

reforma

Informační magazín Reformy péče o duševní zdraví

číslo 05 / jaro 2022

VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHIATRII očima profesora Pavla Mohra

Primář ostravské psychiatrie:
s člověkem se setkáváte
navenek i uvnitř

Reforma pohledem uživatele:
reflexe Zbyňka Robocha

Situace na Ukrajině v kontextu
duševního zdraví



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



REFORMA PÉČE
O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Čtenáři Reformy,

vzhledem k posledním událostem si člověk uvědomuje, že některé problémy se jakoby rozměňují a ztrácejí na významu. Válka na Ukrajině zasahuje životy nás všech, a právě proto je dnes více než kdy jindy potřeba myslet i na zdraví a také si ho více vážit.

Chtěla bych nám všem popřát, abychom se v množství informací dokázali dobře zorientovat, zodpovědně pomoci a také nepřestávali žít i svoje životy. I přes tuto podivnou dobu vnímám jako důležité, abychom si připomínali, co se v poslední době podařilo a z čeho se můžeme těšit. Protože jediné s klidnou myslí budeme schopni nejen pomoci našim pacientům, ale také pokračovat v nastartovaných změnách a rozvoji našeho systému péče o duševní zdraví.

Věnovali jsme a nadále věnujeme pozornost rozvoji potřeb v uvedených rovinách – dostatečné informovanosti v systému, změn v organizaci péče, financování a v neposlední řadě jejich legislativnímu ukotvení. A udály se (a nadále se dějí) významné změny.

Podařilo se nám systém rozhýbat, posunout veřejnost i zdravotníky

v smýšlení o duševně nemocných, provázat mnohé transformační aktivity, využít multidisciplinární spolupráce mezi psychiatrickými nemocnicemi a komunitními službami ve prospěch dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Třetina z těchto pacientů už s pomocí extramurálních služeb žije jinde než v psychiatrických nemocnicích. Změny nastaly i na úrovni jednotlivých krajů. Zmobilizovali jsme velkou skupinu proaktivních jednotlivců či skupin, kteří tak dostali dodatečný impulz a motivaci jednat v zájmu pacientů/klientů psychiatrické péče. Věnujeme energii ve zvyšování kvality psychiatrické péče ve všech oblastech.

To jen malý výčet kroků, které posouvají reformu kupředu. Doufám, že čtení letošního prvního čísla Reformy, snad přinese trochu světla do současné situace nejen ve světě, ale i do života každého z nás.

Srdečně zdraví,

MUDr. Simona Papežová

gestorka projektu Deinstitutionalizace,
Reforma péče o duševní zdraví



Co čekat od magazínu reformy?

V rámci Reformy péče o duševní zdraví jste už dříve mohli zaregistrovat periodikum, ve kterém jsme vás informovali o postupech reformy. Po nějaké odmlce jsme tu zase a náš zájem přetrvává. I nadále Vás chceme informovat o důležitých etapách reformních snah, a nejen to.

V tomto informačním magazínu budeme mapovat postupy reformy nejenom z pohledu odborníků, ale také z pohledu lidí, kterých se reforma dotýká nejcitelněji. Perspektiva lidí se zkušeností s duševním onemocněním je důležitou kotvou a také určitým zrcadlem pro každého profesionála v oblasti duševního zdraví, ale i obyčejného člověka. Duševní zdraví je pro svoji citlivost stále těžko

a málo komunikovaným tématem. Přitom se s duševním onemocněním podle výzkumů za svůj život setká každý čtvrtý člověk.

Upouštíme také od čistě informativního rázu, chceme něco více.

Těšit se můžete na aktuality, ohlédnutí či pozvánky na chystané akce nejen v rámci reformy. Kromě dokumentů souvisejících s chodem reformy, odborně zaměřených textů a témat přineseme pohledy do jednotlivých regionů, ve kterých se reforma už stihla takzvaně zabydlet. Očekávejte rozhovory a zkušenosti s lidmi z oboru, s lidmi více či méně reformně zasvěcenými, s lidmi z praxe a terénu.

Pro pravidelný odběr magazínu Reforma pište na adresu: magazinreformy@mzcr.cz. Nebudete si muset Reformu odnikud složitě stahovat. Jednoduše vám přijde na mail a čtení už bude jen radost.

Vznikla mezirezortní skupina pro záležitosti dětského duševního zdraví

V lednu tohoto roku byla na Ministerstvu zdravotnictví zřízena **Mezirezortní koordinační skupina pro agendu dětského duševního zdraví (MKS)**. Do pozice předsedkyně této skupiny byla jmenována Klára Šimáčková Laurenčíková - gestorka projektu Nové služby a garantka agendy dětského duševního zdraví v probíhající reformě systému péče o duševní zdraví.

MKS bude zajišťovat systematickou spolupráci několika ministerských resortů - Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva vnitra při naplňování úkolů zakotvených ve vládou schváleném Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030 a také operabilně řešit aktuální výzvy a problémy v agendě dětského duševního zdraví.

