

Soc. delavka Milena Tanaskovič
Klinična bolnišnica za psihiatrijo
Ljubljana

Nekaj misli o družinski oskrbi duševnega bolnika

Družinska oskrba je ena izmed oblik za zdravljenje duševnih bolnikov zunaj bolnišnice in hkrati najstarejša oblika tovrstnega zdravljenja. Družinska oskrba pomeni namestitev duševnega bolnika v tujo družino.

Ta oblika zdravljenja sega v šestnajsto stoletje, z njo pa so pričeli v Belgiji v časih, ko psihiatrija še ni bila priznana za posebno vejo medicine. Po zaslugi francoskega zdravnika Filipa Pinella pa je leta 1792 psihiatrija dobila svoje mesto in bila priznana kot znanstvena stroka.

Prvotni namen družinske oskrbe je bila le skrb za nadaljnje življenje odpuščenega bolnika in morebitno preprečevanje ponovnih bolezenskih izbruhov ali pa zasilen ukrep zaradi prenapoljenosti bolnišnic za duševne bolnike.

Z razvojem socialne psihiatrije pa je družinska oskrba dobila svoje pravo mesto. Prvi mednarodni kongres o duševni higieni, ki je bil l. 1930 v Washingtonu, opredeljuje z Bufejevimi tezami pravo vrednost in tehniko družinske oskrbe.

Najpomembnejše misli od enajstih Bufejevih tez so:

- družinska oskrba je najnaravnejša oblika obravnave duševnih bolnikov;
- obvaruje bolnika pred psihično škodljivostjo zaradi daljšega bivanja v bolnišnici;
- pripomore k hitrejši resocializaciji bolnika;
- daje številne možnosti zaposlovanja;
- v družinsko oskrbo se lahko namestijo vsi tisti bolniki, ki iz kateregakoli vzroka ne morejo živeti v lastni družini ali pa se ne morejo vrniti v staro okolje;
- družinska oskrba je tudi pot, po kateri psihiatrijo in duševne bolnike približujemo javnosti, in obenem sredstvo za psihohigiensko prosvetljevanje;
- družinska oskrba je v različnih oblikah izvedljiva v vseh deželah in jo je moč izvajati celo v velikih mestih.

Teze so stare štirideset let, a veljajo še danes, vendar v različnih državah v različnih oblikah.

Belgija, ki ima najstarejšo tradicijo, ima »koncentracijsko« obliko družinske oskrbe. Na določenem področju živi večje število duševnih bolnikov, ki so nastanjeni pri kmečkih in obrtniških družinah. Vsako tako področje ima svojega zdravnika in socialnega delavca, njun sedež pa je v posebnem centru, nedaleč od matične bolnišnice za duševne bolezni. Bolnišnica oskrbuje le tiste bolnike, ki zaradi izjemnega stanja ne morejo živeti v družini.

Na Škotskem zasledimo »dispanzersko« obliko družinske oskrbe. Bolniki žive po vsej deželi. Povezava z matično bolnišnico je majhna, zato skrbijo zanje krajevni zdravniki.

V Nemčiji, kjer je že dobro razvita družinska oskrba, imajo posebne domove za tiste bolnike, ki niso primerni za družinsko oskrbo, ne potrebujejo pa bolniškega zdravljenja. Ta način imenujejo »Adnex« obliko.

Tudi v vzhodnih državah imajo različne oblike dejavnosti zunaj bolnišnice. Na Poljskem je družinska oskrba organizirana v neposredni bližini duševnih bolnišnic. Bolniki so nastanjeni v kmečkih družinah, in sicer največ po dva bolnika. Vključeni so v delo in življenje rejniške družine, zdravstveni nadzor pa opravlja posebna skupina psihiatrov in psihologov.

V Rusiji imajo npr. delovne kolonije, dnevne in nočne bolnišnice.

V naši državi imamo za zdaj edino dobro organizirano družinsko oskrbo na Hrvaškem pri eni izmed zagrebških duševnih bolnišnic. Ta dejavnost je uspešna že sedmo leto. Na Slovenskem zasledimo prve poskuse družinske oskrbe v idrijski občini leta 1964. Kakšni so bili njihovi uspehi, žal, ne vemo.

Klinična bolnišnica za psihiatrijo v Ljubljani je pričela s to obliko zdravljenja šele avgusta 1969. Naše izkušnje so še skromne, pa vendar lahko trdimo, da je ta oblika zdravljenja uspešna.

Kaj nas je napotilo, da smo se odločili za takšno obliko zdravljenja?

Duševno obolela oseba se znajde v psihiatrični bolnišnici, kjer ji pomagamo z naj sodobnejšimi zdravili, ki so nam na voljo. Ne moremo pa mimo tega, da je okolje zelo pomemben činitelj med zdravljenjem in po njem. Bolnika po končanem zdravljenju odpustimo v domačo oskrbo, kar pomeni, da se vrača v okolje, iz katerega je prišel na zdravljenje. Že med zdravljenjem navezujemo stike s svojci, z njegovim ožjim in širšim okoljem. Ožje okolje — lastna ali matična družina, v kateri bolnik živi, je različno razpoložena do svojega obbolelega člana. Nekateri ga že ob sprejemu v bolnišnico »odpišejo« iz družine, nekateri so do njega indiferentni, nekateri pa so zanj v skrbeh. Kolikor družin, toliko različnih odnosov do bolnika.

