

NAČRTOVANJE V PSIHIATRIJI

Zveni kot fraza, toda življenje postaja res vse bolj zapleteno. Ko so nas v preteklosti vprašali, koliko sredstev je treba za zdravljenje določene duševne ali telesne motnje, smo lahko ocenili, koliko je ljudi s tako motnjo. Nato smo lahko izračunali, koliko ljudi, zdravih in postelj je treba za ustrezno oskrbo in kako naj bi se vse to uporabilo. Tak način izračuna je možen tudi danes, vendar ne bo vselej pravšnji.

Kar nekaj razlogov je za to. Prvič: potrebe bolnikov, potrebe skupnosti in potrebe države (vlade) se med seboj le delno prekrivajo. Tako je npr. za vlado pomembno, kako zmanjšati visoke stroške zdravljenja neke motnje; za skupnost je pomembno, da neka bolezenska motnja ne povzroča zapletov v delovanju družbe; bolniku in njegovim svojcem pa postaja vse pomembnejša kvaliteta življenja, tako da ocenjujejo ustreznost nekega zdravljenja tudi prek tega, kako vpliva na kvaliteto te vrste.

Drugi razlog je v tem, da za predvidevanje potreb ljudi, stroškov in izidov zdravljenja ne zadošča več računanje povprečij. Demografskih povprečij, povprečnega odziva na zdravljenje in povprečnega izida zdravljenja namreč ne moremo vselej prevesti na posameznika. Ko smo zdravi, smo drugačni kot takrat, ko smo bolni. Ljudje pripadamo različnim kulturam, imamo različne osebnostne in telesne posebnosti in različno osebno zgodovino, kar vse prispeva k temu, da tudi bolezen sprejemamo na različne načine. Vsakdo se drugače sooča z boleznijo in potrebuje drugačno pomoč. Nekateri sploh ne želijo pomoči, drugi pa je pričakujejo za svoje težave več, kot bi bilo razumno pričakovati; nekateri nočejo pomoči institucionalne medicine, ker so prepričani, da jim lahko pomagajo naravne sile ali pa morda iščejo oporo v alternativnih možnostih zdravljenja.

Tretji razlog pa je v tem, da igrajo pomembno vlogo tudi potrebe zdravstvenih delavcev, čeprav ostajajo te pogosto prezrte kot manj pomembne. Najbrž pa vsi vemo, kako težko se je že v našem majhnem prostoru odločiti npr. za preselitev in delo v odročnejšem kraju, kjer, se nam dozdeva, ni tolikšnih možnosti niti za organizacijo osebnega življenja niti za strokovni razvoj.

Četrti razlog je v izkušnji, da je zelo težko predvidevati potrebe in načrtovati razvoj neke stroke za daljše časovno obdobje. Najbrž se še spominjamo "petletk", ki so predvidevale razvoj različnih področij za petletno obdobje. Izkazalo se je, da so se načrti le redko uresničili, življenje in z njim razvoj je šlo

pač svojo pot, “plani” pa so bili predvsem politično bolj ali manj uporabni papirji.

Iz vsega povedanega pa vendarle ne kaže sklepati, da pač ni mogoče predvideti, kaj se bo v prihodnje dogajalo in da zaradi tega ni treba o prihodnosti niti razmišljati niti načrtovati razvoja. Najbrž pa je res, da dosednji načini “planiranja” ne zadoščajo več, saj ne morejo z zadostno gotovostjo predvideti niti potreb posameznikov niti skupnosti niti ne morejo napovedati možnosti države za zadovoljevanje teh potreb. Načrtovanje bi moralo biti precej ohlapnejše, kot smo ga vajeni. Prav vsi dejavniki sistema bi morali v svoje načrte vgraditi varovalke, ki bi bile sposobne odzivati se na spremembe v potrebah bolnikov, njihovih svojcev, na spremembe v terapevtskih postopkih in možnostih zdravljenja, pa tudi na spremenjene zahteve in možnosti države.

In kako vse to zadeva psihiatrijo?

Kar precej vprašanj je še brez odgovora. Čigave potrebe so največje in jih je treba najhitreje reševati? Potrebe bolnikov npr. niso nujno enake potrebam njihovih družin ali pa skupnosti. Načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti je prav zaradi različnosti potreb težavno in se je zato nujno posvetovati z vsemi prizadetimi. V teoriji je to seveda lažje izvedljivo kot v praksi, saj slednja zahteva tudi nove načine komuniciranja in vedenja.

Naslednje vprašanje je, ali so potrebe povezane s samo duševno motnjo, s subjektivnim doživljanjem te motnje ali s pomenom neke neke duševne motnje, kot ga ima ta v skupnosti: s prvima dvema se ukvarja tista neposredna, praktična psihiatrija v bolnišnicah in v ambulantah. Vprašanje pa je, v kolikšni meri naj se psihiatrija ukvarja tudi z družbenim pomenom duševne motnje, posebej tedaj, ko se vse tri dimenzije ne prekrivajo med seboj. Ljudje se namreč včasih počutijo bolj bolne, kot bi glede na motnjo lahko pričakovali; včasih imajo ljudje duševne motnje, zaradi katerih se sploh ne počutijo bolne; včasih pa uporabljamo izraz “norost” za ljudi, ki se niti ne počutijo bolni niti ni moč pri njih najti patološkega substrata. Kaj naj bo torej v takih primerih primerna in za vse sprejemljiva psihiatrična intervencija?