Prioritami pro práci skupiny v roce 2022 budou zejména: krizová podpora a vzdělávání pracovníků sociálně-zdravotního a školského segmentu v práci s dětmi v riziku rozvoje duševního onemocnění a s dětmi s duševním onemocněním již diagnostikovaným. Další prioritou práce MKS bude zakotvení duševní gramotnosti a rozvoje socioemočních kompetencí do probíhající revize rámcových vzdělávacích programů. Další oblastí spolupráce bude rovněž agenda potřebných změn v segmentu školských ústavních zařízení a změny v systému školské prevence.

Snahou MKS bude zvýšení efektivity a synergie rezortních týmů v agendě podpory dětského duševního zdraví a koordinovaný přístup v řešení aktuálních problémů v terénu.

Kdo je Klára Šimáčková Laurenčíková?

Vystudovaná speciální pedagožka momentálně působí na Ministerstvu zdravotnictví jako odborná garantka agendy dětského duševního zdraví. Vede Českou odbornou společnost pro inkluzivní vzdělávání a externě přednáší na Katedře speciální pedagogiky Univerzity Karlovy. Je předsedkyní Vládního výboru pro práva dítěte, členkou Rady vlády pro lidská práva, členkou Výboru pro prevenci domácího násilí a členkou think tanku Vzdělávání 21 Univerzity Karlovy. Spoluzaložila iniciativu Dobrý start, která usiluje o změnu systému na pomoc ohroženým dětem v ČR.



Z Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 - 2030:

Jak je naplňován?

Ivana Svobodová

tajemnice Rady vlády pro duševní zdraví



Již dva roky uplynuly od doby platnosti [Národního akčního plánu duševního zdraví 2020-2030](#) (NAPDZ), který navázal na Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013. Národní akční plán rozpracoval pět základních cílů na cíle specifické do celkem 60 opatření. V současné chvíli je připravována zpráva o plnění těchto opatření, tedy aktivit, které byly určeny pro první dva roky platnosti NAPDZ.

Mezi úkoly, které se daří plnit, jsou hned první dvě opatření, která se týkají mezirezortního systému řízení - tedy fungování Rady vlády pro duševní zdraví a spolupráce i na pracovní úrovni mezi rezorty v podobě řešení dílčích opatření v rámci mezirezortního koordinačního týmu. Na Ministerstvu zdravotnictví byla, v souladu s potřebou řešit specificky a intenzivně i oblast duševního zdraví dětí a mládeže, zřízena Mezirezortní koordinační skupina pro dětské duševní zdraví.

Mezi další úspěchy v těchto prvních dvou letech je ustanovení center duševního zdraví jakožto jednoho z významných prvků při péči o lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Díky projektům a práci mnoha lidí nejen na Ministerstvu zdravotnictví se podařilo zřídit již celkem 30 center duševního zdraví pro lidi se závažným duševním onemocněním a připraven byl i standard, legislativní a finanční ukotvení tohoto nového prvku služby.

Jako další úkol v této oblasti bude najít ve spolupráci s kraji a zdravotními pojišťovnami prostor pro další rozvoj tohoto typu služeb, a to nejen s ohledem na omezenou lokalitu, ve které současná centra působí, ale i s ohledem na cílové skupiny, pro které může být tento typ služby určen. Nadále se tedy bude pracovat na dopracování podmínek pro multidisciplinární týmy pro děti a mládež, pro seniory, pro adiktologické pacienty nebo forenzní multidisciplinární týmy, jejichž provoz se stále pilotuje v několika málo zařízeních.

V NAPDZ bude vyhodnocen také posun v případně zajištění akutní a následné lůžkové péče, kde je její pokles velmi závislý na rozvoji návazných či alternativních služeb v oblasti zdravotní nebo sociální.

NAPDZ se ovšem nezaměřuje jen na zdravotní stránku duševního zdraví, ale zdůrazňuje potřebu změny i ve školském a sociálním systému, nebo například v oblasti ochranného léčení. I tato opatření budou ve zprávě o plnění komentována, aby byl jasný posun či naopak stagnace.

Na závěr je nutno dodat, že plnění NAPDZ bylo, jako mnoho dalšího, ovlivněno covidovou pandemií. A to jak pozitivně, protože se duševní zdraví dostalo více do povědomí odborné i široké veřejnosti opět o něco více, tak i negativně, neboť ubylo kapacit odborníků i úředníků, kteří by se tomuto tématu mohli dostatečně věnovat.

Jak nás zasáhlo dění na Ukrajině a jak (si) můžeme pomoci?

Události posledních dní jsou pro většinu z nás novou zkušeností a každý se s ní vyrovnáváme jinak. Někdo potřebuje být o konfliktu informován, někdo upřednostní minimum informací či úplné komunikační ticho. Každý jsme také jinak citlivý, zažíváme různé emoce a máme jiné představy o tom, jak bychom se mohli zapojit do pomoci. Musíme ale také myslet na své *duševní zdraví* - to je zapotřebí zejména v této situaci, kdy nás dennodenně ovlivňují informace o konfliktu na Ukrajině a o odchodu velkého množství lidí z Ukrajiny na západ. Je třeba si stanovit hranice, najít si způsob, jak se s touto situací vyrovnat, a také vyhledat pomoc, pokud už víme, že si sami pomoci neumíme.

