



CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
CENTRE FOR MENTAL HEALTH CARE DEVELOPMENT



K O N F E R E N C E

Aktuální trendy v péči o lidi s duševním onemocněním

12. – 13. dubna 2016, Vila Grébovka, Praha 2

ZÁPIS Z DISKUZE:

ÚTERÝ 12. DUBNA 2016

Diskuse k přednáškám norských expertů:

Model C-Flex – norská obdoba ACT modelu (Bror Just Andersen, psycholog, manažer kvality a projektový manažer pro výzkum a vědecký rozvoj v psychiatrickém centru pro oblast Bærum při státní nemocnici Vestre Viken)

- Statistika o **trestných činech spáchaných lidmi s duševním onemocněním** není v rámci modelu C-Flex vedena (i když má vliv na průběh léčby) – lze ji nalézt ve veřejných registrech. Vyplývá z nich, že 70 – 75% trestné činnosti je spácháno v souvislosti s drogovou závislostí.
- **Neformální péče**, jinými slovy péče poskytovaná peer pracovníky je součástí modelu C-Flex. Peer odborníci jsou součástí týmu a účastní se plánování.
- 80% klientů, kterým byla poskytnuta podpora týmem C-Flex, se podařilo zajistit **stabilní příjem**, který pokrýval jejich základní potřeby. (Neznamená to, že se jim podařilo získat zaměstnání. V Norsku existuje velice kvalitní systém sociální podpory. Získat práci se podařilo pouze 10 klientům, ostatní dostávají dávky sociální podpory.)
- Při zakládání **týmů C-Flex** v rámci projektu byla navázána spolupráce s řediteli organizací poskytujících sociální služby. Došlo ke shodě ohledně potřeby rozšíření služeb v oblastech, kde jich nebyl dostatek a byly nedostupné. V rámci zajištění udržitelnosti týmu po skončení projektu vznikla dohoda o zapojení zaměstnanců jednotlivých poskytovatelů služeb do C-Flex týmu – 20% stráví prací pro C-Flex tým a po zbývajícím čas budou pracovat pro svého zaměstnavatele. Většina členů týmu C-Flex zde tak pracuje pouze na částečný úvazek.
- Snažíme se o **zachování rovnováhy mezi péčí/podporou a kontrolou** tím, že s lidmi pracujeme na dobrovolné bázi a zapojujeme je do procesu rozhodování o léčbě a podpoře. Bohužel tomu tak ale není vždy.

Podpořeno grantem z Norska.
Supported by grant from Norway.

Časné intervence u psychiatrických onemocnění (early intervention) - norský model TIPS: práce týmů pro časné intervence a zapojení peer specialistů (Robert Leon Jørgensen, vedoucí týmu časných intervencí v Univerzitní nemocnici ve Stavangeru. Sveinung Dybvig je vedoucím oddělení této nemocnice zaměřeného na osvětu v oblasti zdraví a úzce spolupracuje s týmem pro časné intervence.)

- V Norsku existuje celá řada iniciativ zaměřených na **prevenci v oblasti duševního zdraví** – na zvýšení povědomí o duševních onemocněních a znalost nabízených služeb v této oblasti. Velice důležité je zprostředkovat informace mladým lidem. Od roku 2000 jsou realizovány různé programy pro žáky a studenty škol zaměřené na informace a diskuzi o tom, s jakými výzvami se mladí lidé mohou setkávat, jaké z nich mohou zvládnout a posílí je a naopak jaký dopad mohou mít na život psychické obtíže a kdy je dobré vyhledat pomoc. Důraz je kladen na informaci, že vyhledat pomoc v případě potřeby je normální. Začíná také diskuze o zavedení tématu duševního zdraví do školních osnov (jako širší téma zaměřené na životní zkušenosti a kvalitu života).
- V rámci modelu TIPS a v Norsku vůbec je snaha o **změnu negativního mediálního obrazu** duševního onemocnění a budování dobré reputace prostřednictvím osvětových článků a mediálních kampaní. Téma se postupně stává otevřeným a v médiích je vedena diskuze. Přispívají k tomu i další události – např. situace, kdy premiér odešel na 3 týdny na dovolenou z důvodu deprese a informace byla otevřeně zveřejněna. Zároveň se snažíme o vybudování pozitivního obrazu psychiatrie a zlepšování našich služeb. Důležité je v této souvislosti zapojování všech, kterých se péče týká (rodiče, pacienti, apod.), do diskuze a plánování každého nového projektu.
- Lidí, na které se zaměřujeme v rámci **primární prevence psychózy**, vyhledáváme od roku 2012 na základě polostrukturovaného rozhovoru vedeného na základě jasně stanovených otázek a kritérií jejich vyhodnocení (dotazník PANSS - Positive And Negative Syndrome Scale). Týká se většinou mladých lidí ve věku 15 – 16 let. Pokud jsou výsledky mapování na základě dotazníku pozitivní, nabízíme kognitivně-behaviorální terapii a intenzivní péči, v jejímž rámci pracujeme terapeuticky i s rodinou. Péče není spojena s medikací – všichni dostávají pouze rybí tuk. Podpora je poskytována na dobrovolné bázi, ale zpravidla všichni využívají. Pokud lidé začnou využívat naše služby, symptomy pre-psychózy vymizí. Naší snahou je zaměřovat se na to, aby lidé vůbec neonemocněli, tedy zachytit mladé lidi ve chvíli, kdy se objeví skutečnosti, které by mohly vést k onemocnění.
- V Norsku existuje snaha o rozvoj a posílení poskytování bezplatných **léčebných metod alternativních k medikaci**, např. psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, apod. Probíhá diskuze i na politické úrovni a uvažuje se o nových centrech pro psychoterapii. Diskuze je iniciována neziskovými organizacemi („zdola“) směrem k politikům a postupně se začíná zavádět. V souvislosti s psychotickými onemocněními se řídíme jak osvědčenými postupy v rámci poskytovaných služeb, tak národní metodikou, která říká, že si pracovníci mohou metodu vybrat podle toho, co pomáhá konkrétnímu klientovi.

