

FACTi käsiraamat

Flexible
Paindlik
Assertive
Intensiivne
Community
Kogukonnakeskne
Treatment
Hoolekanne

Visioon, mudel, praktika ja korraldus

J.Remmers van Veldhuizen, Michiel Bähler

Kontaktid. Aadressid. Veebilehed

Kõik allpool loetletud üksikisikud ja organisatsioonid on meelsasti valmis informatsiooni jagama ning rahvusvahelises dialoogis osalema.

J. Remmers van Veldhuizen, psühhiaater, vanemkonsultant; CCAF'i (ACT- ja FACT meeskondade sertifitseerimiskeskuse) esimees

E-posti aadress: remmersvv@hotmail.com

Veebileht: <http://www.factfacts.nl> (veebilehel on ka ingliskeelne versioon)

Postiaadress: Praediniussingel 20/9, 9711 AG Groningen, The Netherlands

=====

Michiel Bähler, psühholoog ja nõustaja

E-posti aadress: m.bahler@ggz-nhn.nl

Veebileht ja aadress: vt. GGZ NHN

=====

ACT- ja FACT-meeskondade sertifitseerimiskeskus (CCAF)

Kontaktisik: Ms. Janneke Kramers, sekretär

E-postiaadress: info@ccaf.nl

Veebilehekülg: www.ccaf.nl

Link ingliskeelsele veebilehe versioonile: <http://www.ccaf.nl/ccaf-english>

Postiaadress: Postbus 247, 3500 AE Utrecht, The Netherlands

=====

F-ACT Nederland (Hollandi F-ACT ühing)

Tegemist on ACT- ja FACT-meeskondades töötavate praktikute ja mänedžeride ühinguga

Juhatuse esimees: Prof. C. L. Niels Mulder, psühhiaater, niels.cmulder@wxs

Sekretär: Ms. Katinka Kerssens, k.kerssens@ggz-nhn.nl

E-posti aadress: info@f-actnederland.nl

Veebileht: www.f-actnederland.nl

Veebilehe ingliskeelne versioon: <http://www.f-actnederland.nl/fact-english/>

Postiaadress: Oude Hoeverweg 10, 1816 BT Alkmaar, The Netherlands

Käsiraamatu tõlget hollandi keelest inglise keelde rahastati allpool loetletud organisatsioonide abiga. Ka nemad jagavad meelsasti teavet oma tegevuse kohta ning ootavad meeskondi endale külla.

=====

Mondriaan, Lõuna- Limburgi / Maastrichti Vaimse Tervise usaldusfond (Mental Health Trust South Limburg/Maastricht)

H.H.W. Hans de Veen MHA, psühholoog, juhatuse nõukogu esimees,

H.de.Veen@mondriaan.eu

Prof. P.A.E.G. Philippe Despaul, kliiniline psühholoog ja kliiniline vanemkonsultant,

Ph.despaul@maastrichtuniversity.nl

Veebilehekülg: www.mondriaan.eu

Postiaadress: Mondriaan, Postbus 4436 / 6401 CX Heerlen, The Netherlands

=====

GGZ NHN Noord, Põhja-Hollandi/Alkmaari Vaimse Tervise keskus (Mental Health Centre Northern North-Holland /Alkmaar)

René Keet, psühhiaater, keskuse direktor, r.keet@ggz-nhn.nl

Michiel Bähler, psühholoog ja nõustaja, m.bahler@ggz-nhn.nl

Veebilehed: www.ggz-nhn.nl/fact/ (inglisekeelne versioon kodulehest puudub) ja www.fact.nl

Postiaadress: Bevelandseweg 3, 1703 AZ Heerhugowaard, The Netherlands

=====

GGZ BREBURG, Breda/Tilburgi Vaimse Tervise keskus (Mental Health Centre Breda / Tilburg)

Ms A.C. van Reekum, MD, psühhiaater, juhatuse liige, a.vanreecum@ggzbreburg.nl

Mr A.F.M.M. van Mierlo, MD, psühhiaater, keskuse juhataja,

t.vanmierlo@ggzbreburg.nl

E-posti aadress: info@ggzbreburg.nl

Veebileht: www.ggzbreburg.nl (inglisekeelne versioon kodulehest puudub)

Postiaadress: Postbus 770, 5000 AT, TILBURG

=====

VNN Põhja-Hollandi (Gröningeni) Sõltuvushäirete ravikeskus (Addiction Care Northern Netherlands, Groningen)

Rob B.M. Jaspers, juhatuse liige, r.jaspers@vnn.nl

E.M.G. Ingrid Willems, MD psühhiaater, ravijuht, i.willems@vnn.nl

E-posti aadress: info@vnn.nl

Veebileht: www.vnn.nl (ingliskeelne versioon puudub)

Postiaadress: Postbus 8003, 9702 KA GRONINGEN

Eessõna

Intensiivset kogukonnakeskset hoolekannet (Assertive Community Treatment – ACT) tutvustasid esmakordselt 1970-ndatel Stein, Test ja Marx (Test ja Stein, 1978) USA-s. ACTi multidistsiplinaarsesse meeskonda kuulub 10 hoolekandetöötajat umbes 100 kliendi kohta ning juhtumeid jagatakse omavahel nii, et kõik meeskonnaliikmed tunnevad kõiki kliente. ACT keskendub kohapeal osutatavale abile (outreach care) ning püsivatele ja väga intensiivsetele ravi- ja hoolekandeteenustele. ACT on näidustatud tõsiste vaimse tervise häiretega (edaspidi TVTH) inimeste rühma kõige probleemsemale osale (u. 20%), eeskätt koostöö suhtes tõrksatele hospitaliseerimisriskiga patsientidele, kodututele ja tõrjututele. ACT-mudelit on väga palju kasutatud. Selle kohta on tehtud laiapõhjalisi mõju-uuringuid ning olemas on teenuse kvaliteedi hindamismõõdikud. ACT on rahvusvaheliselt tunnustatud tõenduspõhise meditsiini sekkumismeetod.

Mida Hollandis välja töötatud paindliku intensiivse kogukonnakeskse hoolekande mudel (FACT) sellele tunnustatud teenusemudelile lisab? Miks me tahame selle käsiraamatuga Hollandi ACT-versiooni rahvusvahelisele publikule tutvustada? Põhjuseks on kasutoovad uuendused, mida FACT sisaldab. Eeskätt on need märgatavad meeskonna tasandil, FACT-meeskondade igapäevases töös. Ent FACT-mudel annab ka võimaluse uuendusteks laiemal tasandil, nimelt TVTH inimestele suunatud kogukonnakesksete vaimse tervise teenuste korralduses.

Keskmiselt tegeleb 11-12 täistööajaga töötajaga FACT-meeskond 200 kliendiga. Sihtrühmaks on kõik TVTH inimesed piirkonnas: nii see viiendik, kellele oli suunatud ACT-teenusemudel kui ülejäänud 80% rühmast, kes vajavad vähemintensiivset ravi ja tuge. Nende kahe rühma hoolekandeteenuste kombineerimisel kasutab FACT-meeskond paindlikku ümberlülitumissüsteemi. Kõige intensiivsemat hooldust vajava rühma vajadusi arutatakse iga päev ning nende puhul rakendab meeskond juhtumite jagamist. Nende klientide nimed kantakse digitaalse FACT-tahvli nimekirja. Vähemintensiivset hoolt vajavatele klientidele pakub sama meeskond individuaalset juhtumikorraldust koos multidistsiplinaarsete ravi- ja tugiteenustega. Kui klientide elu stabiliseerub, ei suunata neid teise meeskonna juurde (nagu see oli ACTi „üleminekuastme” puhul), vaid nad jäävad sama FACT-meeskonna jälgimise alla. Paindlik ümberlülitumine kahe teenuselaadi vahel sama meeskonna töö piires soodustab hoolekandeteenuste järjepidevust ja vähendab väljalangevust.

Selline süsteem pakub ka paremaid võimalusi taastumiseks, taastumise toetamiseks ja rehabilitatsiooniks. Niipea, kui individuaalse juhtumikorralduse teenust saaval patsiendil tekib psühhoosi- või hospitaliseerimisrisk, lülitub sama meeskond intensiivsele ACT-mudelile. Selline paindlikkuse ja järjepidevuse kombinatsioon suhestub hästi TVTH patsientide loomuliku elukäiguga, kus esineb haigusepisoodide ja tagasilööke. Kui FACT-meeskonnad tööd alustasid, viis see ka vaimse tervishoiu süsteemi laiema ümbermõtestamiseni. FACT mudeli arendamisel oleme võtnud eesmärgiks

- * taastumisele orienteeritud hoolekande,
- * tõenduspõhise meditsiini ja parimate praktikate,
- * ning integreeritud kogukonnatöö ja haiglaravi kombineerimise.

FACTi on hõlmatud Tugevuste mudel (Rapp jt., 1998), perekondlikud sekkumised, kaksikdiganooosiga patsientide integreeritud ravi (IDDT) ning individuaalse töötamise ja toetamise teenus (Individual Placement and Support – IPS), mille kõigi puhul tegeldakse patsientidega vastavalt skisofreeniahaigete ravijuhisele (guidelines for schizophrenia).

FACT-meeskonnad on piirkonnapõhised: üks meeskond pakub abi kõigile u. 40-50 000 elanikuga piirkonna TVTH inimestele. See hõlbustab koostööd teiste sotsiaalteenuste pakkujate ja perearstidega. Töötatakse vastavalt tüüpilisele Hollandi „transmuraalse hoolekande” mudelile¹. FACT-meeskond ei ole ainult „haiglavärava valvur,” vaid hoiab kliendiga kontakti ka tema haiglasoleku ajal ning toimib kliendi ravi koordineerijana.

Kuni tänaseni on Hollandis vaimse tervise teenuseid võrdlemisi hästi rahastatud ja nende teenuste kättesaadavus on olnud tagatud. Just tänu soodsale keskkonnale saime FACTi, mis on praeguseks täielik hoolekandemudel, välja töötada. Kuigi FACT-hoolekanne on suhteliselt kallis, toob see ka psühhiaatrilist, sotsiaalset ja majanduslikku kasu. Kliendid, nende pereliikmed ja teenuseosutajatest partnerid on FACTiga rahul. FACTi kasutuselevõtu tulemusel on asutud tegelema tõrjutuse ja häirimise probleemidega, suurenenud on tasustatud tööl käivate TVTH inimeste arv ning haiglatel on olnud võimalik vähendada voodikohtade arvu. TVTH inimesed suudavad väljaspool psühhiaatrilisi asutusi oma kogukonnas toime tulla, kui neile pakutakse piisavat tuge.

FACT-mudel töötati välja Hollandis, psühhiaater J.R. van Veldhuizeni ja psühholoog M. Bähleri poolt. Esimesed FACT-meeskonnad loodi GGZ Noord-Holland Noordi (Põhja-Hollandi Vaimse Tervise Ameti) juures Alkmaaris, aastal 2003. Eluliste kogemuste tuginedes arendati FACT-mudelit edasi. Praegu, aastaks 2013, on Hollandis ligikaudu 200 FACT-meeskonda ning mõnedes piirkondades rakendatakse täielikult FACT-mudelit. Ennustatakse, et FACT meeskondade arv kasvab Hollandis nelja- kuni viiesajani².

2007. aastal loodi mõtteskaala, hindamaks teenuse vastavust mudelile (Bähler jt.) ning 2008. aastal ilmus Hollandi FACTi käsiraamat (Toim. Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis ja Van Os). ACT- ja FACT-meeskondade sertifitseerimiskeskus (www.ccaf.nl) on praeguseks omistanud sertifikaadi sajale meeskonnale. 2013. aasta lõpuks saab jõuab see arv 150-ni. Meeskonnad on alustanud tööd Belgias, Hong Kongis, Norras, Rootsis ja Ühendkuningriigis otsivad vaimse tervise teenuste pakkujad ja korraldajad võimalusi FACT-põhimõtete integreerimiseks oma olemasolevatesse teenusesüsteemidesse.

Peale ühe ingliskeelse publikatsiooni (Van Veldhuizen, 2007) ei ole seni üheski teises keeles peale hollandi keele FACT-mudeli kirjeldust ilmunud. Käesolev käsiraamat esitab kompaktselt ülevaate FACTi põhimõtetest, teenusemudelist ja selle igapäevase kasutamise viisidest ning korralduslikest külgedest. Vaimse tervise poliitika kujundajad ja eksperdid, kes soovivad FACT-mudelit kasutama hakata, leiavad siit kogu vajaliku informatsiooni. Tegemist on praktikaraamatuga, kus uuringuandmeid ja viiteid on esitatud piiratud mahu. Arutletakse Hollandi FACTi käsiraamatus esitatud võtmemudelite üle ning käsitletakse ka uusi arengusuundi.

Käsiraamat on mõeldud erinevate riikide vaimse tervise teenuse spetsialistidele. Hollandi näited on varustatud seletusega, kuid need ei ole tähelepanu keskmes. Tuuakse ka võrdlusi teiste riikidega. Loodame, et see muudab FACT-meetodi meie kolleegidele teistes riikides kättesaadavamaks. Soovime ka tänada Margaret Kofodi, kes tõlkis käsiraamatu inglise keelde.

¹ „Transmuraalne“ hoolekanne on Hollandi kontseptsioon, mida kirjeldatakse täpsemalt järgmistes peatükkides. Asja tuumaks on see, et haiglaravi või osalist haiglaravi nähakse FACT-meeskonna poolt pakutavate ambulatoorsete teenuste laiemas raamistikus alati „nullist alustamisena“ (time out).

² Rahvatervise ja Hoolekande Nõukogu (tervishoiuministrile nõuandev kolleegium).

Tänu nelja Hollandi vaimse tervise organisatsiooni rahalisele panusele on käesolevat käsiraamatut võimalik mitmelt veebilehelt tasuta alla laadida. Täname järgmisi organisatsioone:

- * GGZ Noord Holland Noordi,
- * GGZ Breburgi,
- * GGZ Mondriaani
- * ja VNNi (Põhja-Hollandi Sõltuvushäirete Tugikeskust).

Need neli organisatsiooni olid ka meelsasti valmis oma kontaktandmeid jagama. Kontaktisikute nimed ja meiliaadressid on ära toodud käsiraamatu esilehelülgedel.

Sama kehtib ACT- ja FACT-meeskondade sertifitseerimiskeskuse (www.ccaf.nl) ja Hollandi ACT-ning FACT-mudelit praktiseerivate töötajate ühingu – F-ACT- Nederland kohta.

Käesolevat käsiraamatut esitleti EAOFI (European Assertive Outreach Foundation – Euroopa Intensiivse Kohapealse Hoolekande Sihtasutuse) teisel rahvusvahelisel konverentsil Avilas (Hispaanias) 2013. aasta juunis (www.eaof.org).

Autorid loodavad, et käsiraamatust on kasu paljudele, ning me ootame huviga teie tagasisidet. Loodame, et naudite lugemist ja saate siit inspiratsiooni TVTH inimeste hoolekande jätkuvaks parendamiseks, ükskõik millises maailmanurgas te elate.

J.R. van Veldhuizen, psühhiaater

SISUKORD

Eessõna

Proloog A: FACTist, lühidalt

Proloog B: A isiklik lugu

Proloog C: A hommikune FACTi meeskonna koosolek

1. Peatükk: Algne ülevaade: tõsiste vaimse tervise häiretega (TVTH) patsiendid, nende vajadused ja abistamine

1.1. Millistele patsiendirühmadele ACT ja FACT meeskonnad abi pakuvad?

1.2. Kuidas TVTH patsientide probleemid nende vajadusi mõjutavad?

1.3. Kogukonnakeskse hoolekande nõuded TVTH inimeste osas

1.4. Seitse põhipunkti (C-d): ravi- ja hoolekandenõuded väljaspool psühhiaatrilisi raviasutusi viibivate TVTH inimeste puhul

1.5. Nõuded seitset ravi- ja hoolekande nõuete põhipunkti (seven C's) pakkuvatele meeskondadele

1.6. Kohapealse abi (outreach care) tugevus

2.peatükk: Vahepala: FACTi ülevaade ehitusplokkide kaupa

2.1. FACTi ehitusplokkid

2.2. FACT-meeskonna koosseis

3.peatükk: FACT-meeskonna tööprotseduurid

3.1. Palju kliente – palju vajadusi

3.2. FACT-tahvli koosolek: FACTi võtmeelement

3.3 Klientide FACT-tahvli nimestikku kandmise kriteeriumid

3.4. Ravi, hoolekande, rehabilitatsiooni ja taastumise integreerimine FACT-meeskonna töös

3.5. Raviplaan ja raviplaani ajakava

4.peatükk: Liivakellamudel

- 4.1. Hoolekandetöötajate erinevad rollid
- 4.2. Liivakellamudel
- 4.3. Töö liivakellamudeliga
- 4.4. Liivakellamudeli parempoolne samm

5.peatükk: FACT praktikas

- 5.1. Tugevused, taastumine ja rehabilitatsioon
- 5.2. Kaasamisele suunatud töö: abi kogukondlike tugisüsteemide ülesehitamisel
- 5.3. Juhendipõhised sekkumised
- 5.4. Kaksikdiagnoosiga patsientide integreeritud ravi
- 5.5. Töö: Individuaalne abi töökoha leidmisel ja töötamise toetamine
- 5.6. Füüsiline tervis
- 5.7. Surve ja sund
- 5.8. FACT hoolekandeteenuse lõpetamine

6.peatükk: FACT-meeskonna erialad (töötajaskond)

- 6.1 Kogemusnõustajad
- 6.2 Õed
- 6.3 Psühhiaater
- 6.4 Psühholoog
- 6.5. Tööhõivealase rehabilitatsiooni (IPS) spetsialist

7.peatükk: FACTi rakendamine

7.1 Piirkondadele orienteeritud töö: piirkonna suurust puudutav „pöidlareegel”

7.2 Integreeritud vaimse tervise teenused

7.3 Visiooni loomine ja kujundamine

7.4 FACT-meeskondade kokkupanek ja koolitamine

7.5 FACT-meeskondade kontorid

7.6 Sellest, mis ACT-meeskondadega Hollandis juhtus

8.peatükk: ACT ja FACT: vastavusmudel, FACT-meeskonnad ja sertifitseerimine

8.1 ACTi ja FACTi vahelised erinevused

8.2. ACT *versus* FACT

8.3 Vastavusmudel: FACTs

8.4 Sertifitseerimine

LISA: FACT-meeskondade versioon 2010

Proloog A: FACTist, lühidalt

FACT-meeskonnad pakuvad pikaajalist hoolekannet tõsiste vaimsete häiretega inimestele, kes ei viibi psühhiaatriaiglates. Lisaks psühhiaatrilistele probleemidele on neil inimestel palju piiranguid sotsiaalses funktsioneerimises, näiteks seoses eluaseme, enese eest hoolitsemise, tööhõive ja rahalise toimetulekuga. Nende jaoks on raske ühiskonnaelus osaleda, kuhugi kuuluda. Nende tugisüsteemid ja kontaktid on sageli piiratud. Perekond on väga tähtis, kuid pahatihti hoiavad ka lähisugulased distantsti.

FACT kujutab endast laiapõhjalist biopsühhosotsiaalset mudelit, pakkudes (a) haiguse ja selle sümptomite haldamist (ravi), (b) juhendamist ja praktilist abi igapäevaelus, (c) rehabilitatsiooni ja (d) tuge taastumisel. Kõike seda pakub üks integreeritud meeskond.

FACTi eesmärkideks on hoolekandeteenuste järjepidevuse tagamine, psühhiaatriaiglasse sattumise ennetamine ning kaasatuse soodustamine, et kliendid suudaksid ühiskonnaelus osaleda.

Üks FACT-meeskond pakub 40 000 – 50 000 elanikuga piirkonnas tuge 200–220 kliendile. See on ka põhjus, miks neist räägitakse ka kui „piirkondlikest” või „naabruskonna” meeskondadest. Meeskond püüab luua lähedasi kontakte klientide pereliikmetega ja teiste piirkonnas tegutsevate teenusepakujatega. Meeskond on multidistsiplinaarne; liikmeskonda kuulub erinevate elukutsete esindajaid (nende hulgas psühhiaater, medõed, piirkonna psühhiaatriaõde, psühholoog, tööhõivespetsialist (IPS-spetsialist), sõltuvushäirete spetsialist ja kogemusnõustaja) – kokku 10-11 inimest.

Multidistsiplinaarne meeskond võib lülituda ühelt hoolekandeteenuse pakkumismeetodilt teisele:

- 1. Individuaalne juhtumikorraldus, millega tegeleb üks meeskonnaliikmetest*
- 2. Intensiivne (ACT) meeskonna hoolekanne, mis hõlmab kliente, kellel on kontakt mitme meeskonnaliikmega. Need kliendid kantakse FACT-meeskonna koosolekul koostatavasse nimekirja ning meeskond arutab nendega seotud küsimusi iga päev, et otsustada, milliseid teenuseid neile pakkuda ja kes meeskonnaliikmetest seda teevad.*

Mõlema lähenemisviisi (1. ja 2.) korral pakutakse kliendile teenuseid tema elukohas. Tänu sellele on hoolekanne isikukeskem ning kliendi vajadused tulevad täpsemalt esile. Näiteks aitab see tagada peresiseste ressursside ja naabruskonnas leiduvate võimaluste parema kasutuse.

Enamikule klientidest piisab individuaalsest supervisioonist (1.) Kuid psühhoosi tekkimisel (või olukorras, kus on oht selle tekkimiseks) ning klienti ähvardab oht haiglasse sattuda või vajab ta mingil muul põhjusel lisahoolt, astutakse samm edasi ja kasutatakse teist teenuse pakkumismeetodit (2.). See võib kesta pikemat või ka lühemat aega. Kui kriisiolukord on ületatud, naaseb meeskond individuaalse teenuse pakkumise juurde (1.). Selline paindlik ümberlülitumine on reaktsiooniks tõsise vaimuhaiguse loomulikule kulule kõigi selles sisalduvate remissioonide ja tagasilangustega.

- 1. Kliendid, kes saavad individuaalset tuge, ei ole kantud FACT-meeskonna arutelu nimekirja. Neile on tagatud alati juhtumikorraldaja ja psühhiaatri abi. Spetsiifiliste ravi- või tugiteenuste pakkumiseks võidakse kaasata ka teisi meeskonna liikmeid (nt sõltuvushäirete spetsialisti või psühholoogi kognitiiv-käitumusliku teraapia läbiviimiseks).*

- 2. Intensiivset meeskondlikku tuge saavate klientide nimed on kirjas FACT-meeskonna infotahvlil (Exceli tabelina, seinale kinnitatult). Igal hommikul koguneb meeskond koosolekule ning otsustab, millised meeskonnaliikmed kliente külastavad ja superviseerivad.*

Vähemalt kord aastas arutab multidistsiplinaarne meeskond iga kliendi raviplaani (k.a.kriisi- ja rehabilitatsiooniplaan) koos kliendiga, kasutades HoNosi, MANSA või teiste sarnaste töövahendite ajakohast informatsiooni. FACT-meeskonnad töötavad asutuste tööaegadel (ühelsast viieni). Mõned meeskonnad külastavad kliente nende kodudes ka nädalavahetustel. Igas Hollandi maakonnas on ööpäevaringselt kättesaadav psühhiaatrilise kiirabi teenistus. FACT-meeskonnad teevad tihedat koostööd piirkondlike statsionaarsete raviasutustega.

Proloog B: A isiklik lugu

Olen neljakümne aastane, elan üksinda, ning olen kannatanud psühhooside tõttu 20. eluaastast peale. Esimene kord oli kohutav. Ma ei saanud aru, mis toimub. Ma võõrdusin oma perekonnast. Viimaks saadeti mind kohtuotsusega sundravile. Pärast seda sattusin veel mitmel korral haiglasse. See oli minu jaoks väga raske: olla haiglas koos inimestega, kellel oli samuti palju probleeme. Puutusin seal kokku igasuguste asjadega, ka enesetappudega.

Aastate jooksul selgitati mulle minu haigust ja seda, kuidas sellega toime tulla. See aitas mul leppida sellega, et ma vajan ravimit, kuigi see mulle tegelikult ei meeldi. Esimesed 10-15 haigusaastat ei olnud mul erilisi tulevikuväljavaateid. Kõik keerles ümber haiguse. Jätsin oma õpingud pooleli ja elasin algul ühiskodu tüüpi tugimajutuses, kuid mul oli sageli tagasilangusi ja ma sattusin uuesti haiglasse. Väljaspool haiglat ei saanud ma suuremat tuge. Käisin iga kuu-poolteise tagant ambulatoorses kliinikus arstiga minu ravist rääkimas. Lisaks sellele oli olemas õde-nõustaja. Tavaliselt kohtusin ma temaga protseduuride toas, ja kui ma uuesti omadega sassi hakkasin minema, tuli ta mind vaatama, enamasti selleks, et mind haiglasse paigutada.

Viimase kaheksa aastaga on tugiteenused muutunud. Nüüd hoolitseb minu eest FACT-meeskond. Nad käivad rohkem kodudes ja on valmis rääkima sinuga sinu enda keskkonnas. Nad on aidanud mul kodus asju korda seada, ning sellest on tõesti kasu olnud. Mul on raviplaan, mis sisaldab kohtumisi kogemusnõustaja ja IPS-töötajaga.³ Kogemusnõustaja on ise patsient, aga ta on ka meeskonna liige. Tema jaoks on paljud asjad paremini arusaadavad. Mind on palju aidanud, et olen saanud temaga oma haiglasolekutest rääkida. Meeskonna psühholoog on teinud minuga EMDR-teraapiat ja mälestused ja kujutuspildid ei häiri mind enam niipalju kui varem. Kogemusnõustaja juhib ka taastumisrühma – see on väike klientide rühm, kus me räägime sellest, mida me oma elu elamisväärsemaks muutmiseks teha saame.

IPS-töötaja aitas mul tööd leida – 3 tundi päevas, 4 korda nädalas, tavalises ettevõttes. Algul oli päris raske, aga ta õpetas mind tööga hakkama saama ja nüüd läheb mul päris hästi. Mulle ei maksta selle eest palju, aga töö käia on palju etem kui need tegevused, mida ma päevakeskuses tegin. Ma käin seal vahel siiani, kuid rohkem seltskonna mõttes või lõunat söömas.

Seesama õde on seniajani minu juhtumikorraldaja. Koos tema ja psühhiaatriga koostasime minu raviplani. Ta on ka kontaktis minu perekonna ja naabritega. See on hea lahendus, sest kui tekib oht, et ma jälle segi lähen, siis ta teab märke, mis seda näitavad. Siis ma hoian terve päeva akendel kardinaid ees ja ei ütle enam kellelegi tere. Kui naabrid seda tähele panevad, helistavad nad meeskonnale ja keegi neist tuleb mind vaatama. Möödunud aastal juhtus asjaolude kokkusattumusel (minu õde jäi haigeks ja minu kodus käisid murdvargad), et läksin uuesti segi. Hakkasin jälle uimasteid tarvitama. Siis käisid FACTi meeskonna liikmed iga päev minu juures, tõid mulle ravimit, rääkisid mu õega ja tegid murdvarguse kohta politseile avalduse.

³ IPS – i.k. lühend sõnadest Individual Placement and Support (vabatõlkes: individuaalne töötamise ja töötamise toetamine) – meetod, millega haavatavatele inimestele osutatakse tasustatud töö leidmisel ja töökoha hoidmisel aktiivset abi.

Nad helistasid ka minu töökohta ja ütlesid, et ma ei tule järgmisel kahel nädalal tööle. Ka psühhiaater käis mind kodus vaatamas. Ja minu emaga rääkisid nad ka.

See on tõepoolest hoopis teine asi, kui terve meeskond on sind toetamas. Kui sa vajad parasjagu rohkem abi, on see peaaegu nagu haiglasolek, ainult omas kodus, oma keskkonnas, kus sa kõiki inimesi tunnud. Ma sain sellest jamast ruttu üle. Nüüd käin ma ainult juhtumikorraldaja juures ja taastumisgrupis. Varsti hakkame tegelema kogukonnatöö projektiga. Võin öelda, et ma olen oma eluga praegu täitsa rahul.

Proloog C: FACT-meeskonna hommikune koosolek

Iga tööpäeva hommikul veerand üheksa paiku kogunevad FACT-meeskonna liikmed koosolekule. Nad joovad tassi teed või kohvi, ajavad veidike juttu ja istuvad siis oma märkmikega laua taha. Iga tööpäev algab just selliselt – see on osa töökohustustest.

Psühhiaatriaõde Rick käivitab digitaalse FACT-tahvli. Laserprojektor kuvab heledale seinale Exceli tabeli. Täna on Ricki kord koosolekut juhatada. Tema ja veel kaks meeskonna liiget, Anna ja Hans, on läbinud koosolekute juhatamise koolituse. Täna istub Anna arvuti taga ja teeb Exceli tabelisse märkmeid, nii et kõik meeskonnaliikmed näevad tahvlilt kohe, milles kokku lepiti.

