

Reforma psychiatrické p

Psychiatrie zůstávala dlouho ve stínu jiných oborů medicíny. Celkové pojetí péče o duševně nemocné se za posledních několik desítek let ve světě významně změnilo, moderní myšlenky multidisciplinárního přístupu však pronikaly do podmínek péče v České republice nesystémově a často pouze díky osobní iniciativě jednotlivců. Po několika letech příprav, kdy se o reformě psychiatrické péče především mluvilo a občas jsme už i ztráceli víru, že se někdy vůbec uskuteční, jsme se dostali do fáze její realizace.

■ **Text: Michael Viereckl,**
manažer České psychiatrické
společnosti pro reformu

Reforma psychiatrie přináší zásadní změnu systému péče. Cílem reformy je významně zvýšit kvalitu života duševně nemocných, humanizovat péči a významně přesunout těžiště péče do přirozeného prostředí klientů. Vyšší kvality života bude dosaženo i vytvořením fungujícího systému spolupráce zdravotních a sociálních služeb. Dokument,

který vymezuje aktivity reformy, se jmenuje „Strategie reformy psychiatrické péče“ a vznikl na půdě Ministerstva zdravotnictví. Jedná se o komplexní veřejnou strategii, na jejímž vzniku se podílely i další resorty, zejména Ministerstvo práce a sociálních věcí či zástupci krajů a samospráv. Tak se původní reforma psychiatrie stala zcela plnohodnotnou reformou péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče je připravena na období do roku 2023. Finanční prostředky z evropských fondů (OPZ a IROP) vyčleněné na podporu realizace reformy péče o duševně

nemocné jsou jistě významným impulzem, nicméně v žádném případě bychom neměli reformu redukovat jen na čerpání evropských peněz. To rozhodně není cílem ani smyslem reformy. Realizaci projektů OPZ a IROP nebude ani dosaženo všech potřebných změn v systému poskytování péče o duševně nemocné. Předpokládá se, že změny budou probíhat v období následujících 15–20 let, než bude dosaženo žádoucího cílového stavu. Reforma psychiatrie se dotýká všech forem péče (ambulantní, lůžkové, terénní) i všech oborů psychiatrie včetně pedopsychiatrie, adiktologie a gerontopsychiatrie.

Cílů reformy nemůže být dosaženo bez spolupráce a provázanosti všech služeb, které ovlivňují kvalitu života duševně nemocných. Jedná se o řadu služeb zdravotní i sociální péče, podstatný vliv na její úspěch bude mít i spolupráce v dalších oblastech, jako je bydlení, zaměstnanost nebo vnímání problematiky duševně nemocných v oblasti školství nebo justice. Čeká nás nároč-

V roce 2012 se nastartoval proces reformy psychiatrické péče v ČR, který pokračoval schválením Strategie reformy psychiatrické péče v roce 2013. Realizační tým vytvořil 11 pracovních skupin, jejichž práce dále pokračuje. Vzhledem k tomu, že připravovaná reforma se významně týká i sociálních služeb, které se zaměřují na lidi s duševním onemocněním, zkusme si popsat, jak se odrazí v sociálních službách.

■ **Text: Mgr. Jiří Šupa, Ph.D.,**
odborný vedoucí služeb komunitního týmu
Praha jižní Morava, z. ú., Brno

Nejvýznamnější změnou bude úzké propojení sociální služby (konkrétně sociální rehabilitace) se zdravotní péčí v nově chystaném prvku péče, a tím je Centrum duševního zdraví (dále CDZ). Toto Centrum má svůj standard, který vyšel ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 5/2016. CDZ je multidisciplinární (zdravotně-sociální) tým, jehož největší část péče je zaměřena na podporu lidí s duševním onemocněním v běžném prostředí. V Centru se počítá s 9 pracovníky ze sociálních služeb, z toho mi-

Odraz reformy psychiatrick

nimálně 5 musí být sociální pracovníci, maximálně 4 pracovníci v sociálních službách. Personál doplňuje zdravotní část – 9 psychiatrických (nebo všeobecných) sester, psychiatr a klinický psycholog. Předobraz CDZ je v modelu tzv. FACT týmů, které se prosadily v Nizozemí jako efektivní způsob péče o lidi se závažným duševním onemocněním.

CDZ by mělo poskytovat také denní program (10 hodin denně); základem by však měla být terénní práce, a to minimálně v 50 % pracovního času pracovníka.

