jakie sklepy, nawiązanie znajomości z sąsiadami itp.).

Jego dzień został ustrukturyzowany dzięki temu, że pan W. spędzał kilka godzin dziennie w warsztatach kliniki, aż do momentu, kiedy samodzielnie potrafił już kształtować swój dzień. W trakcie sprawowania nad nim opieki doszło do kryzysu, kiedy pan W. odmówił dalszego przyjmowania leków. Dopiero po ponownym przyjęciu go na oddział stacjonarny i intensywnych rozmowach zgodził się zaakceptować leki na stałe.

Stopniowo można było uchylać obowiązującą w dalszym ciągu opiekę prawną nad wszelkimi obszarami życia pacjenta z wyjątkiem opieki zdrowotnej.

Pan W. w dalszym ciągu cierpi na urojenia. Często twierdzi, że otrzymał od Boga polecenie szerzenia pokoju, dlatego musi brać udział w rozwiązywaniu konfliktów narodowych i międzynarodowych. Tak więc między innymi poleciał na 5 dni do Ammanu (Jordania), gdzie przed pałacem królewskim modlił się o pokój dla tego regionu.

Na skutek częstych rozmów uznał, że jego misja ma nie tylko charakter pokojowy, lecz jest również czymś, co stanowi przerwę w jego codzienności i co daje mu jakąś odmianę. Podczas jednej ze swoich ostatnich akcji z okazji sporu ze związkami zawodowymi wykorzystał czas na przechadzkę po mieście i zakupy. W międzyczasie udało się namówić go, żeby meldował się przed każdą kolejną podróżą.

Na zakończenie trzeba jeszcze raz podkreślić, że pacjent spędził ponad 19 lat w zakładach zamkniętych. Dzisiaj przy pomocy lekarza z ambulatorium i regularnych kontaktów z zespołem „opieki w domowej” jest w stanie radzić sobie w rozległych obszarach swojego życia.

Literatur

- 1 Charleen Newton: Pflege nach Roper, Logan, Tierney, Lambertus 1995.
- 2 Walter Kistner: Der Pflegeprozeß in der Psychiatrie.
- 3 Chris Abderhalden. Psychiatrische Krankenpflege.
- 4 Luc Ciompi: Sozialpsychiatrische Lernfälle, Psychiatrie Verlag.
- 5 K.E. Brill, G. Schulte Kemna u. a.: Betreutes Wohnen, Psychosoziale Arbeitshilfen 6, Psychiatrie Verlag.