Zpracovaly Ivana Svobodová,
Anežka Benešová

To, po čem bychom měli sáhnout jako první, je péče o vlastní duševní zdraví. Web www.opatruj.se nabízí mnoho nástrojů, které mohou sloužit jako pomůcka ke zjištění aktuální situace člověka, ujasnění si vnímání vlastní pohody nebo problémů, které si nemusí v běžném životě uvědomit a spojit dohromady. Také nabízí tipy, jak o sebe pečovat a kde hledat pomoc. Je zapotřebí věnovat se v této oblasti i dětem. Na Pomoc a informace k válce na Ukrajině — opatruj.se je mnoho odkazů na materiály, které mohou pomoci rodičům i učitelům v komunikaci s dětmi o válce, jejich emocích.

Nebojme se sáhnout i po další pomoci - krizové péči na zřízených linkách, ambulancích i sociálních službách, duchovní podpoře, psychosociál-

ní a psychoterapeutické, psychologické i psychiatrické pomoci.

Odborníci si uvědomují, že bude zapotřebí pomoci lidem, kteří tu žijí, vyrovnávat se s novými pocity stejně jako nabídnout pomoc i nově příchozím z Ukrajiny. Přicházejí převážně ženy a děti, ale mohou to být i muži nejen ukrajinské ale i ruské a další národnosti. Všichni zasaženi stejnou válkou a s podobnými prožitky. I pro ně už je připravována podpora jejich duševního zdraví - dobrovolníci i odborníci pracují na tom, aby dokázali pomoci všem potřebným skupinám. Všichni, stávající i nově příchozí lidé, budeme muset hledat nové cesty ke zvyšování vlastní odolnosti proti zátěži, nové způsoby pomoci většímu množství lidí, zapojování a také dostatek solidarity.

Pracovní skupina pro téma duševního zdraví v období krizí a katastrof

Ministerstvo vnitra ČR

Možnostem psychologické podpory lidí v České republice, a to ať místních občanů či uprchlic a uprchlíků z Ukrajiny, se Ministerstvo vnitra věnuje v rámci odborné pracovní skupiny, která byla zřízena právě pro téma duševního zdraví v období krizí a katastrof. Ve skupině jsou zastoupeni krizoví psychologové bezpečnostních sborů (PČR, HZS, MV, VS, AČR), odborníci na duševní zdraví z rezortu zdravotnictví, Českého červeného kříže (ČČK) i akademické sféry. V současné chvíli koncentrujeme informace k této problematice na webu <https://www.mvcr.cz/clanek/psychologicka-pomoc-pro-obcany-valka-na-ukrajine.aspx>.

Snažíme se situaci zklidňovat, strukturovat, postupovat systémově v rámci Integrovaného záchranného systému (IZS) a pružně řešit výzvy, které se v souvislosti s válkou na Ukrajině objevují. Skupina je navázána na Ústřední krizový štáb ČR a pomáhá řešit také strategii a praxi krizové komunikace, spolupráci psychologických služeb IZS, zdravotnictví, ČČK a dalších expertů

působících v oblasti krizové pomoci, respektive péče o duševní zdraví.

Jako klíčové pro systém i jednotlivce nyní vnímám potřebu šetřit silami, nepřepálit začátek krize, plánovat na dlouhodobé nasazení a zátěž. Jde o to stanovit si své limity a rozložit naši energii tak, abychom vše zvládali, byť za cenu dočasného snížení standardu pro všechny strany, či hledání alternativních postupů a metod práce.

Tato krize je mimořádně dynamická a turbulentní, vyžaduje upravovat plány často a pružně. Musíme proto myslet také na své fyzické a emoční zdraví, abychom mohli být oporou pro druhé - uprchlíky, kolegy i vlastní rodiny. Děkuji kolegyním a kolegům za spolupráci a dobrou týmovou souhru!

PhDr. Štěpán Vymětal, PhD.

Psycholog odboru bezpečnostní politiky
Ministerstva vnitra ČR

Ilustrační foto. Zdroj: Pixabay.



Kliničtí psychologové a psychoterapeuti nabízejí pomoc

Asociace klinických psychologů

V aktuální tíživé situaci jsou v rámci svých ordinací připraveni členové AKP - kliničtí a dětské kliničtí psychologové a psychoterapeuti nabídnout pomoc těm osobám, které byly přímo vystaveny traumatům spojeným s válkou a u kterých se následně rozvinula posttraumatická stresová porucha nebo další psychické poruchy, například úzkosti, panické stavy nebo deprese.

Jsou také připraveni nabídnout pomoc těm občanům bez rozdílu národnosti, u kterých kontakt s informacemi o probíhající válce vedl k rozvoji sekundární traumatické reakce se závažnými dopady na psychiku nebo reaktivoval dřívější psychické obtíže.