Rick alustab. Ta loeb ette kahekümne tahvlil kirjas oleva inimese nimed – nende inimeste probleeme arutatakse iga päev. Nad on jaotatud rühmadesse põhjuste alusel, miks nad FACT-tahvlile on sattunud: seal on rühm, kes vajab lühiajalist intensiivset hooldust, pikaajalist, peaaegu igapäevast hooldust vajavate inimeste rühm; psühhiaatriaiglas või tavalises haiglas viibijad, uute klientide ning ravist kõrvalhoidivate inimeste nimed.

Tahvlil on iga kliendi nimi, lühike diagnoos, põhjus, miks ta on tahvli nimestikku kantud, kliendi eesmärgid, tegevus, mida meeskond hakkab tema suhtes läbi viima, kontaktisiku või pereliikme andmed ja meeskonna liikme nimi, kes klienti tema kodus külastab.

Jutuks tuleb klient nimega Ella. Ta on hiljuti saanud meeskonnalt intensiivset hoolekandeteenust. Tal on tõsine bipolaarne häire ning viimasel nädalal on ta väga palju sekeldanud. Ta on hakanud riskantselt käituma, ärritanud inimesi, kellega ta muidu hästi läbi saab ning on olemas oht, et ta viib end oma rapsiva käitumisega kurnatuseni. Meeskond külastab teda iga päev. Õnneks on ta nõus oma ravimit võtma ja nüüdseks pisut maha rahunenud. Täna lähevad psühhiaater ja juhtumikorraldaja teda koju vaatama ja uurima, mida ta veel võiks vajada. Homme külastab teda psühhiaatriaõde ja täna helistab juhtumikorraldaja tema perele. Ellal oleks vaja liitumisüste. Tavaliselt saab ta neid õe juures protseduuride toas, kuid praegu on parem teda koju süstima minna. Psühholoog küsib: “Kas on teada, mis teda järsku enda välja viis?” Tekib elav arutelu. Kogemusnõustaja on ühelt teiselt kliendilt kuulnud, et Ella on hiljuti kõvasti haiget saanud. Ta leidis endale Interneti kaudu kohtingukaaslase, kes jättis ta maha, kui kuulis tema psühhiaatrilistest probleemidest. See sündmus võis Ellat mõjutada – kui meeskonnaliikmed teda külastavad, küsivad nad selle kohta. On ka välja tulnud, et tema vereproovid on viimastel nädalatel näidanud madalat liitumitaset. Ka see nõuab tähelepanu: tema ravimipakendeid tuleks kontrollida. Rick võtab ülesanded kokku, Anna kirjutab need tahvlile. Homme kontrollib meeskond, kas ülesanded said täidetud.

Viimase nädala jooksul on klient nimega Jeanne saanud intensiivset hooldust, kuna ta on hädas suitsiidimõtetega psühhootilise depressiooniga ning on lõpetanud enda eest hoolitsemise. Eelmisel hommikul viis meeskond ta psühhiaatriakliinikusse (tema enda nõusolekul). Isegi kaks koduvisiiti päevas ei olnud tema turvalisuse tagamiseks piisavad. Risk, et tal läheb halvemaks, oli liiga suur. Varasemalt on mitte ainult Jeanne, vaid ka meeskond ise sellistes olukordades haiglasseminekut edasi lükanud. See lõppes ohtlike olukordadega – suitsiidikatsete ja tahtevastase raviga haiglas. Nüüd on asju aetud kaalutletumalt. Tugisüsteemi lahter tema nime taga on tühi – see on halb märk! Meeskond lepib tema ravi üle arutamiseks kokku kohtumised kliinikus. Meeskonna psühhiaater peab nõu kliinilise psühhiaatriga tema ravimite osas ja küsib, milliseid laboriteste oleks tarvis teha. Kogukonna psühhiaatriaõde räägib uuesti Jeanne'iga ja küsib, kas tal on perekondlikke või mingeid muid tugiallikaid. Ehk saab kontakti taastada, kui Jeanne haiglas on. Juhtumikorraldaja läheb teda kaks korda nädalas haiglasse vaatama ja hoolitseb selle eest, et tema kodu saaks korda. Meeskond arvab, et ilmselt jääb ta haiglasse paariks-kolmeks nädalaks. Anna kirjutab ülesanded tahvlile, lisades kaks nädalat hilisema kuupäeva reale: haiglast väljasaamine?

Tom on uus klient, kes tuli eile üle Geestelijke Gezondheidszorgi keskusest (CGG - Vaimse Tervise hooldusravikeskus). Keskus pakub ravi erinevatesse diagnoosirühmadesse kuuluvatele patsientidele. CGG on püüdnud kaks aastat Tomi ravile allutada. Tema diagnoosiks on isiksusehäired ja ärevus. Tema ravi ei ole õnnestunud: Tom on jätnud sageli arsti juurde tulemata, esineb märke sellest, et ta kuritarvitab uimasteid ja nüüd on asjad halvaks läinud ka sotsiaalsel rindel – tänu üürivõlale ähvardab teda väljatõstmine. Ambulatoorsel kliinikul on võimatu kõigi nende probleemidega toime tulla. Meeskond seab endale ülesanded. Tomile määratakse juhtumikorraldaja, kes teeb kindlaks ja paneb kirja tema probleemid ning konsulteerib vajadusel piirkonna psühhiaatriaõdega. Psühhiaater läheb tema juurde koju, psühholoog kutsub ta konsultatsioonile ning teda külastab ka kogemusnõustaja (kes otsib tema tugevaid külgi ja võimalusi tema motiveerimiseks). Kõik see pannakse FACT-tahvlile kirja ning kolme nädala möödudes korraldatakse meeskonna koosolek tema raviplaani väljatöötamiseks. Lühidalt võetakse jutuks kõik kaksikümmend „tahvliklienti.”

Seejärel avab Anna arvutis töölehe „arutatavad juhtumid.” Rick küsib meeskonnalt, kas neil on juhtumeid, mida tuleks arutada ning neli meeskonnaliiget esitavad igaüks ühe nime. Need on inimesed, kelle nimed ei ole tahvlile kantud, kuid on meeskonna jälgimise all. Nende juhtumid ei vaja igapäevast arutelu. Nende eest hoolitseb juhtumikorraldaja koostöös psühhiaatri, psühholoogi või tööhõivekonsultandiga. Nende raviplaani hinnatakse ja uuendatakse kord aastas (raviplaani koosolekul). Kuid mõnikord leiab meeskonnaliige, et on jutunud midagi, millest tuleks teistega rääkida või vajab ta abi mõnd teist eriala esindavalt meeskonnaliikmelt. Need nimetataksegi „arutatavateks juhtumiteks.”

Tööhõivekonsultant mainib klienti nimega Max: „Max sai möödunud nädalal tasustatavale tööle. Ta on selle üle uhke, kuid natuke pinges ja ärevil. Kui keegi teist teda näeb, siis palun soovige talle edu!”

Bart, noormees, kes on esimese psühhooosi järel kogunud suurt kaotusvalu, on praegu õigel rajal. Ta on rääkinud psühholoogiga oma tulevikulootuste muutumisest ja oma kaotusest. Tema varasemad sõbrad ja õpingukaaslased hakkavad ülikooli lõpetama, aga tema... Psühholoogi sõnul on ta stressi langemas. Ta räägib sellest, mida peaks tegema, kui see nii lähebki. Teda kuulatakse ja tehakse märkmeid.

Juhtumikorraldaja mainib veel ühe noormehe nime. Ta on olnud üsna stabiilne, kuid on näha et viimasel ajal mängivad tema elus üha suuremat rolli uimastid. Juhtumikorraldaja soovib, et teda külastaks sõltuvushäirete spetsialist ning soovib kolme nädala jooksul psühhiaatriga kohtuda, et leida koos parim tegevusstrateegia. Tehakse vastavad korraldused.

Viimasena tuleb jutuks naisklient, kellel on skisofreeniadiagnoos ja kes kuritarvitab alkoholi. Juhtumikorraldaja annab teada, et taas kord on temaga olnud inetuid vahejuhtumeid. Naabrid kutsusid talle politsei. Rick avaldab arvamust: „Selle naise juhtumit arutlesime ka möödunud nädalal mtu korda. Arvestades kõiki neid ettekandeid, oleks mõistlikum ta FACT-tahvlile kanda. Hakkame teda iga päev külastama ja hoolitseme selle eest, et temaga räägiks mitu inimest. Järgmisel nädalal arutame, kas peaksime selles strateegias midagi muutma.” Sellega on kõik nõus. Anna paneb kirja otsused ja nende meeskonnaliikmete nimed, kes teda lähipäevadel külastama lähevad.

Viimaks küsib Rick, kas on veel asju, millest peaks rääkima. Üks juhtumikorraldajatest ütleb, et ta võtab lühikese puhkuse. Tema tahvliklientidele on meeskonna tugi garanteeritud, kuid ta soovib, et külastataks veel paari inimest. See asi korraldatakse ära. Meeskonnale on toodud mõned uued kogukonnatöö infovoldikud, mis reklaamivad erinevaid tegevusi. Meeskonna liikmed nimetavad paari kliendi nimesid, kes võiksid ennast nendeks tegevusteks kirja panna, nende juhtumikorraldajale antakse edasiandmiseks paar voldikut kaasa. Juhatus on saatnud meeskonnale e-kirja, et nädala jooksul tuleb täita ja ära saata paar ametlikku paberit. Meeskonnaliikmed ohkavad ja panevad selle oma märkmikutesse kirja. Kellelgi ei ole enam midagi lisada, ning täpselt pool tundi pärast koosoleku algust klõpsab Anna arvutikaane kinni. Kõik korraldused ja kokkulepped on tänaseks tehtud ja maja voolab rahvast tühjaks – enamus meeskonnaliikmetest suundub koduviitidele.

1.peatükk: Algne ülevaade: tõsiste vaimsete häiretega (TVH) patsiendid, nende vajadused ja abistamine

1. 1. Millistele patsiendirühmadele ACT- ja FACT-meeskonnad abi pakuvad?

FACT on edasiarendus intensiivsest kogukonnakesksest hoolekandest (ACT), mille töötasid välja Stein ja Test 1978. aastal Ameerika Ühendriikides. Steini ja Testi ACT-mudel keskendus tõsiste vaimsete häiretega abivajajate seas kõige haavatavamale viiendikule. Selles rühmas oli väga kõrge psühhootiliste häiretega inimeste osakaal, enamasti lisandus veel sõltuvushäire (kaksikdiagnoosiga patsiendid). Paljud neist olid äsja haiglaravil viibinud (mõnel juhul pikka aega) ning nad „püüti kinni” haigla ja kogukonna vahelisel „pöördusel.” Paljudel neist olid tõsised eluaseme- ja rahaprobleemid. Kontakt lähisugulastega oli paljudel nõrk. Ülejäänud 80% tõsiste vaimsete häiretega inimeste probleeme ACT-mudeli puhul üksikasjalikumalt arutlusele ei võetud, kuid lähtekohaks võeti, et neile antakse abi teiste, väiksema intensiivsusega hoolekannet pakuvate meeskondade poolt.

FACTi (paindliku ACTi) meeskondades pakutakse teenuseid kõigile tõsise vaimse tervise häirega inimestele ehk *kogu* TVTH rühmale.

Hollandis defineeritakse tõsiste vaimsete häiretega inimeste rühma kuulujaid konsensusliku dokumendi alusel. Et kedagi arvataks tõsise vaimse tervise häirega inimeste hulka, peab ta vastama järgmistele kriteeriumitele:

- ravi ja hoolekannet vajava psühhiaatrilise häire olemasolu (≈ ilma sümptomaatilise remissioonita)
- tõsised takistused sotsiaalsel ja kogukondlikul funktsioneerimisel (≈ ilma funktsionaalse remissioonita)
- eelnevad kaks kriteeriumi on teineteisega seotud (takistused on psühhopatoloogia suhtes nii põhjuseks kui tagajärjeks)
- nimetatud probleemid ei ole ajutise iseloomuga (on süsteemsed ja pikaajalised)
- raviplaani rakendamiseks on vaja hoolekandevõrgustiku või tervishoiutöötajate koordineeritud abi.

DSM-IV (Vaimsete häirete diagnostika- ja statistika käsiraamatu) alusel: „raske“ diagnoos teljel 1, sageli koos isiksusehäiretega (teljel 2). Teljel 3 mängivad sagedasti rolli komplitseeritud meditsiinilised ja neuroloogilised probleemid. Teljel 4 on psühhosotsiaalsed ja keskkonnast tingitud probleemid. TVTH patsientidel on sageli madalad funktsioneerimisenäitajad (telg 5). Piirangud (takistused) on süstemaatilised ja pikaajalised, nii et vajalikuks osutub koordineeritud ravi ja hoolekanne. Vanuse, sotsiaalse tausta, probleemide elukäigu ning sotsiaalsete ja majanduslike tingimuste osas on TVTH inimeste rühm varieeruv.

Suurim klientide rühm on psühhootiliste häiretega. Teisteks levinumateks häireteks on afektiivsed häired (depressioon, bipolaarne meeleoluhäire), isiksusehäired, orgaanilised häired, autism, tähelepanu- ja keskendumishäire, arenguhäired, sõltuvusprobleemid ja nimetatud häirete kombinatsioonid.

Käsitletavatel isikutel on tõsiseid probleeme mitmetes eluvaldkondades, nagu näiteks füüsiline tervis, töö leidmine või töökoha hoidmine, hariduse/kutseväljaõppe omandamine, toimetulek kogukonnaelus ja isiklike suhete säilitamine.

1.2. Kuidas TVTH patsientide probleemid nende hoolekandevajadusi mõjutavad?

Tõsise vaimse tervise häirega inimesed erinevad üksteisest samamoodi nagu kõik teisedki. Siiski ei esine paljudel neist mitte ainult psühhoosse depressiooni ja sõltuvushäireid, vaid ka iseloomulikke piiranguid.

Mõnikord esineb neil probleeme oma asjade korraldamisega, apaatsuse ja loidusega või on neil raskem asjadest aru saada. Sageli on neil nõrgemad sotsiaalsed oskused ning nad on seetõttu haavatavad. Mõnikord esineb neil probleeme kodu korrashoiu ja isikliku hügieeniga. Esineb ärevust ja vaimseid probleeme. Nende suhted pereliikmete või tugisüsteemidega on pahatihti ebastabiilsed. Neil on vähem sotsiaalseid kontakte ja lähedasi sõpru. Nende seas on vähem abielus olevaid inimesi. Vähestel on tasustatav töökoht. Neil on eksistentsiaalseid küsimusi ja kahtlusi elu mõtte osas. Peamiselt suhtlevad nad oma kaaskannatajatega. Osaliselt seetõttu on neil ka rohkem kaotuskogemusi (tuttavaid, kes muutuvad aeg-ajalt psühhootilisteks; haiglassesattumisi, enesetapu tunnistajaks olemist jne.). Tõsise vaimse tervise häirega inimestel on raske ühiskonnas toime tulla, sageli on neil probleeme tööhõive, eluaseme ja sissetulekuga.

Kõik, kes eelnevat lõiku lugenud mõistavad, et TVTH inimeste meditsiinilised ja psühhiaatrilised probleemid viivad probleemideni sisuliselt igas sotsiaalse funktsioneerimise valdkonnas. Sellele hakati mõtlema üheksateistkümnenda sajandi algul, mil alustati selliste inimeste suletud asutustesse paigutamise. Institutsionaalne keskkond pidi pakkuma lahendusi kõikidele sotsiaalsetele probleemidele: eluase, hügieen, rahalised ja varalised küsimused ning kontroll sõltuvusainete kasutamise üle loodeti kõik selle abil lahendada. Arstid ja õed said keskenduda meditsiiniliste sümptomite „meditsiinilisele” ravile. Institutsionaliseerimises nähti „tervendavat eemaldumist (või eemaldamist) ühiskonnast.”

Algul näis see inimliku lahendusena, kuid aja kestel said vaimuhaiglates viibivatest TVTH inimestest pelgalt „patsiendid” totalitaristlikes meditsiiniautustes. Asutuste sotsiaalsed rollid (majaperemehe ja võõrustaja, tööandja, pereliikme ja naabri oma) kadusid. Kuigi psühhiaatriaiglad jätkasid järgmisel sajandil arenemist ning vanad ravivõtted asendusid kaasaegsete ravimite ja tegevusteraapiaga, jäi alles haiglate kalduvus võtta üle sotsiaalseid rolle ja vastutust. Haiglasoleku ajal ei omandanud patsiendid oskusi, mis oleks aidanud neil haiglast lahkumise järel ühiskonnas toime tulla. Sellest sai ka põhjus, miks kinnipidamisest või kõrvalelükkamisest (admission) sai vabastamise (readmission) ettekuulutaja.

1920. -1930.aastatel tõusis järjest enam esile arvamus, et psühhiaatrilist ravi tuleks pakkuda sotsiaalsemas kontekstis. Amsterdamis asutas Arie Querido kriisimeeskonna, mis näitas oma tegevusega, et haiglasse paigutamisi on võimalik ennetada või harvemaks muuta. Kuid alles 1975.aastal muutus hospitaliseerimise alternatiiv TVTH inimestele laiemalt kättesaadavaks. Sel aastal alustasid Stein ja Test (Test ja Stein, 1978) Ameerika Ühendriikides oma „Kogukonna keskel elama õppimise” programmi (Training in Community Living). Nad aitasid patsiente mitte ainult ravimitega, vaid ka eluaseme- ja rahaprobleemide lahendamisel, tugisüsteemide ja peresuhete säilitamisega jne. Imnes, et patsientide aitamine nende oma keskkonnas (kohapeal) oli seejuures peatähtis. Lisaks pidi abi olema intensiivne: hoolekandetöötajad jälgisid patsiente, aitasid nende muredele aktiivselt lahendusi leida ja töötasid tugisüsteemidega. Paljudel juhtudel ei olnud patsiendi motiveeritus piisavalt tugev, seega pidid hoolekandetöötajad olemas püsivad ja veenvad. Nii sündiski „intensiivne kohapealne hoolekanne” (assertive outreach). Hiljem arendasid Stein ja Test selle projekti põhjal välja Intensiivse kogukonnakeskse hoolekande (ACT) mudeli. Sai selgeks, et abipakkumine ei saa keskenduda ainult meditsiinilistele ja psühholoogilistele aspektidele. „Kogukonna keskel elama õppimist” oli tõepoolest vaja, nagu ka aktiivset tuge sotsiaalsete ja kogukondlike tegevusvalikute pakkumise kaudu.

1.3. Kogukonnakeskse hoolekande nõuded TVTH inimeste osas

FACT-mudeli välja töötamiseks saadi inspiratsiooni 1980.aastatel ja hiljem, peamiselt USA-s, Ühendkuningriigis ja Austraalias ilmunud erialakirjandusest. Intagliata (1982) kirjeldas isikukeskseid ja klienti teenustega seostavaid juhtumikorralduse komponente. Bachrach (1993) arutles hoolekande järjepidevuse tähtsuse üle, kaasa arvatud ambulatoorse ravi jätkumise tähtsus pärast haiglaravi. Stein ja Test (1978) rõhutasid töökoorma (juhtumite) jagamise olulist ning seda, et kõik meeskonnaliikmed oleksid klientide eluga kursis. Bond ja Drake (2001) arutlesid hoolekandemudelite koostamise üle, rõhutades tööhõivealase abi, sõltuvushäirete integreeritud ravi ja sotsiaalsete sekkumiste tähtsust.

2000.aastate esimesel poolel alustati Hollandis tööd esimese *Multidistsiplinaarse tööjuhise*ga (*Multidisciplinaire Richtlijn*; ilmus 2005, ümber vaadatud 2012) skisofreenia diagnoosiga inimeste raviks ja hoolekandeks. Juhises toodi välja tõenduspõhised sekkumised ja parimad teadusanalüüsidel põhinevad praktikad. Sai selgeks, et igasugune TVTH inimestele pakutav hoolekandevorm (slh. FACT) peab suutma pakkuda juhises loetletud sekkumismeetodeid. See tähendas muuhulgas, et meeskond ei vajanud mitte ainult psühhiaatrit, vaid ka psühholoogi, kes suudaks pakkuda näiteks kognitiiv-käitumuslikku teraapiat jms. Täpsemalt öeldes: FACT peab pakkuma mitte ainult hoolekandeteenuseid, vaid ka ravi.

Samal ajal hakkasid Hollandi tervishoiutöötajad huvituma taastumisest, taastumisele orienteeritud hoolekandest ja Tugevuste mudelist. Hollandis on taastumisidee võrsunud kliendiliikumisest; selle põhimõtteks on, et inimesed teevad ise enda taastumise nimel tööd. Eesmärgiks ei ole haigusest tervenemine, vaid isiklike piirangute või tõkete ületamine: kliendid annavad oma eluraskustele tähenduse, õpivad nendega toime tulema ja arendavad endi tugevaid külgi. Need on protsessid, mida hoolekandetöötajad ei saa üle ega ära võtta. Hoolekandetöötajad toetavad kliente oma tee leidmisel koostöös teiste klientide ja kogemusnõustajatega. **Taastumisideest on saanud Hollandi vaimse tervise teenuste põhivisioon ning sellest juhendatakse ka FACT-mudelis.**

Teisisõnu peab FACT-meeskond suutma pakkuda taastumisele orienteeritud teenuseid. Tähtsaks sammus selles suunas oli otsus kaasata igasse meeskonda kogemusnõustaja – inimene, kes pakub meeskonnale ja klientidele infot, mis on saadud tema enda kogemusest vaimse haiguse ja sellest taastumisega. Kogemusnõustajad töötavad meeskonna täieõiguslike liikmetena.⁴

1.4. Seitse põhipunkti: hoolekandenõuded väljaspool psühhiaatrilisi ravisutusi viibivate TVTH inimeste puhul

FACT-mudel arendati välja ACTi, Hollandi multidistsiplinaarse hoolekandepõhise ja taastumiskeskse lähenemise põhjal. FACT-mudeli praktiline rakendamine toob esile, millised sekkumised ja terapeutilised ning toetavad tegevused tuleks kasutusele võtta. Kui esimesed 20-30 FACT-meeskonda oli loodud, sai selgeks, millised tegurid on TVTH inimeste kogukonnakeskses hoolekandes ja ravis peatähtsad. Oleme need nõuded kokku võtnud ülevaatliku “seitsme C” tabelina, kus kõik märksõnad algavad (inglise keeles) C-tähega.

⁴ Hollandis on kogemusnõustaja (ka kogemusekspert või kliendikonsultant) palgaline kindla tööajaga meeskonnaliige, kes panustab meeskonna töösse vaimse tervise teenuste kasutuskogemuse pinnalt.

Tabel 1.

	Põhipunktid (seitse C-d):	Ravi- ja hoolekandenõuded väljaspool psühhiaatriahaiglaid viibivatele TVTH patsientidele (kogukonnakeskne ravi)
1.	Ravi (Cure)	<ul style="list-style-type: none"> • Tõendus põhine ravi, mis on suunatud paranemisele, stabiliseerumisele või olukorra talutavaks muutmisele, juhindudes erinevates riikides ilmunud multidistsiplinaarsetest juhistest • Ravi arstide ja/või õdede poolt • Psühholoogiline ravi (kognitiiv-käitumuslik teraapia, metakognitiivne teraapia, EMDR⁵, jne.) • Sõltuvusravi; IDDT⁶ • Somaatiline skriinimine/ravi (metaboolne skriinimine)
2.	Hoolekanne (Care)	<ul style="list-style-type: none"> • Igapäevaelu toetamine, juhendamine • Õendusabi, abi igapäevatoimingutes, enda hooletusse jätmise vältimine, tähelepanu hügieenile • Rehabilitatsioon • Taastumisele orienteeritud hoolekanne
3.	Kriisisekkumine (Crisis intervention)	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiivne supervisioon ja hoolekandeteenuste osutamine kliendi kodus, juhtumite jagamine • Kättesaadavus 24/7 • Kriisisekkumine, riskihindamine • Erakorraline ja lühiajaline nn „nõudmisel“ hospitaliseerimine • Pere/tugisüsteemi kaasamine
4.	Kliendi kogemusele toetumine (Client expertise)	<ul style="list-style-type: none"> • Kliendi kogemuseksperitiisi kasutamine • Ühiselt tehtavad otsused • Taastumisele orienteeritud hoolekanne • Jõustamine (Tugevuste mudel) • Kogemusnõustaja(te) sekkumised
5.	Kogukonna tugi (Community support)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktid pere ja lähisugulastega • Kogukonna tugisüsteem • Eluaset, töötamist ja heaolu puudutav abi • IPS: individuaalne abi tööotsimisel ja toetatud töötamine • Klientide kaasatuse edendamine • Liigse sekkumise (häirimise) vältimine
6.	Kontrollimine (Control)	<ul style="list-style-type: none"> • Riskihindamine; kliendi ja tema elukeskonna turvalisuse haldamine • Ohuolukordades tahtevastase ravi rakendamine kohtu otsuse alusel • Vastaval puhul kohtumäärusega sundravi (kohtu nõudmisel)
7.	Ülevaatamine (Check)	<ul style="list-style-type: none"> • Ravitulemuste hindamine • Rutiinne tulemuste jälgimine • Hoolekande- ja ravistrateegia hindamine • Sertifitseerimine

⁵ Eye Movement Desensitization and Reprocessing – silmaliigutuste desensibiliseerimine ja (mälestuste) ümbertöötlemine – üks traumateraapia meetodeid.

⁶ I.k. lühend mõistest Integrated Dual Diagnosis Treatment – Kaksikdiagnoosi integreeritud ravi.

„Seitse C-d” on ambitsioonikas nõuete komplekt. Kõik sekkumised peavad olema pidevalt kättesaadavad, kuigi mõistagi ei pakuta neid klientidele korruga. Iga kliendi raviplaani töötatakse välja „seitsme C” erinevate komponentide alusel.

Valikud tuleb teha klientidel endil ja hoolekandetöötajatel. Selleks on vaja hindamist, tegevuse kooskõlastamist ja kavandamist. Valikuprotsessi toetab info, mida saadakse hindamisskaalade abil – neid täidab osaliselt klient ja osaliselt juhtumikorraldaja. Kõige sagedamini kasutatavad hindamisskaalad on HoNOS,⁷ Mansa⁸ ja Cansas.⁹ Nende alusel saab infot kliendi eluvaldkondade ja sümptomatoloogia kohta ning näha tema rahulolu pakutavate teenustega. Koos eesmärkidega, mille saavutamiseks klient soovib tööd teha, on hindamistulemused abiks ka raviplaani koostamisel. Hindamisküsimustikke täidetakse kord aastas ning neile viidatakse kui rutiinsele tulemuste monitoorimisele (Routine Outcome Monitoring –ROM).

„Seitsme C” juures on huvitav, et mõned nõuded näivad peaaegu võimatutena. Näiteks taastumise toetamine näib olevat vastuolus tahtevastase raviga. Võib tõesti juhtuda, et tuleb teha raskeid otsuseid. Mõnikord tuleb ette olukordi, kus kliendi soovid on vastupidised tema pereliikmete või teda ümbritsevate inimeste soovidele. Selliste kokkupõrgete korral tuleb kliendi ja tema pereliikmetega ühiselt aru pidada. Sellistes olukordades tuleb kasuks, et meeskonda kuuluvad erinevate erialade esindajad näevad asju eri vaatenurkadest. Kogemusnõustaja, psühholoogi ja sotsiaaltöötaja arusaamad täiendavad arstide ja õdede omi ning see tuleb lahenduse leidmisele kasuks.

„Seitse C-d” näitab, et meil tuleb otsustada, *mida* me tegema hakkame, *millal* me seda tegema hakkame ja *kes* seda teeb. Mingis ulatuses on need pikaajalised otsused, mis tehakse raviplaani koostamise käigus, kuid sageli tuleb muutustele reageerida kiiresti ning otsustada, *kes*, *mida* ja *millal* teeb peaaegu iga päev. See tähendab, et meeskond peab vastama mitmetele organisatoorsele nõuetele, mille olema allpool välja toonud.

1.5. Nõuded „seitset C-d” pakkuvatele meeskondadele

1.5.1 Koordineeritud koostöö

FACT on teenuste pakkumise mudel, mis võimaldab meeskonnal pakkuda “seitset C-d” (tabelis kirjeldatud põhipunkte), kuid selle meeskonna töö peab olema hästi koordineeritud. Sekkumiste puhul tuleb otsustada, mida teha kohe, mida hiljem. Ühe meeskonna erinevate tegevuste koordineerimiseks on FACTi mudelis meeskonnakoosolekud ja FACT-tahvel. Tegevused kooskõlastatakse igahommikustel koosolekutel ja raviplaani aruteludel (ühe kliendi kohta 1-2 korralt aastas). Tegevuse kooskõlastatus on väga oluline mitte ainult ravi ja supervisiooni, vaid ka paljude väliste kontaktide pärast, mida meeskonnal tuleb säilitada: lähisugulastele helistamine, kontakti loomine naabruskonnas elavate sõpradega jne.