Standard Centra duševního zdraví popisuje i funkce jednotlivých pracovníků a metodu práce. V CDZ by měla být pozice specialisty na zaměstnávání, na práci s lidmi s duální diagnózou a také člověk s vlastní zkušeností s duševní nemocí, tzv. peer konzultant. Tito specialisté by měli zajistit kompetentnost týmu reagovat na různé typy nepříznivé sociální situace, včetně přidružených problémů. Zajímavým prvkem je zaměstnání člověka s vlastní zkušeností, který je cenný jak pro navázání kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, tak i pro jejich rodinné příslušníky a pro tým. Přináší svůj příběh o zotavení jako zvládnutelnou cestu životem a významně se podílí na destigmatizaci duševního onemocnění – snižuje předsudky a kultivuje profesionální kulturu v týmu.

Cílová skupina Centra duševního zdraví je definována jako lidé se závažnou duševní nemocí (podle definice ze zahraničí SMI – severe mental illness) především podle psychiatrických diagnóz (F2, F3, případně F5 a F6), lidé s akutními potížemi nebo s rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění. Centrum duševního zdraví by mělo fungovat jako celek provázaný se zdravotnickou péčí v oblasti zahrnující cca 100 000 obyvatel a mělo by poskytnout péči cca 200 klientům/pacientům. CDZ bude spolupracovat se všemi subjekty psychiatrické péče na daném území i s dalšími sociálními službami. Podpora CDZ by se měla soustředit na terénní práci – zmapování nepříznivé sociální situace, podporu při trénování dovedností potřebných pro zvládnání domácnosti, péče o sebe, podporu kontaktu s okolím a samozřejmě podporu při udržení nebo získání práce. Velkou výhodou bude spolupráce se zdravotnickými profesionály. Psychiatrické sestry budou mapovat zdravotní stav – psychický i fyzický, řešit jeho případné zhoršení, spolupracovat s psychiatrem, praktickým lékařem a pomáhat předcházet hospitalizaci nebo ji snižovat. Podpora lidí s duševním onemocněním se tak stane konečně komplexní. Metodou práce by měl být case management¹, tj. sociální pracovník bude

éče v ČR

ná diskuze o tom, co je kvalitní péče, a to za situace, kdy většina péče má zdravotně-sociální charakter. Budou vznikat Centra duševního zdraví, nový prvek v systému péče poskytující zdravotně sociální služby v komunitě. Podporován bude také rozvoj dalších forem nelůžkové péče, jako jsou rozšířené ambulance se specializací na vybrané diagnostické skupiny, terénní týmy či stacionáře. Jedna z klíčových aktivit reformy má za cíl vytvořit regionální síť péče, ve kterých budou spolupracovat zdravotní a sociální služby i všechny instituce veřejné správy ovlivňující kvalitu života duševně nemocných.

Stávající psychiatrické léčebny a nemocnice budou i nadále hrát v systému péče o duševně nemocné významnou roli, která se však v čase bude proměňovat. Záměrem je, aby se staly regionálními centry péče o duševně nemocné a poskytovaly ve spolupráci s dalšími subjekty celé spektrum potřebných služeb i mimo své areály.

Sociálně zdravotní péče

Základním přístupem v péči o duševně nemocné by měl být multidisciplinární přístup, čímž se rozumí koordinovaná spolupráce více profesí ze zdravotní a sociální oblasti, jejímž účelem je zabezpečení komplexní péče. Vyznačuje se úzkou spoluprací multidisciplinárního týmu za účelem flexibilní koordinace činnosti jednotlivých profesí v zájmu uživatele služby a komplexním plánováním dlouhodobé péče s definováním konkrétních úkolů jednotlivých profesí.

Pro realizaci tak zásadních změn celého systému péče je důležitým předpokladem u řady profesionálů změna myšlení, postojů a přístupů k péči i klientům. Proto je většina aktivit reformy zaměřena tímto směrem. Pokud se toto podaří, bude to považováno za velký úspěch a významný krok na cestě k novému systému péče o duševně nemocné.

Reforma přináší řadu příležitostí pro vlastní profesní a odborný růst. Předpoklá-

dáme, že do aktivit reformy bude postupně zapojena většina profesionálů zajišťujících péči o duševně nemocné, a to nejrůznější formou. Velkou výzvou je vytvořit společné sociálně zdravotní týmy především v komunitní péči. V praxi se ukazuje, že světy zdravotních a sociálních služeb se vyvíjely odděleně a mají na řadu věcí jiný pohled (např. asertivní přístup k péči, kvalita péče, komunikace a celkový přístup ke klientům apod.).