Reflexe přednášek norských expertů – možnosti využití v ČR (práce ve skupinách):

Otázky: Co vám přišlo na příspěvcích norských expertů zajímavé? / Co by se dalo použít zítra – nic to nestojí, záleží jen na rozhodnutí? A co by se dalo použít v horizontu jednoho roku?

- Na **osvětové kampaně v médiích** je v ČR obtížné získávat **finance**.
- V rámci osvětových mediálních kampaní je velmi podstatné **vyzdvihování pozitivních zpráv** – co se povedlo, co funguje, apod. V Norsku využili v kampaních **známé osobnosti**, které byly ochotné veřejně hovořit o svých duševních potížích.
- Ke **změně veřejného mínění ve vztahu k lidem s duševním onemocněním** v Norsku přispěla **reforma** v 80. letech. Lidé se začali objevovat v komunitě a ostatní začali zjišťovat, že vzájemné soužití je možné. Jednalo se o důležitý moment, který podpořil další dění.
- Velmi přínosná se zdá myšlenka vedení **kampaně zaměřené na konkrétní oblast** a potíže i služby, které se zde nabízejí (příklad Stavangeru). Lidé získali informaci, kam se mohou obrátit. V našich podmínkách je zde v této souvislosti otázka, zda by stávající služby měly kapacitu pokrýt zvýšenou poptávku v důsledku kampaně.
- V osvětových kampaních je velmi důležité **zaměřit se na práci s mladými lidmi** (2. stupeň ZŠ). Některé organizace u nás již nabízejí takové programy (např. Blázníš, no a?), ale mělo by stát součástí osnov a výuky na všech školách. / Z výzkumu v rámci doktorandské práce o efektivitě univerzálních preventivních programů realizované norským expertem vyplynulo, že tyto programy jsou levné (tisk materiálů a odměna lektorům) a zároveň úspěšné. Ale je samozřejmě náročné obsáhnout tímto způsobem celé spektrum škol a důležitá je také délka programů.
- Je důležité **vyhnout se patologizaci ve skupině mladých lidí** – model TIPS v tomto může být inspirací. Mladí lidé mohou procházet různými vývojovými fázemi, důležitá je v tomto ohledu prevence a podpora tak, aby se potíže nerozvinuly do onemocnění.
- Zajímavá je inspirace modelem **C-Flex**, který **pracuje s lidmi ze všech diagnostických okruhů** (včetně lidí se závislostí). U nás existuje velká **skupina lidí s poruchou osobnosti**, kterým není poskytována podpora (jsou z cílových skupin poskytovatelů péče vyloučeni). V rámci modelu C-Flex pracuje tým s touto skupinou v domácím prostředí (pokud by byli hospitalizováni s lidmi s onemocněním v jiných diagnostických okruzích, mohlo by být problematické).
- **Inspirativní** je: Lidé jsou **posuzováni podle příznaků**, nikoliv podle diagnózy. / Týmy C-Flex **běžně pracují s lidmi s duální diagnózou**. / Tým přichází **za klientem** a vyhledává ho **v jeho prostředí**. / Norská **veřejnost** je **informovaná** a existuje zde také dobrá **spolupráce s policií**, která má rovněž informace. / Na oblast **psychiatrie** je ze státního rozpočtu vydáván **větší objem financí**. / **Prevence** probíhá **permanentním a kontinuálním způsobem**. / **Léčebné metody alternativní k medikaci** jsou pro klienty v Norsku **zdarma** – hrazené z rozpočtu. / Je úžasné, že **součástí časných intervencí je rychlá**, i když jen částečná **diagnostika**. Určitě by se dalo snadno zavést i v našich podmínkách. / Týmy časných intervencí dosáhly výrazného **snížení doby trvání neléčené psychózy**.
- V ČR je důležité **posilovat spolupráci odborníků z různých oblastí a práci multidisciplinárních týmů** jako v norských týmech. Zkusit navazovat **spolupráci se studenty** – psychologie, sociální práce, psychiatrie, aby se již během studia na práci v multidisciplinárních týmech připravovali.

