

Sborník materiálů projektu

Zahraníční stáže v oblasti péče o duševní zdraví

(OP LZZ, CZ.1.04/5.1.01/12.00115)



*Vydalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v rámci projektu
OP LZZ – Zahraniční stáže v oblasti péče o duševní zdraví (OP LZZ - CZ.1.04/5.1.01/12.00115)
v roce 2011.*

Úvodní slovo

Publikace, kterou právě držíte v rukou, vznikla v rámci projektu Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost „**Zahraníční stáže v oblasti péče o duševní zdraví**“. Cílem projektu bylo vzdělávání pracovníků neziskových organizací zabývajících se péčí o duševně nemocné.

Vzdělávání proběhlo prostřednictvím deseti stážových programů v zahraničních organizacích ve Finsku a Nizozemí, kterých se zúčastnilo celkem 41 pracovníků Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a na projektu spolupracujících organizací: **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Moravskoslezského kraje, ESET-HELP, o.s., Fokus Praha o.s., Fokus Mladá Boleslav, Fokus Vysočina, O.s. Green Doors, Ledovec o.s., O.s. Péče o duševní zdraví – region Pardubice a Sdružení Práh.**

Pomocí zahraničních stáží v místech s dobrou praxí chtělo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví podpořit zkvalitnění činnosti poskytovatelů služeb pro duševně nemocné v České republice, podpořit vznik moderní integrované péče o duševně nemocné a v neposlední řadě také vzájemnou spolupráci odborníků v oblasti péče o duševně nemocné v různých evropských zemích.

Tato publikace si klade za cíl předat vám zkušenosti a poznatky získané během stáží v zahraničí a blíže vás seznámit s následujícími tématy:

- **Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví**
- **Klinická práce s duševně nemocnými**
- **Vzdělávání a výzkum v oblasti péče o duševní zdraví v Nizozemí**
- **Systémy podpory v oblastech bydlení a práce**
- **Krizové služby v Holandsku**
- **Legislativní rámec v péči o duševní zdraví**

Na přiloženém CD jsou k nalezení další výstupy z projektu:

- Prezentace o systému péče v České republice, Nizozemí a Finsku
- Metodický manuál zahraničních stáží
- Závěrečné zprávy účastníků stáží

Díky této publikaci se můžete o podobě služeb pro duševně nemocné v zahraničí – konkrétně v Nizozemí a Finsku dozvědět více informací i vy!

Velký dík za úspěšnou realizaci projektu patří všem na projektu spolupracujícím organizacím a hlavně partnerským organizacím v Nizozemí a Finsku: **The Joint authority of Kai-nuu, Mentrum a RINO Noord-Holland.**

Lenka Březinová

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví

Zpracovala: **Alena Šteflová**

Duševní choroby představují v rozvinutých státech dle údajů Světové zdravotnické organizace a Světové banky největší společensko-ekonomickou zátěž (22,0 % ztrát, kardiovaskulární choroby 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7 %). Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí se v posledních 10 letech zvýšil o více než jednu třetinu (5 % obyvatel je aktuálně léčeno), nejvíce v oblasti poruch nálady (nárůst o 109 %), neurotických obtíží (o 53 %) a demencí (o 64 %). Daleko větší důraz je kladen na práva psychiatrických pacientů, ale pozornost přitahuje i ochrana před agresivním chováním. Způsob a forma poskytování psychiatrické péče je těmto faktům třeba přizpůsobit.

Podpora duševního zdraví a prevence a terapie poruch duševního zdraví spolu s odpovídající péčí se pro Světovou zdravotnickou organizaci a její členské státy, Evropskou unii a Radu Evropy stávají prioritou, jak to dokládají rezoluce přijaté Světovým zdravotnickým shromážděním a Výkonnou radou Světové zdravotnické organizace, Regionálním výborem Světové zdravotnické organizace pro Evropu a Radou Evropské unie. Tyto rezoluce se naléhavě obracejí na členské státy, Světovou zdravotnickou organizaci a EU, aby podnikly kroky ke zmírnění zátěže spojené s poruchami duševního zdraví a ke zlepšení pocitu duševní pohody. Vychází přitom z již dříve schválených rezolucí a důležitých dokumentů:

- Rezoluce Rady Evropské unie (2000/C 86/01), doporučení Rady Evropy a rezoluce SZO datující se zpět až do roku 1975 uznávají významnou úlohu podpory duševního zdraví a neblahou souvislost mezi poruchami duševního zdraví na straně jedné a sociální marginalizací, nezaměstnaností, bezdomovectvím a poruchami spojenými s užíváním alkoholu a drog na straně druhé.
- Mezinárodní politika v péči o duševní zdraví vychází z ustanovení Konvence o ochraně lidských práv a základních svobod, Konvence o právech dítěte, Evropské konvence o prevenci mučení a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání a Evropské sociální charty, a rovněž závazku Rady Evropy chránit a podporovat duševní zdraví, daný Deklarací její Konference ministrů o duševním zdraví v budoucnu (Stockholm 1985) a vyplývající z jejich ostatních doporučení, schválených v této oblasti, zejména z Doporučení R(90)22 o ochraně duševního zdraví určitých zranitelných skupin ve společnosti a z Doporučení Rec(2004) 10, týkajícího se ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševními poruchami.
- Rezoluce EB109.R8, schválená Výkonnou radou Světové zdravotnické organizace v lednu 2002 a podpořená rezolucí Světového zdravotnického shromáždění WHA55.10

v květnu 2002, vyzývá členské státy Světové zdravotnické organizace, aby schválily doporučení obsažená ve *Zprávě o světovém zdraví (The world health report 2001)*.

- Rezoluce EUR/RC53/R4 o Aténské Deklaraci o duševním zdraví, katastrofách navozených člověkem, stigmatu a komunitní péči, a z rezoluce EU/RC53/R4, schválený Regionálním výborem SZO pro Evropu v září 2003.

V tomto směru nejdůležitější aktuální mezinárodní iniciativou jsou závěry přijaté na Evropské Konferenci ministrů k otázkám duševního zdraví, pořádané Světovou zdravotnickou organizací v Helsinkách v lednu 2005.

Ministři zdravotnictví členských států v Evropském regionu SZO se ve své Deklaraci duševního zdraví pro Evropu zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu v souladu s potřebami a zdroji každé z jednotlivých členských zemí. Svými podpisy ministři požádali Regionální úřadovnu SZO pro Evropu, aby podnikla nezbytné kroky a zajistila, že se plně podpoří příprava a realizace politiky duševního zdraví, a že aktivity a programy budou mít odpovídající prioritu a zdroje ke splnění požadavků této Deklarace.

Výzva je formulována tak, že v průběhu příštích pěti až deseti let se mají připravit, realizovat a vyhodnotit politické koncepce a legislativa, jež pomohou vyvíjet aktivity duševního zdraví, schopné zlepšit pocit zdraví a duševní pohody v celé populaci a začlenit do společnosti jako funkce schopné jedince s psychickými problémy. Prioritami příštího desetiletí jsou tyto kroky:

- Zdůrazňovat a podporovat povědomí důležitosti pocitu duševní pohody;
- kolektivně řešit stigmatizaci, diskriminaci a nerovnost, a zmocnit a podpořit jedince s psychickými problémy a jejich rodiny, aby se aktivně zapojili do tohoto procesu;
- navrhnout a zavést komplexní, integrované a výkonné systémy duševního zdraví, zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci, péči a rekonvalescenci;
- řešit potřebu kvalifikovaných pracovních sil, efektivních ve všech těchto oblastech;
- uznat zkušenosti a poznatky uživatelů služby a opatrovníků jako platformu pro plánování a rozvoj služeb.

Akční plán duševního zdraví pro Evropu poukazuje na to, že mnohé z aspektů politiky a služeb v oblasti duševního zdraví procházejí napříč celým evropským regionem procesem transformace. Politika a služby usilují o dosažení sociálního zařazení a rovnosti, s komplexním pohledem na rovnováhu mezi potřebami a přínosy různých aktivit duševního zdraví, zaměřených na populaci jako celek, ohrožené skupiny a jedince s psychickými problémy. Služby se poskytují v rámci širokého spektra komunitních zařízení, a ne již výlučně v izolovaných a velkých institucích.

Akční plán rovněž klade důraz na **zajištění zastoupení uživatelů a opatrovníků ve výborech a skupinách, odpovědných za plánování** cestou následujících aktivit:

- organizování uživatelů, kteří jsou zapojeni do přípravy svých vlastních aktivit, včetně zakládání a činnosti svépomocných skupin a školení v dovednostech v oblasti rekonvalescence;

- zmocnění zranitelných a marginalizovaných jedinců a prosazování jejich zájmu;
- poskytování komunitních služeb s účastí uživatelů;
- rozvíjení dovedností při péči a zvládání situace včetně zdatnosti rodin a opatrovníků, a jejich aktivní účasti na programech péče;
- vypracování programů ke zlepšení rodičovství, vzdělávání a tolerance a k řešení poruch v souvislosti s užíváním alkoholu a jiných drog, násilí a zločinu;
- rozvoj místních služeb, zaměřených na potřeby marginalizovaných skupin;
- provozování linek pomoci a internetového poradenství pro jedince v krizových situacích, jedince, kteří se stávají obětí násilí, nebo mají sebevražedné tendence;
- vytváření pracovních míst pro handicapované.

Na mezivládních zasedáních organizovaných WHO Europe jsou průběžně podávány zprávy o realizaci této Deklarace v jednotlivých zemích. Důležitým zdrojem umožňující mezinárodní srovnání a rozvoj jednotlivých zemí v oblasti duševního zdraví je vydání publikace WHO Mental Health Atlas – 2005, navazující na další již vydané publikace Mental Health Resources in the World 2001; Country Profiles on Mental Health Resources 2001. Kapitola týkající se České republiky byla vytvořena se supervizí Prof. Höschla, který je zároveň odborným zástupcem České republiky pro tuto oblast pro spolupráci s WHO.

Od roku 2004 jsou na základě bilaterálních smluv o spolupráci uzavíraných mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionální Evropskou kancelář (BCA) realizované projekty týkající se problematiky **duševního zdraví**. Jejich cílem je podpora zkvalitňování péče o pacienty s duševní poruchou s důrazem na přesun služeb z institucí do komunity. Náplní spolupráce byla např. revize Národní politiky duševního zdraví a na jejím základě definice potřeby legislativních, ekonomických a dalších změn v rámci realizace koncepce oboru psychiatrie. Prostřednictvím projektu byla zmapována situace rozvoje zdravotní a psychiatrické péče v České republice na základě zpracovaných dokumentů a jejich vyhodnocení domácími a zahraničními oponenty Prof. Höschlem, Prof. Libigerem a Prof. Thornicroftem z Velké Británie. V rámci projektů BCA proběhla také řada odborných seminářů, a to jak na parlamentní, ministerské, či regionální úrovni, některé z nich za účasti politiků, ministrů zdravotnictví nebo regionálního poradce pro program duševního zdraví WHO/EURO Dr. Matta Muijena.

Závěr: I přes výše uvedené a na ministerské úrovni odsouhlasená mezinárodní doporučení není akceptace širěji pojatého přístupu péče o duševní zdraví v ČR uplatňována.