In kaj sploh je učinkovita intervencija? V splošnem velja, naj bi se vrednost in učinkovitost intervencij znanstveno preverjala, vendar to še ne reši problema v celoti. Nekatere intervencije zadevajo bolezen in njene posledice v celoti; nekatere so take, da zadevajo samo del problemov, ki jih povzroči neka motnja. Različne intervencije so lahko učinkovite za različne probleme, ki jih povzročajo

bolezen. Vprašanje je, ali so vse te intervence ekvivalentne in če so, za koga: za bolnega posameznika? za populacijo v celoti? ali samo za tiste, ki jih bolezen prizadeva? Kdo nam je pri tem lahko v pomoč? Morda tisti, ki se ukvarjajo s socialnim pomenom bolezni? Psihiatri smo večinoma vrednotili intervence po tem, kako uspešno so ublažile simptome duševne motnje. Danes pa vemo, da mnogi bolniki raje živijo z nekaj več simptomi, pa imajo hkrati manj stranskih učinkov zdravil. Družba pa bi morda še bolje vrednotila tiste intervence, ki bi zmanjšale invalidnost, odvisnost od drugih ali pa ublažile socialne nevšečnosti.

Prav tako ni povsem jasno, kdo je odgovoren za implementacijo nekaterih intervenc. Kadar te zahtevajo znanje in spretnosti zdravstvenega osebja, je problem lahko rešljiv. Težje pa je ob boleznih, pri katerih ni tako jasnega odgovora. Kdo naj npr. uči svojce dementnega bolnika, kako ravnati z inkontinenco, kje dobiti plenice, kako prepričati dementnega, da jih bo nosil ipd. Podoben problem je npr. s kroničnim psihotičnim bolnikom, ki preneha jemati zdravila in nima svojcev, da bi zanj poskrbeli. Ali je zdravstvena (psihiatrična) služba odgovorna, da mu priskrbi in plača ustrezno namestitev? Podobno nejasno je tudi razmerje s pravosodjem in morda še s katerim sistemom. Medicino sicer opredeljujemo kot vedo, ki preučuje in zdravi bolezni, vendar je tudi za nas najbrž ustreznejši nekoliko širši pogled na to, kaj je bolezen in kaj zdravje.

In, končno, kako je z denarjem? Pri zagovarjanju vse večjih potreb zdravstva se radi sklicujemo na to, da se bo drago zdravljenje obrestovalo, ker bo posameznik potem, ko bo ozdravljen, lahko prispeval skupnosti v enaki meri kot zdravi, tako da se bo denar, porabljen za zdravljenje, v nekaj letih povrnil. Seveda pa v resnici ne vemo, ali bo ozdravljeni sposoben ohraniti ali pa si pridobiti službo, da bo sploh lahko delal; ne vemo, koliko časa bo zdrav in kdaj ga utegne spet doleteti neka bolezen ipd. Takšna pogajanja so v svojem bistvu nesmiselna, saj bi morala biti skrb za bolne etični imperativ vsake družbe, tudi tedaj, ko se porabljeni denar ne bo povrnil. To je pomembno tudi zato, ker se s takim stališčem breme odločanja o tem, kdo naj bo deležen zdravljenja in kdo ne, premakne iz zdravstvenega sistema v politični prostor. Naloga zdravnika in drugega zdravstvenega osebja je zagotoviti najboljše možno zdravljenje in podporo tistim posameznikom, ki ju potrebujejo. Naloga politikov pa je, da določi, koliko denarja je država pripravljena porabiti za zdravje.

Morda bi lahko zdravstvene potrebe opredelili kot skupek tistih zahtev posameznikov, njihovih svojcev in skupnosti, na katere se sistem zdravstvenega varstva lahko odzove z učinkovitimi intervencami. V tem kontekstu so

učinkovite intervence tiste, ki imajo predvidljiv in signifikantno pozitiven učinek na problem in so hkrati sprejemljive tako tistim, ki imajo zdravstveni problem kot njihovim svojcem. Ta opredelitev dopušča pragmatično preverjanje potreb po zdravstveni skrbi in je hkrati vpeta v iskanje zaveznitva med bolniki, njihovimi svojci, družbo in zdravstvenim sistemom. Če jo sprejmemo, bi to pomenilo, da ima tudi tisti z motnjo brez organskega substrata legitimno pravico iskati in dobiti pomoč; podobno pa se lahko izognemo tudi enačenju epidemioloških predvidevanj o prevalenci neke motnje s potrebami, ne glede na možnosti zdravstvenega sistema, da bi jih zadovoljil. Taka opredelitev poudarja potrebo po znanstvenem preverjanju učinkovitosti intervenc in zagotavlja, da bodo uporabljene le tiste, ki so učinkovite. Vključuje tudi odgovornost zdravstva, da odloči, katere intervence so etično in znanstveno sprejemljive, odločanje o tem, kdo naj ne bo deležen najboljšega možnega zdravljenja, pa prepušča politiki.

*Doc. dr. Marga Kocmur, dr. med,
Direktorica, Psihiatrična klinika, Ljubljana*