1.5.2 Integreeritud (ühtne) meeskond, mitte vahendusteenuse mudel

FACT-mudeli puhul viivad kõik sekkumised läbi ühe meeskonna liikmed. Teistelt meeskondadelt ja asutustelt tellitakse teenuseid võimalikult vähe. Seepärast nimetataksegi FACT-meeskonda “integreeritud” meeskonnaks. **Selliselt on töö korraldatud õppetunni tõttu, mis saadi 1990.aastatel USA-s: seal selgus, et nn. vahendusteenus, kus üks juhtumikorraldaja viis kliendi kokku erinevate teenusepakkujatega, ei olnud nii tõhus kui integreeritud mudel.**

⁷ Health of Nation Outcome Score (Wing jt. 1998).

⁸ Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe jt.1999).

⁹ Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Phelan jt. 1995).

Integreeritud meeskonnas tuleb sekkumised meeskonnaliikmete vahel ära jagada, mida tehakse hommikustel meeskonnakoosolekutel. Nii hoitakse kokku telefonikõnesid ja teiste teenustega sobitamiseks kuluvat aega. Pealegi on inimene, kes sekkumist hakkab läbi viima, koosolekul osalenud ning teab seega, mida sekkumine endast kujutab.

Monodistsiplinaarsed meeskonnad, individuaalne juhtumikorraldus ja teenuste vahendamine

1990.aastatel töötasid mitmetes Hollandi piirkondades õed TVTH inimeste individuaalsete juhtumikorraldajatena. Nende töökoormus oli suur – 40-60 klienti ühe õe kohta. Õed kuulusid küll meeskondadesse, kuid meeskonna siseselt töötasid kõik üksinda. Kui mõni klientidest sattus kriisiolukorda, sai individuaalne juhtumikorraldaja klienti tema kodus külastada kõige enam kahel korral nädalas ning meeskonna abi ei pakutud. Meeskonnad olid monodistsiplinaarsed. Psühhiaater töötas ambulatoorses kliinikus. Psühhiaatri vastuvõtule suunamine (seisundi hindamiseks või ravimi väljakirjutamiseks) võttis sageli liiga kaua aega. Kui juhtumikorraldajad nägid, et vaja oleks täiendavat abi, tuli neil pöörduda teiste teenusepakkujate poole. See tähendas, et palju aega kulutati kohtumisaegade kokkuleppimisele. Paljudel juhtudel sattusid intentsiivsemat abi vajanud patsiendid viimaks haiglasse või akuutsetele patsientidele mõeldud päevahoidu (osalise hospitaliseerimiseni).

Sellises olukorras jäi ambulatoorse ja statsionaarse ravi omavaheline koordineeritus ja järjepidevus nõrgaks. Haiglaväliste teenuste osutajaid ei kaasatud raviplaani loomisse, kui patsient haiglas viibis – nad ilmusid pildile alles siis, kui tuli hakata korraldama haiglajärgset ravi ja hoolekannet.

Teenuste vahendamise mudelist loobuti, sest see ei toiminud korralikult. Õed, kes olid sattunud vahendaja rolli, veetsid rohkem aega teiste teenusepakkujatega telefonitsi kokkuleppeid sõlmides kui oma patsiente külastades. Täiendavaid raskusi valmistas see, et neil oli vähe võimalusi konsultatsioonide korraldamiseks ja üksteise toetamiseks.

1.5.3 Multidistsiplinaarsed meeskonnad

„Seitsset C-d” suudab patsientidele pakkuda ainult integreeritud, multidistsiplinaarne meeskond. Psühhiaater, õde, sotsiaaltöötaja, tööhõivekonsultant ja kogemusnõustaja – kõigil neist on omad teadmised ja oma vaatenurk. Kuna töötatakse koos ja kohtutakse iga päev, kujunevad neil välja ka ühine visioon ja sarnane tööstiil. Erinevatel erialadel nähakse igapäevastele probleemidele erinevaid lahendusi; igahommikustel koosolekutel arutlevad meeskonna liikmed erinevaid sekkumisviise ja igaühe rolli nendes ning otsustavad, millises järjekorras neid pakutakse.

1.5.4 Töökoorma (juhtumite) jagamine

Töökorraldus, mis näeb ette juhtumite jagamist, arendati välja ACT-mudeliga. Üksikute töötajate vahel ära jagatud juhtumite asemel tegeleb juhtumitega terve meeskond. Selline meeskondlik töökorraldus tähendab, et klient saab intensiivset hoolekannet mitmetelt või kõigilt meeskonna liikmetelt. Tänu hommikustele koosolekutele saavad erinevate ametialade esindajad üheskoos raviplaanid välja töötada ja rakendada, nii, et iga meeskonna liige annab selleks oma isikliku panuse. FACT on jagatud juhtumite põhimõtte kasutusele võtnud neile klientidele mõeldes, kes vajavad mingis punktis tõhusamat abi.

1.5.6 Paindlik ümberlülitumine

Mitte kõik kliendid ei vaja juhtumite jagamise mudelit. Paljude jaoks piisab individuaalsest kontaktist oma juhtumikorraldajaga, millele lisanduvad aeg-ajalt kohtumised psühhiaatri, kogemusnõustaja või tööhõivekonsultandiga.

See on ka põhjus, miks oleme kliendid kaheks rühmaks jaganud:

1) intensiivse hoolekande rühma ja 2) vähemintensiivse hoolekande rühma. See jaotus vastab teatud määral ACT-mudeli jaotusele, kus 20% teenusesaajatest kuulusid tõsiste juhtumite ja 80% vähemtõsiste juhtumite rühma. FACTi puhul on erinevus selles, et mõlemad rühmad saavad hooldust samalt meeskonnalt ning kliendid võivad olla kord ühes, kord teises rühmas, kuid saavad tuge ikka samalt meeskonnalt.

Et mõlemat rühma hästi teenindada, peab meeskond suutma pakkuda nii individuaalset juhtumikorraldust kui ACTi. Selleks on FACT-mudelil mehhanism ümberlülitumiseks vähemintensiivsetelt intensiivsematele teenustele. Meeskond kohtub iga päev. Kliendid, kes vajavad intensiivset hoolekannet ($\approx 20\%$ kogu kliendirühmast) kuuluvad digitaalse FACT-tahvli nimestikku. Nende juhtumeid arutatakse iga päev ning neile osutatakse meeskondlikke teenuseid juhtumite jagamise põhimõttel. Iga päev on meeskonnal võimalus üle vaadata, kumbasse rühma mingi kindel klient peaks kuuluma. Kui otsustatakse suurema kasuks, ei märgita kliendi nime enam tahvli nimestikus ning suurema osa tema hooldusvajadusest katab juhtumikorraldaja. See ümberlülitusmehhanism on „Paindliku ACTi” võtmelement.¹⁰

1.5.7 Töötamine selgelt defineeritud mudeliga

FACT-mudelil on püsikindel süsteem ja tööprotseduurid, kuid see ei tähenda jäikust. Praktika on näidanud, et süsteemi siseselt on meeskondadel piisavalt ruumi enda tööstiili välja arendamiseks. See vastab Hollandis au sees olevale „isejuhitud” meeskondade põhimõttele, mis jätab selgelt defineeritud mudeli raames piisavalt arenguruumi.

Mudeli järjepidevus on tähtis ka juhtimise ja rahastuse kontekstis, sest sageli on ühel organisatsioonil mitu FACT-meeskonda. Teisest küljest on tähtis ka iga meeskonna eristuv identiteet: nii kasutatakse iga meeskonnaliikme spetsiifilisi teadmisi ja tugevusi paremini. Meeskond peab olema võimeline suhestuma kogukonnaga, kus nad töötavad – olema valmis kohalikele probleemidele reageerima ja kohalike ametkondadega koostööd tegema.

Meeskonnad saavad oma mudeli usaldusväärst hinnata FACTi hindamisküsimustiku abil, mis sisaldab meeskonna liikmete, töökorralduse ja ülesehituse kohta 60 küsimust. Küsimustiku täpsema kirjelduse leiab käesoleva käsiraamatu lõpuosast.

1.6. Kohapealse abi tugevus

Võib öelda, et FACT on taasavastanud kohapealse nõustamise ja koduse ravi tugevused. Kohapealne abi (outreach care) tähendab väljaspool asutusi ja arstikabinette osutatavaid teenuseid – koduvisiite ja sotsiaalsete tegevustega seonduvat nõustamist; kliendi külastamist politseijaoskonnas ja kodututega suhtlemist otse tänaval.

¹⁰ FACTi võib mõista kui ‘Funktsionaalset ACTi, mis tähendab, et samal meeskonnal võib olla rohkem kui üks funktsioon. Kuna see nimetus osutus rahvusvahelisel tasandil halvasti mõistetavaks; muutisime selle hiljem “Paindlikuks ACTiks” (‘Flexible ACT’).

Vaimse tervise teenustepakkuja kontoris või ambulatoorses kliinikus pakutav nõustamine on ambulatoorne, kuid mitte veel kohapealne abi. Hollandis pakuti kohapealset abi kuni viimaseni ajani ainult kriisiolukorras patsientidele: kliente külastati nende kodus, et hinnata nende haiglaravi vajadust. Kriisis mitteolevad kliendid kohtusid oma teenusepakkujatega peamiselt ambulatoorsetes kliinikutes või päevakeskustes.

FACT-mudel is on kliendi kodu külastamine kliendiga kontakti loomist soodustav standardprotseduur: see tähendab, et kliente külastatakse mitte ainult siis, kui nad on kriisis, vaid lihtsalt ka nende jälgimiseks ja toetamiseks stabiilsematel perioodidel. Rohkem kui 80% juhtumikorraldajate ja kogemusnõustajate kontakte klientidega leiab asetat väljaspool ametiruumie. Psühhiaatrid on klientide koduse olukorraga vähemalt üldiselt tuttavad ning saavad juhtumikorraldajaid koduvisiitidel regulaarselt. Psühholoogid võivad pakkuda kohapealseid koolitusi ning tööhõivekonsultandid lähevad klientide ja tööandjatega suhtlemiseks tavaliselt nende juurde kohale.

Inspireerituna ACTist ja Tugevuste mudelist on FACT teinud koduvisiitidest standardprotseduuri. Seda kohaldatakse nii kriiside puhul kui individuaalseks pikaajaliseks supervisiooniks klientide puhul, kes kriisis ei ole. On ilmnenu, et sellel on teenusepakkujate ja klientide vahelistele kontaktidele suur mõju.

Diagnoosimine ja teised hindamised kulgevad kohapealse abi puhul teisiti. Teenusepakkuja vestleb kliendiga tema enda keskkonnas ning kohtub suurema tõenäosusega tema pereliikmetega; ka on suurem võimalus naabritel sõna sekka öelda või nende käest midagi küsida. Oma keskkonnas viibides saavad kliendid selgemalt ja täpsemalt näidata, millega nad toime tulevad ja millega mitte, ning millist abi nad vajavad. Kergem on märgata nende andeid, hobisid ja tugevusi, aga ka seda, millist tuge nende igapäevane elukeskkond neile pakub. Nii on ka lihtsam aidata kliendil leida lahendusi, mida tema elukeskkond võimaldab. Uuringute põhjal on tõendatud, et kohapealsed (kodused) koolitused on efektiivsemad kui päevakeskuses korraldatud.

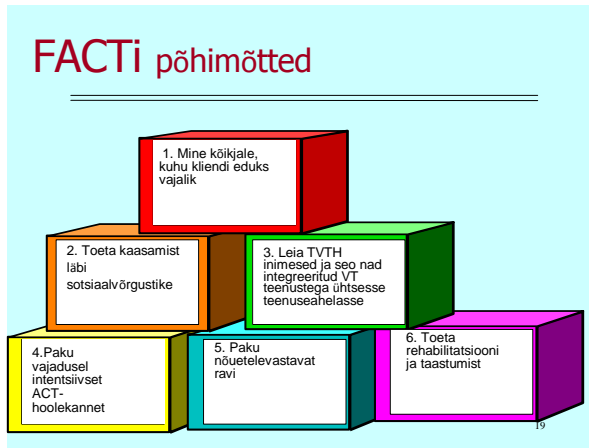
Koduvisiidid ja kohapealne abi tähendavad palju ka kliendi ja teenusepakkuja vahelise suhte jaoks. Hoolekandetöötajail tuleb „imbuda” kliendi territooriumile. Nad ei ole enam töövalves (nagu haiglates), vaid on sisenenu teise inimese territooriumile, mis aitab neil aktsepteerida teist inimest nagu omasugust ja jõuda erinevate dialoogideni.

Kohapealse abi osutamine pakub infot klientide tugevuste kohta. Hoolekandetöötajad näevad kliendi üldist toimetulekut, tema eluaset ja sotsiaalset keskkonda ning suhteid naabritega; tutvuvad kliendi sümpaatiate ja huvidega ning võivad märgata andeid, mis on ehk edasi arendamata jäänud, kuid taas elustatavad. Vastavalt nähtule ja kogetule saavad nad ka oma teenuseid muuta.

Üks tähtsaid uusi arenguid on eneseusaldusele tuginev lähenemine, kus kliendid seavad hoolekandetöötajatel toel vastavalt oma elukeskkonnale ja tööle uusi eesmäärke ning määravad ja sõnastavad endale ise ülesandeid.

2. Vahepala: FACTi ülevaade ehitusplokkide kaupa

2.1 FACTi ehitusplokkid



Joonis 1.

FACTi olemust on mõnikord raske seletada, sest mudelis on omavahel liidetud mitmed erinevad osised. Ülaltoodud joonis – „FACTi ehituskivid” näitab neist kõige tähtsamaid:

1.ehituskivi: Mine kõikjale, kuhu kliendi eduks vajalik

Me püüame oma tegevuse kooskõlastada kliendi soovide ja eesmärkidega. Me külastame kliendi kodu, töökohta ja pereliikmeid või läheme kuhugi mujale, kus klient soovib ühiskonnas edukalt osaleda. Keskendudes edule, näitame oma usaldust inimeste tugevuste ja taastumisvõime suhtes. See ehituskivi on kooskõlas Testi ja Steini tähelepanekuga, et oskuste õppimine kunstlikus haiglateskkonnas ei ole kuigi tulemuslik.

2.ehituskivi: Toeta kaasamist läbi sotsiaalvõrgustike

FACT püüab kaasa aidata psühhiaatriliste patsientide sotsiaalsele kaasamisele. Nad vajavad mitte ainult elu väljaspool haiglat, vaid ka osalemist kogukonnaelus. Sel eesmärgil vajab iga klient oma isiklikku sotsiaalset tugisüsteemi. Selle ülesehitamisel on põhitähelepanu kliendil ja sellel, mida ta tähtsaks peab. Perekond mängib siin tähtsat rolli, kuid sama võib öelda ka naabrite; vabatahtlike ja erinevate kogukonnas esindatud heategevuslike organisatsioonide, sotsiaaltöö meeskondade, üürikorterite omanike ja piirkonna politseinike kohta. FACT-meeskond ei saa võtta kaasamisel eestvedaja rolli – tal tuleb kasutada olemasolevaid sotsiaalseid võrgustikke ja teha nendega koostööd. FACT-meeskondadel tuleb kogukonda integreeruda, nad peavad olema usaldusväärsed partnerid ja püsima oma ülesannete kõrgusel. See tähendab ka teadlikkust turvalisuse küsimustest ning vajadusel sunniabinõude rakendamist, kui tegemist on teisi häiriva või ohustava käitumisega – vastasel korral kaotatakse peagi kogukonna usaldus.

3.ehituskivi: Leia TVTH inimesed ja seo nad integreeritud vaimse tervise teenustega ühtsesse teenuseahelasse

Klientide leidmine on väga tähtis juba seetõttu, et TVTH inimesed sageli ei tunnista või ei mõista oma haigust ning ei otsi ise abi. Klientide nimesid edastavad mitte ainult perearstid, vaid teinekord ka politsei või KOV teenuste osutajad. FACT suudab luua algse „madala lävepaku” kontakti, hindamaks, mis on vajalik ja mis võimalik.

Järgmiseks sammuks on inimeste „sidumine”. Klientide teenuselejäamist ei saa võtta enesestmõistetavana – sageli ei näe nad selleks vajadust. Paljud kliendid leiavad, et neile määratud ravimid on ebameeldivad. Seetõttu peame tagama oma teenustes ka atraktiivsete elementide olemasolu, et inimesed leiaksid neis midagi meeldivat – näiteks nende rehabilitatsioonieesmärkide toetamise. Püüame pakkuda teenuseid, mida kliendid sooviksid.

FACT püüab ennetada haiglasse sattumisi ning hoida haiglasolekud võimalikult lühiajalistena, kuid me mõistame ka, et mõnikord on haiglaravi vajalik ja kasulik. Neil juhtudel teeme haiglaga tihedat koostööd. Hollandis on vaimse tervise teenused integreeritud: ambulatoorne ja statsionaarne ravi on seotud süsteemiks, kus kehtivad kindlad ja selged reeglid ja kohustused. Haiglasse sattumist nähakse ambulatoorses raviprogrammis alati kui intsidenti. Seepärast jäävad haiglavälise teenuse osutajad haiglaga kontakti ning omavad samuti otsustusõigust haiglasoleku kestuse üle. Me hoiame kliendiga kontakti ning viime neid haiglast koju käima nii sageli kui võimalik. Integreeritud süsteemis on võimalused lühi- ja osaaajaliseks haiglaraviks ning väga lühiajalisteks haiglasolekuteks.¹¹ Tänu lähedasele koostööle haiglatega on olnud võimalik haiglaravi 24/7 kättesaadavaks muuta. Tänapäeval kasutatakse ka videokõnesid: kliendil on kodus tahvelarvuti, millega ta saab ühendust võtta FACT- meeskonnaga tööajal ning haiglaga ka õhtuti, öösiti ja nädalavahetustel.

4.ehituskivi: Paku vajadusel intensiivset ACT-hoolekannet

Kui kliendi nimi on kantud FACT-tahvli nimestikku, saab meeskond kohselt alustada intensiivse meeskondliku hoolekandega juhtumi jagamise põhimõttel. Kliendid lisatakse „FACT-tahvli nimekirja,” selle asemel, et neid saadetaks psühhiaatriaigla akuutosakonda, nagu sellistel puhkudel varem tavaks oli. Seda tehakse vastavalt vajadusele: intensiivsele hoolekandeteenusele üleminekuks on kindlad kriteeriumid, nagu ka stabiliseerumise järel tagasi individuaalsele ja vähemintensiivsele teenusele minekuks. Asjaolu, et kõiki neid integreeritud hoolekande teenuseid pakub üks ja seesama meeskond, on FACTi võtmelement.¹² FACT toimib „pöörduksena:” nii headel kui halbadel aegadel on klient kontaktis sama meeskonnaga, sama juhtumikorraldaja ja psühhiaatriga. Nii tagatakse hoolekandeteenuse järjepidevus.

5.ehituskivi: Paku nõuetekohast (tõenduspõhist ja parimatele praktikatele toetuvat) ravi
Hollandis on olemas skisofreeniat käsitlev multidistsiplinaarne juhend (*Multidisciplinaire Richtlijn*). Rahvusvaheliselt on tuntud töövahendid NICE ja SAMHSA, mis annavad infot võimalike raviviiside kohta. Paljusid neist on raske tavalises ambulatoorses kliinikus rakendada, kuna kliendid unustavad kohtumisi, kipuvad „ära kaduma“ jne. Koduvisiitide ja teenuste järjepidevusega on suuremad šansid, et neid ravimeetodeid ka järgitakse. Hiljuti on FACT-meeskonnad võtnud kasutusele ühise otsustamise – lähenemisviisi, kus kliendid ja teenusepakkujad teevad ühiseid otsusi kliendi ravi osas, tuginedes kliendi enda teadmistele, psühhiaatri pädevusele ja struktureeritud informatsioonile.

6.ehituskivi: Toeta rehabilitatsiooni ja taastumist

¹¹ Hollandis töötatakse põhimõttel, mida nimetatakse „voodikoht nõudmisel.“ Patsiendi üheks ööks haiglasse võtmine on muudetud väga lihtsaks, ning järgmisel hommikul tehakse tema haiglavälise teenusepakkujaga tegevusplaanid edasiseks.

¹² USA ACT-meeskondade töös oli tavapärane, et stabiliseerunud klient liikus vähemintensiivsele teenusele. Seda nimetati “järgmisele tasemele jõudmiseks” (‘graduation’). Patsient sattus uute teenusepakkujate juurde, uute ideede ja suhtlusolukordade keskele (enamasti asendusid koduvisiidid konsultatsioonidega teenusepakkuja kabinetis). See viis sagedasemate tagasilööride ja väljalangevuseni (teenusest loobumiseni). Või registreeriti patsiendid uuesti ACT-teenusele, mis tähendas omamoodi nõiaringi sattumist.

FACT toetab taastumist ja keskendub taastumiseesmärkidele. Selles osas annab peamise panuse meeskonna kogemisnõustaja. Ta võib korraldada taastumisrühmade, nt.

WRAP-rühmade (Wellness Recovery Action Plan (Heaolu ja Taastumise Tegevusplaan), Cook jt. 2012) tööd ning stimuleerida kontakte saatusekaaslastega. Meeskondadel on olemas ka rehabilitatsiooni alane pädevus ning tööhõivekonsultant, kes aitab leida tasustatavat tööd.

2.2 FACT-meeskonna koosseis

Üks FACT-meeskond on mõeldud u. 200 kliendi teenindamiseks. See tähendab, et meeskonnas peaks olema vähemalt piisaval arvul juhtumikorraldajaid ja psühhiaater. Meeskonda kuuluvad ka psühholoog, sõltuvushäirete spetsialist, tööhõivespetsialist ja kogemusnõustaja. Ideaalne meeskonna koosseis oleks järgmine:
üks täiskohaga psühhiaater; üks poole kohaga meeskonnajuht (ei pea olema tingimata hoolekandetöö taustaga); seitse täistööajaga juhtumikorraldajat, nende seas:

- o 4–5 täiskohaga psühhiaatriaõde
- o 1–2 täiskohaga piirkonna psühhiaatriaõde
- o 0,8 töökohaga sotsiaaltöötaja/ sotsiaalse heaolu nõustaja (welfare rights adviser)

0,8 töökohaga psühholoog; 0,6 töökohaga kogemusnõustaja; üks poole kohaga tööhõivespetsialist/ IPS (individuaalse tööotsingu ja töötamise toetamise teenuse spetsialist)

Meeskonnatöökoks vajalikud pädevused:

* Sõltuvushäirete alane pädevus eelnimetatud erialade raames (vähemalt kaks täistööajaga töötajat)

* Laialdane rehabilitatsiooni ja taastumisalane pädevus

* 2-3 meeskonnaliiget, kes

juhivad tööd nn FACT-

tahvli klientidega, pluss

võimalusel järgmised

teenused:

* Paljud FACT-meeskonnad pakuvad hoolekandeteenuseid väljaspool haiglat, majutusüksustes elavatele patsientidele – nendes majutusasutustes tegutsevad toetatud elamise teenuse osutajad võivad olla FACT-meeskonna liikmed.

* Mõnikord lisandub meeskonda veel teisi spetsialiste, näiteks süsteemne terapeut meeskondades, kus tegeldakse esmase psühhooosi patsientidega.

Individuaalse juhtumikorraldaja osa võivad meeskonnas täita erinevate ametialade esindajad (õde, sotsiaaltöötaja, ka psühholoog).

Hollandi FACT-meeskondades töötab palju õdesid. Suurbritannias on meeskonnas rohkem sotsiaaltöötajaid ja tööhõivespetsialiste. USA-s on paljud juhtumikorraldajad sotsiaaltöötajad. Enamasti on see nii ajaloolistel põhjustel. Suur õdede osakaal Hollandi meeskondades johtub õdede tähtsast rollist, mis neil psühhiaatriaiglates oli. Paljud neist on saanud väljaõppe haiglates ning jätkanud ambulatoorse tööga ja osalenud FACTi koolitusel.

Psühhiaatriaõdede kõrval on igas meeskonnas veel vähemalt üks piirkonna psühhiaatriaõde, (*community psychiatric nurse*). Tema lisapädevusteks on diagnoosimine ja hooldusvajaduse hindamine, sekkumine kriisiolukordades ning tegelemine komplekssete süsteemide ja isiksusehäiretega.

Teistes riikides tuleb FACT-meeskondadel ise otsustada, milliste erialade esindajatega juhtumikorraldajate töökohad täidetakse. Näib, et kõige paremini toimib segu õdedest ja sotsiaaltöötajatest (kuhu kuuluvad ka sõltuvushäirete spetsialistid). Optimaalse koosseisuga meeskondades on ühe juhtumikorraldaja koormuseks keskmiselt 25 klienti. Juhtumikorraldaja on esimene kontaktisik kliendi ja tema tugisüsteemi vahel, kes külastab klienti regulaarselt, jälgib teda ning kannab hoolt selle eest, et kliendil oleks aja- ja asjakohane raviplaani. Juhtumikorraldaja võib raviplaani täitmisse kaasata ka teisi meeskonna liikmeid, näiteks psühhiaatri kliendi ravimeid üle vaatama või tööhõivespetsialisti abiks tööasju korraldama. Igal kliendil on ka „varujuhtumikorraldaja,“ kes on samuti tema olukorraga kursis ning saab töö üle võtta, kui põhitöötaja haigestub, puhkusele läheb vms.

FACT-tahvli nimekirjas olevate ja intensiivsemat hoolekannet saavate klientidega töötavad kõik meeskonnaliikmed ühiselt, juhtumeid jagades, ehk teisisõnu – selliste klientide puhul on kõik töötajad haaratud lisateenuste osutamisse. Psühhiaatri tööks on ravimitega seotud küsimused, haiglaravi ennetamine jms. Jagatud juhtumitega töötamisel löövad kaasa ka psühholoog ja kogemusnõustaja. Meeskonnal tervikuna on lai pädevusväli. Tähtsad on nii teenuste meditsiiniline kui sotsiaaltöölane pool. Sotsiaaltöötajad ja rehabilitatsioonispetsialistid annavad meeskonnale tähtsaid ja täiendavaid vaatenurki. Kõikidelt meeskonnaliikmetelt oodatakse, et nad on võimelised rehabilitatsiooniprotsesse toetama.

Taastumis- ja rehabilitatsiooniprotsessides on tähtis osa ka kogemusnõustajal. Järjest suurem arv kogemusnõustajaid omab FACT-meeskondades püsivat tasustatud töökohta. Nad on saanud koolituse oma kogemusekspertiisi rakendamiseks hoolekandeteenuse raames. Sageli saavutavad nad klientidega kontakti omal moel. Mõnikord on nad kliendi ja teenuseosutaja vahel tõlgi rollis. Tavaliselt ei ole neil oma „juhtumiportfelli“, kuid nad osalevad aktiivselt töökoorma jagamisel, aitavad leida TVTH inimesi, neid hoolekandesüsteemiga siduda ning on toeks nende taastumisel.

Et FACT-meeskondades töötavad nii psühhiaatrid kui psühholoogid, on võimalik õigesti diagnoosida ja häid raviplaanide teha. See tähendab, et ravimid, teadlikkus füüsilise tervise probleemidest ning metaboolne skriinimine käivad kognitiiv-käitumusliku teraapiaga käsikäes.

Meeskonnas peaks olema vähemalt kaks inimest, kes omavad ajakohaseid teadmisi sõltuvushäiretest. Hollandis töötatakse järjest enam kaksikdiagnoosi integreeritud ravi mudeli alusel. Erinevate erialade esindajad, nt. meeskondade psühhiaatrid või psühholoogid osalevad selle ravimudeli koolitustel. Paljud FACT-meeskonnad korraldavad koolituste sessioone koos sellele eelnevate motivatsiooni-intervjuudega.

Erilist tähelepanu nõuab teenuste igapäevane koordineerimine. Seetõttu on paljudel meeskondadel 2 – 3 nn. „tahvlitöö“ juhti. Nad ei ole meeskonna ametlikud juhid, vaid lihtsalt liikmed, kes on saanud väljaõppe meeskonna koosolekute juhatamiseks. Nad teevad sissekandeid digitaalsele FACT-tahvlile, koordineerivad klientidele osutatavaid teenuseid ning vastutavad märkmete kandmise eest elektroonilistesse patsiendifailidesse.¹³ See mudel on end hästi tõestanud. See tähendab, et igas meeskonnas on 2 – 3 isikut, kes on FACT-mudeliga eriti hästi kursis ning juhatavad koosolekuid. Nad on ka üksteisele toeks: üks neist on alati kohal, ka puhkuste hooajal.

¹³ Mõned Austraalia FACT-meeskonnad kasutavad vahetustega töökorraldust koos vahelduvate vahetusevanematega.

FACT-meeskonnas ei tohiks olla liiga palju liikmeid. Tuleks hoolitseda selle eest, et meeskonnas ei oleks liiga palju osalise tööajaga töökohti. Ideaalis peaks suurem osa meeskonna liikmetest töötama täiskoormusega (nt. neljal päeval nädalas). Kui meeskonnas on liiga palju vähehõivatud osalise tööajaga töötajaid, on raskem teha omavahelisi kokkuleppeid ja ülesandeid jagada. Oleme ka täheldanud, et maksimaalne klientide arv, millega üks meeskond toime tuleb on 180 – 220 klienti. Meeskonnad, kel on üle 250 klienti, ei suuda teenuseid vajalikul tasemel individualiseerida.