Péče vždy probíhá v ordinaci po objednání u zvoleného klinického psychologa prezenční formou, v rámci předem domluveného času a v rámci úhrad veřejného zdravotního pojištění. Seznam klinických psychologů, kteří jsou připraveni poskytovat svoji klinicko-psychologickou péči osobám zasaženým válkou na Ukrajině je k dispozici na <https://ukrajina.akpcr.cz/>

Mgr. Hana Jahnová
Asociace klinických psychologů ČR

Psychoterapie má své místo

Česká asociace pro psychoterapii

Za Českou asociaci pro psychoterapii děláme vše, abychom pomohli státu, který zajišťuje základní potřeby. Vyslali jsme výzvu našim členům, aby aktivně nabídli své služby struktuře státu a sociálním organizacím, které se prakticky starají o uprchlíky v místě, kde žijí a pracují. Naši kolegové dělají debriefingy dobrovolníkům, organizují podpůrné ženské skupiny, atd. Jako terapeuti budeme potřeba více, až voda opadne a začnou se sbírat škody.

Zatím se soustředíme na podporu naší základny: každodenní supervizní prostor; semináře, kolegů, kteří pracovali v Čečně; semináře kolegů pracujících s traumaty a hromadnými neštěstími, současně máme setkání Evropské asociace pro psychoterapii, kde vytváříme seznam online ukrajinsky mluvících terapeutů, kteří by mohli být k dispozici v zasažených zemích. Počítáme s tím, že pomůžeme vytvořit pracovní podmínky pro ukrajinské kolegyně, které do Čech přijdou. Plánujeme vytvořit platformu pro setkávání ukrajinsky a rusky mluvících pracovníků v sociálních a zdravotních službách a myslíme na učitele, jak je podpořit - teď jsou oni v první linii. Na rozdíl od sociálních služeb, kde supervize a psychoterapeutická podpora jsou již docela zakořeněné, je školství takřka netknuté.

Psychoterapie má své místo mezi ostatními profesemi podporujícími duševní zdraví obyvatel.

PhDr. Jiří Drahota
předseda ČAP, psychoterapeut a klinický psycholog

Psychiatrické nemocnice na příjmu

Výbor psychiatrické společnosti i Odbor reformy péče o duševní zdraví Ministerstva zdravotnictví ČR se aktuální situací a hledáním řešení koordinované pomoci v oblasti řešení psychických obtíží u osob zasažených válečným konfliktem intenzivně zabývá.

V rámci ambulantní oblasti máme k dispozici a na stránkách MZ ČR bude sdílen seznam členů Psychiatrické společnosti, kteří jsou ochotni se ujmout pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje psychiatrickou, psychoterapeutickou a jinou intervenci dle specializace.

Také jsme zmapovali situaci v psychiatrických nemocnicích - i tato zdravotnická zařízení jsou připravena pacienty, u kterých je indikována psychiatrická hospitalizace, přijmout a léčit je. Všechny psychiatrické nemocnice mají také řešení problematiku bezpečného překladu při poskytování péče.

MUDr. Simona Papežová
Gestorka projektu Deinstitutionalizace
Reforma péče o duševní zdraví

Čas rehabilitovat psychologické poradenství

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita

S válkou na Ukrajině lze očekávat další nápor na psychologickou péči, jejíž kapacity byly již před válkou i před pandemií značně limitované. Duševní zdraví populace je nesmírně důležitou podmínkou fungování společnosti v zátěži, kterou válka přináší. Je nejvyšší čas uvažovat o efektivitě poskytovaných služeb. Coby psychologové bychom se měli více než kdy dříve nyní zamýšlet, zda námi poskytované služby mají reálný pozitivní dopad na život klientů, potažmo populace a zda by v některých případech nebylo možné dosáhnout změn efektivněji, za kratší čas, při-

padně zda nebrzdí dostupnost péče naše vlastní předsudky a prekoncepce týkající se formy jejího poskytování.

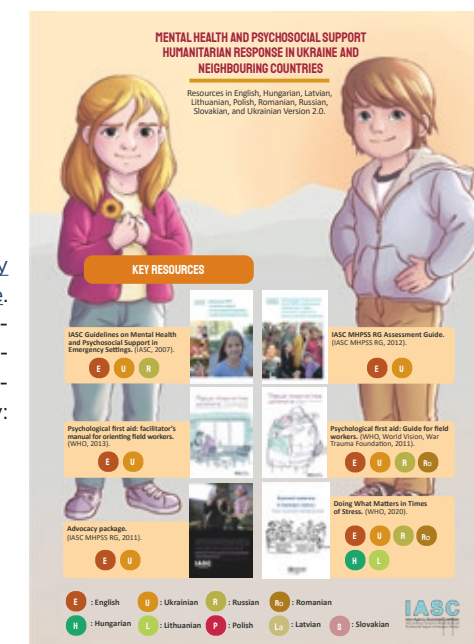
Možná je načase rehabilitovat psychologické poradenství, které bylo postupem let upozaděno ve prospěch terapeutické péče. Důvodem upozaděení psychologického poradenství byla mnohdy představa o poradenství jako o mentorování či rozdávání „hraběcích rad“. Psychologické poradenství by mělo usilovat o zkompetentňování klienta v řešení situací, s nimiž se setkává, za využití prostředků, které má aktuálně k dispozici.