Klinická práce s duševně nemocnými

Zpracovali: **Zuzana Foitová, Jiří Šupa**

System služeb a jejich dostupnost

Holandsko

Na úvod dovolte výňatek z dokumentu „Národní zpráva Holandsko: Historie a organizace péče o duševní zdraví“ autorů Marieke van Dam, Lise Ruiter a Gee de Wilde (*překlad Z. Foitová*):

„V Holandsku za posledních 30 let – na rozdíl od jiných zemí (UK, It, USA) – neproběhla tak radikální deinstitucionalizace; holandsští politici nevnímali hospitalizaci psychiatrických pacientů jako tolik nehumánní, psychiatrické nemocnice nebyly nuceny podstoupit revoluční změny a k redukci lůžek v psychiatrických nemocnicích došlo jen o 15–20 %. Vláda ani neviděla důvod k podstatným škrtnům ve výdajích na duševní zdraví, a tak vedle nemocnic začala vznikat řada chráněných bydlení. Výsledkem je dokonce nárůst pacientů na dlouhodobých lůžkách z 30000 v r. 1980 na 42000 v r. 2005. V důsledku toho se v Holandsku neobjevil tak naléhavý tlak na vznik alternativní psychiatrické péče pro dlouhodobé pacienty, jako v zemích s proběhlou deinstitucionalizací.

Zřetelný posun od klinické (tj. lůžkové) k ambulantní péči je vidět spíše na lokální úrovni, kde díky některým vládním iniciativám a také mírnému společenskému tlaku došlo k posunu směrem k integrované péči o duševní zdraví. Je založena na multifunkčních zařízeních s rehabilitačními a case-managementovými službami pro dlouhodobé pacienty, v nichž se sdružily instituce (psychiatrické nemocnice) s dalšími sociálními službami.

Tyto postupné změny v Holandsku způsobily zaostávání, ale přinášejí i určité příležitosti. Integrace a reintegrace psychiatrických pacientů zdaleka není dokončena, zároveň je ale na ní široká shoda mezi manažery, poskytovateli péče a klientskými organizacemi na poli duševního zdraví. Není tedy dnes ani cítit velkou naléhavost na politický tlak na uskutečnění změn, snad s výjimkou péče o bezdomovce a těžce závislé pacienty (double/triple trouble).

V poslední dekádě se zvýraznila role pacientů jako politických činitelů a zakladatelů zařízení (zaměstnávání a denní péče). Zmocňování a zotavení jsou zde klíčová slova“.

K organizaci péče o duševní zdraví autoři píší:

„Zdravotní péče v Holandsku byla vždy směsí veřejného a privátního podnikání. Právně řečeno, všechny nemocnice a zařízení jsou v soukromém vlastnictví a řízení, ale zákony a regulace omezují svobodu podnikání v péči.“

Většina zařízení péče o duševní zdraví je orientována regionálně v oblastech od 200.000 do 600.000 obyvatel. Většina regionů má pouze jednoho poskytovatele pro ambulantní

i nemocniční péči, pro rehabilitaci atd. Tito poskytovatelé také řídí většinu chráněných bydlení ve svém regionu.

Oficiální politika péče o duševní zdraví podporuje více komunitně zakotvenou péči, ale v cestě intervence seshora dolů stojí zákonná úprava – privátní vlastnictví a řízení organizací. Přesto jsou změny ve většině regionů vidět.

Klinická interdisciplinarita v systému péče o duševně nemocné zahrnuje i sociální péči. Někde je systém jednotný - s nejasným vymezením mezi léčbou a péčí – Holandsko, v Česku je naopak zřetelně oddělený.

Finsko

Ve Finsku se situace změnila nejvíce během let 1981–1987, kdy probíhal národní projekt zaměřený na schizofrenii, který proměnil podobu péče (posílení mimonemocniční) a vytvořily se tzv. týmy zaměřené na psychózu, které začaly být zodpovědné za studium a iniciaci programů léčby. Od devadesátých let přibývaly organizace rozvíjející různorodé formy péče, důležitou se stala prevence, neinstitucionální péče a formy tzv. peer podpory. Zdůrazňovala se také úloha rodiny a sociální sítě, která je pro život v mimonemocniční péči nezbytná. Dlouhodobá péče v psychiatrických institucích je nahrazována podporovaným bydlením v komunitních rehabilitačních centrech nebo zdravotnických domech, které jsou hlavně v rukách soukromníků.

Hlavní zodpovědnost za péči nese Ministerstvo sociálních věcí a zdraví, které stanovuje celonárodní cíle a rámcové plány v oblasti duševního zdraví. Do péče se kromě státních poskytovatelů zapojují neziskové organizace, soukromé firmy atp. Díky Zákonu o duševním zdraví (Mental Health Act) přešlo zajišťování péče na místní autority (municipalities), které mají služby samy poskytovat nebo na ně uzavírat kontrakty s potřebnými poskytovateli na jejich území. I proto se situace liší region od regionu, kdy chudé regiony zajišťují jen nezbytný základ daný zákonem. Výzvou pro rozvoj systému péče je tedy zajištění rovných příležitostí pro získání pestré palety služeb.

Populace obcí je rozdělena do celků po 4000-10000 obyvatel, kterým by měla být zajištěna péče zdravotních a sociálních center. Cílem by měla být spolupráce všech organizací a poskytovatelů, kteří by v rámci specifického pracovního modelu plánovali a spolupracovali na zjišťování potřeb a zajištění služeb atp.

Politika Ministerstva sociálních věcí a zdraví **se zaměřuje na taková témata jako je advokacie, prevence, rehabilitace a deinstitucionalizace psychiatrické péče**. Doporučené postupy pro kvalitní poskytování služeb zaměřených na lidi s duševními nemocemi byly formulovány roku 2001. Ministerstvo také vytváří celonárodní strategie a projekty jako např. Národní projekt péče o duševní zdraví, Národní projekt rozvoje sociálních služeb, který se zaměřuje na zaměstnanost, zlepšení programů služeb a systému.¹

1 Další informace viz: *Systémy podpory v oblastech bydlení a práce*

Role nestátních neziskových organizací

Holandsko

V Holandsku na poli nestátního neziskového sektoru působí hlavně organizace a zařízení založené a vedené (ex)uživateli. Zdravotní a rehabilitační péče je poskytována v systému řízeném státem.

Některé nestátní neziskové organizace působí na poli výzkumu a vývoje, největší z nich je Trimbos Institute. Tyto neziskové organizace závisejí z velké části na veřejných fondech.

Finsko

Neziskové organizace hrající hlavní roli v poskytování služeb duševního zdraví a rehabilitace: Finnish Association for Mental Health, Finnish Central Association for Mental Health, VATES Foundation, Rehabilitation Foundation.

Finnish Association for Mental Health aktivizuje občany pro dobrovolnickou práci, provozuje krizovou linku a snaží se propojovat lidi s duševní nemocí a komunitu.

Finnish Central Association for Mental Health se skládá ze 190 místních, regionálních a národních asociací, jejichž členy jsou především lidé s osobní zkušeností s psychiatrickými problémy, jejich příbuzní, psychiatrické sestry a další dobrovolníci. Hlavním principem je přístup peer-to-peer.

VATES Foundation (založena v roce 1993) sdružuje 35 organizací a spolupracuje se 13 zaměstnavateli a rozvíjí pracovní podmínky pro lidi s různými druhy postižení na různých úrovních. Ve Finsku je 154 registrovaných sociálních firem (social enterprises).

Rehabilitation Foundation se zabývá výzkumem a rozvojem služeb, hodnocením, trénováním a podporou informovanosti na poli rehabilitace. Vydávají zprávy a články k efektivnosti a implementaci služeb např. v roce 2006 porovnávali tři modely zaměstnávání – přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a chráněné zaměstnávání a spokojenost lidí s těmito modely.

Spolupráce s rodinami pacientů, péče o pečovatele

Holandsko

Především v řešení akutních stavů je do péče zapojeno i okolí pacienta, hlavně rodina, neboť s krizí se v Holandsku pracuje rodinně - systemicky, předpokládá se, že krize jedince nevznikla izolovaně, nýbrž v kontextu rodinného systému, v některých případech onemocnění jednotlivce může být i signálem poruchy systému; i když se však jedná o individuální problém, na rodinu dopadá, rodina je často prvotním a dlouhodobým pečovatelem a je třeba ji v této roli podpořit, edukovat, doprovázet.

Na druhou stranu v Holandsku není takovým problémem jako u nás získat samostatné bydlení, v případě psychicky nemocných osob např. některý typ chráněného bydlení,

i dlouhodobého, a to podporuje potřebný vývoj k samostatnosti a separaci, která může být právě duševním onemocněním zbrzděna.

Finsko

Ve Finsku je situace podobná jako v Holandsku – rodina a okolí jsou zapojeny jak do řešení akutních stavů, tak při poskytování dlouhodobé péče. Y. O. Alanen je tvůrcem přístupu tzv. need adapted approach (na potřeby zaměřeného přístupu), ve kterém se systém péče má přizpůsobit potřebám pacienta. Velkou roli zde hraje práce s rodinou, ať ve smyslu rodinné terapie nebo společných rozhovorů a plánování péče. V Kajaani se inspirovali také přístupem tzv. open dialogue (otevřený dialog), kde je péče plánována přímo s rodinou a kromě přímé práce na společných setkáních se nepřipravuje žádná strategie dopředu.

Léčba a rehabilitace – návaznost

Holandsko

Jak vyplývá z podkapitoly Systém služeb a jejich dostupnost, léčebné i rehabilitační aktivity jsou v Holandsku propojeny v jednom systému péče, služby se nedělí na zdravotní a sociální, a to umožňuje mnohem hladší návaznost, spolupráci, sjednocení kritérií a hodnocení.

Vzhledem ke změnám v zákonných úpravách a financování vzniká však i v Holandsku obava z rozštěpení na „léčbu“ a „péči“, zvl. u dlouhodobých pacientů.

Finsko

Ve Finsku vedle sebe existují různé oblasti s různými formami poskytované péče – léčba v klinických zařízeních doplňovaná rehabilitační prací, práce case-specific týmu, který poskytuje kontinuální péči od prvního zavolání na psychiatrické oddělení po rehabilitaci v domácím prostředí. Formy souvisí s možnostmi a podobou regionu. Odpovědnost za organizaci nese místní úřad, který propojuje jednotlivé oblasti péče, což je mnohem jednodušší situace, než když jsou oblasti rozděleny jako v České republice.

Dostupnost psychoterapie

Holandsko

Poskytování psychoterapie v rámci jednotlivých služeb: v týmu akutní péče působí psycholog, který má psychotherapeutická sezení s pacientem podle indikace – např. rodinnou terapii, individuální podporu. Při lůžkových odděleních probíhají skupinové psychoterapie, kterých se účastní jak hospitalizovaní, tak ambulantní pacienti. FACT tým pro duální diagnózy poskytuje spolupracujícím pacientům psychotherapeutický program zaměřený na je-

jich problematiku (nespolupracující pacienti tým kontaktuje v jejich prostředí, poskytuje či zprostředkuje i základní životní potřeby ap.).

Psychiatrii a psychologové, kteří se specializují na psychoterapii, působí většinou v soukromých praxích, ať samostatně, nebo ve sdružených praxích. Klient může mít péči hrazenou z běžných zdrojů (zdravotní pojištění), pokud má k péči doporučení.

S denními stacionáři pro vážně duševně nemocné v našem současném pojetí jsme se v Holandsku během našich stáží nesetkali. Působí tam ovšem řada multifunkčních terapeutických zařízení, která poskytují širokou škálu služeb, a to i psychoterapie. Podoba těchto zařízení se ovšem regionálně značně liší.