3. PEATÜKK: FACT-meeskonna tööprotseduur

3.1. Olukorra määratlus: palju kliente, palju vajadusi

Ühel Amsterdami lähipiirkonnas tegutseval FACT-meeskonnal on 210 klienti. Suurem osa neist on üsna stabiilsed. Vähestel on töökohad, paljud külastavad madala lävepaku põhimõttel toimivat külastuskeskust ning osalevad päevakeskuse tegevustes. Mõned osalevad koos kogemusnõustajaga taastumisrühma töös.

On neid, kes otsivad koostöös oma juhtumikorraldajaga aktiivselt paremat elukohta. Psühholoog juhib koolitusrühma koos oma kolleegiga ühest teisest FACT-meeskonnast; vestleb inimestega ja kasutab mõnikord EMDR-teraapiat, et ravida minevikust pärit traumasid. Psühhiaater kohtub stabiilsete patsientidega kord aastas, kuid paljudega saab ta kokku kord kuus või isegi kord nädalas, eeskätt on nendeks kliendid, kes kasutavad komplitseeritud, kõrge kõrvalnähtude riskiga ravimeid (nt. klosapiini). Umbes 25 meeskonna klienti on kontaktis tööhõivespetsialistiga. Mõned neist töötavad uuel töökohal alustades koos temaga terve päeva. Kõikidel klientidel on oma juhtumikorraldaja, tavaliselt psühhiaatriaõde, kes külastab kliente nende kodudes vähemalt kaks-kolm korda kuus. Juhtumikorraldaja käib mõnikord klientidega kaasas erinevates sotsiaalasutustes ning peab sidet nende pereliikmetega. Kliendikontaktide kõrval on paljud meeskonna liikmed kontaktis ka erinevate kohalike asutustega, KOV-ga, eluasemete üürileandjatega, politsei ja teistega.

Enamikul klientidest on juhtumikorraldaja kõrval harvemaid kontakte psühhiaatriga ning mõnikord ka sõltuvshäirete spetsialisti, kogemusnõustaja või psühholoogiga. Hoolekandetöötajad töötavad klientidega individuaalselt. Nad koordineerivad klientide tegevust vastavalt raviplaanile, mida uuendatakse kord aastas. Ent kui tarvis läheb tegevuste täiendavat kooskõlastamist, võib ka seda teha hommikustel meeskonna koosolekutel. Taotleda saab ka lühiajalisi sekkumisi teiste erialade esindajatelt. Kokkuvõtvalt: klientidele suunatud hoolekandetöö seisneb individuaalses supervisioonis ja ravis, koos lihtsaks tehtud juurdepääsuvõimalusega teiste valdkondade spetsialistide juurde.

Kahesaja kümnest kliendist saavad 20 – 25 meeskonnalt intensiivsemat hoolekandeteenust. Seda seetõttu, et neil ei lähe parasjagu hästi ning nad vajavad lisatähelepanu. Kui meeskond sellises olukorras kliendist teadlikuks saab, kantakse tema nimi FACT-tahvlile. Sellest hetkest alates arutab meeskond kliendi probleeme iga päev ning pakub talle intensiivsemat hoolekandeteenust.

FACT-tahvli klientide rühm on väga heterogeenne. Hetkel on kolm isikut tahvli nimestikus vaid seetõttu, et nad on äsja FACT-teenusele registreerunud. Meeskond soovib neid paremini tundma õppida: seetõttu võetaksegi nad kolme nädala vältel igal hommikul jutuks ning neid külastanud meeskonnaliikmed jagavad nende kohta infot. Üheksa inimest on olnud tahvli pikemat aega. Need inimeste probleemideks on ägenenud skisofreenia ja sõltuvushäire. Nad saavad kodusolemist jätkata vaid meeskonna igapäevasel toel. Neist kahe suhtes on rakendatud ravimitarvitamise sunnimeedet (nende suhtes kehtib kohtu otsus, mis kohustab neid igapäevaselt ravimit võtma ning seda tuleb jälgida). Kolm klienti saavad sunduslikke depoosüste. Üle kümne kliendi on tahvlinimestikus seetõttu, et nende seisund ähvardab halveneda. Üks on kriisis seetõttu, et ta ei võta rohtu. Teisel on korduv maaniaepisood. Kolmandal on pahaloomuline kasvaja, milles tema näeb hoopiski „tervisemuhku” ning keeldub seetõttu ravist. Tõsise käitumishäirega naine on hiljuti taas kõigiga konflikti sattunud, ei võta enam ravimit ning tema korteriühistu esitas talle hiljuti hoiatuse. Tahvlinimestikus on ka mitu inimest, kes psühhiaatriaahglas ravil ning kaks on sattunud arestikambrisse.

Nimestikus on veel ka ravist keeldujad: kuigi need inimesed vajad silmnähtavalt abi, ei pea nad end ise haigeks, ei usu, et vajavad ravi ning hoiduvad meeskonnaga kontakteerumast. Meeskond hoiab neil siiski mõned nädalad või kuud eemalt silma peal, räägib politseinikega naabruskonnast kogunenud infost, ning kui kujunemas on ohtlik olukord, korraldab meeskond aktiivselt (sundi rakendades) ravile suunamise.

„Tahvlirahvas” vajab teistest intensiivsemat hoolt. Seda ei saa korraldada üks inimene: neid tuleb külastada kord või isegi mitu korda päevas, ning hoolekandetöötajate töö sõltub erinevast kogukonnalt saadud infost (eriti ravi vältijate puhul). Tuleb korraldada kohtumisi teenusepakkujate, pereliikmete ja haiglapersonaliga, võtta vastu tähtsaid otsuseid – see nõuab meeskonnatööd.

Töö jagatud juhtumitega

FACT-tahvli nimestikku kantud ja intensiivset hoolt vajavate klientidega töötame juhtumite jagamise põhimõttel. Koduvisiite – vajadusel mitu korda päevas –, teevad mitu meeskonna liiget. Mõnikord on need visiidid lühikesed: ainult selleks, et anda ravimit ja jälgida, et klient selle tõesti ära võtaks. Teinekord on külastused pikemad, näiteks selleks, et kliendi kodus korda luua, aidata neil pabereid täita või naabritega suhelda. Juhtumite jagamine nõuab eesmärkide selget igapäevast koordineerimist, vastasel korral võib juhtuda, et igal meeskonnaliikmel tekib oma agenda ja oma „tegevusretsept.” Juhtumite jagamisel on abiks ka kogemusnõustajad: nemad märkavad kliendi juures sageli muid asju, kuid nad on hästi kursis ka kliendi üldise ravi ja neile osutatavate teenustega. Meeskond jagab oma muljeid igahommikusel koosolekul. Üha uuesti ja uuesti veendume, et erinevate erialaste teadmiste ja kogemustega inimesed näevad samas olukorras erinevaid võimalusi ja takistusi, mille alusel saab luua tervikpildi.

3.2. FACT-tahvli koosolek: FACTi võtmeelement

FACT-tahvli koosolek on mehhanism, mis võimaldab integreeritud hoolekandeteenuseid ühe ja sama meeskonna poolt.

FACTi meeskonnal on klientide jälgimiseks ja toetamiseks kaks meetodit:

- 1) individuaalne supervisioon ja
- 2) intensiivne meeskondlik hooldus, kus kindlate juhtumitega tegelevad kõik meeskonnaliikmed.

1) Suuremat osa klientidest superviseerivad nende oma juhtumikorraldajad, kes keskenduvad ravile, rehabilitatsioonile ja taastumise toetamisele. Individuaalse supervisiooni käigus võib juhtumikorraldaja kaasata kliendi ravimisse või rehabilitatsiooni ka multidistsiplinaarse meeskonna teiste erialade esindajaid. Erinevate erialade esindajad, kelle seas peab kindlasti olema (vähemalt) psühhiaater osalevad alati kliendi raviplaani koostamisel ja paikapanemisel, kuid klient ei kohtu erinevate hoolekandetöötajatega igapäevaselt ega iganädalaselt.

2) Muutliku suurusega kliendirühma (10–20 % klientide koguarvust) jaoks individuaalsest supervisioonist ei piisa. Nad vajavad rohkemat abi kui üks juhtumikorraldaja pakkuda suudab. Neile, FACT-tahvli nimekirja kantud klientidele, pakub meeskond tuge ACTi “juhtumite jagamise” põhimõttel. See tähendab, et kõik meeskonnaliikmed on kliendi käekäigust informeeritud ning teda jälgivad ja nõustavad mitu meeskonna hoolekandetöötajat. Kliendiga tegeldakse iga päev või lausa mitu korda päevas.

Et tagada hoolekandetoõtjate tegevuste kooskõlastatus, arutatakse tahvlinimekirja kantud klientide probleeme igapäevastel koosolekutel. Kui individuaalsest jälgimisest ei piisa ning klient vajab intensiivsemat hooldust, kantakse tema nimi digitaalsele FACT-tahvliile: Excelli tabelisse, mis kuvatakse igahommikusel koosolekul koosolekuruumi seinale. Keskmiselt on tabelinimestikus 20–40 klienti, ehk 10–20 % klientide koguarvust.

Iga kliendi kohta salvestatakse järgmised andmed:

- * FACTi tabelisse kandmise kuupäev;
- * diagnoos, lühidalt;
- * juriidiline staatus;
- * nimestikku kandmise põhjus;
- * kliendi soovid, eesmärgid ja tugevused;
- * kontaktisikud sotsiaalvõrgustikes ja lähisugulaste ringis;
- * planeeritud tegevused;
- * kliendi juhtumikorraldaja nimi
- * koduviisidid (kordade arv päevas või nädalas)
- * spetsiifilised kohtumised kliendiga (nt. ravimite andmiseks; depoosüstide kuupäevad)
- * teised tähtsamad detailed, nt. perearsti visiidi ajad, kohtumised eluaset puudutavates küsimustes, kohtumised juristiga jms.

id	personal identification data	start & evaluation date	diagnosis & abuse	medical state	reason for FACT	patient current goals & wishes	FACT team interventions	individual social network	visit plans	(temporary) address																																																		
1.01	Adriaanso, L. Lia 19-04-75 (Mrs.)	fr 19-02-10 evaluation: fr 02-04-10	schizophrenie & psychosis and alcohol abuse	none	Patient thinks neighbours are after her. Complains from neighbours about hindrance. Housing company threatens to give notice. Patient deals with her fear by drinking more alcohol, she refuses medication. Husband left with kids.	Wants to move to another home with her husband and kids.	Daily contact. Subject: - the pro's and cons of drinking. - medication. Talk with neighbours. Contact housing company. Inquiry with police about possible other complains. Help with house keeping.	Husband lives with kids at family in Amsterdam. Marianne tries to contact him	<table border="1"> <tr><td>m</td><td>t</td><td>w</td><td>t</td><td>f</td><td>s</td><td>a</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	m	t	w	t	f	s	a																																											Heloo	Willems, G. W.
m	t	w	t	f	s	a																																																						
1.02	Benthuisen, B. Ben	d 13-10-06 evaluation:	Schizophrenie		Risico op impulsdoodbrak bij terugval	Wilt niet "uit zijn dak gaan"	afspraken maken over dagbesteding. Dhr	moeder		thuis	Paula Veynaard																																																	
1.03	Blaazer, G. Gerard	v 26-08-09 evaluation:	bipolaire stoornis en schizofrenie	geen	terugval alcoholgebruik	alcoholgebruik stoppen	intensiveren contact motiveren tot	dochter en zoon		thuis	Marjolijn																																																	
1.04	Bosman, M. Michael	d 01-09-00 evaluation:	schizofrenie	geen	Sinds een paar dagen vergeetachtig.	Wilt van het angstige gevoel herstellen	Dagelijks contact. Medicatie onderhouden.	huizenoten.		Thuis	Marjolijn																																																	
1.05	Brieflies, A. Aida	d 12-10-09 evaluation:	schizofrenie	geen	Herstel na darm operatie	herstellen	Contact houden. Complicatie	Loes (schoonzus)		Buitenwoning	Marjolijn																																																	
1.06	Been, S. Silvia	d 01-10-00 evaluation:	schizofrenie	geen	15 okt ontslag MCA. Rookverbod. Huisarts	verbeteren van lichamelijke wil opname	Motiveren en helpen om te stoppen met	familie		BZ	Marjolijn																																																	
1.07	Broersen, P. Pieter	v 24-07-09 evaluation:	Bipolaire I stoornis	voortgezet	toename van rouw klachten. Stop	stoppen	Regelmatig contact om stop droperidol goed	ouders		thuis	Marjolijn																																																	
1.08	Prinsen, A. Alex	d 06-10-08 evaluation:			dhr heeft woning toegewezen gekregen	Zelfstandig wonen	updaten om contact in ambulante situatie.	ouders		Buitenwoning / ouders. De Eydenborgh	Marjolijn																																																	
1.09	Stadhouders, E. Els	d 15-09-09 evaluation:	Persoonlijkheids	voortgezet	Toename van alcoholgebruik	Zelfstandige woonvorm	regelmatig contact en goed monitoren op	geen		thuis	Marjolijn																																																	
1.10	Wijnkooper, T. Thea	d 05-05-06 evaluation:	diagnose bijgesteld na		Na overlijden moeder, wegvallen van werk en	wil zich gelukkiger	intensive begeleiding om depressiviteit en	geen		thuis	Marjolijn																																																	
1.11	Kwakman, F. Fred	v 28-08-09	Persoonlijkheids		Toename van impulsdoodbraken, life	grip op zijn leven, meer zelf	medicatieuze behandeling. 16 okt	Moeder en vriendin		proefverlof vanuit	Marjolijn																																																	

Joonis 2.

Esimeses (punases) tulbas on iga klient asetatud kindlasse kategooriasse. Need (laias laastus kirjeldatud) kategooriad näitavad põhjust, miks klient on tahvlile kantud ning need põhjused on ära toodud allpool esitatud loetelus. Aja jooksul võidakse klient ümber tõsta teise kategooriasse, näiteks isik, kes viibis esialgu haiglaravil ning lubati siis koju, viiakse kategooriast „suletud asutuses viibiv” üle kategooriasse „lühiajaline intensiivne hoolekanne.” Tehtud muudatused salvestatakse andmebaasi, millest on abi meeskonna tööprotseduuride hindamisel.

FACT-tahvli nimestiku kategooriad:

1. Kriisiennetus: kliendid, kes näitavad esimesi märke võimalikust tagasilangusest psühhoosi või ainesõltuvusse või kel esineb märke sotsiaalsete probleemide suurenemisest. Lisanduvad sekkumised hospitaliseerimise ennetamiseks.
2. Intensiivne lühiajaline hoolekanne: ajutiselt ägenenud psühhiaatriliste sümptomitega või kriisisolevad kliendid, ka äsja haiglaravilt või kinnipidamisasutusest saabunud.
3. Intensiivne pikaajaline hoolekanne: kliendid, kes vajavad pikaajalist eritählepanu, nt. pikaajalise dekompenseerumise või püsiva haavatavuse (madala GAF-skoori) tõttu; mõned neist vajavad *püsivat* igapäevast tuge ning jäävad seetõttu tahvlinimekirja määramata ajaks.
4. a. Ravivältija: patsient, kes vaimse tervise teenuseid ei soovi, kuid kelle olukord paneb tõsiselt muretsema; kontakti pakutakse, kuid ei sunnita peale (meeskond on valmisolekus); tehakse kindlaks tema võimalik tugisüsteem.
b. Kõrge riskiga ravivältija: patsiendid, kes ei taha vaimse tervise teenustest midagi kuulda, kuid kes ohustavad või häirivad oma käitumisega ennast ja/või teisi. FACT-meeskond pakub neile tuge ning ohu korral rakendab nende suhtes survet või sundi. f
5. Suletud asutuses viibiv: klient viibib psühhiaatriaiglas või on mõistetud vanglakaristust kandma. FACT-meeskond hoiab kliendi ja tema ravimeeskonnaga sidet ning teeb ettevalmistusi kliendi kojutulekuks.
6. Uustulnuk: äsja meeskonna kliendiks registreerunu. Nimekirjas hindamise ja tundmaõppimise eesmärgil (esialgu) kolm nädalat.
7. Kohtu otsusel ravisaajad: kliendid, kes on kohtuotsusega määratud jälgimisele või sundravile.

Igahommikustel koosolekutel võetakse arutusele 20–40 FACT-tahvli nimestikku kantud kliendi probleemid. Koosoleku juhataja nimetab kliendi nime. Seejärel jutustab juhtumikorraldaja meeskonnale, milline oli kliendi eilne olukord. Klient võis eelmisel päeval olla kohtunud ka mõne teise meeskonna liikmega või vestelnud psühhiaatriga. Osa infost võib olla tulnud pereliikmete kaudu või on klient esitanud mõne abipalve. Sellest räägitakse lühidalt ning käsitletakse algava tööpäeva ülesandeid: kes klienti külastab, kes aitab teda nt. eluasemetaotluse täitmisel, valvab selle järele, et klient jõuaks perearsti juurde jne. Mõne kliendi kohta on vähe uudiseid, teiste asju arutatakse paar-kolm minutit. Eesmärgiks on, et koosolek ei kestaks kauem kui 30–45 minutit.

Selle aja kestel jääb pisut aega ka neist klientidest rääkimiseks, keda tahvlil ei ole, kuid kes vajavad mainimist, sest nende osas on mingeid uusi arenguid. Nemad kantakse „arutlusel olevate juhtumite” nimekirja. Juhtumikorraldajal võib olla soov kliendi asju arutada, kui ta vajab täiendavat ekspertiisi, näiteks ravimite mõju jälgimiseks või psühholoogilist sekkumist. Selles punktis räägitakse ka klientide edust (leidis töö, lõpetas kursuse vms.) Meeskond vajab ka edulugude märkamist ja tähistamist.

Mõnikord ilmub klient „arutlusel olevate juhtumite” nimestikku mitmel korral nädalas, näiteks kui tema suhtes on midagi ebaselget või on tema ellu on tulnud püsivam kriis. Kui seda tuleb ette mitu korda, võib meeskond jõuda otsusele, et oleks parem ta FACT-tahvli nimestikku üle viia, et tema asjad saaksid tänu igapäevasele probleemikäsitlusele mõne nädalaga korda.

FACT-tahvel on ülioluline tegevuste koordineerimiseks ja informatsiooni jagamiseks. Kogukonnakeskne töö tähendab ka seda, et meeskonna liikmed kohtuvad klientidega ka juhuslikult, poes või tänaval. Nad kuulevad klientide lugusid teistelt klientidelt ning saavad infot kohaliku omavalitsuse kontakt-töötajatelt. Nii saab meeskond klientide elust ja toimetulekust laiema pildi. See võib osutada eriti tähtsaks ravivältijate puhul: kuigi nad keelduvad kontaktist, tunnevad meeskonna liikmed neid, mõnikord vestlevad nendega ning saavad efektiivsemalt tegutseda, kui ravi vältimisest saab tõsine mure (näiteks kui inimene enda eest enam üldse ei hoolitse).

Tahvel toimib ka memokaardina: haiglas või kinnipidamisasutuses viibivad kliendid püsivad pildil. Koostöös haiglatega hoolitseb FACT-meeskond selle eest, et klient võimalikult kiiresti ja turvaliselt koju naaseks.

Meeskonnale lisandub regulaarselt uusi kliente. Nende inimeste nimed kantakse esimesteks nädalateks alati FACT-tahvlile. Töökorraldus näeb ette, et esimese kolme nädala jooksul vestlevad kliendiga ja külastavad teda vähemalt neli meeskonna liiget, soovitavalt erinevate erialade esindajad. See võimaldab meeskonnal uue kliendi ravi- ja hooldusvajadusi paremini hinnata. Luuakse ka esialgne kontakt kliendi pereliikmete või tugisüsteemiga. Kolme või nelja nädala möödudes korraldatakse vastuvõtuintervjuu ning meeskond koostab koosöös kliendiga raviplaani.

Mõned kliendid on allutatud kohtu ettekirjutustele: kui nad reeglitest kinni peavad, saavad nad jätkata väljaspool haiglat. Näiteks võidakse neid kohustada hoolekandetöötajatega rääkima või depooravimeid manustama. Need kliendid on samuti FACT-tahvli nimestikus, et nende supervisioon oleks kooskõlastatud ning riskide vähendamiseks oleks piisavalt informatsiooni. Tahvel aitab ka meeskes pidada kohtuorralduste pikendamise kuupäevi või teisi protseduurilisi formaalsusi.

Praktika näitab, et tahvlikoosolekutel on veel teisigi tähtsaid rolle: nad tagavad läbipaistvuse ning annavad töötajatele võimaluse teadmisi jagada, kuna arutlusel on spetsiifilised tegevused ja sekkumised, mida rakendatakse kõige keerulisemate klientide suhtes. Sageli on nad ka kliendid, kelle puhul on mängus vastuolulised huvid ja riskid. Mõnikord tuleb strateegiaid muuta iga päev, sest iga päevaga lisandub uut infot. Koosolekutel saavad meeskonnaliikmed üksteiselt õppida ning FACT-meeskonna visioon ja missioon tulevad selgemalt ja praktilisel tasandil esile. See on kasulik ka meeskonna uute liikmete ja praktikantide jaoks.

Kui esimesed FACT-meeskonnad loodi, rõhutati meile FACT-tahvli koosolekute tähtsat rolli igapäevase hoolekandetöö koordineerimisel. See on tõeks osutunud. Kuid vähemtähtis pole see, et erinevate erialade esindajad oma spetsiifiliste fookuspunktidega otsivad ühiselt viise kliendi toetamiseks. Nii on iga päev näha, millised on erinevate erialade esindajate panused. Saab ka selgeks, et kõige probleemsemad kliendid ei saa kunagi olla vaid ühe meeskonna liikme mureks: nendega peab tegelema terve meeskond. Kuna meeskonna liikmed jõuavad lahendusteni üheskoos, ei saa kellelegi ette heita, et tema abi on tulnud kaua oodata või väldib ta keerulisemate probleemidega tegelemist.

Hommikused koosolekud teravdavad meeskonna liikmete mõtlemist ja tõestavad, et üheskoos saavutatakse rohkemat. Et koosolekud oleksid edukad, on tähtis, et neil osalemine oleks kohustuslik kõikidele meeskonna liikmetele, kel on sel päeval tööpäev.

FACT-meeskondadel on koosolekute läbiviimiseks kindel protseduur:

- FACT-tahvli klientide priobleeme arutatakse igal tööpäeval.
- Kliendi juhtumikorraldaja või ükskõik milline teine meeskonna liige võib teha igal ajal ettepaneku ühe või teise kliendi FACT-tahvli nimestikku kandmiseks.
- Niipea, kui kliendilt, tema perelt või kaasklientidelt tuleb signaal, et tema tervislik või sotsiaalne olukord on halvenemas, ütleb keegi järgmisel päeval: „Kas hr.X-i ei peaks paariks nädalaks tahvlile märkima?”
- Seejärel asutakse sammhaaval järgmist plaani täitma:
- Kliendi isiklik juhtumikorraldaja, kes tegi ettepaneku tema tahvlile kandmiseks. räägib kliendi taustast ja nimetab vajalikud tegevused.
- Käiku läheb varem ettevalmistatud kriisiplaan.
- Intensiivse hoolekande ja juhtumi jagamise käigus jõutakse täiendavate kokkulepeteni.
- Riskihindamise (või selle ennetava koostamise) eest vastutab psühhiaater, kes peab sellega tegelema 24 tunni jooksul ning olema teadlik patsiendi ravimivõtmise seisust.

Töö tahvliga tähendab, et meeskonna liikmed peavad oma märkmed n.-õ. avatuina hoidma, et olla võimelised uutele hooldusvajadustele paindlikult reageerima. Kui klient kantakse tahvlinimekirja peab psühhiaater 24 tunni jooksul otsustama, kas ta peaks kliendiga isiklikult kohtuma, et optimeerida tema ravimitarvitamist ja hinnata turvalisuse küsimusi.

Kui klient on kantud tahvlinimekirja, muutub talle osutatav hoolekandeteenus individuaalsest meeskondlikuks, s.t. jagatud juhtumiks. See tähendab, et klienti külastavad tema kodus mitmed meeskonnaliikmed. Praktika on näidanud, et asjale tuleb kasuks, kui seda protseduuri patsiendile ja tema pereliikmetele eelnevalt selgitada, et nad oleksid teadlikud võimalusest, et hoolekandetöötajad võivad tulla ka mitmekesi täiendavat abi pakkuma.

Meeskond töötab tavatööajal. Oleme siiski seisukohal, et arvestada tuleks ka võimalusega, kus psühhiaatrilise kiirabi või haiglaga tuleb kokkuleppeid teha ka väljaspool tööaega.¹⁴ Mõnikord pakuvad erinevad meeskonnad üheskoos (ja mõnikord koostöös haiglaga) täiendavat abi ka laupäeviti ja pühapäeviti (päevasel ajal). Neil puhkudel külastab üks psühhiaatriaõde mitme meeskonna kliente. Seda peamiselt ravimite võtmise ning üldise olukorra jälgimiseks. Selline „nädalalõpu-FACT” aitab kliente nädalavahetustel tekkivatest probleemidest üle saada. Sellega vähenevad haiglasse sattumised reede õhtutel, ning haigla saab patsiente ka reedeti välja kirjutada, sest neile on esmane abi ja toetus tagatud.

Meeskondlik hoolekanne lõpetatakse, kui klient ei kuulu enam FACT-tahvli hoolekande kriteeriumitele vastavasse rühma. Siis eemaldatakse kliendi nimi tahvlilt. Ka selle jaoks on olemas standardne protseduur:

- Kliendi saab nimestikust eemaldada ainult FACT-tahvli koosoleku käigus.
- Kogu meeskond peab selle otsuse heaks kiitma.

¹⁴ Hollandi vaimse tervise teenuste juurde kuulub hästiorganiseeritud psühhiaatrilise kiirabi teenus, mida pakutakse kõigis Hollandi regioonides. Teenus on kättesaadav perearstide kaudu. Enamjuhtudel saab kiirabiteenistus vaadata patsiendi e-haiguslugu, mis sisaldab ka lisamoodulit patsiendi kriisiplaaniga.

- Otsus vajab ka psühhiaatri heakskiitu: kui psühhiaater koosolekul ei osale, ei saa ka klienti tahvli nimekirjast eemaldada.
- Hiljem hindab juhtumikorraldaja intensiivse hoolekande perioodi koos kliendi ja tema pereliikmetega. Kas osutatud abist oli kasu, kas see rahuldab kliendi ja tema pere soove ja vajadusi või kas unustati midagi, või tehti midagi, millest abi polnud?
- Vastavalt neile hindamistulemustele võib patsiendi kriisiplaani muudatusi teha.

3.3 FACT-tahvli nimekirja kandmise kriteeriumid

Oleme juba nimetanud klientide tahvli nimestikku kandmise põhjuste kriteeriume. Nüüd vaatleme neid kategooriaid täpsemalt.

- **Kriisi ennetusrühm**
 - Tegemist on võrdlemisi „leebe” rühmaga: lisatähelepanu pööratakse klientidele, kelle elus on ette ennustatavaid stressoreid, mida juhitakse tagasilanguse ennetusplaani abil (nt. kaudne kahju, mida on tekitanud majanaabri haigus või juriidiliste probleemide lahendamisega kaasnev stress)
 - Sellesse rühma kuuluvad ka kliendid, kelle juures ilmneb esimesi märke võimalikus dekompensatsioonist. Eesmärgiks on haiglaravi vajaduse ennetamine (kui vähegi võimalik).
 - Selle rühma puhul ei ole hoolekandevajadus enamasti varem suurenenud, kuid meeskonnal on tähtis klientide haavatavustest teadlik olla. Kui juhtub, et kliendi isiklik juhtumikorraldaja on ära, oskab meeskond siis sobivalt tegutseda.
- **Intensiivset lühiajalist hoolekannet saav rühm**
 - Ägenevad psühhiaatrilised sümptomid / kriis, sõltuvusprobleemid
 - Soovitatav on kindel ravi ja/või intensiivsem hoolekanne
 - Suuri elumuutusi läbielavad kliendid
 - Haiglasse sattumise oht
 - Suitsidaalsus, riskikäitumine teiste suhtes, korterist väljatõstmise oht
 - Kliendid, kes on hiljuti määratud
 - järelhooldusele, ennetamaks korduvat hospitaliseerimist lühikese ajal vältel
 - Enda hooletusse jätmine, teiste häirimine ja ohustamine
 - Selle rühma intensiivsem hoolekanne eeldab enamasti terve meeskonna osalust: täpsustada tuleb kliendi diagnoosi, kriis tuleb võimalikult kiiresti kontrolli alla saada, tuleb teha ümberkorraldusi kliendi elukeskkonnas ning võimalik on lühiajalise haiglaravi (nn. „tellitava voodikoha”) vajadus.
- **Intensiivset pikaajalist hoolekannet saav rühm**
 - Tegemist on patsientidega, kes vajavad toimetulekuks väljaspool haiglat pikaajalist või püsivat igapäevast tuge; tavaliselt on need kliendid, kelle GAF < 40 ning kelle sotsiaalvõrgustik on vaatamata katsetele nende sotsiaalset tugisüsteemi üles ehitada väike ja nõrk.
 - Siia kuuluvad ka kliendid, kelle puhul on olemas risk, et igapäevase toeta lakkavad nad enda eest hoolitsemast, ei võta ravimeid, häirivad teisi jms.
 - Paljud neist on nn „pöörduksepatsiendid,” – need, kes varem sageli haiglas viibisid. Nende jaoks on eesmärgiks haiglaravikordade vähendamine ning ravipäevade vähendamine ühe haiglasoleku kohta. Mõned neist veedavad osa päevast haigla päevaprogrammides osaledes või osalevad osaajalise akuutravi programmis.