Poté, co díky pandemii byla velká část domácností nucena zlepšit své připojení k internetu, je na místě více využívat pro poradenské služby i virtuální setkání. Otvírá se tak možnost navýšení kapacit psychologických služeb o služby psychologů, kteří by pro poradenské služby měli jen omezené časové kapacity. Uvažovat bychom též měli o vzdělávání populace v otázkách péče o duševní zdraví či v otázkách rozvoje zvládacích, komunikačních i regulačních strategií, jejichž zlepšení může v zátěži působit jako ochranný faktor. Vzdělávání se může odehrávat prostřednictvím přednášek, workshopů či svépomocných manuálů. U nás na Katedře psychologie FSS MU nyní v souvislosti s válkou na Ukrajině vznikají například takovéto texty: <https://psych.fss.muni.cz/ukrajina>, které též o výše zmíněné usilují.

Mgr. Zuzana Masopustová, Ph.D.
Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií,
Masarykova univerzita

Příručky psychosociální podpory a psychologické intervence pro pracovníky >

Zdroj: [Inter-Agency Standing Committee](#).
Pro více informací například k tomu, jak mluvit s dětmi o válce navštivte webové stránky: www.opatruj.se



PŘEDSTAVUJEME

S člověkem se setkáváte navenek i uvnitř

Petr Šilhán pracuje jako primář psychiatrického oddělení ve Fakultní nemocnici v Ostravě 10 let. Říká, že psychiatrie je o lidech víc, než kterékoliv jiné medicínské odvětví. Trochu nadhledu a zároveň elánu, které na mě čišely i přes obrazovku počítače snad předá i tento rozhovor, který se dotýká tématu vzdělávání v psychiatrii. Řeč byla také o přibývajících mladistvých pacientech, ale i nově vybudovaném oddělení, denním stacionáři či multidisciplinárním týmu pro děti.

Petr Šilhán (vpravo) s kolegy z psychiatrického oddělení FN Ostrava. Foto: Archiv Petra Šilhána.



Jak jste zapojený do reformy péče o duševní zdraví?

Nedávno spolu s koncem projektu skončila moje pozice zdravotnického garanta reformy péče v Moravskoslezském kraji, ale setkávám se s reformou také z pozice člena revizní komise Psychiatrické společnosti ČLS JEP, psychiatra FN Ostrava a koneckonců také jako vyučující na lékařské fakultě. Takže stojím *uvnitř*, podílím se na nejrušnějších procesech a vidím jejich složitost.

Jak vnímáte průběh reformy?

Začínalo se fakticky na zelené louce, takže vnímám ustavičný a náročný pohyb vpřed. Naopak ti, kdo stojí spíše v roli pozorovatelů, mohou mít pocit, že se toho děje málo a o věcech se jen mluví. To je trochu pravda, protože se toho namluví hodně, ale spuštění reformy bylo centrální záležitostí, a tak řada diskuzí musela probíhat často až za pochodu. Bez ní to zkrátka nejde, protože nenajdete společnou řeč a synergii, když ji nebu-

dete hledat. Reforma také začala s konkrétními prioritami, protože nejde měnit vše najednou. Takže třeba třicítka CDZ je neoddiskutovatelný fakt, prostě tady jsou a fungují. Ale existují jiné oblasti, kde se změny teprve uvádějí do pohybu. Stojí za tím spousta práce - je to jako roztlačit lokomotivu, na začátku to chce ukrutnou sílu a pohyb není skoro žádný, pak se lokomotiva rozjede a je třeba hlavně nepolevovat. A konečně je důležité, aby někdo nezatáhl za záchrannou brzdu, třeba kvůli jiným politickým prioritám nebo hledání úspor.

Jste primářem psychiatrického oddělení ostravské fakultní nemocnice. Nastaly nějaké změny v rámci reformy i na vašem oddělení?

Z Norských fondů se nám před asi šesti lety podařilo zrekonstruovat starou budovu bufetu a vytvořit nový ambulantní trakt pro dospělé i s denním stacionářem a zahradou. Potom následovala oprava pavilonu, v němž nyní sídlí naše

lůžková stanice, takže má materiálně slušnou úroveň, a získali jsme zde také zázemí pro personál, výuku a laboratorní trakt, kde provozujeme rTMS, EEG a mozkový ultrazvuk. V minulém roce jsme v rámci projektu Nových služeb zřídili multidisciplinární tým pro děti, jeden ze tří v ČR. Z předchozích projektů jsme měli řadu kontaktů s velmi šikovnými sociálními pracovníky podílejícími se na síťování zdravotních a sociálních služeb pro děti, takže jsme se vydali cestou registrace vlastní sociálně aktivizační služby pro děti a sociální pracovníci i speciální pedagogové podílející se na činnosti multidisciplinárního týmu pro děti jsou tak součástí našeho oddělení. Je to pochopitelně velká změna ve způsobu práce, které se ještě pořád učíme. A konečně, jak jsem už zmínil, stavíme nový pavilon psychiatrické péče se třemi lůžkovými odděleními a rozsáhlým ambulantním traktem pro dětskou psychiatrii, kde bude působit zmíněný multidisciplinární tým pro děti a v jeho rámci několik dětských psychiatrů a psychologů. V provozu bude také denní stacionář pro děti z prvního stupně základních škol, kde budeme nabízet intenzivní ambulantní léčbu včetně školních aktivit. První oddělení začneme stěhovat a otevřeme pravděpodobně o prázdninách a zbytek pak postupně do konce roku.