Finsko

Psychoterapii poskytují psychoterapeuti, psychiatři, jak v soukromých praxích, tak na základě zdravotního pojištění na klinice atp. Vyhlášení Ministerstva zdraví a sociálních věcí (r. 2005) deklaruje důležitou úlohu psychoterapie vzhledem k zlepšení kapacity fungování klienta a sociálních interakcí. Specifickým přístupem je práce zdravotních sester v rámci case-specific týmu. Sestry mají vzdělání i výcvik v rodinné terapii a neexpertním přístupu v psychoterapii, který prosycuje jejich přístup k vedení rozhovoru. Cílem je zplnomocnění klienta a podpora jeho osobních zdrojů. Case-specific týmy vznikly ve Finsku s cílem poskytovat kontinuální péči člověka s duševními potížemi. Principem je poskytnutí péče od prvního kontaktu, nejlépe v domácím prostředí do 24 hodin. Kontaktovaná osoba zorganizuje setkání týmu s klientem, jeho blízkými a snaží se zapojit i jeho sociální síť. Podoba péče se přizpůsobuje potřebám klienta a jeho rodiny. Kontinuita je zajištěna jednou či více stabilními osobami v týmu, který je složen z profesionálů poskytujících klientovi péči. Rozhodnutí se transparentně projednávají s těmi, na které mají dopad, v duchu otevřeného dialogu, který destigmatizuje člověka prostřednictvím společného hledání významu probíhajícího stavu. Členové týmu zůstávají v kontaktu s klientem i po ukončení péče.

Dostupnost a používání psychofarmak / Používání jiných metod (ECT, rTMS) a jejich význam v systému

Holandsko a Finsko

Dostupnost psychofarmak je v Holandsku a Finsku zcela stejná jako u nás. Z poznatků ze stáží v Holandsku se však dá usuzovat, že v praxi není tak silný tlak na pacienty směrem k užívání léků. Rozhodně se o medikaci nemluvilo v první řadě, spíše se uvažovala jako jeden z možných použitelných prostředků, a to i u evidentně psychotického pacienta.

Podobně o lécích hovořily zdravotní sestry ve Finsku v Kajaani. Lék je prostředkem k tomu, aby bylo možné udělat s pacientem setkání a diskutovat. Indikaci zvažují během několika prvních setkání. Na klinice je však situace jiná, léky se užívají dle doporučení lékařů.

Na elektrošokovou ani rTMS léčbu jsme v lůžkových (natož ambulantních) zařízeních během stáží v Holandsku nenašli.

V Kajaani (Finsko) se léčba využívá, stejně jako restriktivní opatření (izolace, kurtování), ve velmi málo případech a jejich využití je pečlivě monitorováno. Personál bývá v kontaktu s pacientem po celou dobu jejich použití. V Kajaani zmiňovali 30–35 případů ročně.

Dopad legislativy

Holandsko

V Holandsku je zákonem upraveno jak hrazení péče, tak omezení práv pacientů. Hrazení péče spadá částečně pod Zákon o veřejné péči o duševní zdraví (Public Mental Health Care, OGGZ), Zákon o Národním pojištění (National Insurance Act, povinné pro všechny občany) a Zákon o zvláštních lékařských výdajích (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ). Zákon o sociální podpoře (Social Support Act, WMO) dává větší prostor municipalitám, aby mohly zajistit pro své občany nezávislý život ve společnosti.

Zákon o zvláštním přijetí (Exceptional Admission Act, BOPZ) provázejí diskuse, neboť praxe nutí psychiatry jednat shovívavěji, než jak nařizuje zákon. Zákon se snaží kontrolovat nedobrovolné nebo nucené přijetí k hospitalizaci a zároveň práva pacientů. Podle zákona by nedobrovolná hospitalizace měla být až posledním nástrojem, tlaky z okolí pacienta si mnohdy vynucují jiný postup.

Další významné zákony: Zákon o souhlasu s léčbou (Medical Treatment Agreement Act, WGBO) a Zákon o participaci klientů s institucí (Institutional Client Participation Act, WMCZ).

Některé zákonné změny v poslední době dávají lékařům více rozhodovací pravomoci, namísto rozhodování v multidisciplinárním týmu. Z toho mají pacienti a patientské organizace obavy. Další obavu budí posun odpovědnosti směrem k municipalitám – budou mít vůli a prostředky postarat se o své zdravotně a/nebo duševně handicapované občany?

Finsko

Finsko má podepsaný Mental Health Act z roku 1993, mezi dalšími přijatými zákony můžeme jmenovat Primary Health Care, Decree on Mental Health Act, Act on Specialised Medical Care, Occupational Health Care Act, Social Welfare Act, The Act on the Status and Rights of Patients and the Act on the Status and Rights of Social Welfare of Clients – chrání práva klienta, právo na přístup k péči, řeší ochranu soukromí, péči. Mental Health Act se zaměřuje na harmonizaci poskytování péče o duševní zdraví, upravuje také podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci. Osoba může být hospitalizována i v případě, že se projevuje jako psychotická a potřebnost psychiatrické péče je indikována, pokud by dosavadní průběh života výrazně zhoršoval stav.

Indikátory dobré praxe

Holandsko

V Holandsku se sleduje rozvoj inovativních služeb na celonárodní úrovni, sleduje se, jak projekty dosahují svých cílů, a vybrané z nich jsou jmenovány a oceněny v Národní zprávě, z níž jsem čerpala i pro tento text.

Příklady dobré praxe:

- Projekt Naši sousedé (Onze Buren, Dordrecht) je, ve spolupráci s realitní kanceláří a policií, zaměřen na destigmatizaci, kvalitu života, prevenci hospitalizací a sociální kontakty.
- ACT – asertivní komunitní léčba časných psychóz (Péče o duševní zdraví, Eindhoven) s cílem předejít ztrátě normálních životních rolí (ve škole, v rodině atd.), žít normální život; ve většině případů bylo možno vyhnout se hospitalizaci; čeká se na vyhodnocení možného snížení relapsů.

Finsko

Finsko se zaměřuje na rozvoj péče prostřednictvím národních programů. Kvalita programů a rozvoj je sledován Centrem pro národní výzkum a rozvoj sociální péče a zdraví - STAKES (The National Research and Development Centre for Welfare and Health), které vydává jak statistická data z jednotlivých oblastí, tak výzkumné zprávy a plánuje další rozvoj v oblastech.

Příklady dobré praxe:

- Effective Family program – podpora lidí s psychiatrickou diagnózou, kteří mají rodinu, aby zvládli pečovat o svoje děti.
- Case-specific tým – poskytování kontinuální péče od první krize až po návrat a život v komunitě prostřednictvím stabilního týmu odborníků. Cílem je snížení využívání medikace a hospitalizace a podpora rodiny a komunitní sítě tak, aby péče člověka nestigmatizovala, ale společně s okolím hledala porozumění pro probíhající situaci a zdroje pro řešení. Výzkumy na práci case-specific týmů již proběhly (byť na malém vzorku řádově desítek klientů) a prokázaly účinnost oproti jiným přístupům ve snížení počtu dní hospitalizace jak během léčby, tak po skončení, nižší využívání medikace, snížení počtu dnů neschopnosti a snížení počtu relapsů.


Použité prameny:

Van Dam M., Ruiters L., de Wilde G.: National Report The Nederland. RINO Amsterdam, 2006

Přednášky a rozhovory během zahraničních stáží

Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2005:I-Mental health in Finland. Dostupné z: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3925.pdf&title=Mental_Health_in_Finland_en.pdf

Kemilä, A.V. (2008). Care Work with Mental Health and Substance Misuse Clients in Finland. Helsinki City College of Social and Health Care



Seikkula J., Aaltonen J. et al. (2003). Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and human science and services* 5 (3), 163-182
www.stakes.fi

Vzdělávání a výzkum v oblasti péče o duševní zdraví v Holandsku

Zpracovala: **Václava Probstová**

Úvod

S holandským systémem vzdělávání lidí pracujících v oblasti péče o duševní zdraví jsme se seznamovali nejen během stáží, ale také během 10 let společných projektů s holandskými partnery (MATRA I, MATRA II a zejména MATRA III - projekt na podporu vzdělávání, 2005). Asi nejvýznamnějším výzkumným projektem, zaměřeným přímo na oblast vzdělávání, byl evropský projekt „PSYCHO_RESCUE“ (2008), o kterém jsme podrobně referovali jinde (Sociální práce 2008/1, Na cestě, 2010). Výsledky projektu jsou zajímavé jako výchozí bod pro úvahu o současné situaci ve vzdělávání pracovníků v oblasti „psychiatrie“ v Nizozemsku a její srovnání se situací naší. Projekt byl zaměřen na šetření stavu a potřeb vzdělávání pracovníků v komunitních službách v péči o duševní zdraví. Ukázalo se, že čeští pracovníci většinu svých znalostí a dovedností získávali až během praxe a lišili se tak výrazně od kolegů v ostatních rozvinutých zemích (včetně Nizozemska), u kterých převažovaly cílené vzdělání a trénink již během studia. Potřeba vzdělávání u českých (vesměs mladých) pracovníků nebyla výrazná a odpovídala potřebám skupiny zkušených holandských case managerů. Ti ovšem ucelené systematické vzdělávání ve svém oboru již absolvovali, a jejich menší aktuální potřeby vzdělávání odpovídaly jejich profesní a životní situaci.

Výsledky tohoto projektu ovlivnily i naše úvahy při organizaci projektu Zahraniční stáže v oblasti péče o duševní zdraví. Bylo jasné, že naši pracovníci potřebují další vzdělávání, ale také že si potřebují konfrontovat na příkladech ze zahraniční praxe stav svých znalostí a dovedností tak, aby své potřeby vzdělání a tréninku dokázali ještě lépe definovat.

Zkušenosti ze stáží vesměs ukazují na vysokou profesionalitu a schopnosti samostatné práce u nizozemských pracovníků, pro které základní orientace na úzdravu (recovery), empowerment (zplnomocňování) klientů/pacientů a schopnost vyjednávání je standardem jejich práce.

Jak tedy vypadá situace ve vzdělávání pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví v Nizozemsku?

Pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví

V Nizozemsku (16 milionů obyvatel) v systému péče o duševní zdraví působí 2300 psychiatrů a 10 000 psychologů, z nichž polovina je registrována jako psychoterapeuti. Dále zde

pracuje 15000 psychiatrických sester, 6000 sociálních pracovníků a 6500 ne plně kvalifikovaných zdravotních a sociálních pracovníků. Všechny tyto profesní skupiny by měly být schopny ze zákona poskytovat i komunitní péči, ale v praxi tomu tak není (Resource Kit, 2008). Například většina psychiatrů pracuje na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, na odděleních psychiatrických nemocnic či pracují jako samostatní psychoterapeuti. V posledních letech díky rostoucí popularitě ACT týmů (Assertive community treatment) začíná počet psychiatrů v komunitních službách narůstat (převážná většina práce ACT týmů - intervencí a psychiatrické práce krizových služeb a "outreach" aktivit - je vykonávána sociálními psychiatrickými sestrami, psychiatři spíše jejich práci „zaštiťují“). Do 90. let docházelo v systému k nárůstu počtu typů profesí, zejména terapeutů s různými zaměřením. Od druhé poloviny devadesátých let se v Holandsku snaží zjednodušit počet profesí, které se v systému péče objevují. Přesto v systému nalezneme specifika, například sociální psychiatrické sestry nebo tzv. kreativní (creative) a psychomotorické (psychomotor) terapeuty (psychomotorická terapie je určena zejména pro lidi s poruchami příjmu potravy, úzkostnými stavy, je zaměřena na práci s tělem - tenzí, dechem, pohybem, prožíváním těla).

Mnohé z profesí (lékaři, sestry, psychologové) mají své specializace. Lékaři se jako u nás specializují na psyhiatry/psychoterapeuty, zdravotní psychologové na klinické psychology/psychoterapeuty a sestry na sociální psychiatrické sestry a sestry samostatně pracující (advanced nurse practitioners).