- See rühm sarnaneb suuresti klassikalise ACT-hoolekandemudeli klientuuriga.
- Ravivältijad
 - Patsiendid, kellega on mitterahuldav kontakt, kes ei pea kokkulepetest kinni, kuid kellel pole probleeme enda hooletussejätmise või teiste häirimise ja ohustamisega. Nende puhul on fookus lähenemisel, motiveerimisel ja informatsiooni kogumisel.
 - Vt. kaldkirjas lõiku.
- Kõrge riskiga ravivältijad
 - Patsiendid, kes väldivad ravi ning kellel on risk endale tõsist kahju tekitada. Selles punktis ei saa meeskond enam viivitada ning peab koheselt sekkuma, võimalusel koostöös pereliikmetega või vajadusel koostöös kohaliku politseiametnikuga. Meeskond otsib järjekindlalt kontakti, et selgitada patsiendile tema ravivajadust ning rakendab vajadusel survet ja sundi, et vältida ohtu patsiendile endale või teda ümbritsevate inimeste häirimist või ohustamist.
- Suletud asutustes viibijad
 - Kõik psühhiaatriaiglas viibivad kliendid. Neid külastatakse iganädalaselt integreeritud (transmuraalse) hoolekande kontekstis.
 - Kõik tavahaiglas viibivad patsiendid: ka neid külastatakse regulaarselt ning valmistatakse nende haiglast väljakirjutamiseks ja kojusaabumiseks.
 - Kõik kinnipidamisasutuses viibivad patsiendid. Luuakse kontakt juristide ja kohtuvõimu esindajatega; eriti just vanglast vabastamise eel, et selgitada nende vabastamistingimusi; vajadusel alustatakse sõltuvusravi ja psüühikahäire ravimisega juba kinnipidamisasutuses viibimise ajal.
- Uued kliendid
 - Kõik uued kliendid 2–3 nädala vältel, et neid paremini tundma õppida.
 - Vt. ka käsiraamatu teisi selleteemalisi lõike.
- Kohtulikele korraldustele allutatud kliendid
 - Kõik tahtevastasele ravile allutatud patsiendid.
 - Kõik kliendid, kellele on kohtu otsusega määratud kohtulik-psühhiaatriline supervisioon või seatud kindlad vabastamistingimused.

Kokkuvõte näitab, et tahvlinimekirja kandmine ei tähenda alati hoolekandeteenuse tugevat intensiivistamist. Mõnikord tuleb tegelda lihtsalt infojagamisega (teiste teenusepakkujate või kohaliku omavalitsuse vahel). Kogukonnakeskne töö võimaldab saada palju rohkem infot kliendi erinevate kontaktide ja suhete kohta.

Meeskonnaliikmed saavad oma klientide kohta sageli infot (ka teistelt klientidelt), mida siis igahommikustel tahvlikoosolekutel üksteisega jagatakse. See tähendab, et igal juhtumikorraldajal peab olema piltlikult õeldes mitu paari silmi ja kõrvu.

FACT-tahvlit kasutatakse ka kalendrina: läbiviidud sekkumised salvestatakse – näiteks kolmenädalase intervalliga depoosüstide ajad. Kaks päeva enne depoosüstiaega ilmub vastav meeldetuletus punasel taustal *pop-up*’ina tahvlile, meenutades protseduuri kuupäeva.

Samal viisil tuletatakse meelde ka kohtukorralduste pikendamise kuupäevi.

Põhjusi, miks klient FACT-tahvlile kanda, on palju. Ka eesmärgid on mitmeid:

- 1) Ravi edendamiseks:
Kontakti intensiivistatakse näiteks kliendi toetamiseks tema leinaprotsessis või talle psühholoogilise eneseabi õpetamiseks, aga ka ravimite manustamise jälgimiseks või laboritestide korraldamiseks.
- 2) Hoolekande tõhustamiseks:
Nt. toe pakkumise, igapäevaelu ja päevarütmi korrastamise, isikliku ja kodu hügieeni tagamise eesmärgil.
- 3) Intensiivse rehabilitatsiooni või taastumise toetamise tõhustamiseks:
Jälgitakse suuremaid muutusi kliendi elus: kolimine, tasustatud töö leidmine jne.
- 4) Jälgimise paremaks korraldamiseks:
Näiteks teiste häirimise ennetamiseks, sõltuvusainete kasutamise piiramiseks, vabastamistingimuste täitmise jälgimiseks jne.
- 5) Koju naasva patsiendi paremaks abistamiseks:
Nt. kliendi juhendamine ja nõustamine pärast pikaajalist haiglaravi või vanglakaristust. Esimesed vabanemisjärgsed nädalad on tagasilanguse ennetamisel sageli võtmetähtsusega.
- 6) Kliendi parema „sidustamise” eesmärgil:
Nt. kindla toe ja ravi pakkumine ning viiside otsimine, kuidas klienti koostööle motiveerida.

Need kõik on eesmärgid, mida ühel hoolekandetöötajal on raske täita; kuid igapäevased meeskonnakoosolekud viivad mõnikord lausa üllatavalt heade tulemusteni.

3.4 Ravi, hoolekande, rehabilitatsiooni ja taastumise integreerimine FACTi raames

FACT on erilaadne hoolekandemudel, kuna selle juures keskendutakse erinevate elementide kombineerimisele: (1) teaduspõhisele ravile, (2) hoolekandele ja rehabilitatsioonile, (3) taastumise toetamisele ja (4) tööle pere- ja kogukonna tugisüsteemidega.

Raamat „Classics of Community Psychiatry” („Kogukonnakeskse psühhiaatria klassika”; Rowe jt., 2011) sisaldab viimase sajandi viitkümmet kõige tähtsamat sotsiaalpsühhiaatria artiklit. Neid sirvides näeme, et autorid rõhutavad sageli üht või kaht tähtsat elementi, näiteks juhtumikorraldust, hoolekandeteenuse järjepidevust, ravi või taastumise tähtsust. FACTi ideeks on lähtumine nii paljudest erinevatest elementidest kui vajalik. Väljakutseks on kõikide nende erinevate aspektide integreerimine. FACT püüab iga inimese jaoks leida nende elementide kõige paremini tasakaalustatud kombinatsiooni. Igapäevane tahvlikoosolek aitab sekkumisi koordineerida ning vastavalt saadud informatsioonile otsustada, mis on antud ajahetkel vajalik, soovitatav ja võimalik. Individuaalset supervisiooni saajatele korraldatakse raviplaani arutelu vähemalt kord aastas.

Hollandi multidistsiplinaarne skisofreenia käsitusjuhend (nagu teistegi riikide sarnased juhendid) sisaldab võimalikke raviviise, nagu ravimid, psühholoogilised sekkumised, psühhoharidus ja pereteraapia. Sekkumisi tuleb klientidele ja nende pereliikmetele selgitada ning mõnel juhul ka proaktiivselt pakkuda.

FACTi mudelis on rehabilitatsiooni aspektid integreeritud raviplaani. Ravieesmärgid sõnastab klient ning need pannakse kirja isiklikus stiilis ja kliendile arusaadavas keeles.

Kliente saab nende eesmärkide saavutamisel toetada nende isiklik juhtumikorraldaja või spetsialiseerunud rehabilitatsioonitöötaja, näiteks tööhõivespetsialist.

FACT püüab kliente nende taastumisprotsessis toetada. Eesmärgiks on klientide optimaalne toimetulek ja osalus ühiskonnas neile meelepärasel ja turvalisel viisil.

Taastumine tähendab (Ridgway jt. 1999):

1. Positiivse minapildi omandamist vaatamata võitlusele vaimse haigusega. See hõlmab teekonda alistumisest lootusrikka ja realistliku optimismi, võõrdumiselt tähendusliku ja eesmärgistatud eluni, psühhiaatrilisest patsiendist isiksuseni, kelle jaoks tema haigus ei ole esiplaanil.
2. Kliendi aktiivsust oma elu ja vaimse haiguse valitsemisel. See hõlmab teekonda passiivsest kliendist aktiivseks, stressist ja haavatavusest aktiivse enesevalitsemiseni, enda hooletusse jätmisest positiivse elustiili, enese eest hoolitsemise ja heaoluni.
3. Elu väljaspool vaimse tervise teenuseid. See tähendab vaimse tervise teenusprogrammide keskse elu asemel elu kogukonna keskel ning eemaletõmbumise, passiivsuse ja sotsiaalse isolatsiooni asendumist suhtlemise ja aktiivse osalusega mõtestatud tegevustes ning ühiskonnaelus.

FACT keskendub ka klientide ja nende keskkonna vahelisele interaktsioonile. FACTi jaoks mängivad kliendi pereliikmed väga tähtsat rolli. Sageli pakuvad nad tuge, muretsevad tema pärast ja mõistagi tunnevad nad klienti palju pikemat aega kui hoolekandetöötajad.

Mõnikord on kliendi suhted perega katkenud, kuid tuntakse vajadust need uuesti üles ehitada. Tõendus põhine ravi hõlmab ka psühhoharidust ja teisi pereliikmeid kaasavaid sekkumisi.

Kuna FACT püüab toetada klienti kaasamist kogukonna ellu, peab meeskond olema kogukonna ja ametkondade jaoks usaldusväärne partner. Kliendi kogukonda integreerumine sõltub paljudest teistest ametkondadest ja teenustest. Nende teenuste ja FACTi vahele jääb servapidi kattuv ala, kus üksteist partneritena leitakse.

Ravivältijad

On olemas rühm patsiente, kes keelduvad kontaktist meeskonna või teiste hoolekandetöötajatega. Mõnikord mängib siin rolli vähene haiguskriitika või vähesed teadmised enda haigusest, kuid ka usalduse nappus ning varasemad negatiivsed või lausa ülinegatiivsed kogemused sotsiaaltöötajate ja psühhiaatritega. Me nimetame selliseid patsiente ravivältijateks. Me püüame nendega kontakti luua, näiteks praktilist sotsiaalset tuge pakkudes. Ent kui nad ei soovi meilt midagi, austame me nende soovi. Eristame nende seas kõrge riskiga ravivältijaid. Kui „kõrge” selliste inimeste risk on, sõltub endale või teistele tekitatava kahju või ohu suurus ja sellest, kuivõrd on selle põhjuseks nende vaimuhaigus.

Me kohtame inimesi, kes elavad väga eraklikult ja omavad väga väheseid kontakte, kuid samas ei ole end tõsiselt hooletusse jätnud nagu ravivältijad. Me püüame nendega mitteametlikku kontakti luua. Püüame neile pakkuda atraktiivset, siduvat tuge, näiteks lühikesi vestlusi tänaval või abi erinevate ametkondade ja teenusepakkujatega suhtlemisel.

Me loodame nende avanemisele, kuid ei suru ennast peale. Kontakti loomisel saavad võivad tähtsat rolli mängida kogemusnõustajad.

Kui patsiendid on enda haiguse tõttu vaimselt ebapädevad – näiteks on end tõsiselt hooletusse jättnud või häirivad tugevalt ümbruskonda, näeme neist kõrge riskiga ravivältiliaid. Neil juhtudel püüab meeskond intensiivselt kontakti luua. Meeskonna liikmed koordineerivad ravi perekonnaga, ning kus võimalik ja kohane, ka sotsiaalteenuste pakkujatega. Seejärel pakub meeskond kogu oma veenmisjõuga ravi, et saada patsiendid hoolekandeteenusele (juhtumi leidmine) ning hoida neid hoolekandes (sidustamine). Mõnikord võib see viia kohtulike korralduste või sundravini, mida meeskond samuti administreerib. Neil juhtudel on eesmärgiks ohutuse ja turvalisuse tagamine.

3.5. Raviplaan ja raviplaani tsükkel

Et hoida nii paljude erinevate komponentidega ravi ja supervisiooni kindlal rajal, on raviplaan hädavajalik. Hollandis kehtivad selged kokkulepped, millistele standarditele raviplaan peaks vastama:

- 1) Iga klient peab saama endale kirjaliku raviplaani, mis on koostatud talle arusaadavas keeles.
- 2) Plaan tuleb koostada kliendi (ja tema pereliikmetega) nõu pidades.
- 3) Raviplaan peab sisaldama kliendi enda eesmärke tema sõnastuses, koos ravi-, tugi- ja rehabilitatsioonitegevustega, mida meeskond talle pakub.
- 4) Kriisiplaan või tagasilanguse ennetamisplaan on sageli raviplaani osa.
- 5) Raviplaani tuleb regulaarselt, vähemalt kord aastas, hinnata ja uuendada.

FACT-meeskonnas vastutab eelpool nimetatud nõuete täitmise eest juhtumikorraldaja. Teisisõnu: juhtumikorraldaja hoolitseb selle eest, et plaani igal aastal hinnataks ning vajadusel õigeaegselt uuendataks.

- 1) Juhtumikorraldaja paneb paika järgmise raviplaani koosoleku aja, mis jääb järgneva kümne kuu sisse.
- 2) Juhtumikorraldaja valmistab plaani ette koostöös kliendiga (ja võimalusel koos tema pereliikmetega).
- 3) Koosoleku eel täidab juhtumikorraldaja koos kliendiga mõned testid, näiteks HoNOSe, MANSA või IDDT psühhomeetrilise skaala.
- 4) Juhtumikorraldaja kogub andmeid somaatiliseks skriininguks.
- 5) Juhtumikorraldaja arutleb koos kliendiga möödunud aasta sündmusi ning hindab, millises ulatuses on eelnevalt formuleeritud eesmärgid täidetud.
- 6) Kliendilt luba küsides võib juhtumikorraldaja eelmisel aastal toimunu hindamiseks pöörduda ka kliendi pereliikmete poole.
- 7) Kliendiga nõu pidades valmistab juhtumikorraldaja ette raviplaani mustandi, milles käsitletakse kõiki eluvaldkondi ning ka kliendi füüsilise tervise seisundit.
- 8) Järgmiseks sammuks on multidistsiplinaarne arutelu raviplaani mustandi üle meeskonna liikmete osalusel. Koosolekust võtavad osa psühhiaater ja teised kliendi ravi ja toetamisega seotud meeskonna liikmed. Paljud meeskonnad kutsuvad sellele koosolekule ka kliendi. Teised eelistavad kliendiga tema raviplaani arutada väiksemas rühmas (nt. klient, üks tema pereliikmetest, juhtumikorraldaja ja psühhiaater).
- 9) Seejärel kohaldatakse raviplaani koostöös kliendiga. Plaan sisaldab kliendi soove ning erinevaid korralduslikke punkte ravimeeskonnalt (ravi ja ravimite, juhendamise, tööotsimise ja võimalike sekkumiste kohta kriisiolukorras).

- 10) Viimaks allkirjastab klient plaani (kui ta seda soovib) ning meeskonna poolelt annab allkirja psühhiaater.
- 11) Kui plaan on vastu võetud, võib klient sellest soovi korral koopia saada.

4.peatükk. Liivakellamudel

4.1 Hoolekandetöötajate erinevad rollid

FACT-meeskonnas tuleb töötajatel kogu aeg rolle vahetada. Juhtumikorraldaja, kes superviseerib klienti individuaalselt, on enamasti isikliku lähenemisega. Ta tunneb klienti hästi ning saab temaga rääkida praktilistest asjadest, majapidamistöödest, rahaasjadest või ravimitest, kuid ka isiklikematel teemadel, nagu lähisuhted või leinaga toimetulek. Juhtumikorraldajatel, kes superviseerivad kliente intensiivse meeskondliku hoolekandeteenuse käigus, on ilmselt vähem aega isiklikeks sügavamateks vestlusteks kliendiga – nemad külastavad klienti peamiselt selleks, et pakkuda tuge ja korrastatust, aidata klienti aktiveerida jne.

Ka individuaalses supervisioonis on juhtumikorraldajal palju erinevaid rolle: mõnikord peab ta olema usaldusisik, mõnikord praktiline nõuandjate teiste teenusepakkujate ja ametkondade osas, ning mõnikord isik, kes korraldab kohtu otsusel määratud sundravi.

Samasugune lai rollide spekter on ka psühhiaatril (mõnikord usaldusliku nõu andja, mõnikord vastumeelse ravimi väljastaja ja mõnikord kohtult tahtevastase ravi taotleja) ning psühholoogil. Oma tööga vastalustanud FACT-meeskondade jaoks võib selline pidev ümberlülitumine olla tõsine väljakutse, eriti õdedele, kes on oma väljaõppe saanud haiglates. Selliste töötajatega toimunud vestluste käigus arendasime välja „liivakellamudeli.”

4.2 Liivakellamudel

FACT-meeskonnad pakuvad erinevat liiki hoolekandeteenuseid. Hoolekandetöötajate vaatenurgast eristame kolme protsessi:

1. Toimetulekut (või tegelemist) destabilisatsiooniga
2. Ravi
3. Taastumist.

Me ei käsitle neid protsesse järgalt, „faasidena,” mis peaksid tingimata üksteisele järgnema. Sageli on nii, et ravi sava patsient teeb samal ajal endaga tööd taastumiseks ning sageli on destabiliseerumise ületamiseks peatähtis ravi. Protsessid võivad kokku langeda või vahelduda. Siiski nõuab iga protsess hoolekandetöötajalt erinevaid tegevusi ning erinevat hoiakut, ning vastavalt olukorrale ka erinevaid rolle.

1) Tegelemine destabilisatsiooniga

Termin „destabilisatsioon” viitab kriisilukorrale, tagasilangusele või sümptomite ägenemisele või suurenenud sõltuvusainete tarvitamisele. Kui on olemas oht psühhooosi tekkeks, vajavad kliendid kogu olemasolevat energiat lihtsalt enda elus hoidmiseks. Sageli kerkivad üles ka sotsiaalsed probleemid ning me näeme, kuidas enese eest hoolitsemine ja ümbruskonnast hoolimine ära vajuvad. Sellises olukorras pakume me optimaalselt kriisisekkumist, et aidata kliendil episoodist turvaliselt üle saada, kui võimalik, siis ilma tagasilanguse ja haiglaravile sattumiseta.

Destabilisatsioon võib kroonilise disorganiseeritud psühhooosiga inimeste puhul olla ka püsivaks iseloomustavaks jooneks. Need kliendid ei ole enam võimelised oma elu rööpais hoidma, isegi kui nad seda tahavad. Siis on FACTi ülesandeks tegelemine pikaajalise destabilisatsiooniga, pakkudes igapäevast hoolt ja struktuursust.

2) Ravi

Ravi ei hõlma ainult ravimeid, vaid ka psühholoogilisi või oskuste treenimisele või sõltuvusprobleemidele suunatud sekkumisi. Ka protsessi, kus kliendiga töötab tööhõivespetsialist ning aitab teda tasustatud töö leidmisel, nähakse ravi vormina, kuna klient töötab hoolekandetöötaja toel ja vastavuses hoolekandetöötaja poolt kasutatud meetoditega, mille eesmärkideks on kliendi funktsionaalsuse parendamine ja sümptomite vähendamine.

3) Taastumine

See on valdkond, kus klient töötab enda poolt **isejuhitud** taastumisprotsessiga, mida meeskond rehabilitatsiooniga toetab.

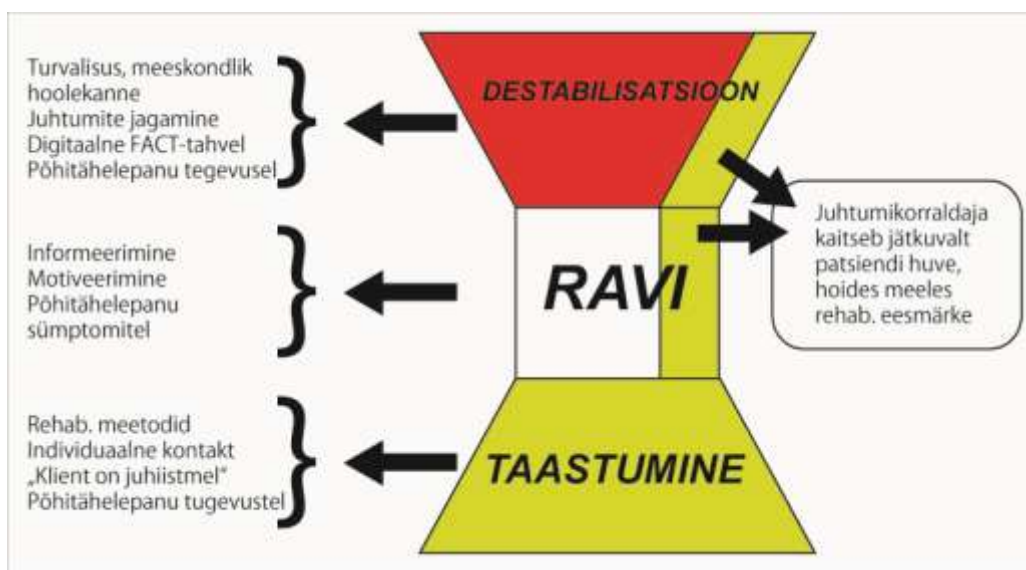
Iga protsess eeldab hoolekandetöötajalt erinevaid rolle:

Destabilisatsioon nõuab probleemile orienteeritud, direktiivset ja tegevusele keskendunud lähenemist. Tarvis on meeskonna koostööd ning meeskonna liikmed saavad mõned kliendi igapäevategevused üle võtta.

Ravi peaks teenima kliendi poolt sõnastatud eesmärkideni jõudmist. Ühise otsusetegemise pinnalt püüab meeskond kliendiga optimaalse ravi osas kokkulepeteni jõuda. Mõnikord on ravi oma loomult ettekirjutuslik (ravimid, soovitus) ning mõnikord otsivad klient ja hoolekandetöötaja lahendusi üheskoos (psühhoteraapia). Juhtumikorraldajatel on ravis stimuleeriv ja juhtiv roll. Nad pakuvad ravi puudutavat informatsiooni ja nõustamist või motiveerivad kliente osalema kindlates raviprogrammides, näiteks sõltuvusprobleemidega klientide ennetavate mõtlusharjutuste (pre-contemplation) rühmades.

Taastumisprotsessis toetab individuaalne juhtumikorraldaja või ravitöötaja klienti individuaalsemalt ning protsessi kontrollib klient. Selles protsessis on võtmetähtsusega kliendi ja juhtumikorraldaja vaheline usaldussuhe.

Oleme eelpooltoodu kokku võtnud liivakellale sarnaneva joonisega:



Joonis 3.

4.3. Töö liivakellamudeliga

Liivakellamudel näitab, et juhtumikorraldaja (ja teiste meeskonnaliikmete) roll on igas protsessis erinev. Iga protsessi juures on vasakus tulbas loetletud:

- eesmärk
- tööprotseduur
- kontrolliv pool
- hoolekandetöötaja hoiak.

Vaatleme neid aspekte lähemalt, keskendudes juhtumikorraldajale:

Destabilisatsioon nõuab probleemikeskset, kriisi lahendamisele orienteeritud lähenemist. See võib hõlmata supervisiooni, nõustamist, toetamist või täiendava personaalse hoolduse korraldamist. See võib tähendada ka olukorra ülevõtmist, kaitset ja vajadusel (kui olukord on ohtlik) surve või sunnimeetmete kasutamist. Neil juhtudel on klient FACT-tahvli nimekirjas. Juhtumikorraldaja töötab nüüd koos meeskonna liikmetega ning osaleb ühiselt korraldatud tegevuses. Meeskonna koostöös pakutavat hoolekannet juhib juhtumikorraldaja. Tema hoiab ka kliendi andmefaili ajakohasena ning on kontaktis kliendi tugivõrgustiku võtmeisikutega.

Mis puudutab *ravi*, siis siin on juhtumikorraldajate ülesanneteks infot jagada, klienti motiveerida ning pakkuda rühmateraapiaid psühhohariduse vormis, Libermani oskuste treeninguna vms. Juhtumikorraldaja teeb koostööd psühhiaatri, psühholoogi või teise hoolekandetöötajaga. Kliendi personaalse superviisorina hindab ta koos kliendiga ravi tulemuslikkust. Kliendile tuleb pakkuda sobivaid raviviise õigel ajal. See nõuab diagnoosimist: meeskonnal tuleb üheskoos hinnata, millistest sekkumistest võiks abi olla. Järgmiseks sammuks on raviviisi(de) selgitamine kliendile ja tema pereliikmetele ning kliendi stimuleerimine, et ta raviga nõustuks. Juhtumikorraldaja võib paluda psühholoogilt või psühhiaatrilt kliendiga kohtumine kokku leppida või kliendile koduvisiit teha. Paljusid teraapiavorme viivad läbi meeskonna liikmed ise, seega saavad ravieesmärgilised kohtumised kiiremini ja hõlpsamalt toimuda.

Taastumisel on juhtumikorraldaja roll individuaalne: ta loob tingimused taastumise jaoks soodsad tingimused ning äratav protsessi vastu huvi. Juhtumikorraldaja on „kohal,“ tähelepanelik, ning keskendub kliendi iseseisvuse suurendamisele. See on *coachi*, teejuhi või reisikaaslase roll. Taastumisel on klient „autojuht“ ja hoolekandetöötaja huvitatud kaasreisija, kes istub kliendi kõrval või tagaistmel. Selles kontekstis on väga tähtis üks-ühele suhe. Hoolekandetöötaja kliinilise eksperdi roll asendub partneri omaga (Salyers jt., 2007). Vajadusel kasutatakse rehabilitatsioonitehnikaid ja- meetodeid, et aidata kliendil oma eesmärgi sõnastada või saavutada uuesti kontrolli oma elu üle. Ka Tugevuste mudel (Rapp ja Goscha 1998) pakub taastumise toetamiseks spetsiifilisi meetodeid ja töövahendeid. Kuigi juhtumikorraldaja roll on siin isiklik ning hõlmab tingimuste loomist, on kogemused näidanud, et toe pakkumisel osalevad tegelikult mitmed meeskonna liikmed: kogemusnõustaja, tööhõivespetsialist, psühhiaater (näiteks ravimiskeemi uuendamisega) jt.

Taastumisele orienteeritus on FACTi võtmeelemendiks, mis on tähtis nii igale kliendile kui meeskonna üldisele hoiakule. Sellest lähtuvad ka FACTi mõnikord vägagi direktiivsed aspektid. Minevikus on tehtud kriitikat USA ülihoollitsevate ACT-meeskondade suhtes, kes oma entusiasmis ja haiglaravijuhtude vähendamistuhinas on kaotanud silmist kliendi enda eesmärgid.

Taastumisele orienteeritud ACTi kasutuselevõtt taastas tasakaalu.

Näide rollide ümberlülitamisest

Enne hommikust, kell üheksa algavat koosolekut läheb juhtumikorraldaja Anja kell 8.10 hr. De Jagerit vaatama. Hr. De Jager elab üksi ning on hiljuti alustanud vabatahtlikku tööd, kuhu teda oodatakse kella üheksaks. Nii vara oma päeva alustada on tema jaoks raske ning ta palus mõneks nädalaks abi, kuni ta oma päevarütmiga kätte saab. Üks juhtumikorraldajatest käib iga päev tema poolt läbi. Anja kontrollib, et ta õige ajaks üles saaks, annab talle ravimit ning tuletab talle meelde, et ta endale lõunasöögi karbi kaasa pakiks. Seejärel läheb Anja FACT-meeskonna kontoris. Täna on teda ees ootamas veel neli kohtumist klientidega, kes kuuluvad tema isiklike klientide hulka.

Hommikusel FACT-tahvli koosolekul arutatakse lühidalt nimekirjas olevate klientide asju, et kuulda, kas on midagi uut. Anjal ei ole hr. De Jageri kohta midagi erilist öelda, kuid tööhõivespetsialist teatab, et ta on väga uhke päevarütmiga saavutamise üle. Registreeritakse uus klient, prl. Langerdam, kelle nimi märgitakse tahvlile. Ta on potentsiaalne ravivältija, kuid tema probleemid pole veel päris selged. Lepitakse kokku, et Anja läheb koos psühhiaatriga poole kaheteistkümnest tema poole, et olukorraga tutvuda ja vaadata, kas tal on ravimeid tarvis. Kell kümme on Anjal kohtumine Mereliga, kliendiga, kes täitis hiljuti MANSA ankeedi (Manchesteri elukvaliteedi hindamisküsimustiku). Neil tuleb juttu sellest, kuidas Merel oma erinevate eluvaldkondadega rahul on, või siis pole. Peamiseks küsimuseks on, millistes eluvaldkondades soovib Merel asju muuta. Millised on tema ambitsioonid ja ootused? Tuleb välja, et Merel pole rahul oma piiratud sotsiaalse võrgustikuga – ta otsustab osaleda koolitusel „Töö enda isikliku kogemusega.”