To zní progresivně. Je běžné mít v nemocnici denní stacionář? Ted' nemyslím pouze pro dětskou populaci.

Myslím, že v případě dospělých pacientů došlo k celkem znatelnému posunu a denní stacionáře při lůžkových odděleních začínají být standardem. My jsme stacionář uvedli do provozu ještě před rozšířením a dobudováním nové lůžkové jednotky, a to jako stacionář doléčovací. Protože jsme se stále potýkali s naplněnou kapacitou oddělení, chtěli jsme pobyty zkrátit a dokončovat léčbu, byť stále ještě intenzivní, už v ambulantním režimu.

Jak funguje doléčovací stacionář?

Provozovali jsme dva otevřené denní stacionáře, jeden dopoledne pro pacienty s psychotickým onemocněním a jeden odpoledne pro pacienty s neurotickým onemocněním. Pacienti začali obvykle po dvou týdnech na lůžku, někdy i dříve, navštěvovat ještě v rámci hospitalizace denní stacionář, aby se adaptovali a šli s jeho provozem. Pak byli během následujícího týdne propuštěni a docházeli na aktivity už jen v rámci

denního stacionáře.

Osvědčil se nám také multidisciplinární přístup zahrnující mimo sester, lékařů a psychologů také ergoterapeuty, fyzioterapeuty, nutriční specialisty a sociální pracovníky. Ale programu se účastní také dobrovolníci z konzervatoře, divadla či výtvarné školy. Naopak jsme si představovali, že ještě dávno před vznikem CDZ se nám podaří napojovat pacienty na různé sociální služby ve městě. Pacienti se ale moc nenapojovali, těch změn v souvislosti s akutní hospitalizací a pak stacionářem je pro ně tolik, že už další bezprostředně navazující aktivity nezládnou. Ale to povědomí o možných zdrojích podpory si odnášejí. A objevily se i nezamýšlené efekty programu stacionáře - setkávání s pacienty po propuštění na jiné platformě, v menším počtu, v jejich lepším stavu a přátelská spolupráce zlepšují vztahy mezi pacienty a zdravotnickým personálem. Trochu to připomíná zkušenost a vztahy se zástupci sociálních služeb, kteří se právě s klienty setkávají za příznivějších okolností než zdravotníci v akutním stavu a myslím, že k nám pacienti při dalších setkáních přistupují s větší důvěrou.

Zmínil jste vztahy pacientů ke zdravotním a sociálním službám, také že provozujete multidisciplinární tým pro děti, jehož součástí je sociální služba, jaké jsou vaše zkušenosti ze spolupráce na zdravotně sociálním pomezí?

Měl jsem povrchní zkušenosti se spoluprací zdravotních a sociálních služeb v některých CDZ, protože naše oddělení částečně personálně podporuje činnost CDZ v Ostravě a ve Frýdku-Místku. Byl jsem si vědom odlišných přístupů a uvažování, ale měl jsem za to, že je to vše jen o lidech, že když se sejdou fajn lidé, musí se domluvit a větší problémy nastanou. Pak jsme zřídili multidisciplinární tým pro děti, kde bylo strašně moc fajn lidí, a ono to překvapivě začalo skřípat taky. Ta optika přístupu zdravotní a sociální části byla překvapivě rozdílná. V péči o konkrétní pacienty se to dařilo docela překonávat, ale na úrovni celého týmu byl nesoulad markantnější. Obecně si myslím, že velká část nesouladu pramení z rozdílných úkolů, které zdravotní a sociální části plní, když fungují jen sami za sebe. Zdravotníci v nemocnici jsou zvyklí pracovat pro maximální kolektivní profit - zajistit co nejvíce pacientů a eliminovat co nejvíce rizik, i když to vzhledem k okolnostem nemusí být nejlepší řešení. Sociální služby se zase snaží maxima-

lizovat individuální profit konkrétního klienta, udělat pro něj vše, co je možné, ale mnohem častěji pracují s předem definovanou kapacitou, nad jejíž rámec služby již neposkytují. Ale protože jsou v týmu fajn lidi, daří se rozdílnosti postupně překonávat.

Zmiňujete opakovaně dětský multidisciplinární tým, reagovali jste jeho zřízením na nějakou konkrétní situaci?