Vzdělávání pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví

52 % všech pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví (psychiatři, psychologové, sestry, sociální pracovníci) je vysokoškolsky vzděláno (mají plné universitní vzdělání nebo studium bakalářského typu), jen 11 % má nižší vzdělání (střední škola). Všichni odborní pracovníci jsou oficiálně registrováni v souladu se Zákonem o vykonávání zdravotních profesí (Individual Professions Health Care Act -Wet BIG) a stejně jako u nás se musí periodicky přeregistrovat a dokládat kontinuální vzdělávání, které absolvovali. Jistě i tato situace - jak výše vzdělání, tak i zaměřenost přípravy (viz výsledky výzkumu PSYCHO_RESCUE) umožňuje odborným pracovníkům (viz práce case managerů - sociálních psychiatrických sester) pracovat relativně samostatně (v rámci týmové práce).

Univerzity poskytují základní vzdělání jak pro psychology, tak dětské psychology a lékaře (4 roky). K dosažení základního vzdělání v oboru psychiatrie je nezbytné další 3leté studium. Na univerzitách, stejně jako u nás, lékaři a psychologové mohou pokračovat v postgraduálním vzdělávání (doktorandské studium). Bakalářské (tedy základní) vzdělání pro sestry a sociální pracovníky poskytují vyšší odborné školy (Hogescholen). Zde také mohou sestry a sociální pracovníci pokračovat v dalším vzdělávání (pobakalářské studium 2, 3 nebo 4leté).

Tzv. Instituty středně pokročilého pracovního vzdělávání (Institutes for Intermediate Vocational Education - ROCs) zabezpečují základní vzdělání pro sesterské pomocníky, kreativní a psychomotorické terapeuty (2-3 roky nebo 4leté vzdělávání v závislosti na úrovni vzdě-

lání). Standardem je propojení škol s praxí, běžnou záležitostí jsou dlouhodobé studijní stáže studentů na pracovištích.

Postgraduální studium pro psychology a psychoterapeuty je poskytováno neziskovými organizacemi, které zabezpečují SYSTÉM státem akreditovaného vzdělávání. Příkladem je RINO (The RINO Noord-Holland), nezisková organizace sídlící v Amsterdamu, která zabezpečuje kontinuální vzdělávání a trénink pro všechny profesní skupiny, které se podílejí na péči o pacienty/klienty s psychiatrickými problémy (zdravotní a klinické psychology, psychoterapeuty, sociální psychiatrické sestry, psychiatry, kreativní terapeuty, sociální pracovníky, pracovní terapeuty a všeobecné lékaře). RINO bylo založeno v roce 1986 jako jedna ze 7 regionálních neziskových organizací GGZ. Postupně se organizace slučovaly a regionální zaměření se rozplynulo. V současnosti existují další 2 RINO vzdělávací instituty - RINO Zuid v Eindhovenu a RINO-groep (skupina) v Utrechtu. Nabídka RINO institutů se lehce překrývá, ale zároveň mají i svá specifika. RINO v Amsterdamu nabízí ročně 300 kursů a programů, za své specifikum považuje kurzy zaměřené na diagnostiku a léčbu u dětí a adolescentů a jejich rodičů, psychiatrickou péči o seniory. RINO poskytuje tréninkové programy orientované na implementaci psychoterapeutických konceptů i pro konzultanty, školní a firemní poradce. Kurzy a tréninky pokrývají širokou škálu terapeutických přístupů, jsou krátkodobé, i trvající 4 roky. Cílem je, aby frekventanti získávali jak teoretické znalosti, tak si osvojovali praktické dovednosti a "přinášeli svou praxi do tříd". Domnívám se, že jen takto organizované kontinuální vzdělávání pro všechny členy multiprofesního týmu kolem pacienta/klienta (ať již týmu reálného nebo pomyslného, spojeného prací s klientem) může být opravdu efektivní a umožňuje mapovat potřeby praxe. Samy organizace poskytují vzdělávání přímo na pracovišti, zaměřené na potřeby místních týmů. Supervize a intervize jsou povinnou součástí praxe všech pracovníků.

Výzkum a vývoj v oblasti péče o duševní zdraví

Výzkum v oblasti péče o duševní zdraví v Holandsku spadá do kompetence výzkumných ústavů - neziskových organizací, které jsou financovány z veřejných finančních zdrojů (Evropské společenství se snaží působit na holandskou vládu, aby na řešení výzkumných projektů vypisovala veřejné soutěže). Praxe je ale taková, že se výzkum odehrává v několika největších ústavech. Asi největší je i v Česku známý Trimbos-institute (celým názvem Výzkumný a vývojový institut v oblasti duševního zdraví a závislosti), který má přes 200 zaměstnanců. V Trimbos institutu dlouhou dobu působil jako výzkumník v oblasti psychiatrické rehabilitace i Jaap van Weeghel, který se podílel na projektu MATRA II a svými pracemi z oblasti zejména pracovní rehabilitace významně ovlivnil i rozvoj psychiatrické rehabilitace u nás.

Závěr

I v Holandsku jsou kritičtí ke svému systému vzdělávání. Ale myslím, že máme stále co závidět. Orientace škol na praktické dovednosti, aniž by ztratily vysokou teoretickou úroveň, výborně organizované kontinuální vzdělávání pro všechny profesní skupiny jsou cíle, které se u nás daří zatím naplňovat jen obtížně (2007).

Použité prameny:

Probstová, V. (2007): Příspěvek na konferenci Otevřené otázky vzdělávání sociálních pracovníků. Katedra sociální práce FFUK, Praha

Probstová, V. (2008): Sociální práce 1, str.68-77

Probstová, V. (2010): Projekt Psycho-rescue. Na cestě ke komunitní psychiatrii. Sborník k 15 letům založení občanského sdružení Péče O duševní zdraví. Nakladatelství Theo

Resource Kit per l'operatore psichiatrico di komunita (2008). Leonardo da Vinci Program, Istituto Superiore de Sanita, Řím

Systémy podpory v oblastech bydlení a práce

Zpracovali: **Marek Fiala, Pavel Říčan, Jiří Šupa**

1. Česká republika

Bydlení

Současná situace v České republice je podstatně ovlivněna několika faktory. Prvním je jev známý jako sociální hospitalizace. Psychiatrické léčebny dosud z části slouží jako levné ubytování pro pacienty, kteří jsou opuštěni, finančně nezajištěni a mají sníženou schopnost obstat v normálním životě. Systémy chráněného bydlení jsou vlivem této skutečnosti stále spíše pilotního rozsahu a až na výjimky nepočítají s klienty s mnohonásobnými potřebami.

Druhý faktor souvisí se zákonem o sociálních službách. V tomto zákoně je chráněné bydlení pojato jako služba kofinancovaná z příspěvku na péči. Vzhledem k tomu, že příspěvek na péči má zanedbatelné procento osob s duševním onemocněním, dostávají se současní provozovatelé tohoto typu služby do finančních potíží – jejich klientela je z větší části insolventní. Současné nastavení v zákoně spolu s minimálním počtem příspěvků na péči v cílové skupině účinně zabraňuje rozšíření služeb bydlení v ČR. Podle Pěče et. al (2009) máme v Praze k dispozici cca 60 lůžek v komunitních službách, zatímco potřebnost je 4 300 míst.

Navzdory těmto skutečnostem řada služeb typu chráněného bydlení stále funguje a navíc docela dobře. Mezi poskytovatele patří Bona o. p. s., Eset Help, Ledovec, Fokus Praha, Fokus Mladá Boleslav, Fokus Liberec, Fokus Vysočina, Charita Opava, Sdružení Práh a další.

Co do počtu lůžek mírně převažuje model rehabilitačního bydlení, ve kterém je služba chápána jako tranzitní s délkou pobytu 1 – 3 roky. Méně častá jsou chráněná bydlení, umožňující setrvat libovolně dlouhou dobu, jako je tomu v případě Fokusu Liberec nebo Diakonie ČCE v Brně. Největší poskytovatel skupinového chráněného bydlení Bona o.p.s. dobu pobytu dopředu nestanovuje, nicméně trvá na rehabilitačním charakteru služby.

Chráněné bydlení bylo jednou z prvních komunitních služeb, které v ČR vznikly, má tedy dvacetiletou tradici a propracované rehabilitační postupy. Chráněné bydlení může mít skupinovou nebo individuální formu, přičemž skupinová forma je obvykle spojená s větší mírou podpory, komunitními prvky jako je společné stravování i část programu a 24hodinovou přítomností personálu. Podporované bydlení jako služba nabízející praktickou pomoc ve vlastních bytech klientů představuje perspektivní variantu pro minimální stigmatizaci a nízké riziko vzniku závislosti na službě. V Praze čerpalo tuto službu v roce 2009 cca 130 osob. Skutečné množství klientů, kteří podporu v samostatném bydlení využívají, je obtížné určit, protože někteří poskytovatelé ji vykazují jako sociální rehabilitaci, aby ji klienti nemuseli hradit.

Další možností, která se nabízí osobám s duševním onemocněním, jsou domovy se zvláštním režimem, do kterých byli po roce 2007 sestěhováni duševně nemocní klienti z domovů důchodců. Tento typ podpory je směřován na zachování kvality života a reprezentuje trvalé řešení bydlení s celou řadou nevýhod, které přináší prostředí velkých institucí, jak je popisuje např. Pfeiffer (2009).

Práce

Chráněné práci se v ČR daří. Spolu s chráněným bydlením byly chráněné dílny prvními službami vzniklými v devadesátých letech minulého století.

Dodnes představují programy chráněných dílen suverénně nejrozšířenější formu pracovní rehabilitace. Je tomu tak zřejmě proto, že legislativa a návazné finanční mechanismy vytvářejí prostředí, ve kterém se vyplatí zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve specializovaných dílnách, spíše než na otevřeném trhu práce.

Lze říci, že chráněné dílny mají nesporný přínos pro své zaměstnance, nicméně příliš nefungují jako program, který vede k uplatnění na otevřeném trhu práce.

Slibnou alternativu k chráněným dílnám představují sociální firmy. I když zatím nelze mluvit o jejich významnějším zastoupení.

Bohužel pouze v omezeném rozsahu existují v ČR programy podporovaného a přechodného zaměstnávání, kterým se daří umisťovat motivované klienty na otevřeném pracovním trhu.

2. Finsko

Systém péče o duševní zdraví ve Finsku je decentralizovaný. Je organizovaný na místní úrovni 336 městskými úřady (municipalities) v pěti provinciích.² Země má 21 nemocničních distriktů zajišťujících specializovanou péči. Městské úřady jsou zodpovědné za organizování mimonemocniční péče o duševní zdraví a některé rehabilitační služby jsou zajišťovány prostřednictvím systému primární péče o duševní zdraví ve zdravotnických centrech a skrze sociální služby.

Ve Finsku došlo k nejvýraznějšímu úbytku psychiatrických lůžek mezi lety 1980 a 1993. Zatímco v roce 1980 zde bylo na 100 tisíc obyvatel 400 lůžek, o 13 let později se tento počet snížil více než třikrát na 143 lůžek.

Od roku 1990 dochází k velkému posunu od institucionalizované péče směrem k mimonemocniční komunitní podpoře, která zahrnuje i podporu bydlení a pracovní rehabilitaci.

Bydlení

Ve Finsku funguje podobný systém podpory jako v České republice. Klienti mohou procházet různými formami bydlení lišící se mírou poskytované podpory. Například pacienti propuštění z lůžkového zařízení mohou využívat chráněného bydlení (rehabilitation houses, support homes), kde je zajištěna 24hodinová péče, přičemž cílem je přechod do komunity,

2 Počet těchto úřadů kolísá, údaj je aktuální v roce 2011.

kde mohou počítat s podporou sociálního pracovníka. Podoba chráněného a podporovaného bydlení je různorodá – od komunitního bydlení přes ubytovny (hostels), kde má člověk vlastní pokoj. Různé jsou i formy nájmu, někde mají dlouhodobou smlouvu, někde platí každodenní pronájem. Obsah práce sociálního pracovníka ve Finsku zahrnuje v podstatě stejná témata jako v Čechách (finance a pomoc s vyřizováním každodenních záležitostí).