Závěrem je třeba zdůraznit, že realizace reformy se neobejde bez aktivního zapojení uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků. V konečném důsledku se změny dotknou skutečně každého, kdo se podílí na péči o duševně nemocné. Pro úspěšnou realizaci reformy bude potřeba zapojení velkého množství aktivních lidí, kteří uvidí ve změnách nové příležitosti a kterým záleží na tom, jak vypadá péče o duševně nemocné a jaká bude její budoucnost.

<http://www.reformapsychiatrie.cz>

é péče v sociálních službách

péči a podporu nejen poskytovat, ale také ji bude koordinovat s jinými službami. Charakteristický je také tzv. asertivní přístup, který vede k aktivnímu vyhledávání lidí, kteří si v důsledku svých zdravotních i sociálních potíží nejsou schopni říci o pomoc sami, a to, že podporu potřebují, vnímá spíše jejich okolí. I toto bude změna oproti dosavadnímu poskytování služeb sociální rehabilitace, kdy se čeká, až je klient schopen říci si o podporu sám. Velký důraz bude kladen na týmovou spolupráci, kdy o jednoho klienta se bude starat více lidí tak, aby péče byla dostatečně intenzivní a flexibilní. Vzhledem k tomu, že do cílové skupiny CDZ patří lidé, u kterých duševní nemoc teprve začíná (nejčastější výskyt schizofrenie je cca 17–24 let), tak cílem intervencí jsou i jejich blízcí. Podpora celé rodiny může zlepšit adaptaci člověka s duševním onemocněním na novou situaci, snížit riziko zvýšeného stresu u něj i jeho blízkých a zlepšit tak průběh duševního onemocnění.

Za předpokladu efektivního fungování dostatečného počtu Center duševního zdraví by mělo dojít ke včasnému zachytu počínajícího onemocnění u lidí s rizikem rozvoje závažné duševní nemoci a tím i zlepšení jejich perspektivy do budouc-

na. Větší důraz by tak měl být kladen na podporu lidí ve vzdělávacím a pracovním procesu a samozřejmě také v bydlení. Pracovní skupiny mezioborňní spolupráce diskutují o možnosti propojení spolupráce CDZ v rámci chystané koncepce sociálního bydlení např. při vytipování vhodných příjemců. Z hlediska podpory práce by měl být kladen důraz na co nejrychlejší začleňování lidí na otevřeném pracovním trhu. Oproti modelu dlouhodobého trénování pracovníků dovedností v sociálně terapeutických dílnách by mělo dojít k prosazování účinnější formy podpory, a to přímo na pracovišti zaměstnavatele.

Pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách to bude klást nároky na vzdělávání, např. z hlediska specifických způsobů práce – case management, orientace v psychiatrických diagnózách, práce s rodinou. Pro podrobnější přehled byla v rámci přípravy Center duševního zdraví definována sociální část CDZ včetně popisu jednotlivých pozic (podkladový materiál pro MPSV dostupný na http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/09/CDZ-socialni-cast_role_kompetence_060515.pdf).

Reforma psychiatrické péče přináší změny do organizace systému péče jak ve zdravotních, tak i sociálních službách. Sociální

pracovníci budou cennými partnery zdravotnických služeb, naučí se týmově a koordinovaně pracovat v multidisciplinárním týmu a pracovat jak s klienty, tak s jejich rodinnými příslušníky v jejich běžném prostředí. Zlepší se kvalita poskytované péče a zvýší se šance na lepší perspektivu do budoucna pro tisíce lidí s duševním onemocněním.

POTŘEBNÉ KOMPETENCE PRACOVNÍKŮ PŘI PRÁCI S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

- Znalost diagnózy, symptomů kognitivního deficitu, léků a jejich vedlejších účinků, vztahu klienta k užívání léků
 - Protikrizové plánování včetně stanovování rizik
 - Podpora self-managementu klienta
 - Schopnost plánovat – mapování, stanovování cílů, tvoření kroků, realizace
 - Vytváření osobně profesionálního vztahu, porozumění hranicím ve vztahu, reflexi vztahu (i očima klienta)
 - Znalost sociální sítě a atmosféry v rodině
 - Práce s rodinou
 - Práce s motivací
 - Týmová spolupráce
 - Psychohygienu (využívání supervize, sebereflexe)
- (podle Probstová, 2008)

¹ Pozn.red.: o case managementu jsme psali v minulém čísle.