Opredelili smo se na tiste bolnike oziroma družine, pri katerih svojci kljub našemu prizadevanju popolnoma odklanjajo bolnika, na tiste svojece, ki se zanimajo za bolnika, toda zaradi objektivnih vzrokov ne morejo skrbeti zanj, in na tiste bolnike, ki živijo popolnoma sami, brez svojcev, niso pa sposobni skrbeti zase.

Bolnika seveda ne moremo odpustiti v okolje, ki kaže do njega povsem odklonilno stališče. Izkušnje nam povedo, da so se nekateri bolniki kljub dobri remisiji vračali že po nekaj dneh ali pa še isti dan v bolnišnico. Ko smo kasneje preverjali vzroke vrnitve, smo ugotovili, da so svojci namenoma povzročali nevšečnosti odpuščenemu bolniku, mu očitali, da je »nor«, da ne sme tega ali onega narediti, ker bo vse skazil itd. Bolnik takšnega odnosa svojcev ne more prenašati in se prav kmalu vrne v bolnišnico. Opazili smo tudi, da se je v bolnišnici kaj hitro umiril, ker ni več slišal očitkov in opazk. Tu se je počutil varnega.

Vemo, da medsebojnih človeških odnosov ne moremo spremeniti čez noč in ne s silo, po drugi strani pa bolnišnica ne sme postati trajno zatočišče za takšne bolnike. Prisiljeni smo bili iskati drugačnih rešitev. Ena izmed teh je namestitve v tuje družine. Marsikateri bolnik bi se v tuji družini dobro počutil, pa čeprav je v začetku ta družina zanj tuja in nepoznana.

V neposredni bližini bolnišnice smo poiskali primerne družine, ki so bile pripravljene sprejeti našega bolnika v oskrbo. V poštevek pridejo popolne

družine, kar pomeni, da sta v hiši gospodar in gospodinja; družina mora biti urejena, da zagotavlja toplo družinsko vzdušje; bolniku mora dati sobo in primerno prehrano. Bolnika vključuje v vsakdanje življenje in delo, seveda primerno njegovim telesnim in duševnim sposobnostim. Formalna plat družinske oskrbe je urejena s pogodbo, ki jo skleneta bolnišnica in poglavar družine.

Oddaja duševnih bolnikov v družinsko oskrbo je odvisna od njegove bolezni, karakternih lastnosti, njegove prilagodljivosti in še drugih činiteljev.

Poudarimo naj, da družinska oskrba ne pomeni bolnikovega »odpusta« iz bolnišnice, ampak samo premestitev v drugo, primernejše okolje. Nadzor nad bolniki in družinami opravlja skupina, sestavljena iz psihiatra, socialnega delavca in medicinske sestre.

Družina, ki je sprejela bolnika v oskrbo, prejema mesečno oskrbnino v določenem znesku, ki zadostuje za »hotelski« del zdravljenja. Vso zdravstveno oskrbo (zdravila in zdravniško nego) pa daje bolnišnica po za to posebej usposobljeni ekipi.

Trenutno imamo v družinski oskrbi pet bolnikov. Njihovo »novo« življenje spremljamo budno. Naši stiki z njimi in z družinami so zelo pogostni, predvsem zato, ker so to prvi koraki v tej dejavnosti.

Ko vsak teden obiskujemo naše bolnike v družinski oskrbi, naletimo na kaj različne situacije. Tako na primer:

— Dvainsedemdesetletna bolnica je preživela v bolnišnici 27 let. To je dolga doba in tri desetletja so pustila določene posledice. Ker nima lastne družine niti bližnjih svojcev, bivanje v bolnišnici pa že zdavnaj ni bilo več potrebno, smo se odločili, da jo namestimo v družinsko oskrbo.

Družino smo najprej seznanili, kaj je namen družinske oskrbe, kakšne so njihove in naše dolžnosti do bolnice. Bolnico smo pripeljali na »prvi« obisk, da bi vzpostavili prve stike, ki so največkrat zelo pomembni za nadaljnje delo.

Naslednji dan smo bolnico pripeljali v njen »novi« dom. Bolnica je zdaj že sedem mesecev v tuji družini. Počuti se dobro in ne želi si več bolnišnice. Prilagoditev obeh »strank« je trajala dalj časa. Včasih smo naleteli na nekoliko napete odnose, vendar ni to nič nenaravnega. V vsakdanjem življenju smo različno razpoloženi, naša dobra in slaba volja je včasih pogojena, večkrat pa tudi brez pravega vzroka. Zakaj ne bi imela iste pravice tudi bolnik in družina? »Napeti« odnosi so se z našo pomočjo ublažili in se razblinili v nič.

— O drugih štirih bolnikih bi lahko napisali isto ali pa še več, vendar naj zadostuje opis enega primera in naj služi za delni odgovor na naša stališča, da je duševni bolnik enakovreden član naše družbe, ki v določenem obdobju potrebuje pomoč, po končanem zdravljenju pa je sposoben živeti zunaj bolnišnice, vendar v primernem okolju. Če je domače okolje neurejeno in do bolnika sovražno razpoloženo, je zanj še vedno bolj primerna tuja družina kakor pa zidovi bolnišnice.

Radi bi dosegli, da bolnišnice ne ostanejo »večno« zatočišče za duševne bolnike, ampak da služijo le za prehodno ukrep tistim bolnikom, ki v določenem obdobju potrebujejo psihiatrično pomoč. Naš namen je, da duševnega bolnika čimprej, pa vendar kar se da uspešno usposobimo za zunanje življenje in ga vrnemo družbi, katere član je, od družbe pa pričakujemo razumevanje in pomoč.