V oblasti Kajaani, ve které probíhaly stáže pracovníků komunitních služeb z ČR lze vidět především výbornou klinickou práci s lidmi v místě jejich bydliště nebo v jeho blízkém okolí.

Místní dům na půl cesty umožňuje ubytování na dobu neurčitou v samostatných bytech. Možné je ale i využívání služby pouze o víkendech.

Funguje zde také bydlení pro mladé lidi přímo v rámci nemocnice na tzv. rehabilitačním oddělení. Oddělení je koedukované, dívky i chlapci bydlí v samostatných pokojích. Klienti mají pro období pobytu v zařízení vypracované rehabilitační plány. Na oddělení dochází lékař 1x měsíčně, za vydávání léků jsou zodpovědné psychiatrické sestry. Mladí lidé musí dodržovat denní program, zároveň však mají velkou míru volnosti – mohou si například dovést kamaráda z venku. Při práci je využívána také psychoedukace. Programu se mohou účastnit rovněž lidé, kteří na oddělení nejsou ubytováni. Mladí lidé jsou podporováni v hledání a získání práce. Po skončení pobytu podporují klienty pracovníci z jejich case specific týmu. Pobyt si hradí pacienti sami.

Rehabilitační oddělení připomíná mnohem víc komunitní chráněné bydlení než pavilon nemocnice. Svědčí o tom nejenom civilní interiér, ale i některá pravidla. Například od 9 večer do 7 ráno je zakázáno rušit ostatní členy *komunity*. Pacienti si sami uklízejí, stelou postele a střídají se ve službách na vaření.

Práce

Chráněné dílny jsou ve Finsku řízeny především městskými úřady, nebo organizacemi vlastněnými městskými úřady, v menší míře jinými organizacemi. I přes snahu vést lidi využívající dílny k práci na otevřeném trhu, zůstávají někteří na těchto místech natrvalo. Do devadesátých let byly tyto dílny hojně finančně podporovány. Později bylo rozhodnuto, že finanční podpora pro člověka na tomto místě bude poskytována jen po omezený počet let. Toto rozhodnutí vedlo k hledání dalších zdrojů a možností. Z chráněných dílen začala vznikat centra, která poskytují rehabilitaci, trénování dovedností, pracovní zkušenosti. Z jiných se vyvinuly sociální firmy, které se privatizovaly a zaměřily na zvýšení produktivity pracovníků.

Pro mladé nezaměstnané funguje přibližně 300 sociálních dílen, kde mohou získat pracovní zkušenosti.

Sociální firma (social enterprises) je definována jako na trh orientovaná firma s vlastními produkty nebo službami, ve které musí být nejméně 30 % lidí s postižením nebo dlouhodobě nezaměstnaných. Aby firma mohla být nazvána sociální firmou, tak v ní musí být minimálně jeden zaměstnanec s postižením³. Zároveň musí nejméně 50 % výnosů pocházet

3 Pokud firma zaměstnává 1000 lidí, tak 299 může být dlouhodobě nezaměstnaných a 1 člověk s postižením a firma může být uznána jako sociální.

z jejího výrobního programu. Mzdy musí být pro všechny zaměstnance ve stejné výši, ať už jsou znevýhodněni nebo ne, tak jak to odpovídá obecným ujednáním v oblasti průmyslu. Sociální firma musí být zaregistrována v registru Ministerstva práce. Podpora těchto firem spočívá v tom, že mohou žádat o financování mzdových nákladů na handicapované zaměstnance až do výše 50 % po dobu tří let nebo i déle. Ve Finsku je 154 registrovaných sociálních firem (social enterprises) a fungují na základě speciálního zákona z roku 2004.

Podporované zaměstnávání (supported employment) je ve Finsku definováno jako „placená práce v integrovaném prostředí, které zahrnuje měsíčně nejméně dvě návštěvy pracovníka na pracovišti.“

Lampinen (2010) ve své zprávě uvádí, že ve Finsku dochází k podobným problémům, které známe z České republiky. Mnoho služeb připravuje lidi na práci v oddělených dílnách mimo běžné pracovní podmínky nebo zaměstnavatelé nabírají lidi do práce na otevřeném trhu na pracovní zkoušku, aby se tito lidé zakrátko vrátili zpátky do sociálních služeb.

Dobrá praxe

Finský model komunitních služeb je radikálně decentralizovaný – o rozsahu služeb rozhodují místní municipality. Nespornou výhodou je, že rozhodnutí jsou přijímána dle místa zjištěných potřeb a jsou integrovány sociální a zdravotní služby. V důsledku tohoto pojetí se však také mohou služby co do kvality i kvantity v různých částech Finska výrazně lišit.

Jako příklad dobré praxe z Finska vystupuje do popředí především přístup case-specific týmu, který je zaměřený na dlouhodobou a kontinuální podporu a ve velké míře zapojuje rodinu člověka s duševní nemocí a jeho okolí. Příkladná je spolupráce mezi členy týmů, které se vytvářejí pro podporu každého klienta zvlášť. Je možné, že by práce s lidmi s první atakou nemoci inspirovaná přístupem case-specific týmu mohla vést ke snížení pravděpodobnosti relapsu, zvýšení soběstačnosti a udržení si místa ve vzdělávacím nebo pracovním procesu.⁴

Výhodou finského modelu je skutečnost, že pracovníci služeb bydlení či práce se mohou flexibilně stávat členy case specific týmů, čímž je zajištěna jejich součinnost na konkrétním případě. Dá se říci, že spolupráce je organizována okolo klienta a jeho potřeb, spíše než na bázi předávání informací mezi institucemi.

Systémy bydlení a práce ve Finsku jsou s našimi systémy v mnohém srovnatelné. Zdá se však, že jsou Finové – na rozdíl od nás - schopni hodnotit efekt služeb a měnit podle toho legislativu a finanční toky. Příkladem může být právě opuštění podpory konceptu chráněné práce a legislativní zakotvení sociálních firem v poměrně nedávné době.

Další inspirací z Finska může být velká variabilita nabídky služeb v oblasti bydlení. Proč například nezavést nabídku krátkodobého odlehčovacího ubytování? V této souvislosti se jeví jako obzvlášť limitující určitá rigidita a administrativní zátěž, kterou přináší současná podoba zákona o sociálních službách.

4 *Výzkum Seikkuly a jeho kolegů (2003) ukázal, že tzv. přístup založený na otevřeném dialogu (podobné principy podpory jako case-specific tým) vedl ke snížení frekvence relapsů, kratším hospitalizacím, snížení medikace a ke zlepšení pracovního statusu.*

3. Nizozemí

Transformace péče o duševně nemocné v Nizozemí započala zhruba před 30 lety. Deinsti-tucionalizační zákony vešly v platnost na konci 80. a začátkem 90. let 20. století. Systém péče začal být regionálně konstruován s tím, že za region je považováno území s počtem obyvatel od dvou set do pěti set tisíc. V tomto období dochází ke vzniku regionálních center pro extramurální psychiatrickou péči, která se postupem času začala spojovat s transformujícími se psychiatrickými nemocnicemi. Velké nemocniční komplexy se zavíraly a nemocniční péče se začala přesouvat do menších, postupem času nově vystavěných budov, které byly umístovány v centrálních částech měst. Hlavní linie transformace byla tedy zaměřena na vybudování nových zařízení a vytvoření sítě komunitních služeb, které by byly schopny nahradit dosavadní výhradně nemocniční péči. Hlavními cíly transformace se staly dehospitalizace, individualizace, rehabilitace a decentralizace.

Bydlení

V době transformace péče dochází k nárůstu počtu kapacity míst v různých typech chráněného bydlení. Transformace péče však neznamena-la snížení počtu osob, které trvale využívají služby pro duševně nemocné - v roce 1980 bylo v nemocnicích nebo chráněných bydle-ních okolo 30 tisíc osob, v roce 2005 bylo ve stejných zařízeních již přes 42 tisíc osob (s tím, že většina z uvedených osob využívá služby chráněného bydlení, a to hlavně z toho důvo-du, že došlo ke snížení počtu lůžek v nemocnicích a narostl počet lůžek v různých typech chráněného bydlení).

V Nizozemí existuje široká škála služeb bydlení odlišujících se mírou podpory a možností doby setrvání v zařízení. Je nutno podotknout, že služby se liší region od regionu, přičemž záleží na politice lokálního poskytovatele služeb, na lokální historii, na možnostech finan-cování služeb a podobně. Mezi služby bydlení lze zařadit chráněná bydlení, podporu sa-mostatného bydlení včetně sociálního bydlení a bydlení pro lidi bez domova.

Chráněné bydlení je široký pojem pro aktivity, které zahrnují služby s různou mírou pod-pory. Může se jednat o bydlení pro chronické pacienty, kteří bydlí v zařízení připomínající spíše nemocniční oddělení – personál je přítomen 24 hodin denně, léky jsou personálem klientům dávány denně, klientům je vařeno (mimo dnů, kdy se klienti domluví, že si uvaří sami, což je cca 1-2x týdně), klienti bydlí v jednolůžkových pokojích (mají společnou kuchy-ni a společenskou místnost), ale jsou řazeni do skupin (většinou do 10 klientů), a tato skupi-na žije svůj komunitní život.

Na druhé straně spektra služeb chráněného bydlení můžeme nalézt bydlení, které by-chom pojmenovali spíše jako bydlení s podporou, tzn. lidé s duševním onemocněním zís-kají byt v domě, kde žijí lidé bez handicapu a do bytu za klienty chodí pracovníci služeb, kte-ří jim pomáhají zvládat každodenní život.

Mezi služby chráněného bydlení lze počítat i projekty zaměřené na specifické skupiny lidí s duševním onemocněním. Jako příklad je možné uvést služby pro lidi s duální diagnó-zou (většinou schizofrenie + závislost na psychotropních látkách) – „Housing project for

dual diagnosis“. Tento projekt vychází z filosofie „housing first“ – tzn. lidem bez domova je třeba nejprve najít bydlení, aby se dostali z patologického prostředí, a potom je možné s nimi pracovat na jejich rehabilitaci a návratu do života. Program má svá jasná pravidla, mezi která ovšem (možná překvapivě) nepatří 100% abstinence. Pokud klient poruší abstinenci, považují to pracovníci za příležitost o situaci hovořit a pokusit se klienta „posunout“ dál v jeho rehabilitaci.

Celý systém má řadu silných stránek. Především je tu velká variabilita služeb, zahrnující i velmi specializované programy pro lidi s duální diagnózou nebo bezdomovce. Některá chráněná bydlení fungují jako alternativa pro hospitalizaci – jedná se o takzvané stabilizační pobyty pro klienty, kteří selhávají ve svých domovech. Služby bydlení jsou také propojené se zdravotnickými zařízeními a umístěny v centrálních částech měst. Šíře nabídky umožňuje i chronickým pacientům bydlení v podmínkách, které podporují kvalitu života.

Zajímavé je, že i přes velké množství míst v různých typech chráněného bydlení se pacienti setkávají s dlouhou čekací dobou před vstupem do služby. Je to zřejmě způsobeno tím, že přechod z chráněných do nechráněných podmínek je složitý a celý systém je málo „průtočný“. Vzhledem k tomu, že stále roste počet klientů v rezidenčních službách, uvažují Holanďané také vážně o tom, zda vysoká nabídka nevyvolává vysokou poptávku.

Práce

V Nizozemí existuje široká škála podpory pracovních dovedností. Jedná se o centra denních aktivit, práci v chráněných podmínkách organizací poskytujících služby pro duševně nemocné, sociální firmy a podporované zaměstnávání.