Kell pool kaksteist on Anja preili Langerdami ukse taga. Ka psühhiaater jõuab kohale. Anja helistab uksekella ja nad astuvad koos sisse. Peagi saab selgeks, et sellel naisel pole tegelikult midagi tugiteenuste vastu ning ta on juba oma eelmises elukohas ravi saanud. Ta on valmis tuge vastu võtma, kuid ei soovi ühelgi juhul haiglasse sattuda. Lepitakse kokku, et järgmise paari nädala jooksul räägib Anja preili Langerdamiga tema probleemidest ning ta hakkab uuesti rohtu võtma. Anja korraldab ka tema kohtumise psühholoogiga ning tema füüsilise tervise seisundit kontrollib perearst.

Ühe hommiku kestel on Anja täitnud kõiki erinevaid rolle: organisaatori ja juhendaja rolli, diagnoosi ja kriisisekkuja oma, ning motiveerinud klienti raviga nõustuma ja taastumisest rääkima. Ümber lülituda tuli mitmeid kordi.

4.4. Liivakellamudeli parempoolne tulp

Paljud hoolekandetoetajad kalduvad asju ritta seadma: „esmal tuleb klient stabiliseerida, alles siis tekib võimalus rehabilitatsiooniks.” Ka on nad taastumise ja rehabilitatsiooni osas sageli liiga pessimistlikud. Need on hoiakud, millest taastumisliikumine soovib ennas distantseerida. Samme taastumise suunas saab astuda ka kriisis olles.

Probleemiks on ka see, et ravi kestel või destabiliseerumise ärahoidmisel ei ole hoolekandetöötajad kliendi taastumiseesmärkidest alati teadlikud või kipuvad neid mõnikord unustama või koguni varasematest taastumisprotsessi tulemustest üle vaatama. Sellistel juhtudel võivad nad taastumisprotsessi oma hästikavatsetud sekkumistega hoopis katkestada.

See on põhjus, miks liivakellamudeli joonise paremas servas ulatub roheline riba „taastumisest” ülespoole, „ravi” ja „destabilisatsiooni” protsessideni välja. See näitab, et isegi ravi ja destabilisatsiooni kestel peab tähelepanu keskpunkt püsima kliendi taastumiseesmärkidel, meenutades meile, et taastumine toimub kõigis faasides.

Näide

Pärast mitmeid psühhoose ja sagedast uimastite tarvitamist kaotas John kontakti oma isaga. Johni isa tõmbus pojast eemale, kuna psühhootiliste episoodide ajal kais John tema pool ähvardamas ja nõudmisi esitamas. Isa oli väga pettunud, osalt Johni uimastisõltuvuse ja varguste tõttu, sealhulgas ka isa enda kodunt.

Rahulikumas faasis sai John kontakti FACT-meeskonnaga ning mõistis siis, et soovib suhteid isaga taastada. See võttis kaua aega ja nõudis ettevaatlikku lähenemist. Isa ei tahtnud veelkord kibedalt pettuda.

Johnil õnnestus suhtlus isaga siiski taastada – juhtumikorraldaja kaasabil loodi isa ja tema vahele uued sillad. Nad olid võimelised asjad selgeks rääkima. Viimaks jõudis John selleni, et käis igal kolmapäeval isal külas.

Kahjuks oli Johnil tagasilangus ning mõneks ajaks muutus ta isa suhtes sama pretensioonikaks kui varem. Ilmselt ei olnud ta sel ajal ka uimastitest päris puhas. Teisipäevasel FACT-tahvli meeskonna koosolekul leiti, et tuleb midagi ette võtta, ennetamaks olukorda, kus Johni isa jälle vanade probleemidega silmitsi satub.

Johniga nõu pidades otsustati isa teavitada, ning esmalt lükati külaskäigud kolmapäeva pärastlõunati edasi ning siis mõnda aega toimusid need koos saatjaga. John oli sellega nõus: eesmärgiks oli ajutiselt kaitsta üht tema taastumissaavutustest, mida ta kindlasti ohtu seada ei tahtnud.

Üks juhtumikorraldaja võtmeülesandeid on FACT- ja ravimeeskonna tähelepanu suunamine kliendi taastumisprotsessile ja tema jaoks eriti tähtsatele teemadele.

5.peatükk : FACT praktikas

5.1. Tugevused, taastumine ja rehabilitatsioon

FACT-meeskonna jaoks on väga tähtis oma visioon klientide võimetest ja tugevustest selgelt formuleerida. Me mõistame, et see aspekt võib erinevates FACTi mudelit kasutavates riikides olla erinevate mõjudega. Seetõttu oleme siin ära toonud ainult mõned lühikesed lõigud Hollandi FACTi käsiraamatu 4.peatükist, milles van Weeghel taastumise toetamise ja rehabilitatsiooni vahelise interaktsiooni üle pikemalt arutleb.

Hollandis on heaks inspiratsiooniallikaks olnud juhtumikorralduse Tugevuste mudel (Rapp, 1998), mis on FACTi rakendamisel tõstnud esiplaanile taastumise ja rehabilitatsiooni. Tugevuste mudeli põhimõtteks on:

- * Rõhu asetamine kliendi tugevustele, mitte nende patoloogiale;
- * juhtumikorraldaja ja kliendi vaheline koostöösuhe on esmatähtis;
- * sekkumised on orienteeritud enesemääramisele (iseotsustamisele);
- * kogukonda nähakse ressurside oasi, mitte takistusena;
- * kontaktid klientidega leiavat aset kogukonnas, mitte vaimse tervise keskustes;
- * vaimse tervise häiretega inimesed suudavad õppida, muutuda ja areneda.

Tugevuste meetod ei ole nii detailne kui mõned teised rehabilitatsioonikäsitlused. See meetod on teistest pragmaatilisem, mistõttu see näibki ACTi või FACTi meeskonna dünaamikaga paremini sobivat.

Tugevuste mudeli kõrval on Hollandis aina enam tavapäraseks saamas taastumisele orienteeritud hoolekanne. Mõned aastad tagasi formuleeris Dröes (2008) selle käsitlusviisi spetsiifilised jooned järgmistena:

Taastumisele orienteeritud hoolekandes on hoolekandetöötajad:

- täie tähelepanuga kohal;
- kasutavad oma professionaalset taustsüsteemi piiratud ja tagasihoidlikul viisil;
- reageerivad tunnetele ja emotsioonidele isiklikult;
- jätavad ruumi patsiendi enda loole, toetavad seda ja nõustuvad sellega;
- teadvustavad ja stimuleerivad kliendi tugevusi nii individuaalselt kui kollektiivselt (jõustamine);
- tunnustavad, kasutavad ja stimuleerivad kliendi kogemuslikku ekspertiisi;
- tunnustavad, kasutavad ja stimuleerivad tuge, mida klient saab oma lähedastelt;
- keskenduvad kannatuste leevendamisele ning soodustavad kliendi iseseisvust ja kontrolli oma elu üle.

Dröesi järgi ei suuda hoolekandetöötajad sageli klientide tugevusi märgata. Dröes julgustab neid tugevusi otsima. Kliente julgustatakse nende oma lugu looma, kogemuslikke teadmisi kasutama ning oma elu üle suuremat kontrolli saavutama, milles mängib tähtsat osa ka teistelt saadav tugi. Ka ravil on oma roll, kuid see on pigem tagasihoidlik, mitte domineeriv. Taastumine on pärsitud, kui inimese elus on liiga palju kannatusi. Seeõttu tuleb hoolekandetöötajatel alati keskenduda kannatuste vähendamisele.

Tugevuste leidmise ja taastumise toetamise kõrval on FACTi ülesandeks ka kliendi rehabilitatsiooni edendamine. Rehabilitatsioon kujutab endast avarat ideaalide ja praktikate kogumit, mis on suunatud funktsionaalse taastumise ning sotsiaalse integratsiooni soodustamisele ja vaimse tervise häiretega inimeste kaasamisele.

Peamisteks rehabilitatsioonivaldkondadeks on eluase, töö, haridus ja sotsiaalsed kontaktid. Rehabilitatsioonialaste sekkumiste, nagu ka teiste hooldusteenusevormide pakkumine võib anda kliendi taastumisse suure panuse.

Mitmed käsitlusviisid on rahvusvaheliselt tuntud. Suuremat osa neist saab FACTi raames edukalt kasutada. Seda näitab ka kokkuvõtte, mille koostasid Drake jt. (2003) peamiste trendide kohta rehabilitatsiooni alases mõtlemises:

- Sekkumised peavad olema suunatud klientide jõustamisele;
- klientidele tuleb kogukonnas kohanemiseks õpetada igapäevaoskusi;
- iga sotsiaalse rolli või keskkonna jaoks tuleb õpetada spetsiifilisi oskusi, sest väga väheseid oskusi saab mitmesse valdkonda üle kanda;
- nii nagu õpetamisegi puhul, peavad hoolekandetöötajad mobiliseerima ka kliendi keskkonnast saadavat tuge;
- parem on viia kliendid soovitud keskkonda võimalikult kiiresti kui neid selleks pikaajaliselt ja sammhaaval ette valmistada;
- on parem, kui rehabilitatsiooni ravi ja teiste hoolekandeteenustega integreeritakse;
- rehabilitatsiooni saab kasutada ka stigmatiseerimise vastu võitlemiseks ning seaduste ja regulatsioonide muutmiseks.

Selgelt keerleb kõik ümber „päris” keskkonnas viibiva kliendi elu. FACTi ideega sobib see hästi. FACTi mudelis saab rehabilitatsioonimeetodeid efektiivselt kasutada ning FACT-meeskonda peaksid kuuluma ka rehabilitatsioonispetsialistid.

5.2 Kaasamisele suunatud töö: abi kogukonna tugisüsteemide ülesehitamisel

Teiseks FACTi võtmeülesandeks on abi kogukonna tugisüsteemide ülesehitamisel. Kogukonnakeskse tugisüsteemi kontseptsioon tekkis esmalt Ameerika Ühendriikides. Hollandis tähendab see seda, et erinevad üksikisikud ja ametkondlikud teenusepakkujad teevad koostööd üksteise ja oma klientidega, et pakkuda vajalikku sotsiaalset tuge. Hollandis leidub peaaegu igas eluvaldkonnas ametkondi, organisatsioone ja üksikisikuid, kes saaksid vaimsete häiretega inimeste toetamise ja sotsiaalsesse kaasamise oma panuse anda. Siiski jääb see potentsiaal sageli kasutamata, sest see on organiseerimata, ebapüsiv ja raskesti ligipääsetav. Meeskonna jaoks on tähtis kliendi jaoks olemasolevad võimalused ära tunda ja need mobiliseerida. See on ka põhjus, miks FACT-meeskonnad hoiavad kontakti erinevate kohalike omavalitsuste ja sotsiaalteenuste osutajatega ning igal juhtumikorraldajal on hulgaliselt teenusepakkujate telefoninumbreid. See tähendab, et meeskond võib iga kliendi puhul kogukonna tugisüsteemi ülesehitamiseks ettepanekuid teha. Aktiivselt kaasamise nimel tööd tegevad meeskonnad suudavad iga kliendi puhul ära tunda, millised teenused võiksid olla tema individuaalse kogukondliku tugisüsteemi osadeks.

Hiljuti käis Hollandis arutelu selle üle, kuidas FACT-meeskonnad peaksid erinevate munitsipaalvõimude poolt loodud üldist sotsiaaltööd tegevate meeskondadega suhestuma. Mõned inimesed olid väga lähedase koostöö või isegi selle poolt, et selliste meeskondadega kokku sulada. Siinkirjutaja ei kiida seda heaks. Minu arvates peaksid meeskonnad olema pakutavate teenustega kursis ja koostööle avatud, kuid ka selgitama, et neil on väga eripärane sihtrühm ning nendega töötavad koos spetsialistid, kes pakuvad just TVTH inimestele vajalikku ravi ja teenuseid. Tõsiasi, et me töötame kogukonna keskel ja käime inimeste kodudes, ei tähenda, et me pakuksime koduõendus- või hooldusteenust. Kui FACT-meeskonnad ühinevad teiste meeskondadega, tekib oht, et nende TVTH alane ekspertiis hajub ning nende tähtsad sidemed teiste vaimse tervise teenuste osutajate (sealhulgas psühhiaatriaiglatega) satuvad surve alla.

5.3 Juhendipõhised sekkumised

Elmistes peatükkides on põgusalt mainitud Hollandi multidistsiplinaarset skisofreeniajuhendit. Hollandis on see juhend (mida uuendati 2012.aastal) väga tähtis.

Mõningad sekkumised, mida see sisaldab, on järgmised:

- * Psühhoharidus (klientidele, pereliikmetele ja teistele kliendiga otseselt seotud inimestele)
- * Ravimitega seonduva haldamine
- * Psühholoogilised sekkumised (kognitiiv-käitumuslik teraapia)
- * Perekonnale suunatud sekkumised
- * Kaksikdiagnoosiga patsientide integreeritud ravi (i.k. lühend IDDT)
- * Individuaalne abi töökoha leidmisel ja töötamise toetamine.

Kõikide nende sekkumiste kirjeldamine ületaks käsiraamatu eesmärgi. Tähtis on see, et kuna tegemist on multidistsiplinaarse meeskonnaga, pööratakse neile sekkumistele põhimõttelist tähelepanu.

Selles osas võrreldakse FACT-meeskondi mõnikord jõulupuuga: kuusepuu on multidistsiplinaarne meeskond, mis suudab paindlikult intensiivselt vähemintensiivsele hoolekandele ümber lülituda ja jõulupuueheteks tõenduspõhised praktikad ning teised sekkumismeetodid.

Võib arvata, et erinevate sekkumiste suhteline tähtsus on igas riigis isesugune.

FACT-meeskondade loomisel peaksid spetsialistid silmas pidama enda asukohariigi parimaid sekkumisviise ning lülitama need meeskondade töösse.

5.4 Kaksikdiagnoosiga klientide integreeritud ravi

Krooniline alkoholi ja uimastite kuritarvitamine on tõsiste vaimse tervise häiretega inimeste seas kõige levinum komorbiidsus. Keskmiselt 50–70 protsendil FACT-meeskondade klientidest on see probleem.

Kaksikdiagnoosiga klientidel on sõltuvusravist vähe abi ning samas kukub nende psühhiaatriline ravi sageli läbi just uimasti- või alkoholisõltuvuse tõttu. On tähtis, et kliendi ravimeeskond ravi integreeriks ning tegeleks mõlema häirega korraga. FACT töötab kaksikdiagnoosiga patsientide integreeritud ravi (Integrated Dual Diagnosis Treatment – IDDT; Drake jt, 2001) põhimõttel. Vähemalt kaks meeskonnaliiget peaksid olema läbinud vastava laiapõhjalise koolituse ning suutma teisi meeskonnaliikmeid sellistes olukordades aidata. Mudeli keskseks visiooniks on, et töötajad peavad mõistma, millises faasis patsient uimastite või alkoholi kasutamise, kuritarvitamise või sõltuvusega on. Kõik sekkumised lähtuvad sellest ning töötajad otsivad pidevalt samme, mille astumine võiks patsienti aidata. Sõltuvushäire ravi on neil juhtudel psühhiaatrilise ravi lahutamatuks osaks. Sageli kasutatavaks tehnikaks on motiveeriv intervjuerimine.

FACT-meeskonna jaoks on väga tähtis jõuda kokkulepeteni psühhiaatriahaiglaga sõltuvusprobleemidega tegelemise järjepidevuse osas vastavalt IDDT põhimõtetele. Selle lähenemisviisi puhul võib tulla kasuks, kui klient veedab mõnda aega kliinikust väljaspool ning saab pärast haiglast lahkumist edasist juhendamist kui ambulatoorne patsient. Haigla ja FACT-meeskond peaksid selliste patsientide puhul jagama ühesugust visiooni ja hoiakut.

Limburgis läbi viidud uuringust (Drukker 2011) selgus huvitav fakt. Uuriti FACT-meeskondi, kelle liikmete seas sõltuvushäire spetsialiste polnud. Ilmnes, et FACTi trend aidata kaasa remissioonijuhtude sagenemisele ei kehtinud kaksikdiagnoosiga patsientide puhul. Lühidalt: sõltuvusravi puudumine FACT-teenustes vähendas nende patsientide edulootust.

5.5 Töö: individuaalne abi töökoha leidmisel ja töötamise toetamine

On harjutud eeldama, et ACT- ja FACT-meeskondade kliendid ei tee tasustatud tööd ning neil on avatud tööturul töö leidmiseks vähe šansse. Ent nii Ameerika Ühendriikides kui Hollandis läbi viidud uuringud on näidanud, et tööhõivealase nõustamise otsene kättesaadavus võib viia heade tulemusteni isegi nende klientide puhul, kes ei olnud eelnevalt töötamisest huvitatud. Individuaalne abi töökoha leidmisel ja töötamise toetamine (Individual Placement and Support – IPS; Bond jt., 1997) on tõsiste vaimsete häiretega inimeste puhul osutunud kõige edukamaks tööhõivealase rehabilitatsiooni mudeliks. Selle mudeli põhijooned on järgmised: eesmärgiks võetakse tasustatud töö leidmine; soovitud töökohta püütakse kiiresti leida; tugi on pikaajaline; tööhõivealane nõustamine on integreeritud vaimse tervise teenuste hulka. Tööhõivealase abi ja teiste abistamisvormide integreerimine FACT-meeskondades tähendab see seda, et klientideni jõutakse kiiremini, teenuste koordineeritus on parem, meeskonnaliikmed märkavad klientide töötamise eeliseid rutem ning tugitöötajate ekspertiis saab klientide tööleaitamisel täielikult rakendatud.

IPSi arengut Hollandis on toetanud fakt, et tööhõivealane nõustamine, eelistatavalt IPS, on lülitatud FACT-meeskonna usaldusväarsuse hindamisel sertifikaadi saamiseks vajalike nõuete hulka.

See on ka üks põhjusi, miks üha sagedamini on Hollandis IPS-töötajad FACT-meeskondade püsiliikmed. Meeskondades, kus see nii on, ollakse tulemustega rahul. Lääne-Friisimaal läbiviidud uuring näitab, et kliendid on oma eluga palju rohkem rahul, kui neil on tasustatud töö (vabatahtliku töö või töötusega võrreldes).

5.6 Füüsiline tervis

On üldiselt teada, et TVTH inimeste füüsiline tervis nõuab suurt tähelepanu. Nende haiguse ja elutingimuste, aga ka psühhiaatriliste ravimite tõttu on nende oodatav eluiga tunduvalt madalam kui ülejäänud elanikkonnal (Tiihonen jt., 2009). Hollandi multidistsiplinaarse skisofreeniajuhendi (Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie Nederland 2007/2012) ja teiste riikide analoogsete juhendite järgi on vajalik füüsiline ravi ja stimuleerivate treeningute laadis sekkumised vaimsete häiretega inimeste ravi ja hoolekande adekvaatne osa. Ka kinnistes psühhiaatrilistes asutustes pööratakse neile aspektidele tähelepanu. See kehtib ka FACT-meeskondade kohta, kuid siinkohal tuleks meil hoolikalt läbi mõelda, milliseid sekkumisi peaks pakkuma FACT-meeskond ja milliseid perearst. Hollandis on perearsti (üldarsti) teenused kõigile kättesaadavad. Enamasti jätab FACT-meeskond klientide füüsilise tervise enamjaolt perearsti hooleks. Kuid paljudel juhtudel korraldab FACT-meeskond ka vajalikke füüsilise tervise kontrollimisi koos ravimivajaduse hindamiste või metaboolse sündroomi skriinimisega – seda tehakse perearstiga kooskõlastatult.

See valdkond nõuab meeskonnalt, eeskätt psühhiaatriaõdedest juhtumikorraldajatelt ja psühhiaatrilist jälgimistööd. TVTH inimesed kipuvad sageli oma füüsilise tervise probleeme alahindama või eitama. Kui meeskond seda märkab, räägivad nad esmalt kliendiga ja mõnikord ka tema pereliikmetega, püüdes klienti motiveerida perearsti külastama. Perearstid suhtuvad enamasti mõistvalt, kui keegi FACT-meeskonna liikmetest klienti saadab, näiteks selleks, et kliendi ravimikaarti uuendada. Kui kliendid viibivad tavahaiglas, on tähtis neid regulaarselt külastada, et haiglatöötajad saaksid meeskonnalt nõu küsida ja nendega aru pidada.

Tähtis aspekt on tervislik toitumine – klientide toetamine kaaluvähendamisel erinevate sekkumiste ja nõuannete abil. Mõnikord kaasatakse ka dietoloog. Kõik sellised sekkumised on seotud visioonide ja teenustepakkumise tasemega, milleni FACT-mudelit juurutada soovivas riigis on jõutud või tahetakse jõuda.

Üheks põhireegliks on siin see, et kuigi FACT-meeskond ei saa vastutada kõigi vajalike tervisteenuste pakkumise eest, on meeskonna ülesandeks kindlaks teha, kas kliendid saavad perearstilt või teistelt tervisteenuste pakkujatelt ravi, mis vastab tavaelanikkonna tervishoiustandarditele. Kui selles on lünki, võtab meeskond vajadusel kliendi füüsilise tervise eest hoolitsemise üle ning otsib tervishoiusektoris süsteemseid lahendusi.

5.7. Sund ja surve

Mitmetes riikides on surve ja sund reguleeritud seadustega. Austraalias väljastatakse sageli KOV ravikorraldusi (community treatment orders –CTOs), millega esitatakse inimesele nõue enda vaimset häiret ravida, ilma, et see eeldaks psühhiaatriahaiglas viibimist. Paljudes riikides sellist haiglavälisist sundravivormi ei ole. Holland on üleminekufaasis, liikudes sarnase süsteemi poole.

Sundravisisüsteemide võrdlemine siinses käsiraamatus läheks liialt pikaks. Siiski peame osutama, et FACT-meeskonnad ei saa seda teemat eirata ega vältida, ning lähtudes kindla riigi vastavasisulistest seadustest tuleb välja töötada surve ja sunniga seonduvad protseduurid. Tõsiasi, et meeskonnad soovivad aidata oma klientidel nende kogukonna keskel elada, tähendab ka seda, et FACT-meeskond kannab osalist vastutust klientide ja nendega samas kogukonnas kooselavate inimeste turvalisuse suhtes. On ka selge, et kogukonnalt ei saa oodata avatust ja sõbralikkust isiku suhtes, kes käitub teisi häirivalt või ohustavalt.

Oleme täheldanud, et kõik meeskonnad kalduvad kasutama astmelist lähenemist: esmalt kasutatakse kliendi käitumise õigele rajale saamiseks veenmist ja meelitamist, seejärel survestamist ning viimaks (pärast kohtuliku korralduse saamist) sundi. FACT-meeskondade jaoks on tähtis omada selget ettekujutust, millist sunnivii si kindlatel juhtudel kasutada. Surve võib tunduda vähem pealetükkiv kui sund, kuid see võib meeskonnaliikmete ja kliendi vahelisi suhteid sügavalt mõjutada ning mõnikord need igaveseks rikkuda. Survestamisel jäetakse kliendile endiselt „valikuvõimalus,” kuid talle tehakse selgeks, et tema soovimatu käitumise jätkumisel on väga tõsised tagajärjed, näiteks korterist väljatõstmine või teatud hüvede kaotamine, juhul kui ta oma ravimit ei võta, öösiti lärmab ja naabreid hirmutab. Kasutades korterist väljatõstmist survevahendina, loob meeskond potentsiaali äärmiselt ebasoovitavaks kodutuse olukorraks, mis muudab kliendi edasise ravi ja abistamise veelgi keerulisemaks. See on ka põhjus, miks selliste olukordade tekkides on alati hea mõte teha koostööd kohalike võimuesindajate – politsei või kohtuga.

Hollandis on mõnda aega tegutsenud FACT-meeskonnad, kes on spetsialiseerunud tööle kriminaalkorras karistatud või teatud tingimustel vabastatud klientidega – paljud neist on tõsise vaimse tervise häirega. Need meeskonnad, kes omavad pädevust riskide hindamiseks ja ohjamiseks, peavad mõnikord nõu ka tavaliste kogukonnatööde tegevate meeskondadega, kui nad kahtlustavad tõsisemaid riske, näiteks patsiendi puhul, kes näib neile „üksiku hundina.”

FACT-meeskonna liikmeteks, kes tegelevad piiranguliste tegevustega, näiteks kohtu tingimuste täitmise jälgimise või politseiga suhtlemisega, on tavaliselt psühhiaater, piirkonna psühhiaatriaõde, juhtumikorraldaja ja mõnikord ka sotsiaaltöötaja. Meeskonna jaoks on siiski tähtis, et oma vaatenurgast lähtudes osaleksid selliste olukordade lahendamisel ka teised meeskonna liikmed, näiteks psühholoog ja kogemusnõustaja.

Surve ja sunnimeetmete osas peaks meeskonnal olema ühised vaated. Mõnikord on suur abi sellest, kui sama meeskonna erinevad liikmed kasutavad kliendile lähenemisel erinevaid rolle. Tavaliselt on psühhiaater ja psühhiaatriaõde „pahad” tegelased, sest nemad teavitavad kohut ja korraldavad sundravi. Teised meeskonnaliikmed (kogemusnõustaja või psühholoog) võiksid püüda kliendiga positiivsemat kontakti luua, et kõiki suhteid meeskonnaga ei saaks käsitleda survestatavana. See on uus lähenemisviis, mille abil püütakse inimesi aidata nende oma keskkonnas, eesmärgiga nende käitumist muuta.

5.8. FACT-hoolekandeteenuse lõpetamine

Tõsiste vaimse tervise häiretega inimeste piirangud on sageli pikaajalised ja mõnikord kroonilise iseloomuga. Tõsise vaimse haiguse loomulikku kulgu iseloomustavad hootised paranemised ehk remissioonid vaheldumisi tagasilanguste või korduvate psühhoosidega, millele järgneb taas paranemine ning taastumistekonna jätkamine. Head ajad vahelduvad halbade. Siiski on ka neid TVTH inimesi, kes jõuavad püsiva taastumise ja remissioonini. Sümpomaatiline remissioon tähendab sümptomite kadumist; funktsionaalne remissioon kliendi sotsiaalse funktsioneerimise paranemist. Kokkuleppeliselt käsitletakse sümpomaatilise remissioonina olukorda, kus klient on olnud sümptomitest vaba vähemalt kolm kuud. Siis tekib küsimus, kas FACTi tugiteenustega jätkata või need lõpetada.

Kliendisuhete lõpetamise peamiseks kriteeriumiks on kliendi enda soov elada tavalist elu ilma spetsialistide ravi või juhendamiseta. Põhimõtteliselt on hoolekandetöötajad sellise sooviga päri, kuid enim arutavad nad kliendi ja meeskonnaga mitmed erinevad asjaolud läbi.

FACTi töös kasutatakse sel puhul sageli rusikareeglit, et teenuse lõpetamiseks peab isik olema funktsioneerinud vastavalt alljärgnevatele kriteeriumitele vähemalt kaks aastat:

- a. Madala sagedusega kontaktid, < 1–2 x ühe kuni kahe kuu kohta (mitte rohkem kui 10-12 kontakti aastas), mis ei ole keskendunud muutustele
- b. Ravimitarvitamisel ei esine tõrkeid: klient peab täitma väljakirjutatud ravimiga seotud nõudeid (seda võtma, vereteste tegema jne.). Perearstil peab olema piisavalt motivatsiooni ja pädevust adekvaatse ravimialase juhendamise ülevõtmiseks – mõlemad tegureid arutatakse kliendi raviarstiga
- c. Sobiv tugisüsteem, mille toimivust hindab multidistsiplinaarne meeskond
- d. Kliendil on töö või mõni päevane tegevus, mida hindab multidistsiplinaarne meeskond
- e. Isiklik (või iseseisvalt üüritud) eluase¹⁵
- f. Kliendi rahaline olukord on mõistlikult korraldatud (võimalik ka, et administraatori toel).

¹⁵ Viidatakse asjaolule, et kliente, kes elavad psühhiaatrilises asutuses või tugimajutusüksuses ei saa kogukonnatööd tegeva meeskonna teenuselt maha arvata. Kui inimese puuded on nii suured, et ta ei suuda iseseisvalt elada, siis vajab ta ka jätkuvat ravi ja taastumise toetamist.

Lisaks eelpoolnimetatud kriteeriumidele on enne kliendi üleviimist primaarsetele (tava)teenustele, on tähtis veenduda järgmises:

- Et see on tõepoolest kliendi soov ning klient usaldab enda taastumisprotsessi
- Klient on suuteline aktsepteerima juhendamist
- Klient on võimeline vajadusel abi otsima
- Primaarse raviteenuse spetsialist (perearst, psühholoog, kliinikus praktiseeriv õde) on valmis klienti jälgima.

Eelpool nimetatud dokument sisaldab siiski ka soovitusi, et remissioonil olevaid kliente vaadeldaks TVTH patsientidena ning hoitaks tugiteenusel siiski kauem (3–5 aastat).