Multidisciplinární tým pro děti jsme založili z běžného přesvědčení, že u dětí ještě více než u dospělých je ve hře při vzniku psychických potíží více faktorů. Ještě významnější roli hraje rodina, výchova, škola, vrstevníci - takže všichni naši dětské odborníci podporovali zapojení dalších profesí do odstraňování škod na psychice dětí. V týmu jsou psychiatři, psychologové, sestry, sociální pracovníci, speciální pedagogové, rodinný terapeut. Stejně jako CDZ neposkytují jen ambulantní, ale rovněž terénní péči.

A proč je důležité tyto služby poskytovat?

Na rozdíl od klasického CDZ je totiž o něco snazší zajistit návštěvu dětského pacienta v psychiatrické či psychologické ambulanci, a naopak je ještě cennější vidět, jak žije a funguje dítě doma a ve škole, mluvit s jeho učiteli, zprostředkovávat porozumění. Ale jinak je model fungování podobný tomu v CDZ, dítě a rodina má svého klíčového pracovníka a je sestaven takzvaný minitým z konkrétních odborníků důležitých pro jeho léčbu, kteří se pravidelně scházejí a koordinují péči. Navazují se také dětské pacienty z jediného pedopsychiatrického lůžkového oddělení v kraji v Psychiatrické nemocnici v Opavě. A postupně se zpřesňuje také zaměření týmu: od úvodního širokospektrého, nízkoprahového a edukačního směrem k péči o dětské pacienty se závažnějšími a komplexnějšími problémy, kde činnost stále erudovanějšího týmu nelze tak snadno nahradit jinými službami. Ale současně tým pracuje jako základna pro zaškolování odborníků různých zaměření.



Nově vybudované psychiatrické oddělení FN Ostrava. Foto: Petr Šilhán



Petr Šilhán během terapeutických aktivit na psychiatrickém oddělení FN Ostrava. Foto: Archiv Petra Šilhána.

Dětských pacientů ale stále přibývá a počet odborníků v oblasti dětského duševního zdraví stagnuje. Jak vnímáte tuhle situaci?

Musím bohužel se zoufalstvím, únavou a bezmocí konstatovat, že psychiatrické problematiky v dětském a adolescentním věku neustále přibývá. A snad už to není jen otázka konkrétní duševní nemoci u konkrétního člověka, ale spíše společenský patologický jev a vývoj. Nejsem dětský psychiatr, takže zdaleka nerozumím všemu, ale vážně si lámu hlavu nad tím, co se to ve společnosti děje, že přibývá v dospělé populaci tolik agresivity, a v té dětské, zvláště adolescentní tolik autoagresivity. Z důvodu nedostatečné lůžkové kapacity na pedopsychiatrickém oddělení v PN v Opavě, se k nám na lůžka dostává velké množství mladých pacientů od 15 let.

S čím k vám mladí přicházejí?

Jejich společným jmenovatelem je kolísání nálad, chybění smyslu života, neschopnost si

poradit s každodenním životem a hledání alespoň základní životní stability v různých formách sebepoškozování, od toho benigního sloužícího k úlevě, byť někdy závažného, po mnohem nebezpečnější spočívající až v sebevražedných pokusech. Děsivá je na tom i lehkost, s níž k takovém jednání bývá z jejich strany přistupováno. Sebeppoškozování jakoby dnes bylo vlastně zcela legitimizovaným stabilizačním psychickým mechanismem a sebevražedné úvahy jsou pronášeny s takovou samozřejmostí, jako kdysi úvahy o pozdním příchodu do školy. Já jsem si vědom toho, že tihle mladí lidé psychicky velmi trpí a dělají kvůli tomu zoufalé věci, někteří mají za sebou i těžké zkušenosti, ale spíše než duševní nemoc pozorují neschopnost žít normální život, snášet frustraci a někam směřovat. Možná je to mými přibývajících roky, ale past vidím i v sociálních sítích, které jakoby lidi odřízly od jejich kořenů a nějakého přirozeného růstu a

přivedly k žití tady a teď dovedeného do absurdna. Nejde mi o to kritizovat, ale vážně se snažit pochopit, kde je chyba a co se s tím dá dělat. A bojím se pořád víc, že skutečný recept ani síly nenajdou psychiatři, ani multidisciplinární týmy a že je potřeba nějaké hlubší úvahy o tom, co se to ve společnosti děje. Ale třeba je to jen klasická ukázka toho, jak s přibývajících roky narůstá skepse a idealizace starých časů.

To je velké téma. V rámci vašeho oddělení se podílíte na přípravě vysokoškolských studentů, jaká jsou její specifika a co se daří, nedaří?