Pracovní činnost v centrech denních aktivit je hodně „volná“ – většinou klienti nejsou vázáni pracovní dobou, mohou do pracovního programu přijít, kdy chtějí, a odpracovat tolik, na kolik stačí (např. jen jednu hodinu). Za tuto odpracovanou dobu dostávají finanční odměnu. Nutno říci, že se jedná o odměnu spíše symbolickou. Klienti jsou většinou finančně zajištěni důchody nebo jinými sociálními příjmy od státu.

Práce v chráněných podmínkách a sociálních firmách má podobný ráz jako práce v centrech denních aktivit, tzn. docházka je na rozhodnutí klienta (i když klienti jsou profesionálně motivováni k pravidelné docházce). Pracovní činnosti jsou různorodé, ale platí pravidlo, že práce má být smysluplná a pokud možno využitelná komerčně. Organizace zaměstnávající handicapované lidi mají tedy své pracovní programy zaměřeny tak, aby byly alespoň částečně ziskové. Vějíř prací je poměrně široký, jako příklad můžeme uvést opravnu jízdních kol, restaurace, zemědělské farmy, minizoo + ekologické vzdělávací centrum nebo dílnu na recyklaci elektronických zařízení.

Sociální firmy jsou většinou zakládány fyzickými osobami, velmi často ex-uživateli služeb nebo právníckými osobami – městskými úřady nebo církevními organizacemi. Všechny firmy se snaží být finančně soběstačné, snaží se najít „díru“ na trhu a tu zaplnit. Další výhodou těchto firem jsou nízké mzdové náklady na zaměstnané klienty. Tyto mzdy jsou totiž spíše symbolické.

Model podporovaného zaměstnávání (v zahraniční literatuře se v souvislosti s osobami s duševním onemocněním používá termín „Individual Placement and Support – IPS“) vychází z předpokladu, že většina lidí s duševním onemocněním si přeje být zaměstnaná na otevřeném trhu práce, kdy toto zaměstnání přináší ocenění společnosti, rozvoj osobních dovedností a sociálního kontaktu. V Nizozemí duševně nemocní patří mezi skupinu, která má nejmenší podíl zaměstnanosti na otevřeném trhu práce – cca 12 %. Model podporovaného zaměstnávání byl přejet z USA, kde je velmi úspěšný. Při implementaci do Nizozemí se ukázalo několik bariér, které by mohly zabránit jeho úspěšné adaptaci na evropské podmínky:

1. Pracovní místa, která by byla vhodná pro lidi s duševním onemocněním, jsou často obsazována lidmi s nízkým vzděláním, mladými lidmi bez pracovních zkušeností nebo imigranty. 2. Sociální systém v Nizozemí zajišťuje klientům stabilní zdroj příjmů, takže mají nižší motivaci pracovat za mzdu. Služba podporovaného zaměstnávání je v Nizozemí poskytována specialisty v rámci terénních multidisciplinárních týmů (Function Assertive Community treatment – FACT).

Hlavní důraz v oblasti zaměstnávání se v současném Nizozemí klade na sociální firmy, které získávají kredit u veřejnosti a jsou považovány za dobrý odrazový můstek (údaj zaznamenaný hodný do CV) pro získání místa na otevřeném trhu práce. Jako příklad je možné uvést restauraci FREUD v Amsterdamu. Jako druhý pilíř při zaměstnávání duševně nemocných se stále více používá model podporovaného zaměstnávání.

Dobrá praxe

Příklady hodných následování je v Nizozemí celá řada. V oblasti bydlení to je rozšíření vějíře služeb o specializované programy například pro klienty s duální diagnózou nebo pro klienty bez domova. Zajímavá je také varianta bydlení, které je alternativou pro hospitalizaci – takzvané stabilizační pobyty pro klienty, kterým se nedaří krizi zvládnout v jejich domácím prostředí.

V oblasti práce můžeme Holanďanům závidět, že mají základní data o tom, kolik osob s duševním onemocněním má práci na otevřeném trhu. Velmi bychom potřebovali legislativní a materiální rámec, který by po nizozemském vzoru umožnil rozvoj sociálního podnikání a strategií podporovaného zaměstnávání. Důležitá je také zkušenost, že sociální firmu může provozovat městský úřad nebo ex-uživatel služeb. Všechny podpůrné programy nemusí do budoucna realizovat jen stávající poskytovatelé specializovaných služeb. Společným jmenovatelem zpráv ze stáží českých pracovníků v komunitních službách v Nizozemí je obdiv k respektujícímu přístupu Holanďanů a k hledání pragmatických řešení pro konkrétní klienty. Naše domácí systémy podpory působí v tomto srovnání poněkud upjatě.

Použité prameny:

- Beadle - Brown J., Kozma A. eds. 2007. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs (report of European Study). Volume 3: Country reports: Tizard Centre. University of Kent. Dostupné z: http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research_projects/DECLLOC_Volume_3_Country_Reports.pdf
- Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2005:I-Mental health in Finland. Dostupné z: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3925.pdf&title=Mental_Health_in_Finland_en.pdf
- Dam van M., L. Ruiter L., Wilde de G. 2006. Project Psycho Rescue - National Report The Netherlands, Social security programs throughout the World: Europe 2010, Dostupné z: <http://www.ssa.gov>
- Erp van N. H. J. et al. 2007. A Multisite Study of Implementing Supported Employment in the Netherlands. *Psychiatric services*. 58(11)
- Fiala M. Poznámky ze stáží v Nizozemí – Utrecht (1999), Amsterdam (2005), Dordrecht (2010). Nepublikováno
- Giel J. M. et al. Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care* 7(27) ISSN 1568-4156
- Jilek V. 2010. *Psychosociální aspekty pobytu na chráněném skupinovém bydlení u osob s onemocněním schizofrenního okruhu* (Diplomová práce, Univerzita Palackého 2010)
- Kärkkäinen S. L. 1999. Supported Housing as Means to prevent Homelessness. Dostupné z: http://www.feantsaresearch.org/files/national_reports/finland/finland_supportedhousing_1998.pdf
- Lampinen, P. 2010. Employability challenges and opportunities. Dostupné z: <http://www.skillsfinland.fi/julkiset/TaitajaPLUS/Lampinen.pdf>
- Lampinen P., Pikkusaari S. 2010. Working as jobcoach – experiences and competences of job coaches in relation to the Finnish system of SE. Dostupné z: <http://www.euse.dk/upl/9017/EUSECopenhagenpaullineBoplg1.pdf>
- Pěč O. et al. 2009. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. *Psychiatrie* 13(1), 10-14
- Pěč O., Bajer P. et al. 2008. *Sociální práce 1/2008*
- Pfeiffer J. et al. 2009. Zpráva odborné skupiny o přechodu institucionální péče na péči komunitní Evropská společenství. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001588.pdf>
- Ravelli Dick P. 2006. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* 6(15). ISSN 1568-4156
- Seikkula J., Aaltonen J. et al. 2003. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and human science and services* 5 (3), 163-182
- Zprávy ze stáží projektu CRPDZ - Zahraniční stáže v oblasti péče o duševní zdraví (2009 – 2011). Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavani-staze-dokumenty.html>

Další odkazy:

- www.vates.fi
- www.kuntoutussaatio.fi/en/rehabilitation_foundation
- <http://www.mielenterveysseura.fi/en/>
- http://www.mtkl.fi/in_english/
- <http://ensie.x004.xtrasite.be/Elexies/Nationalfilingcard/Finland/tabid/1327/Default.aspx>

Krizové služby v Holandsku

Zpracovala: **Zuzana Foitová**

Akutní pomoc poskytují specializované týmy „akutního zaopatření“ (Acuut Behandelteam, ABT) ev. pod názvem emergentní, a dále postupně vznikající týmy ACT, nebo v holandské modifikaci FACT (funkční ACT). Jejich podoba se trochu může lišit podle regionálních podmínek, někde je rozvinutější a zaběhnutější než jinde. Já jsem měla možnost nahlédnout do služeb v oblasti Zeeland (jih Holandska přímo u moře), v oblasti Dordrechtu (menší město poblíž Rotterdamu) a díky tomuto projektu v Amsterdamu, takže vycházím v textu z těchto zkušeností.

Akutní péči přirozeně poskytují i lůžková zařízení – psychiatrická oddělení (název „Klinik“ v Holandsku vyjadřuje prostě lůžkové zařízení, nikoli jen univerzitní či školící); ta však nejsou první na řadě – vstupní branou do systému jsou týmy akutního zaopatření.

Adiktologie je integrována do systému péče o duševní zdraví, nerozlišují se „mezispecializace“. Starost o bezdomovce, závislé a duševně nemocné se považuje za společnou pro policii a zdravotní služby. Účast policie dokládá systém spolupráce, multidisciplinaritu a komunitní přístup. V situaci krize se vždy oslovuje komunita, tedy sociální síť pacienta - rodina, kamarádi, sousedi; to platí i pro cizince intoxikované drogami (krizové služby telefonují kamkoli po světě a mají k tomu nasmlouvané služby tlumočnicků).

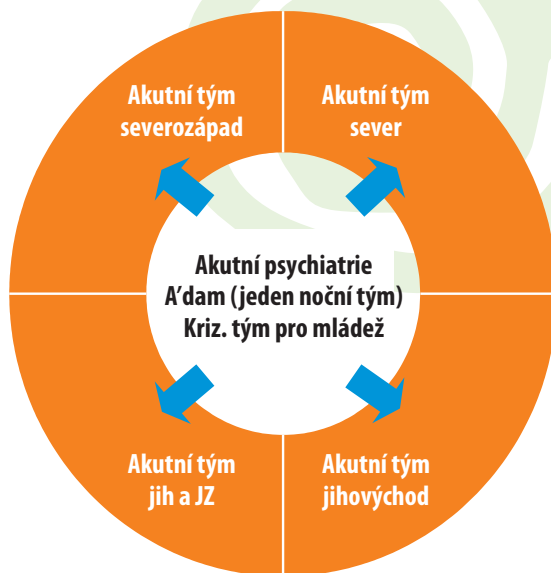


Schéma: Jurgen Cornelis, 2011

V Amsterdamu je vzájemná dostupnost psychiatrů a policie 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Systém je jednoduchý: 4 akutní týmy, které pracují přes den s běžnou pracovní dobou, mají oblasti města regionálně rozdělené; v noci veškerou akutní službu přebírá jeden centrální emergentní tým, v němž střídavě slouží různí členové všech akutních týmů; následující ráno se pomocí videokonference předávají noční případy k další péči do těch týmů, kam regionálně spadají.

Vedle těchto týmů (paralelně s nimi) ještě v Amsterdamu funguje specializovaný mobilní krizový tým pro mládež (Mobiel Crisisteam Jeugd, MCJ).

Multidisciplinární týmy FACT

Dvakrát ročně povinné použití CANu a HoNOSu - je to systémem zdravotního pojištění vyžadovaný výkon. Aktivní vyhledávání potenciálních klientů – nádraží, restaurace, přístav. V době stabilizace klienta se pracuje běžným case managementem, v době zhoršení poskytují asertivní službu - zajišťuje stejný tým, jen v jiné intenzitě práce. Nejdůležitější principy a charakteristiky: každé ráno porady s detailní specifikací denní činnosti týmu, společná dokumentace, minimum času v kanceláři a maximum v přirozeném prostředí pacienta, minimum času na poradách – preferuje se písemná forma předávání informací. V týmu se sdílí zodpovědnost - za problémy, ale i úspěchy pacientů. Pacienti mají k dispozici soukromé číslo terapeutů a mohou volat do 10 hodin večer. Stabilizované klienty předává tým do rehabilitačních služeb. Čerpání služby není časově omezeno, ale platí přístup - „i když je nemoc na celý život, neznamená to, že klient bude v péči celý život“. Principy: složení týmu, znalost lokality i ze sociologické, antropologické a náboženské stránky.