Loetletud kriteeriumid on üsna ranged. Selleks on kolm põhjust:

- Esiteks pidasime nende kriteeriumite paikapanemisel silmas USA kogemusi, kus meie arvates saadeti patsiente ACT-mudeli teenustelt liiga kiiresti väiksema intensiivsusega teenustele. Meile on jäänud mulje, et see suurendas tagasilöökide ja väljalangevuse riski.
- Teiseks oleme me teadlikud perearstide võimalustest Hollandis. Perearstid on kindlasti valmis kliendi ravimivõtmise ja füüsilise tervise seisundi jälgimise FACTi järel üle võtma, tõenäoliselt koos pereõdede abiga, kuid avaramaks biopsühhosotsiaalseks lähenemiseks neil pädevusi ei piisa. Üldarst ei ole oma töö kõrvalt kindlasti võimeline pöörama tähelepanu patsiendi taastumisprotsessile või tema kaasamisele kogukonnaellu.
- Kolmandaks näeme positiivseid aspekte patsientide jälgimises FACTi raames: harvade, kuid regulaarsete kontaktide kaudu, mida pakkuv meeskond tagab, et need ei muutuks „haiglaraviks väljaspool haiglat” ning kindlustades samas kõigi eelpool nimetatud hüvede kättesaadavuse.

Perearstid hindavad kõrgelt seda, et FACT-meeskond pakub FACT-tugiteenuste lõppemisel „tagasitulekugarantiid.” Kui patsient ilmutab tagasilanguse märke või vajab mingil põhjusel suuremat hooldust, võib ta koheselt FACT-meeskonna juurde naasta ning hakkab esimesest päevast peale meeskonnalt ühiselt osutatud intensiivset hoolekandeteenust saama.

Viimane põhjus selliste rangete kriteeriumite kehtestamisele on soov ennetada olukorda, kus meeskonnad kasutaksid primaarsele hoolekandele üleminekut tagauksena klientidele, kellega töötamisel nad on ummikusse jõudnud. Minevikus oleme sellist reaktsiooni täheldanud mitme vähekogenud FACT-meeskonna juures, kes on käitunud nagu paljud teisedki vaimse tervise teenuste osutajad: kui klient meile ei sobi, lõpetame tema ravi või toetamise ära. Meie arvates ei ole selline reaktsioon TVTH patsientide puhul õige ega õiglane.

Mõnikord soovib klient FACTi teenustest loobuda ka siis, kui eelpool loetletud kriteeriumid pole täidetud. Kui meeskond leiab, et see pole hea mõte ning tunneb muret võimaliku tagasilanguse või kliendi hooletusse jäämise pärast, peaksid nad kliendi ja tema perega vestlema. Kui klient ja meeskond oma lahkavumusi ületada ei suuda, jääb kaks võimalust. Kui teenuse lõpetamine ei tooks endaga kaasa reaalselt ohtu või kliendi jaoks suuri takistusi, austame kliendi soovi. Me soovime teenuste lõpetamiseks samm-sammulist plaani või „prooviloobumist.” Selleks valmistudes konsulteerime perearsti või teiste superviisorite või isikutega kliendi võrgustikust. FACT-meeskond saab pakkuda turvalist võrgustiku korraldamist, kindlustades kliendi palvel tema seljatagust. Mõnikord on klient valmis mõne kuu või aasta pärast valmis kohtuma, et vahepeal toimunut hinnata. Nii austab meeskond kliendi soove ning väldib konflikte, mis võiksid kliendi võimaliku naasmist raskendada.

Kui kliendiga ei ole võimalik kokkulepeteni jõuda ning meeskond on hoolekandeteenuse lõpetamise pärast tõsiselt mures, võetakse kasutusele intensiivse hoolekande erivorm. Eeskätt keskendutakse kontakti säilitamisele (distsantsilt), kättesaadavusele (kliendi jaoks olemas olemisele) ning riskide hindamisele. Kui tekib oht tagasilanguseks, klient jätab enda hooletusse, häirib või ohustab teisi, rakendatakse aktiivset kohapealset abi, tõsise ohu korral ka sruvet ja sundi.

6.peatükk: FACT-meeskonna erialad (töötajaskond)

Hollandi FACTi käsiraamat sisaldab põhjalikke peatükke erinevate erialade esindajate rollidest meeskonnas. Käesoleva käsiraamatu jaoks läheks see liiga pikaks. Esitame siinkohal iga eriala (või ameti) kohta üldise ülevaate.

6.1 Kogemusnõustaja

Käsitleme esmalt kogemusnõustaja rolli, kuna FACT ja kogemusekspertiis on tihedalt läbipõimunud. Esimesed töökohad kogemusnõustajatele loodi Hollandi FACT-meeskondades 2005. aastal.

Kogemusnõustajad võeti FACT-meeskondade koosseisu ACT-mudeli (ning ka veel varasemast ajast pärinevate USA sõltuvushäire ravimudelite) eeskujul. Hollandis on nüüdseks ilmunud ja ilmumas järjest rohkem kogemusnõustamisalast kirjandust ning loodud on mitmeid koolitusprogramme. Kogemusnõustamise põhielemendiks on lootus, mida kogemusnõustajad esindavad: nad on elavaks näiteks taastumise võimalikkusest. Lisaks sellele kasutavad nad teiste klientide taastumisprotsessi toetamiseks enda haiguskogemust ja hoolekandeteenuseid.

Kogemusnõustajad lähenevad klientidele aktiivselt ja säilitavad nendega kontakti. Nad jagavad infot taastumisest ja rehabilitatsioonist, klientide õigustest ja kollektiivsest kogemusteadmusest taastumisprotsesside ning ravi- ja supervisioonivormide kohta. Taastumise toetamisel ja jõustamisel töötavad kogemusnõustajad erinevatel viisidel, nii individuaalselt kui rühmadega, nt. WRAP-rühmadega (Cook jt., 2012). Neil võib olla oma osa ühisel otsuste langetamisel ja klientide motiveerimisel. Nad jõuavad kliendini oma elukogemuste kaudu. Nad räägivad klientidega nende endi kodudes või mujal, kus nad parasjagu viibivad. Kodutute puhul annab paremaid tulemusi, kui esialgse kontakti loob kogemusnõustaja, mitte hoolekandetöötaja. Kogemusnõustaja on ka see, kes saab koos kliendiga erinevaid asju teha – näiteks aidata tal pabereid täita või kodu koristada.

Lisaks klientiga seotud ülesannetele on kogemusnõustajatel ka meeskonnas spetsiifiline roll. Koosolekutel esitavad nad küsimusi ja ettepanekuid kliendi vaatenurgast, püüavad hinnata, milline raviviis kliendile meeldiks ning küsivad näiteks, miks meeskonnaliikmed on teatud asjades nii järeleandmatud, kui klient ei pea neid üldse vajalikeks. See asetab kogemusnõustaja meeskonnas erilisse, mõnikord ka üksildasse positsiooni, mistõttu käib praegu arutelu võimaluse üle suurendada standarset (FACTi skaalas formuleeritud) töökoosseisu nõuet 0,6-lt kogemusnõustaja töökohalt 1,2-le ühe meeskonna kohta. Siis oleks igas meeskonnas kaks kogemusnõustajat, kes saaksid teineteist toetada.

6.2 Psühhiaatriaõed

Õendus on FACTis suurim eriala. Hollandis on õed psühhiaatrilises hoolekandes traditsiooniliselt väga suurt rolli mänginud: esmalt seetõttu, et varasemalt pakuti sellist hooldust ja ravi peamiselt haiglates ja kinnistes asutustes, kuid ka seetõttu, et psühhiaatriaõed on saanud koolituse rehabilitatsioonitehnikates ja kogukonnas elevate patsientide toetamisel. Seepärast täidavad Hollandis kohta, mida Ameerika ACT-meeskondades täidavad sotsiaaltöötajad, psühhiaatriaõed. USA ACT-meeskondades on sageli vaid üks õde, kelle tööks on ravimite andmine, depoonsüstid ja kliendi füüsiline tervis.

Lisaks tavalistele psühhiaatriaõdedele töötavad Hollandis veel sügavamalt spetsialiseerunud kogukonna psühhiaatriaõded, ning veel kõrgemalt koolitatud, psühhiaatrilistes õenduspraksistes töötavad õed. Iseseisva praksisega psühhiaatriaõe profiil sisaldab mitte ainult patsiendiga iseseisvalt tegelemist (tulevikus ka füüsiliste läbivaatuste tegemist ja ravimite väljakirjutamist), vaid ka teadmisi meeskonna juhtimisest ja superviseerimisest, teenuste uuendamist ja uute tehnikate rakendamist, uuringute läbiviimist ja õpetamistegevust. Meeskondade arv, kuhu kuulub praktiseeriv psühhiaatriaõde (mõnikord osakoormusega) on kasvamas ning saadud kogemused on väga positiivsed.

Meeskondadele on riskantne ka see, kui spetsialiste on liiga palju. Kui lisaks psühhiaatritele töötavad meeskonnas ka iseseisva praksisega psühhiaatriaõde, psühholoog ja tööhõivespetsialist, ei pruugi üle jääda piisavalt võimalusi täistööajaga „tavaliste” juhtumikorraldajate palkamiseks, kuid viimaks keerleb FACTis siiski kõik ümber juhtumikorraldajate kiire ja paindliku töö. Juhtumikorraldajad on need, kes peavad jagama oma tähelepanu pikaajaliste protsesside ja kiireloomulise intensiivse, jagatud juhtumitega hoolekande vahel (vt.liivakellamudelit). Nad peavad olema võimelised oma rolli paindlikult täitma nii taastumise toetamisel, ravis kui ravi motiveerimisel ning ka siis, kui patsiendid on ebastabiilsed – nad peavad neid toetama, tooma nende ellu korrastatust, leidma viise olukordade stabiliseerimiseks, motiveerima neid abi ja võib-olla ka ravimeid vastu võtma jne. Oma osa on õdedel mõistagi ka ravimeid puudutava info jagamisel, kõrvalmõjudega tegelemisel ja tervislikumate eluviiside stimuleerimisel.

Juhtumikorraldajatena vastutavad õed ka sotsiaalhoolekande teenuste koordineerimise ees, aidates lahendusi leida kliendi töö, eluaseme, sissetulekute ja heaoluga seotud probleemidele. Nende tööks on ka raviplaani hindamine koos kliendi ja tema pereliikmetega ROM-testi tulemuste põhjal (vähemalt kord aastas). Raviplaani visandit, mille juhtumikorraldaja koos kliendiga kokku paneb, arutatakse seejärel kogu multidistsiplinaarse meeskonnaga ning tehakse selles vajalikud muudatused.

Ilmselt on õdedel väga palju ülesandeid. Seoses paljude uute FACT-meeskondade loomisega on välja arendatud kümnepäevane kursus, mis pakub FACT-meeskonna õeks saada soovivatele haigla- ja polikliinikuõdedele vajalikke eriteadmisi.

6.3. Psühhiaater

Hollandi FACT-mudelis omab psühhiaater meeskonnas keskset kohta. See ei kehti teistes riikides, kus psühhiaatri roll ambulatoorses ravis piirub peaaegu ainult ravimite väljakirjutamisega. Mõnedes Austraalia meeskondades kutsutakse psühhiaater kohale ainult konsultatsiooniks. FACT-mudeli puhul on see mõeldamatu. Hollandis allkirjastab raviplaani meeskonna poolt psühhiaater. Psühhiaater vastutab raviplaani sisu eest ning omab välise järelevalveorganite eest aruandekohustust selle täitmise asjus. Psühhiaatri hooleks ei ole mitte ainult tema enda poolt määratud sekkumised (ravimid, psühhoharidus), vaid ka meeskonna sekkumiste valik koostöös kogukonna psühhiaatriaõe või iseseisva praksisega psühhiaatriaõe ja juhtumikorraldajatega. Psühhiaatri roll on nii strateegiline (milline on pikaajaline ravistrateegia?) kui ka operatiivne (mida meeskond täna teeb?).

Psühhiaater võtab koos kogukonna psühhiaatriaõdega sageli destabilisatsiooni ületamisel (vt.liivakellamudelit) ja kriiside haldamisel juhtiva rolli. Seda osaliselt seetõttu, et Hollandis korraldatakse psühhiaatrilist esmaabi, riskide hindamist ja taotlusi kiireks vältimatuks haiglaraviks tavaliselt psühhiaatri kaudu.

Kriisolukorras tähendab see seda, et psühhiaater läheb kliendi juhtumikorraldajaga koduvisiitidele kaasa. Psühhiaatri rolli tähtsust rõhutab ka fakt, et sundravi ja patsiendi jälgimist (kohtu korralduse alusel) saab läbi viia ainult psühhiaatri osalusel ja vastutusel.

Hollandi psühhiaatreid on õpetatud töötama kooskõlas biopsühhosotsiaalse mudeliga.

FACT-meeskonnas töötav psühhiaater tegeleb kõigi kolme mõõtmega ning panustab igapäevaste neist. Lisaks sellele on paljusid Hollandi psühhiaatreid harjutatud mõttega, et nad peaksid täitma meeskonnas kapteni rolli. Selle vaate pinnalt töötavad nad koos meeskonna juhiga meeskonnatöö ja erialadevahelise koordineerituse parendamise nimel.

Need aspektid ei ole kivisse raiutud: üks psühhiaater võib keskenduda rohkem patsientide individuaalsele ravile ja teine meeskonnatööle; kuid igal juhul on psühhiaater FACT-meeskonnas vägagi kohal, eriti teiste riikide süsteemidega võrreldes.

TVTH patsientide ravis ei ole see siiski alati niimoodi olnud. Näib, et FACT on psühhiaatrid nende ravimisse tagasi toonud, sest kahekümnenda sajandi lõpul jäid psühhiaatrid TVTH patsientidest kaugemale. Nüüdseks on Hollandi Psühhiaatria Ühingu TVTH osakond ning arendatakse välja uusi FACTi töömudeleid. Hollandi FACTi käsiraamat kuulub psühhiaatrite õppekavas kohustusliku kirjanduse hulka. Käsiraamatus tuuakse välja FACTi psühhiaatri ülesanded ja pädevused liivakellamudeli mõistetes:

- Psühhiaatri panuseks destabilisatsiooniga tegelemisele on nn. ravimikiirabi (emergency medication), riskide (nt. suitsidaalsuse) hindamine, pereliikmete konsulteerimine ning vajadusel otsuste langetamine hospitaliseerimise või sundravi osas ning diagnoosimine.
- Ravimisel seostub psühhiaatri roll psühhofarmakoloogiaga (retseptide väljastamine ambulatoorsel ravil olevatele patsientidele, valvsus ainevahetussündroomi suhtes), sõltuvusainete kuritarvitamisjuhtudega tegelemisega, tööga patsiendi ravisoostumuse nimel, ning mõnikord tuleb tal aru pidada ka patsiendi pereliikmetega, nt. sundravi vajalikkuse osas.
- Taastumisel on psühhiaatri rolliks peamiselt patsiendi vaimse seisundi optimeerimine ning kliendi taastumisprotsessi ja -eesmärkide toetamine ja respektseerimine.

Hollandi psühhiaatritel on võimalik ammutada inspiratsiooni Hollandi rikkalikust sotsiaalpsühhiaatria traditsioonist. Sellele traditsioonile vastavalt on psühhiaater esmalt ja eelkõige arst ning diagnostik. Nii stabiilsetes kui ebastabiilsetes faasides esitab psühhiaater alati küsimuse, mis ja milline on taustaksolev patoloogia ning kas ja kuidas seda optimaalselt ravida. Diagnostikuna hoiab psühhiaater silma peal ka patsiendi füüsilisel seisundil. FACT-meeskonna psühhiaatri lisaülesandeks on ravi, rehabilitatsiooni, jõustamise ja taastumise vahelise sünergia pidev otsimine. Väljakutse seisneb tasakaalu leidmises nõuannete jagamise, ülevõtmise ja minnalaskmise, kliendi valikute austamise ja temaga nõustumise ning vajadusel sundravi kasutamise keskel. Psühhiaatrid peavad endale teadvustama, et nad töötavad süsteemis ning nendepoolsed kliendile suunatud sekkumised mõjutavad ka kliendi peret ja kogukonda.

6.4. Psühholoog

Hollandis on psühholoogidel kaks pädevustaset: vaimse tervise psühholoog (üliskoolikraadiga) ning kliiniline psühholoog (kes on läbinud kraadiõppeprogrammid, spetsialiseerudes psühhoterapiatele, psühhodiagnostikale, teadusuuringutele, *coachingule* või rühmasupervisionile).

FACT-meeskondades töötab mõlema taseme esindajaid, kuid enamasti on nendeks vaimse tervise psühholoogid.

Psühholoogide positsioonis ja rollis on toimunud väga olulisi muutusi, osaliselt tänu FACT-mudeli kasutuselevõtule. Viimase kümne aastaga on tekkinud sisuliselt uus praktilise psühholoogia haru. Kümme kuni kakskümmend aastat tagasi töötasid psühholoogid TVTH inimestega peaaegu eranditult kliinikutes, kus nad andsid oma panuse patsientide diagnostilisse hindamisse ning ning sageli ka kliiniku elukvaliteeti. Seejärel arendati välja kognitiiv-käitumuslik teraapia, millele järgnesid selle teraapia spetsiifilisemad rakendused, nagu „mõtete korrastamine” ja hiljem ka meta-kognitiivne käitumisteraapia. FACT-meeskondade psühholoogidel oli kliendi pereliikmetega tihedam kontakt ning nad hakkasid keskenduma spetsiifilistele kohapealsetele (on-the-spot) treeningutele.

Loodi erinevaid gruppe, nagu häältekuuljate rühmad, psühhoariduse ja metakognitiivse treeningu rühmad, oskuste treenimiserühmad (Libermani moodulid, häirete emotsionaalse reguleerimise oskused) ning erinevad haiguse ohjamisele (illness management) ja taastumisele orienteeritud rühmad.

EMDR-teraapia laiem levimine on FACT-meeskondadele näidanud, et väga suur osa meie klientidest – palju suurem kui me varem arvata oskasime – on läbi elanud traumaatilisi sündmusi. See on kasvav murekoht.

Kliendile orienteeritud tegevuste ja ravi kõrval on psühholoogil väga tähtis osa meeskonna kultuuri kujundamisel. Psühholoogil on inimeseksolemisele ja muutumis- ning taastumisprotsessidele teistsugune vaatenurk kui arstidel ja õdedel. Tavaliselt on psühholoog ka see, kes superviseerib juhtumikorraldajaid. Lisaks panustab ta teadusuuringute tulemustest saadud infoga, mis sellises kiiresti arenevas teadusharus nagu psühholoogia, muutub ja täieneb väga kiiresti.

6.5. Tööhõivealase rehabilitatsiooni (IPS) spetsialist

Viimase kümne aasta kestel on tööhõivealase rehabilitatsiooni spetsialistid omandanud IPSi (Individual Placement and Support – individuaalne abi töötamisel ja töötamise toetamine) tulemusel uue tööalase profiili ja pädevused. See mudel on toonud tööhõivespetsialistid ühiskonna südamesse, oma klientidele tööd otsima, aga ka töökohtadele, kus nad oma kliente töötama koolitavad ja tööandjaid abistavad.

Teistes riikides annavad tööhõivespetsialistid oma panuse teistsuguselt positsioonilt – tööhõivealase reintegratsiooni projektides või sotsiaalsetes tööhõiveprojektides. FACT-meeskondades keskenduvad IPS-töötajad eranditult TVTH inimestele tasustatud töö leidmisele. Üldistatult ühiskondlikus lähenemises tööhõivealasele reintegratsioonile lükati need inimesed peaaegu alati esimestena kõrvale, kuna nad jäid teistele, kergemate puuetega inimestele alla. Intensiivne IPS lähenemine aitab FACT-meeskonnal klientide tööhõivele keskenduda.

Hollandis on pikaajaline tegevusteraapia traditsioon (ilmselt tugevam kui mujal) koos selle juurde kuuluvate tegevusjuhendajatega, kes abistavad psühhiaatria haiglate patsiente erinevates tegevustes ja ettevõtmistes: osaliselt igavuse peletamiseks, kuid ka töötamise eesmärgil, aitamaks patsientidel ühiskonda naasmiseks ette valmistuda.

Deinstitutionaliseerimise esimeses etapis viidi need tegevused Hollandis üle päevakeskustesse tegevuskeskustesse (sarnanevad teiste riikide päevakeskustele või sotsiaalklubidele).

Viimastel aastatel on need keskused Hollandis surve alla sattunud. Ollakse seisukohal, et stigmatiseerimise vähendamise huvides ei peaks TVTH inimesi sellistesse keskustesse koondama.

IPS-töötajal on võimalik FACT-meeskonna teiste erialade esindajatelt suurt tuge saada. Uus tasustatud töökoht võib kaasa tuua palju väljakutseid, näiteks nagu varajane tõusmine, töökohale jõudmine või enda välimuse eest hoolitsemine. Oleme ka tähele pannud, et töökohal kipuvad esile kerkima vanad probleemid. Juhtumikorraldaja, psühholoog ja kogemusnõustaja saavad nende võimalike probleemide korral IPSi protsessis abiks olla ja edu kindlustada.

IPS-töötajad ei anna juhtumite jagamise otsust panust – nemad keskenduvad tasustatud töö leidmisele ja hoidmisele. IPS-mudelile vastav töökorraldus näeb ette, et IPS-töötajat ei tohi hõivata teiste hoolekande aspektidega – kriisitöö ei ole IPS-töötaja ülesanne. Sellegipoolest on IPS-töötajad oma klientide lugudega tuttavad, kuna osalevad igapäevastel tahvlikoosolekutel ning tagasilanguse ohu ilmnemisel võivad nad ka ise kliente tahvlinimekirja kanda.

7.peatükk: FACT-mudeli rakendamine

7.1 Piirkonnakeskne töö; piirkonna suuruse määramisel kehtiv põidlareegel

Esimese asjana tuleb FACT-meeskonnal määratleda enda tööpiirkond. Piirkonna suurus on tähtis oodatavate klientide arvu suhtes, mis ei tohiks ületada 250 klienti ühe meeskonna kohta.

Piirkonna suurus on tähtis ka kohalejõudmise kiiruse osas. Töö tõhususe ja kättesaadavuse huvides peavad koduviisi tegevad meeskonnaliikmed jõudma päeva jooksul kindlat arvu kliente. Piirkondi määratletakse sageli postiindeksite lõikes.

Ka FACT-meeskondade partnerite jaoks on tähtis, et meeskonnal oleks selgelt määratletud tööpiirkond. Perearstide, ühiskondlike teenuste pakkujate, majutusasutuste, hoolekandeteenuste osutajate ja politseijaoskondade jaoks on tähtis, et neil on võimalik võtta kontakti nende „oma” FACT-meeskonnaga, mis tegutseb nende naabruskonnas.

Ideaalne piirkonna suurus on leitud praktiliste kogemuste najal. Kogemused esimese saja FACT-meeskonnaga on näidanud, et 50 000 elanikuga linnapiirkonnas on umbes 180-220 FACTi klienti. Suurlinnades elab rohkem TVTH inimesi. Suurlinnades on ühele FACT-meeskonnale parajal arvul (180-220) kliente 35 000–40 000 elanikuga piirkonnas.

Kui kinni pidada konsensuslikust dokumendist, millele eelpool viitasime, peaksid piirkonnad olema väiksemad, kuna hinnaguliselt on 17 miljoni elanikuga Hollandis 162 000 TVTH inimest, vanuses 18–65. See tähendab, et vaimse tervise teenuste mõistes tõsise psüühikahäirega inimesi on kogu elanikkonnas 1%, nii et 50 000 elanikuga piirkonnas peaks elama 500 TVTH inimest. Reaalses elus on olukord siiski teine. Põhjused, miks FACT-meeskond tegeleb ainult pooltega potentsiaalsetest klientidest pole veel täielikult selged. Mõned tegurid, mis siin rolli võivad mängida, on järgmised: osa TVTH patsientidest väldivad ravi, kuid ei ärata tähelepanu; teisi ravivad ainult nende perarstid; kolmandaid teenindavad kohalikud hoolekandeteenuse pakkujad või viibivad nad suletud asutustes (vanglates või sundravigas).

On täiesti võimalik, et Hollandi arvud ei oma erilist tähtsust teistes riikides, kus vaimse tervise teenused on korraldatud teisiti. Erinevusi võib olla ka sotsiaalhoolekandes ja perede tugisüsteemides. Oleme siiski täheldanud, et põhimõte – 50 000 elanikuga piirkond ühele meeskonnale – sobib ka teistes riikides. Näiteks Itaalias Triestes, kus pannakse suurt rõhku sotsiaalpsühhiaatriale, on vaimse tervise teenuste regionaalne struktuur rajatud samuti 50 000 elanikuga piirkondadele. Me näeme sama arvu ka Prantsuse sektoriteks (“*psychiatrie du secteur*”) jagatud vaimse tervise teenuste töökorralduses. Austraalias on paljudel pikaajastel ravi ja hoolekandepakkumatel meeskondadel tööpiirkondadeks samuti 40 000 – 50 000 elanikuga alad. FACT-meeskonna tööpiirkonna määramisel on 50 000 elanikuga ala maapiirkondade ja väiksemate linnade puhul toimivaks rusikareegliks. Suurlinnades on parem valida 40 000 elanikuga linnaosa või linnaosade kompleks.

Ääremaadel, kus vahemaad on suured ja elanikke vähem kui 50 000, tuleks kasutada kohandatud FACT-mudelit. Oleme sageli näinud, et sellistes piirkondades kasutatakse väiksemaid FACT-meeskondi, kes tegelevad peale TVTH inimeste näiteks ka lapse- ja vanurieas psühhiaatriliste patsientide ning alkoholi- ja uimastisõltlastega.

7.2 Integreeritud vaimse tervise teenused

Hollandi vaimse tervise teenustel on tugevalt arenenud kliiniline sektor. Kahekümenda sajandi viimastel aastakümnetel muudeti endised psühhiaatrilised institutsioonid (sisuliselt varjupaigad) psühhiaatriaiglateks, kus pöörati suurt tähelepanu patsientide õigustele ja privaatsusele (loodi palju üksikpalateid). Teiste riikidega võrreldes on haiglaravi kestus endiselt pikk (mõnikord väga pikk). Rahvusvahelises võrdluses on Hollandis koos Belgiaga (ja osaliselt ka Saksamaaga) kõige rohkem psühhiaatrilisi haiglakohti elanike arvu kohta maailmas. Saja tuhande elaniku kohta on Hollandis üle kahe korra rohkem voodikohti kui Ühendkuningriikides ning neli korda rohkem kui Austraalias. Viimastel aastatel on see olukord muutuma hakanud. 2011. aastal otsustati, et kümne aastaga peaks psühhiaatriliste haiglakohtade arv vähenema 30% võrra.

Hollandis on suurt tähelepanu pööratud ka statsionaarsete ja ambulatoorsete vaimse tervise teenuste osutajate vahelisele koostööle – tõenäoliselt rohkem kui teistes riikides. Hollandis hõlmab selline koostöö, mida nimetatakse „transmuraalseks” psühhiaatriliseks abiks, järgmist:

- * tagamist, et psühhiaatriline haiglaravi („*intramuraalne*”) katkestaks haiglavälise („*ekstramuraalse*”) abi võimalikult lühikeseks ajaks;
- * tagamist, et haiglasisene psühhiaatriline abi keskenduks peamiselt patsiendi sotsiaalse abistamise eesmärkidele ning et kontroll ravi(plaani) üle jääks peamiselt haiglaväliseks teemaks;
- * tööd erinevate aspektidega, nagu ravi- ja hoolekandeteenuse jätkuvus ja järjepidevus haiglast väljasaamise järel (visiooni jagamine, integreeritud raviplaan, patsiendi haiglavälise kontaktide jätkumine haiglasoleku ajal jne.).

See peegeldub haiglasoleku aegades, mis võivad olla väga lühikesed, ka vaid üheks ööks patsiendi enda nõudmisel (nn. tellitav voodikoht), nii et haiglavälise meeskond saab ravi järgmisel hommikul uuesti üle võtta. Meeskondade liikmed külastavad oma haiglates viibivaid kliente igal nädalal. Nad on kaasatud raviplaanide aruteludesse. Visioon on järjepidev. Oleme leidnud, et kui FACT-meeskond on loodud ja asub tööle, on nende jaoks väga tähtis need küsimused piirkonna psühhiaatriaiglagaga selgelt ja üksikasjalikult läbi rääkida. Mitmed vaimse tervise organisatsioonid korraldavad FACTi ja haiglate psühhiaatritele iganädalasi koosolekuid, et ühiselt ravi üle arutada ja omavahelist tegevust koordineerida. Haigla ravistrateegia otsuseid tehakse üheskoos.

7.3 Visiooni loomine ja kujundamine

Nüüd, kus Hollandis tegutseb juba 150 FACT-meeskonda, on kasvanud ka FACTi tööprotseduuride heakskiit. Üha rohkem patsientide omakseid on sellest kuulnud ning nad on vähem kriitilised kui 2005. aasta paiku, mil FACTis nähti mõnikord patsiendi turvalise oleskelu häirimist haiglas või hooldekodus.