- Důležité je také **sdílet zkušenosti** napříč Českou republikou – mezi organizacemi, které působí v oblasti péče o duševní zdraví – a vzájemně se inspirovat a zároveň nevytvářet projekty a služby, které už někdo vymyslel a dělá.
- V ČR neexistují **výzkumy**, ze kterých by vyplývalo, jaká je **doba trvání neléčené psychózy** u nás (DUP: Duration of Untreated Psychosis) – bylo by dobré do roka zrealizovat, abychom měli skutečná data. Hodilo by se jako výchozí bod do diskuze o poskytované péči v oblasti duševního zdraví.
- Týmy sociálních služeb mají v současnosti potíže realizovat vedle vlastní práce také **výzkumy**. V modelu TIPS jsou práce týmů a osvětové kampaně propojené s výzkumem. Možná by bylo dobré zkusit získat finance na výzkum od zdravotních pojišťoven. Bylo by také možné využít data získávaná z hodnotících dotazníků při práci s klienty. Je otázka, zda jsou hodnotící dotazníky opravdu pracovníky využívány jako nástroj, jehož prostřednictvím lze získat využitelná data.
- Diskuze o **zaměstnávání lidí s duševním onemocněním**: V Norsku také problematické. Ve Stavangeru existuje desetičlenný tým, který pomáhá lidem po hospitalizaci hledat práci. Ale v dalších oblastech v Norsku taková služba chybí. Některým organizacím poskytujícím služby v této oblasti se podařilo navázat spolupráci s velkými firmami a následně informovali v médiích o pozitivních zkušenostech. / Ze strany státu existuje v Norsku neochota přiznávat **invalidní důchod** mladým lidem a každé 4 roky se přezkoumává.
- Aby bylo možné ze strany neziskových organizací a uživatelských hnutí **vyjednávat o změnách v oblasti péče o duševní zdraví na politické úrovni**, je třeba mít **společný cíl** a být jednotní, tedy zastupovat početnou skupinu lidí. Pak je možné docílit vlivu a získat silnější hlas.

Zkušenosti týmů z práce založené na ACT modelu (Assertive Community Treatment): FACT principy v CDZ pro Prahu 8 (MUDr. Miroslav Pastucha) / Zkušenosti s využíváním nástroje FACT board v Péči o duševní zdraví (MUDr. Petr Hejzlar) / Využití modelu ACT a zapojení psychiatra do práce terénních týmů Fokusu Mladá Boleslav (Jaroslav Hodboď a Petr Šturma, DiS.) / Propojování Sdružení Práh s Psychiatrické kliniky Brno (Mgr. Jiří Šupa, PhD.)

Diskuze k příspěvkům na téma modelu ACT a komentáře norského experta (Bror Just Andersen):

- Situace v Norsku před 25-30 lety byla podobná jako v ČR. Změny a inovace byly v počátcích v podobě různých menších projektů na různých místech. K postupným **větším změnám pomohlo nařízení reformy**.
- Není důležité dodržovat **model FACT** jako celek – může sloužit **jako dobrá inspirace**, ale **důležité** jsou **konkrétní podmínky a potřeby** daného regionu. C-Flex se modelem inspiroval, ale zároveň se otevřel i práci s lidmi různorodými obtížemi, především se závislostí, protože řada klientů se s ní potýká.
- Pokud získá **psychiatr pozitivní zkušenost ze stáže v komunitním týmu**, je důležité, aby tuto zkušenost **sdílel** i s ostatními kolegy a inspiroval je ke spolupráci.