Akutní tým Sever v Amsterdamu

Nad mapou Amsterdamu mi vedoucí týmu Jerzy Koopmans vysvětlil charakter oblasti „nad velkým kanálem“ (na sever za vodou), kterou tým svými službami pokrývá, a to i ze sociologického a ekonomického hlediska. Je to oblast chudších a chudých lidí, méně vzdělaných (Holanďané používají dokonce lehce posměšné úsloví „IQ severního Amsterdamu“), dělníků a přistěhovalců; ti se sem historicky posunuli ze západní části centra, když tato oblast začala být zajímavá pro umělce a později i developery a zazobance. Z výkladu bylo znát, že tým má velmi dobré povědomí o základní sociologii obyvatelstva, pro které funguje, a tedy může dobře zohledňovat kontexty – etnický, náboženský, sociální.

Tento tým má 8–9 členů, ale z toho pouze čtyři jsou stálí „kmenoví“, ostatní jsou stážující. Stálí členové – psychiatrická, psychologka a dva muži s odborností komunitní psychiatrické sestry (z toho jeden vedoucí týmu – Jerzy). Další členové pobývají na dlouhodobých stážích, např. lékařka specializující se na psychiatrii má praxi v týmu 12 měsíců, další muž „komunitní psychiatrická sestra“ ve výcviku je zde na 3 měsíce apod. Proto jsou plně a převážně samostatně zapojeni v každodenní práci týmu. Nejkratší stáž je na 3 týdny, to zde bývají praktičtí lékaři.

Informace

mezi týmy, které sídlí v různých částech města (nebo – jako v oblasti Dordrechtu – i v různých městech) se předávají každé ráno pomocí videokonference. V týmech, které školí většinou jednou až dvakrát týdně jeden ze stážujících, referuje o případu takto před ostatními, kteří pak komentují a diskutují - diagnózu, postup léčby, v případě psychiatrů samozřejmě medikaci ap. Reference jsem slyšela stručné, ale velmi výstižné, více než u nás zaměřené na psychologické a vztahové souvislosti pacientovy historie a jeho významné životní události. O medikaci se hovořilo výrazně v souvislosti se snahou eliminovat nežádoucí vedlejší účinky.

Následuje ranní porada samotného týmu - předávání o práci z minulého dne, plánování denních úkolů jednotlivých členů týmu. Žádné dlouhé řeči, zápisy většinou elektronické s promítáním tabulek na plátno (zeď). Práce je klidná, soustředěná, rozhodování se děje svižně, je patrné, že tým i členové jsou ve svých rolích, kompetencích, zaměření a úkolech „doma“.

Akutní tým v Amsterdamu pracuje s klienty běžně 3-6 měsíců, pak je předává do dalších služeb. Jen výjimečně si nechává v péči klienty déle, týká se to 2 – 3 klientů z 90, které má tým celkem v evidenci, tj. asi 3%. Jak je patrné, case-load takového týmu činí zhruba 12:1, tj. 12 pacientů na jednoho pracovníka. Nejpozději po 3 měsících musí mít klient vypracovaný terapeutický plán, to vyžaduje pojišťovna.

Jiné týmy

– např. FACT tým v Dordrechtu, zaměřený na pacienty s „double/triple trouble“ (duální diagnózy, tedy problémy současně s duševním onemocněním a se závislostí, někdy navíc jako třetí problém bezdomovectví), naopak pracuje se svými klienty dlouhodobě; mnoho měsíců častokrát trvá jen navazování kontaktu a nabízení pomoci či léčby, později řada pacientů relabuje (propadá znovu užívání návykových látek a/nebo do psychózy), a práce tedy začíná znovu.

Amsterdamský akutní tým nemá přísně vymezenou cílovou skupinu (diagnosticky), pracuje s jakýmikoli lidmi v akutní psychické nouzi. Příklad šíře záběru – od suicidálního pedofila po propuštění z vězení, přes mladou ženu závislou na drogách a živící se prostitucí, která zjistila, že je těhotná, až po akutně psychotického mladého muže tureckého původu. Nejedná se tedy jen o klienty s psychiatrickou diagnózou (samozřejmě jsou také), ale o lidi v těžké životní situaci, na niž reagují naléhavou psychickou tísní.

Organizace každodenní práce týmu: jeden ze členů má službu u telefonu, celý den přijímá hovory. Ostatní jdou do terénu podle rozpisu návštěv, který se tvoří průběžně a každé ráno upřesňuje. Pokud telefonický hovor přinese naléhavý případ, může dostat přednost před některým plánovaným. K neznámým klientům a k těm, kde lze očekávat nějaké problémy či přímo agresi, jezdí pracovníci ve dvou, jinak v jednom. Poměr mužů a žen v týmu je zhruba 1:1. Pracují od 8 hodin do 17 hodin, pak službu přebírá noční emergentní tým, společný pro celý Amsterdam.

Tým má k dispozici jednu týmovou místnost, každý svůj počítač a telefon, k tomu společné zařízení – tabuli klientů, plachty (desky A3) s rozpisem návštěv, kontakty na další akutní týmy, policii, další služby atd. Zde je též technika na videokonference. Kartotéka. V místnosti je jen umyvadlo a rychlovarná konvice, pár skleniček a hrnků, žádná velká kuchyňka.

Kromě toho má tým dvě konzultační místnosti, velmi jednoduše zařízené – stůl, stolek, židle, celkem bez výzdoby. Tým sídlí v areálu nemocnice, v blízkosti psychiatrického oddělení o 24 lůžkách (dvě části po 12). S oddělením spolupracuje, ale nemá organizačně ani personálně nic společného. Na oddělení jsem se byla podívat, uzavřená část má jednolůžkové pokoje s jednoduchým zařízením a též čtyři izolační místnosti pro neklidné pacienty, žádná momentálně nebyla obsazena. Vede se diskuse, zda izolovat či medikovat. Základním deklarovaným smyslem hospitalizace je dát strukturu – ráno vstát, pak snídaně, léky, terapie, oběd, aktivity, odpočinek, večeře. Oddělení je pěkné, ale žádný luxus, celkově se však moc neřeší, neboť hospitalizace je jen okrajovou částí léčby, nikoli jádrem péče.

Příklad:

Byla jsem přivzvána na návštěvu týmu u nového klienta doma. Přes jinou organizaci - péče o děti- byl vyzván akutní tým. Jedeme (jak jinak) na kolech - stážující psychiatrička, stážující zdravotní bratr a já. Vítá nás mladý muž etnicky menšinového původu, je plachý, působí posmutněle, ale ochotně vypráví o zvláštních prožitcích, nejspíše halucinace více smyslů. Rozhovor vede hlavně psychiatrička. Při první návštěvě se vůbec nikdo nezmiňuje o léčbě apod., plánuje se jen další postup k upřesnění potíží; Návštěva trvá asi hodinu, zjišťuje se hlavně, zda muž není suicidální nebo zda nějak neohrožuje rodinu. Pozván na sezení do sídla týmu v nemocnici, plánuje se i somatické vyšetření, které si obstará sám, dostal telefonické kontakty. Druhý den bude lékařka a zdravotní bratr o návštěvě referovat v týmu a společně plánovat další možnosti.

Diskutujeme otázky vyhodnocování efektivity služeb – dotazníky, grafy. Tým pracuje s průběžným vyhodnocováním pokroku a spokojenosti v léčbě podle metody dr. Scotta Millera (Int. Center for Clinical Excellence) – používá jeho Session Rating Scale a Outcome Rating Scale, které zanáší do grafu a sleduje tak efektivitu práce.

V týmu je klidná, pracovní atmosféra, žádný stres, ale akční. Všichni jsou vstřícní, v práci spokojení, orientovaní. Vedoucí je dynamický, rychlý, rozhodný – tahoun týmu. Psychiatři jsou v týmu vždy aspoň dva, někdy 3, integrální členové. Medikují, ale je to jen jeden z nástrojů práce, ne v první linii. Psycholog vyšetřuje a pracuje s rodinami. Velký důraz se klade na práci se sociální sítí pacientů, nemusí to být jen rodina, ale i kamarád(i), sousedé – pěstuje je systémový (systemický) přístup.

Legislativní rámec péče o duševní zdraví

Vypracoval: **Jan Stuchlík**

Tento text si nečiní ambice objektivně a komplexně porovnat legislativní rámce péče o duševní zdraví v České republice, Holandsku a Finsku z řady důvodů. Především je prakticky nemožné získat jinou jazykovou verzi národních legislativních norem než verzi právě v národním jazyce. Informace o obsahu těchto norem pocházejí především ze sdělení našich partnerů a průvodců při zahraničních stážích – zdravotníků či poskytovatelů péče, kteří zdůrazňují zejména praktické dopady legislativních norem do své práce s duševně nemocnými pacienty či klienty. Navíc ani v našem autorském týmu není právník.

Z důvodů výše uvedených se text omezuje na několik málo aspektů této široké problematiky. Snaží se shrnout legislativu vymezující financování péče o duševní zdraví a porovnat úroveň ochrany práv duševně nemocných alespoň na dvou parametrech – existence (případně neexistence) a obsahu zákona o duševním zdraví a norem vymezujícím nedobrovolnou hospitalizaci, případně nedobrovolnou léčbu duševně nemocných.

Legislativní vymezení financování péče

Pro srovnávané země je minimálně jedna věc společná – v současné době procházejí systémy financování péče o duševně nemocné podstatnými změnami, které jsou reakcí na zhoršení ekonomické situace v Evropě a které by měly směřovat k vyšší ekonomické efektivitě péče.

Holandsko

V Holandsku byla v posledních 15 letech naprostá většina psychiatrické péče hrazena v systému AWBZ vymezeným zákonem o výjimečných zdravotních nákladech. Tento systém kryl veškerou dlouhodobou péči včetně komunitních a rehabilitačních služeb a pacientovi byl přiznáván nárok na služby obsažené v tomto systému na základě odborného přezkoumání zdravotního stavu jedenkrát ročně. Pouze neodkladná a krátkodobá nemocniční péče, výkony ambulantních psychiatrů a některé preventivní programy byly hrazeny v rámci systému základního zdravotního pojištění. Od roku 2007 došlo ke dvěma zásadním změnám. První změnou je, že jakákoli ambulantní či nemocniční péče kratší než jeden rok je hrazena v systému základního zdravotního pojištění a v systému AWBZ zůstává pouze dlouhodobá péče (trvající déle než jeden rok). Druhou změnou je, že odpovědnost za péči o znevýhodněné občany byla přenesena na obce a původně specializovaná komunitní centra pro duševně nemocné, která byla součástí systému zdravotních služeb, jsou nahražována komunitními centry, které pracují v režimu sociálních služeb a jejich cílovou skupinou jsou staří lidé, tělesně postižení, mentálně postižení i duševně nemocní.

V holandském systému je také patrná snaha zvýšit efektivitu komunitních služeb a zejména jejich schopnost být alternativou hospitalizace a redukovat objem lůžkové péče. Holandsko totiž mělo i při velmi rozvinuté síti komunitních služeb téměř nejvyšší počet psychiatrických lůžek (přepočteno na obyvatele) v Evropě.

Finsko

Ve Finsku v současné době není systém financování péče o duševně nemocné jednotný. Region Kajaani, kde jsme stáže absolvovali, patří k několika málo regionům, kde byla zodpovědnost za financování a organizaci péče předána regionálním autoritám. Došlo k organizačnímu sloučení zdravotních služeb s velkou částí služeb sociálních určených cílové skupině duševně nemocných. Naši hostitelé považují nový systém za výrazně efektivnější a zdůrazňují, že tím odpadla řada administrativních překážek a průtahů a služby je možné nyní velmi pružně vytvářet a měnit podle potřeb cílové skupiny.