Algul panid regulaarsed koduvisiidid pereliikmeid üllatuma. Mõnikord ei meeldinud klientidele, et nende juures käivad erinevad meeskonna liikmed. Abi oli sellest, kui selgitasime, miks seda tehakse: et ainult meeskond suudab pakkuda intensiivset hooldust, ning kui kliendi enda juhtumikorraldaja on haige või puhkusel, saab kõik jätkuda nagu tavaliselt; lisaks on pikemas perspektiivis meeldivam, kui sul on kontakte mitme inimesega. Praeguseks on patsiendi- ja pereorganisatsioonid FACT-mudeliga väga rahul ning FACT on kiiresti levinud osalt just nende tõttu.

Kui meeskond on just tööd alustanud, on tähtis pakkuda põhjalikku infot mitte ainult klientidele ja nende pereliikmetele, vaid ka poliitikakujundajatele, poliitikutele ja erinevatele fondidele ning sihtasutustele. Usalduse loomine sidususe ja intensiivsuse juures, mida FACTi kohapealse abi juures pakutakse, ei ole lihtne: vähemalt Hollandis ilmutati vaimse tervise teenuste suhtes suurt rahulolematust ning algselt ei nähtud FACTis muutust, mis viib õiges suunas. Veel enam – tava- ja psühhiaatria haiglad ning haiglate psühhiaatrid ei toetanud neid arenguid esitsa üldse.

Vaadates tagasi FACTi kasutuselevõtu protsessile Hollandis, on selge, et äärmiselt suure töö tegid FACTi tutvustamisel ära mitmed motiveeritud ja silmapaistvad praktikud, kellest mõned olid ühtlasi tegevad ka teaduses – koos suudeti luua „rahvaliidumine” ning peagi saavutati ka patsiendi- ja omasteorganisatsioonide toetus.

7.4 Meeskondade loomine ja koolitamine

Kohalikul tasandil on tähtis luua vettpidav plaan. Suuremas regioonis võib olla mõttekas alustada ühe või kahe pilootmeeskonnaga, kes protseduurid rakendusele võtavad: siis saab selgeks, kuidas FACT toimib olemasoleva süsteemiga võrreldes, kuidas toimivad psühhiaatria haiglatega sõlmitud kokkulepped ning sujub koostöö kogukonnas (sotsiaaltöömeeskondadega, politsei ja majutuse pakkujatega). Pilootmeeskonnad võiksid tööprotseduuri sisse seada koos digitaalse FACT-tahvliga ning korraldada erinevaid administratiivseid protsesse koordineeritult olemasoleva partnerorganisatsiooniga.

Kui kõik need asjad on paigas, on palju kergem luua ka täiskoosseisulisi meeskondi. Kui piloteerimisfaasiga jõutakse lõpule, võiks korraldada seminari perekondade, munitsipaalvõimu esindajate, teenusepakkujate jt. osalusel, et kõik tunneksid end uuele teenusemudelile üleminekul kaasatutena.

Samal ajal on tähtis ka korraldada pilootmeeskondade (ja teiste tulevaste meeskondade) liikmetele koolitusi, sealhulgas järgmistel teemadel:

- FACTi sissejuhatav koolitus (kogu meeskonnale)
- Üks meeskonna koolitussessioon tegevuspaigal (on-the-spot), mis on suunatud igapäevaste FACT-tahvli tööprotseduuride tutvustamisele ja parendamisele
- Koolitus FACT-tahvli koosolekute juhatajatele (võimalusel 3 inimest meeskonna kohta), kus käsitletakse koosolekuprotseduure ning koosolekute pidamise töövõtteid
- Koolitused kõikide erialade esindajatele (näiteks kaheksale psühholoogile kaheksast FACTi meeskonnast), kus käsitletakse nende erialast rolli FACT-meeskonnas

Enamasti keskendutakse koolitustel hoiakute muutusele ja erinevustele statsionaarse või ambulatoorse kliinikutöö ja kohapealse abi vahel. Mõnede töötajate jaoks on see suur samm: see võib olla nende jaoks raske, kuna nad kaotavad oma turvalise keskkonna. Kohapeal osutatav abi viib nad silmitsi uute olukordade ja riskidega. Mõnikord nõuab see tegevuspaikadel läbiviidavaid koolitusi ning hoolekandeteenuste kliinilises keskkonnas jätkamise aktiivset keelamist.

Teine samm, mis võib mõnikord spetsialistide jaoks raskeks osutada, on juhtumite jagamine. Paljusid Hollandi hoolekandetöötajaid on õpetatud töötama väga individuaalselt ning nad ei ole harjunud oma klientide muresid teiste spetsialistidega jagama.

Meeskondliku hoolekande idee kohtab mõnikord vastupanu, millega tuleb aktiivselt tegelda. See hõlmab ka toimimist meeskonnana ja meeskonna kaudu: juhtumikorraldajad peavad harjuma meeskonnale teada andma, milliseid meeskondliku hoolekande teenuseid nende klient parasjagu vajab.

Arutelud nendel teemadel on sageli väga valgustavad. Kui spetsialistid neist takistustest üle saavad, ei lase head tulemusel end kaua oodata:

- Üha uuesti ja uuesti oleme näinud, et peale kohapealse abiga tutvumist hakkab see töömeetod spetsialistidele väga meeldima ning nad märkavad peagi selle eeliseid
- Oleme sageli kuulnud, et pärast sisseelamisperioodi on spetsialistid oma töös rahulikumad ning tunnevad palju vähem isoleeritust ja ülekoormatust. Koosolekud teiste meeskonnaliikmetega on igal hommikul ning kõige keerulisemate klientide puhul ei pea nad enam vastutusekoormat üksi kandma.

7.5 FACT-meeskondade tööruumid

Erinevaid võimalusi FACT-meeskondade tööruumide sisseadmiseks võib Hollandis näha mitmel pool ning neid on detailselt kirjeldatud. Kõige tähtsam on FACT-tahvli koosolekute ruum, kus toimuvad igahommikused koosolekud. Eelistatavalt võiks ruumis olla suur koosolekulaud, arvuti ja andmeprojektor, mille abil Exceli tabelit seinale kuvada. Meeskonnaliikmed (u.15 inimest) peaksid mugavalt laua ümber mahtuma, paha ei teeks veel ühe lisasõõri moodustamise võimalus (praktikal olevatele üliõpilastele, koolitusmeeskonna liikmetele jt.). Ülejäänud osal päevast saab koosolekuruumi kasutada üldise administratiivruumina, kuhu saab arvutitega töötamispaigad seada.

Teised tööruumid ja nende sisseseade sõltuvad meeskonna arusaamadest ja vaadetest teenustekorraldusele. Hollandis on FACT-meeskondade büroodel järjest sagedamini paindlik ruumikorraldus, kus spetsialistidel on harva omaette kabinetid. Eraldi vastuvõturuum on olemas psühhiaatril ja psühholoogil ning mõnikord ka juhtumikorraldajatel või praktiseerival psühhiaatriaõel. Selle asemel võib sagedamini näha pilti, kus ühes ruumis on mitmeid arvuti ja telefonidega töökohti, kus juhtumikorraldajad saavad päeva lõpul oma ettekandeid kirjutada.

Meeskonna tööruumides käib kliente ja nende pereliikmeid harva. Seda juhtub peamiselt siis, kui tullakse psühhiaatri või psühholoogiga vestlema. Nii võib büroo „avalik ala” piirduda 3–5 vastuvõturuumiga.

Meeskonna tööruumid peaksid asuma samas piirkonnas või linnaosas, kus meeskond töötab. Kahjuks ei peeta Hollandis sageli sellest reeglist kinni. Mõnikord majutatakse FACT-meeskonnad nende tööpiirkondadest väga kaugele või paigutatakse endiste psühhiaatriaõhaglate tühjaksjäänud ruumidesse. Sageli tekitab see olukorra, kus rahalist kokkuhoidu lootes jäädakse ka suurest osast tööst ilma, osaliselt seetõttu, et vahemaad on liiga pikad. Parim asukoht tööruumidele on siiski samas kandis, kus meeskonna tööpiirkondki ning eelistatavalt hoones, kus tegutseb teisigi teenusepakkujaid, nt. noortekeskus, sotsiaalabikeskus, sotsiaalrajutusüksus või tervisekeskus. Kui FACT-meeskonna büroo asub piirkonna keskel ja lähedal teistele kogukonna teenusepakkujatele, on meeskonnal kergem kaasamisele suunatud samme astuda.

Maapiirkondades asetsevad bürood peaksid kindlasti arvestama ka parkimisvõimaluste olemasoluga ning suurlinnades võib tarvis minna jalgrattaparklaid.

7.6 Sellest, mis Hollandis ACTiga juhtus

FACT-mudel kujutab endast intensiivse kogukondliku hoolekande (Assertive Community Treatment –ACT) adaptatsiooni; ent Hollandis on FACT ACTi välja tõrjunud. ACT võeti Hollandis kasutusele saajandivahetuse paiku, mil järjest suurenev psühhootiliste, sageli ka sõltuvushäirega ja kodutute patsientide arv põhjustas mitmeid ebameeldivusi, eriti suurlinnades. Need inimesed olid tervishoiusüsteemist välja pudenenud ja vältisid ravi. ACT-meeskonnad seati sisse Hollandi neljas suuremas linnas.

Suurlinnades saatis ACTi tohutu edu. Mõne aasta möödudes olid probleemid suurlinnades oluliselt vähenenud, järjest rohkem inimesi sisenes ja jäi hoolekandesüsteemi ning aktsepteeris ravi ja neile pakutud majutusvõimalusi. Probleeme oli vähem. Olukord stabiliseerus ning ACTi väga intensiivseid meetodeid ei olnud enam alati vaja. Lisaks sellele tunti, et teenuseid on tarvis ka ülejäänud TVTH patsientidele.

2010. aastast alates on Hollandi suurlinnades nagu Amsterdam, Rotterdam ja Utrecht üha rohkem ACT-meeskondi muutunud FACT-meeskondadeks. Näiteks Amsterdamis on praeguseks peaaegu 20 FACT-meeskonda ja ainult kaks ACT-meeskonda. ACT-meeskonnad olid need, kes juhtisid patsiendid hoolekandesse ja ravile ning vähendasid kodutust. Neil õnnestus neid inimesi ka ravi- ja hoolekandeteenustel hoida. Ent kui patsientide elu stabiliseerus ning nende sotsiaalsed probleemid vähenesid, ei olnud ka enam tarvidust nendega igapäevaselt tegelda. ACTist oli saanud teenusemudel, mis oli selles olukorras liialt intensiivne.

Teiseks teguriks oli asjaolu, et ACT-meeskonnad pakkusid teenuseid terves linnas, samas kui FACT-meeskonnad töötavad väiksemas kogukonnas või linnaosas. Väiksem mõõtkava pakub paremaid võimalusi koostööks perearstide ja kogukonna erinevate teenusepakkujatega. Ka ringiliikumine ei võta nii palju aega.

Hollandi suurlinnades hakkas see mudel järk-järgult arenema, kuni FACT-meeskonnad olid viimaks olemas kõikides linnaosades. Nemad moodustavad piirkonnas elevate TVTH inimeste spetsialiseeritud hoolekande ja ravi aluspõhja. Amsterdamis ja Utrechti on endiselt olemas ka ACT-meeskonnad (kummaski linnas kaks), kes töötavad väga tõsiste probleemidega ja kõrge kodutuse riskiga TVTH inimestega, kes sageli lihtsalt hulguvad mööda linna, peatudes kord siin, kord seal.

Uueks arenguks on nn. kriminaalhoolduslike (forensic) FACT- ja ACT-meeskondade loomine, kes on spetsialiseerinud seadusega pahuksisse läinud TVTH inimeste ravile ja hoolekandele. Hollandis on praegu kümme sellist meeskonda ning nende arv ilmselt kasvab. Kriminaalhoolduslikel ACT-meeskondadel on tavalisest suurem töötajaskond. Seda osaliselt seetõttu, et mõningaid kliente peavad juhtumikorraldajad külastama kahekesi. Need meeskonnad vajavad ka teist või kolmandatki psühholoogi, kuna teha tuleb rohkem riskihindamisi, psühholoogilisi portreesid ja ettekandeid kohtule. Koostöö kriminaalhoolduslike ja tavaliste ACT- ning FACT-meeskondade vahel on hea, ning kriminaalhoolduslikud meeskonnad on tavameeskondadele abiks näiteks riskihindamisel.

8.peatükk. ACT ja FACT, vastavusmudel ja FACT-meeskondade sertifitseerimine

8.1 ACTi ja FACTi vahelised erinevused

Paindlik ACT on ACTi laiendus, mis kasutab mitmeid tähtsaid FACTi komponente.

ACT ei ole suunatud kõikidele TVTH patsientidele, vaid keskendub ainult kõige tõsisematele juhtumitele – enamasti on nendeks ebastabiilsed psühhootilised patsiendid, kes vajavad sagedast haiglaravi. Paljudel neist on isiksusehäired ja sõltuvusprobleemid, kehvad ravimivastuse näitajad ning kalduvus ravi vältida. Tõsiste juhtumite osamäär pikaajaliste psühhiaatriliste patsientide hulgas on hinnaguliselt umbes 20% (Bond jt., 2001). ACT-mudeli puhul saavad kõik patsiendid ravi ja hooldust kogu meeskonnalt (jagatud juhtumid) ning meeskond koordineerib oma tegevusi igapäevaste koosolekutega, kus arutatakse 60–100 patsiendi probleeme. Meeskond pakub intensiivset kohapealset (outreach) abi.

FACTi sihtrühmaks on kõik TVTH inimesed, s.t. nii 20 % väga tõsiste probleemidega inimesi, kui ka ülejäänud 80 %. See tähendab, et meeskonna supervisiooni ei ole alati tarvis ning kõikide klientide probleeme pole vaja igapäevaselt arutada. 180-220 kliendist umbes 15 % on kantud FACT-tahvli nimekirja.

Tabel 2. ACTi ja FACTi vahelised erinevused

	ACT	FACT
Sihtrühm	Kõige raskem viiendik, enamasti korduvpatsiendid, ravivältijad.	Kõik kindla piirkonna TVTH patsiendid
Klientide arv tiimi kohta	60–100	220–250
Piirkonna suurus	Sageli suured, nt. 250,000 elanikuga piirkonnad	Maal: 50 000 elanikku Linnades: 40-45 000
Meeskonna koosseis	Multidistsiplinaarne: juhtumikorraldajad, sotsiaaltöötajad, õed, psühhiaater, kogemusnõustaja (peaaegu identne FACTiga)	= ACT Rõhuasetus ka psühholoogi ja tööhõivespetsialisti olemasolule, mõnikord ka iseseisva elu toetaja ning rohkem rehab.spetsialiste Hollandi FACT-meeskondades on palju psühhiaatriaõdesid.
Klientide arv meeskonna liikme kohta	1:10	1:20
Psühhiaater	1: 100	0,8:200
Psühholoog	Pole kohustuslik	0,6:200
Meeskonna juht tegeleb otseselt hoolekandetööga	Kohustuslik	Mõnikord, kuid teda saavad asendada 2–3 FACT-meeskonna juhatuse liiget
ACT/FACT-tahvilil igapäevaseks arutamiseks	Kõik 100 klienti	Ainult 20–30 (ajutiselt) igapäevast hoolt vajavat klienti ja “arutusjuhtumid”

Kontaktide sagedus	> 3–4 korda nädalas	Vajadusel ka 4–5 korda nädalas, kuid enamjuhtudel palju harvem
Keskend. EBM sekkumistele	Sageli raske, sest paljud kliendid pole stabiilsed ega psühholoogistele sekkumistele avatud	Tänu liivakellamudelile hõlpsamini teostatav
Keskendumine taastumisele ja jõustamisele	Varem ACTi puhul vähesel määral, kuid see on kiiresti muutumas.	Üks FACTi põhiprintsiipidest
Teenuse lõpetamine	Kui iganädalast kontakti enam ei vajata, 'edutatakse' madalama tööintensiivsusega meeskonna hoolde.	Ainult klientide puhul, kelle toimetulek igas elu valdkonnas on olnud pikka aega (2–3 a.) stabiilne ning kes enam teenust ei soovi. Klient jääb perearsti jälgimisele.
Tagasilanguse korral	Võimalus ACT-teenusele naasta, kuid mõnikord kasutatakse ootenimekirju	Võib minna otse tagasi FACT-tahvli klientide hulka.

8.2. ACT versus FACT

ACT-mudel on tõenduspõhine ravi- ja hoolekandekäsitlus kõige tõsisemate vaimse tervise häiretega patsientidele, keda pikaajaliste psühhiaatriliste patsientide seas on umbes viiendik. FACT-mudeli suhtes ei saa veel sama väita – selleks on tarvis täiendavaid uuringuid. Praktikas on leidnud siiski tõendamist, et FACTi metoodika on efektiivne, ning Ühendkuningriigis läbi viidud võrdlusuuring (Firm jt., 2012) ning Hollandis teostatud uuringu esimesed tulemused (van Os ja Bak 2006, Van Os, Delespaul jt. 2007) on näidanud, et FACT-mudeli efektiivsuse eeldamiseks on mitmeid häid põhjusi. 2012. aastal nimetati Hollandi uuendatud multidistsiplinaarses skisofreenia ravijuhendis FACT-mudelit „parimaks praktikaks.”

ACTist näib olevat enim abi sihtrühmade puhul, kes vajavad väga intensiivset hooldust, eeskätt on nendeks kindla elukohata, ringihulkuvad patsiendid. Peatükis 7.5 osutasime, et Hollandi suurlinnades on FACT nüüdseks peamine hoolekandemudel.

Rahvusvahelisel tasandil on käimas diskussioon mainitud 80–20% jagunemisreegli üle. Selle reegli formuleerijate (Bond jt., 2001) sõnul on ACT mõeldud kõige tõsisemate vaimse tervise häiretega viiendikule patsientide üldarvust. Kuid ilmselt ei ole see reegel arvuliselt kunagi tõestamist leidnud. Bond ja Drake (2007) on ka nentunud, et FACT võib pakkuda usaldusväärsemat protsendipunkti, kuna seal kantakse kliendid erinimekirja siis, ja ainult siis, kui seda tarvis.

Tegelikus elus ei ole FACT-meeskonna klientidest tahvlinimekirjas kunagi 20 %, vaid ainult 10–15 % . Ilmselt pole kriisid, haiglaravivajadus ja ravivältimine enam nii sagedased. Selles võib avalduda ka FACT-meeskondade töö mõju, kuna nad pööravad tähelepanu ka ülejäänud, 80 %-le rühmast – ilmselt aitab see tagasilööke ennetada.

Kuna üks meeskond rakendab kaht tööprotseduuri, tagab FACT-mudel stabiilsete ja ebastabiilsete faaside vaheldumisel järjepidevuse. Sel on eeliseid nii rehabilitatsiooni kui taastumist silmas pidades, kui ka kontaktide hoidmisel kliendi pere ja tugisüsteemidega.

Oleme ka täheldanud, et kolme aasta kestel vajab enam kui 60% FACT-meeskonna kahesajast kliendist ajuti intensiivset ravi või hoolekannet ning tuleb seetõttu kanda FACT-tahvli nimestikku. Hiljuti uuriti Põhja-Hollandis tegutseva Team Centrumi nimelise FACT-meeskonna 2011. aasta tahvlinimekirju. Sel aastal sattus saja kuuekümmne viiest meeskonna kliendist tahvlile 132. Seitsekümmend üks neist olid kriisis, teised aga ravivältijad, uued kliendid või need, kelle elus oli sel aastal raskeid sündmusi, haiglaraviepisooide või probleeme füüsilise tervisega.

Me usume, et need näitajad omavad äärmiselt suurt tähtsust ning on ühtlasi FACTi suurimaks pooltargumendiks: need andmed näitavad, et FACT on suunatud tõsiste vaimsete haiguste loomulikule kulule. Minevikus jäid TVTH patsiendid kinni haiglaravi ja ambulatoorse ravi „pöörduke” vahele ning hiljem ACT-meeskonna ja „madalama intensiivsusega” (*step-down*) meeskonna teenuste vahele. FACT-mudel is on pöörduks kolinud FACT-tahvlile, patsienti aga abistab ikka üks ja seesama meeskond.

8.3 Vastavusmudel: FACTs

Inspireerituna Dartmouthi intensiivse kogukonnakeskse ravi vastavusmõõdikust (DACTS, Teague jt. 1998), töötati Hollandis välja FACTi vastavusmõõdik FACTs. Nimetatud mõõdiku avaldasid esmakordselt Bähler jt. aastal 2007. Aastal 2010 tegu FACTsis mõningaid muudatusi ACT- ja FACT-meeskondade sertifitseerimiskeskus (CCAF). 2013. aastal ilmus kolmas versioon. FACTsi Hollandi ja Inglise versioone saab alla laadida veebilehelt www.ccaf.nl.

Kui FACTi esimene vastavusmõõdik tugines suuresti DACTSile ja Tõenduspõhiste praktikate üldisele organisatsioonilisele indeksile (GOI, Lynne jt. 2005), mida täiendati spetsiifiliste FACTi teemadega, nt. individuaalselt juhtumikorralduselt juhtumi jagamisele ümberlülitumine, siis teine FACTi vastavusmõõdik (2010) töötati välja omadel alustel.

FACTs 2010 koosneb 60-st punktist, mida hinnatakse viiepunktskaalas ning mis puudutavad kõiki FACTi aspekte:

- Meeskonna struktuur, slh. liikmete arv eriala kohta
- Meeskonnatöö protsess (ja töö FACT-tahvliga)
- Diagnostika ja ravi (koos juhendipõhiste sekkumiste, rehabilitatsiooni ja taastumisega)
- Vaimse tervise teenuste korraldus (slh.. haiglaravi, integreeritud teenuste pakkumine ja tegevus haiglaravilt naasnutega)
- Sotsiaaltoetus
- Monitoorimine (slh. regulaarne tulemuste jälgimine)
- Professionalism (visioon, koolitused, keskendumine taastumisele, kvaliteedi tagamine).

Viimaste aastate jooksul on seda vastavusmõõdikut kasutatud rohkem kui 70 Hollandi FACT-meeskonna hindamiseks. Keskmise vastavusindeksi oli 0,83. Vastusena neile tulemustele, kogemustele ja uutele arengutele tehakse (tehti) 2013. aastal FACTsis mitmeid muudatusi. Suurimaks muutuseks saab olema mõõdiku struktuur. Et praeguseks on olemas erinevate sihtrühmadega FACT-meeskondi, hakkab FACTs koosnema ühisest üldosast ning eriosadest vastavalt hinnatava FACT-meeskonna sihtrühmale. See puudutab peamiselt erialaste ja multidistsiplinaarsete sekkumistega seonduvat.

Seoses FACTsi revideerimisega vaadati üle ka DACTsile eelnenud TMACT. Nagu TMACTi puhulgi, pöörab ka uus FACTs suuremat tähelepanu taastumisele. TMACTi struktuurist täpselt kinni ei peetud, osaliselt seetõttu, et lepiti kokku selles, et FACTsi mõõdiku alusel tehtav hindamine peab olema teostatav ühe päevaga, samas kui TMACT võib aega võtta ka rohkem.

Uuringud (van Vugt jt., 2011) on näidanud, et vastavusmudelitest kinnipidamisel on tõepoolest mõju EBP rakendumisele ja patsientide ravitulemustele.

8.4. Sertifitseerimine

2008. aastal loodi ACT- ja FACT-meeskondade sertifitseerimiskeskus (CCAF). Oli saanud selgeks, et FACT on Hollandis tõepoolest kiiresti levimas. Kuid selged olid ka sellise kiire leviku riskid: see oleks võinud kergesti viia väga erinevate FACTi versioonide tekkeni. See ei tundunud hea väljavaatena. Me soovisime TVTH inimestele ja nende omastele pakkuda kindlaid ravi- ja hoolekandestandardeid. Eesmärgiks oli, et kõik teaksid: FACT-meeskond suudab pakkuda tugevat kohapealset abi ja juhendipõhist ravi.

Hollandis tuleb selle hoolekandeliigi rahastus osaliselt erakindlustusseltsidelt ja osaliselt valitsuselt (osaliselt keskvalitsuselt ja osaliselt kohalike omavalitsustelt). Rahastajatel tuleb sõlmida kokkuleppeid kohalike vaimse tervise teenuse pakkujatega 20-30 erinevas regioonis üle kogu riigi. On selge, et neid kokkuleppeid ja korraldusi oleks hõlpsam teha püsiva teenusemudeli (FACT) puhul, mis on selgelt määratletud, ning kus teenusosutajate vastavust mudelile on võimalik hinnata.

CCAF on nüüdseks hinnanud üle saja ACT- ja FACT-meeskonna. Kaks hindajat liituvad meeskonnaga üheks päevaks. Eelnevalt on neile esitatud arvuline informatsioon ning hindamispäeval vestlevad nad kümne meeskonnaliikme ja mõne kliendiga, osalevad FACT-tahvli koosolekul ning saavad ligipääsu anonüümseks muudetud kliendifailidele. Hindajateks on CCAFi juures vastava väljaõppe saanud vaimse tervise spetsialistid, kogemuseksperdid ja TVTH patsientide pereliikmed. Hindamise järel töötlevad hindajad oma andmeid ning annavad meeskonnale FACTSi alusel esialgse hinnangu. Meeskonnale antakse võimalus hindaja poolt leitud ja esialgset hinnangut kommenteerida. Seejärel vaatab hindamismärkmed üle sõltumatu sertifitseerimisnõukogu, kes annab lõpliku hinnangu ning teeb selle alusel ühe neljast CCAF nõukogu otsusest:

- Sertifikaati ei väljastata (meeskond ei vasta mudelile)
- Väljastatakse tingimuslik sertifikaat (koos soovitustega tööprotseduuride muutmiseks ja kordushindamiseks)
- Väljastatakse sertifikaat
- Väljastatakse optimaalne sertifikaat

Praeguseks on CCAF laialdaselt tuntud ja tunnustatud. Kindlustusandjad ja fondid nõuavad vaimse tervise organisatsioonidelt, et nende töömeeskonnad oleksid sertifitseeritud ning rõhitavad sel moel oma toetust selles teenusemudelis formuleeritud nõuetele.

Huvi sedalaadi sertifitseerimise vastu on hiljuti väljendatud Belgias Bonaire'is (Hollandi Antillidel) ja Rootsis, kus Göteborgis alustas tööd esimene rahvusvaheline hindamismeeskond.

Lisainfot ja ingliskeelseid materjale FACTi kohta leiab (vabavarana): www.ccaf.nl

Allikad:

- Bachrach LL (1993), 'The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization', *Hospital and Community Psychiatry* vol 44(6) 523-524.
- Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, Drukker M (2007), 'An observational "real life" trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* vol 42(2) 125-130.
- Bak M, Drukker M, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, van Os J, Delespaul P (2008), 'Een observationele trial naar "assertive outreach" met remissie als uitkomstmaat 1', *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol 50(5) 253-262.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM (1997), 'A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment', *Rehabilitation Counseling Bulletin* vol 40(4) 265-284.
- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E (2001), 'Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients', *Disease Management and Health Outcomes* vol 9(3) 142-157.
- Bond GR, Drake RE (2007), 'Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT"', *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 435-437.
- Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S (2012), 'A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery', *Psychiatr Serv.* vol 63(6) 541-547.
- Delespaul, PAEG & Consensusgroep EPA (Cahn WDG, Drukker M, Van der Gaag M, Van Heugten T, Van Hoof F, Keet R, Kroon H, Mulder N, Van Os J, Slooff CJ, Sytéma S, van Veldhuizen R, van Weeghel J, Wiersma D, Willemsen E, Wunderink L), 'Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie', (2012 (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie*, The Netherlands.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L (2001), 'Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness', *Psychiatric Services* vol 52 (April) 469-476.
- Drukker M, van Os J, Sytéma S, Driessen G, Visser E, Delespaul P (2011), 'Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness', *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273-8.
- Firm M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ (2012), 'A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Springer.

- Intagliata J (1982), 'Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of case management', *Schizophrenia Bulletin* vol 8(40) 655-674.
- Lynne D, Finnerty M, Boyle P (2005), General Organizational Index for Evidence-Based Practices, SAMHSA website.
- Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR)* (2005), Trimbos Instituut, Utrecht.
- van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', *Patient Care*, December 2006 4-6.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G. et al. (1995), 'The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness', *British Journal of Psychiatry* vol 167, 589-595.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evenas S (1999), 'Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA)', *International Journal of Social Psychiatry* vol 45(1) 7-12.
- Rapp CA (1998b), *The Strengths Model: Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press.
- Rapp CA, Goscha RJ (2006), *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, New York: Oxford University Press.
- Ridgway P (1999), 'Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project', Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare.
- Salyers MP, Tsemberis S (2007), 'ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams', *Community Mental Health Journal* vol 43(6) 619-641.
- Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998), 'Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure', *Am J Orthopsychiatry* vol 68(2) 216-32.
- Test MA, Stein LI (eds.) (1978), *Alternatives To Mental Hospital Treatment*, Plenum Press USA.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J (2009), '11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)', *Lancet* vol 374(9690) 620-7.
- van Veldhuizen JR, 'FACT: A Dutch Version of ACT' (2007), *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 421-433.
- van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, van Os J (eds.) (2008), *Handboek FACT*, De Tijdstroom Utrecht.

van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), *Canadian Journal of Psychiatry* vol 56(3) 154–160.

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, jt. (1998), 'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development', *British Journal of Psychiatry*, vol 172, 11-18.