Česko

V České republice se v uplynulých dvou desetiletích vytvořily systémy zdravotních a sociálních služeb, které jsou oddělené organizačně, mají zcela rozdílné finanční toky a jejich vzájemná spolupráce je komplikována i dalšími legislativními překážkami (například zákon o ochraně osobních údajů má odlišné požadavky vůči zdravotním a sociálním službám). Zákon o sociálních službách vytvořil teoretické podmínky pro financování sociální péče v rámci zdravotnických služeb a naopak, téměř současně však došlo k výraznému zkrácení základního financování sociálních služeb, které je nahrazováno grantovým financováním z Evropského sociálního fondu. Tyto granty ovšem neumožňují financování zdravotních služeb.

Do sazebníků výkonů hrazených zdravotními pojišťovnami byly zařazeny výkony komunitních psychiatrických sester, jejich využívání je však zatím zcela výjimečné.

Dalším krokem v propojení zdravotních a sociálních služeb by snad mohl být připravovaný zákon o dlouhodobé péči.

Ochrana práv duševně nemocných

■ Zákon o duševním zdraví

Holandsko

V Holandsku existuje zákon o výjimečné hospitalizaci z roku 2000, který se vztahuje na nedobrovolné přijímání pacientů do specializovaných psychiatrických lůžkových zařízení, psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic a nemocnic s výukou a ošetrovatelských zařízení a institucí pro mentálně hendikepované. Zákon mimo jiné obsahuje práva pacientů během přijímání a propouštění, práva pacientů během nedobrovolného pobytu

v institucích, stanovení léčebného plánu, aplikace prostředků fyzického omezení, postupy při stížnostech a postupy pro soudní řízení. Psychiatrickým lůžkovým zařízením zákon ukládá zřídit pacientský výbor, který dohlíží na dodržování práv pacientů.

Zákon donedávna odděloval nedobrovolnou hospitalizaci od nedobrovolné léčby. Nedobrovolné přijetí neznamenalo automaticky, že pacientovi mohou být podávány léky bez jeho souhlasu.

Zákon zahrnuje ustanovení vyžadující, aby tato norma byla periodicky přehodnocována.

Finsko

V roce 1990 vznikl zákon o duševním zdraví, který upravuje podmínky nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických zařízeních, nezabývá se však právy pacientů. Ta jsou upravena zvláštním zákonem. Oba zákony akcentují aktivní účast pacienta a jeho rodiny v léčebném procesu. V roce 2002 byla schválena novela zákona o duševním zdraví, která upravuje pravomoc správních soudů rozhodovat o poskytování právní pomoci pacientům umístěným v psychiatrických zařízeních.

Česko

V České republice nebyla přijata právní norma pojednávající specificky problematiku duševně nemocných. Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.) zmiňuje, že je možné provádět léčebné výkony bez souhlasu a případně i převzít nemocného do ústavní péče, pokud jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí. Zásadním způsobem byla novelizována pouze část zákona pojednávající o zdravotní dokumentaci, včetně práva pacienta, případně dalších osob na informace ze zdravotní dokumentace.

Vymezení použití omezujících prostředků je obsaženo v zákoně o sociálních službách (108/2006 Sb.) a na zdravotnická zařízení se de facto nevztahuje. Obdobná pravidla použití restriktivních prostředků ve zdravotnických zařízeních obsahuje návrh zákona o zdravotních službách, který však nebyl dosud přijat.

Nedobrovolná hospitalizace a nedobrovolná léčba

Holandsko

V Holandsku byla přísně rozlišena nedobrovolná hospitalizace a nedobrovolná léčba. Přijetí pacienta bez jeho souhlasu do psychiatrického zařízení neznamenalo automaticky nedobrovolnou léčbu. K léčebným úkonům bez souhlasu pacienta byla nutná samostatná právní procedura. Dle psychiatrů to výrazně komplikovalo možnost účinné pomoci při akutních stavech a nedávno byla přijata novela zákona, které nedobrovolnou léčbu při nedobrovolné hospitalizaci za určitých podmínek umožňuje.

Počty nedobrovolně hospitalizovaných pacientů v Holandsku se v posledním desetiletí výrazně zvyšují, což je vysvětlováno zvyšujícím se tlakem společnosti na bezpečí, ale také

na zajištění kvalitní péče těm, kdo ji potřebují. Pravděpodobně se na zvýšení počtů nedobrovolných přijetí podstatně podílí změna přístupu zdravotnických zařízení k situacím, kdy pacient s hospitalizací sice souhlasí, ale je sporné, zda je takový souhlas aktuálně schopen udělit (desorientace u pacientů trpících demencí atd.).

Finsko

O hospitalizaci bez souhlasu pacienta rozhoduje ve Finsku ošetřující lékař. Po dobu sedmi dní pak sleduje a podrobně dokumentuje chování pacienta. Na základě této dokumentace rozhoduje určený psychiatr, který je v regionu zodpovědný za kontrolu nedobrovolných hospitalizací, o další hospitalizaci na dobu 1 měsíc. Toto rozhodnutí může v případě potřeby opakovat. Soudy nejsou nedobrovolné hospitalizace oznamovány, ani o nich nerozhoduje, pokud to pacient nepožaduje. O právu stěžovat si na nedobrovolnou hospitalizaci a žádat o rozhodnutí soud jsou pacienti informováni a personál psychiatrického zařízení je povinen poskytnout jim pomoc při podání stížnosti proti hospitalizaci. Nedobrovolně přijatému pacientovi mohou být podávány léky bez jeho souhlasu.

Česko

Zákonné vymezení nedobrovolné hospitalizace je srovnatelné s legislativou většiny evropských zemí. Nedobrovolné přijetí hlásí lůžkové zařízení do 24 hodin soudu, který do 7 dnů rozhodne o přípustnosti nedobrovolné hospitalizace. Problematická je mnohdy praxe. Posuzování nedobrovolné hospitalizace soudem je formální, ačkoliv by soudce měl vždy osobně navštívit nedobrovolně hospitalizovaného pacienta, pacienti i personál psychiatrických lůžkových zařízení často zmiňují, že soudce rozhodl pouze na základě rozhovoru s ošetřujícím lékařem nebo dokonce zařízení vůbec nenavštívil. V některých psychiatrických zařízeních je běžné redukovat „zbytečnou“ administrativní zátěž a získávat písemný souhlas s hospitalizací i od pacientů, kteří takového rozhodnutí nejsou aktuálně schopni. Například psychiatrická léčebna s více než stovkou gerontopsychiatrických lůžek neeviduje v průběhu roku žádné nedobrovolné přijetí na tato oddělení, ačkoliv z dokumentace mnoha přijatých pacientů je zřejmé, že v době přijetí byli zmatení a desorientovaní. Časté jsou také případy, kdy soudy nejsou ohlašovány případy, kdy pacient při přijetí podepsal souhlas s hospitalizací, ale následně se dožaduje propuštění, které není vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné.

Rozhodnutí soudu o nedobrovolné hospitalizaci bývá ztotožňováno s rozhodnutím o nedobrovolné léčbě, ačkoliv znění zákona je v tomto ohledu velmi nejednoznačné. Většina psychiatrických lůžkových zařízení proto požaduje od přijímaných pacientů nejen souhlas s hospitalizací, ale také souhlas s léčbou. Takový předběžný obecný souhlas nespĺňuje zákonné podmínky informovaného souhlasu.

Shrnutí

Jak již bylo zmíněno, přesahuje objektivní porovnání legislativního rámce péče o duševně nemocné a úrovně ochrany práv duševně nemocných z řady důvodů možnosti autorského týmu. Pokusíme se tedy závěrem zmínit hlavní subjektivně vnímané rozdíly systémů péče o duševně nemocné z pohledu práv duševně nemocných ve zmíněných zemích.

Pro holandský model je typické striktní dodržování zákonů. Poskytovatelé psychiatrických služeb často zmiňovali, že legislativa je v řadě ohledů omezující a snižuje možnost účinné a včasné léčby. Přesto pro ně není myslitelné, zákonná ustanovení nerespektovat či obcházet. Finská legislativa dává v Evropě neobvykle rozsáhlé pravomoci lékařům a v kompetenci soudů ponechává zejména řešení stížností pacientů. Současně byla však v navštívených psychiatrických službách neustále patrná vysoká míra respektu k pacientům, jejich právům a přáním. Ani pacienti, se kterými jsme měli možnost hovořit, nezmiňovali, že by psychiatrickou péčí vnímali jako omezující. České legislativě lze jistě vytknout nedostatky, zásadním problémem je ovšem její nedodržování a obcházení v praxi. Profesionálové v psychiatrických lůžkových zařízeních, ale i soudci rozhodující o nedobrovolných hospitalizacích, často vnímají tuto problematiku jako zbytečnou administrativní zátěž a hledají způsoby, jak se jí vyhnout. Řadu let psychiatrická zařízení s nejrůznějšími vysvětleními odmítala pacientům přístup k informacím v jejich zdravotní dokumentaci. V současné době se podobný „poziční boj“ odehrává například v otázce informovaného souhlasu. Mnohdy je na této problematice patrný paternalistický a přezíravý postoj zdravotnických profesionálů: „Chceme pacientovi prospět a nemají nám do toho co mluvit ani zákony, ani pacient sám.“

To, čím se česká situace liší od situace v Holandsku či Finsku, a co je také hlavní příčinou nízkého respektu jak k legislativním požadavkům, tak k přáním a požadavkům pacientů, je zcela minimální veřejná kontrola psychiatrické péče. V Holandsku mají kontrolní funkci například pacientské výbory. Podstatnou roli hraje nepochybně i vysoká a rychlá vymahatelnost práva v případě sporu. Ve Finsku je zásadním kontrolním prvkem orientace péče na rodinný systém. S péčí je v neustálé interakci nejen pacient, ale také jeho rodinní příslušníci – zdraví, schopní se sami a správně rozhodovat a také se dožadovat naplnění svých potřeb.

Fotografie ze stáží – RINO Noord Holland, Arkin





Fotografie ze stáží – The joint authority of Kainuu





Závěrečná konference projektu – 3. 10. 2011 – 4. 10. 2011



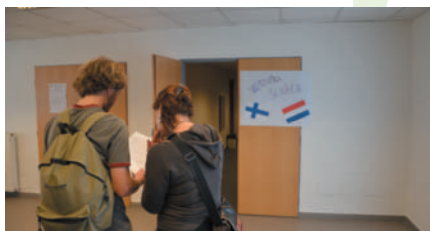
Diskuze o přestávkách



Příprava finsko – holandské vesničky služeb pro duševně nemocné



Holandsko – finská vesnička služeb pro duševně nemocné





Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)

- Jsme nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 s cílem zlepšovat péči o osoby s duševním onemocněním v České republice.
- Naše základní ideje jsou zcela v souladu s principy ochrany osob s duševními potížemi, které byly přijaty Valným shromážděním OSN z roku 1992, a strategickými dokumenty Světové zdravotnické organizace z roku 2005.
- Úkolem naší práce je poskytovat informace a prostor pro správné pojmenování a zejména řešení aktuálních problémů v rámci péče o duševní zdraví.
- Za dobu své existence nasbírala naše organizace velké množství dat, zkušeností, vědomostí z celé České republiky, a proto je často zvána ke spolupráci na koncepčních a vzdělávacích projektech.
- Všechny aktivity se obracejí jak na poskytovatele a uživatele péče, tak na pracovníky veřejné správy na všech úrovních (ministerské, krajské, místní), zdravotní pojišťovny a veřejnost.

Svoji činnost realizujeme v následujících oblastech:

- koncepční a metodická práce
- pilotní projekty – vytváření modelů péče
- vzdělávací a výzkumné projekty
- právo a podpora uživatelských hnutí
- boj s předsudky (destigmatizace)