Jsme nejmladší lékařská fakulta u nás, takže nemám s čím srovnávat historicky a ani na jiných školách většina z nás neučila. Naše fakulta je specifická v tom, že vznikla z původně zdravotně-sociální fakulty, která se zaměřovala na nelékařské obory. Kromě mediků učíme i řadu bakalářských oborů – všeobecné sestry, porodní asistentky, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty, společenskou patologii a jejich logistiku nebo sociální pracovníky, dále dva magisterské pokračovací obory ošetrovatelství a sociální práce a nově také specializaci sester v psychiatrii. Máme tak přímý kontakt snad se všemi obory, které do péče v psychiatrii nějakým způsobem zasahují. Jsme ale limitováni kapacitou, respektive časem, protože učení je příjemná změna, ale poptávka po zdravotnické péči je tak obrovská, že hledání prostoru pro učení je stále komplikovanější. Když vyšleme pracovníky někam na stáž, obvykle se vracejí s reklamací, že je u nás dvojnásobné pracovní tempo, v tom lepším případě. Jenže dobře učit znamená mít na studenty čas a prostor, ideálně si studenty rozdělit do menších skupinek s dostatkem pacientů, a to se nedaří. A samozřejmě míra celkové vyčerpání ovlivňuje i to, kolik jste schopni energie nalít do učení, jestli se budete snažit být co nejpoutavější nebo si po službě a probdělé noci hlavně odříkáte svůj zasloužený odpočinek.

V čem spatřuji velký potenciál, jsou mimo výuky mediků, která je, doufám, úspěšná, magisterské pokračovací programy na Ostravské univerzitě. Oba jsou celorepublikově unikátní se zaměřením na psychiatrii. Jeden probíhá na Lékařské fakultě a týká se ošetrovatelství s paralelní specializací v psychiatrii, druhý je vyučován na Fakultě sociálních studií a jedná o zdravotně sociální péči s rehabilitací, v němž je

velký prostor poskytován také psychiatrii. Velmi bych si přál, kdyby se oba programy podařilo do budoucna ještě více propojit, a to jak v přípravě, tak připravenosti na spolupráci obou sektorů. Každopádně je to pro náš kraj velká příležitost.

Vaše nadšení je hmatatelné a věřím, že i přenosné na budoucí pracovníky v psychiatrii. Jak probíhala výuka v době covidu?

Doufám, že se všichni ve výuce snažíme dělat, co můžeme, protože podchytit jakékoliv studenty k zájmu o obor je jedním z našich hlavních cílů. A online výuka? Ta mi moc atraktivní nepřipadala, je mechanická, studenti mají své přirozené potřeby, třeba se připravovat na blížící zkoušky, takže si na druhém konci dělají své a je mnohem těžší je vtáhnout do hry. Občas se to dařilo, občas ne, myslím, že záleželo dost i na nastavení konkrétní studijní skupiny. Když nemáte od studentů zpětnou vazbu, což při vypnutých kamerách i mikrofonech nemáte, tak vám chybí kormidlo, kterým svůj výklad řídíte.

Jak to bylo s praktickou výukou v době pandemie?

Praxe a kontakt s pacientem velice chyběly. Na tom se studenti dají dobře podchytit, protože jsou zvědaví, mají vůli a chuť pomáhat a kontakt s pacientem je naplňuje. V tom je právě výhoda psychiatrie, že navázání kontaktu je jaksi v popisu práce, v jiných oborech je mnohem větší tlak na jiné činnosti a kontakt s pacientem se šidí. Stále ale chybí větší míra praxe studentů, ale i lékařů ve specializační přípravě, v CDZ nehledě na pandemii. Představy studentů jsou pochopitelně syceny i narcistními fantaziemi o exkluzivitě, inteligenci, poslání, zachraňování, vděčnosti a bohatství v rámci lékařské profese a do toho nabídka práce v terénu se závažně duševně nemocnými pacienty, kteří se nechtějí léčit, spontánně moc nezapadá.

Co má tedy studenty nalákat pro práci v psychiatrii a případně i v terénu?

Psychiatrie samotná nebo pak práce v CDZ, kde je ještě větší prostor pro pacienta, poskytuje obrovskou zpětnou vazbu v tom, že jste opravdu v kontaktu s člověkem a potkáváte se s ním nejen navenek, ale i uvnitř. To je třeba vyzkoušet a prožít, porovnat tu opravdovost kontaktu se zahlceností desítkami rychlých formalizovaných návštěv pacientů denně v ji-

Kdo je Petr Šilhán?

MUDr. Petr Šilhán, Ph.D. (1972) se narodil a žije konzervativně v Ostravě, dokonce i ve stejné čtvrti. Je ženatý má dva syny a čerstvě jednoho psa. Po lékařské fakultě nastoupil do Psychiatrické léčebny Opava, po první atestaci přešel do FN Ostrava, kde pracuje také konzervativně dodnes posledních 10 let ve funkci primáře. Chodí často a rád s norskými holemi a má rád vodu.

ných oborech. A dnes už jsou naštěstí i platy zdravotníků celkem přijatelné, takže si člověk může dovolit ten luxus přemýšlet více o každodenní náplni práce.

Vás asi ta práce opravdu baví, že? I po více než 20 letech praxe.

Upřímně ano a někdy ne. Myslím, že je řada z nás teď na oddělení docela frustrovaných právě ze situace mladistvých či mladých dospělých pacientů, kteří občas nyní tvoří i třetinu pacientů na oddělení. Snažíme se přijít na to, jak jim pomoci, co dělat jinak, ale jejich problémy nemají žádná rychlá řešení, léky, jednoduchá traumata ke zpracování, rodinná sezení, která by přinesla v dohledné době efekt. A přicházejí jak na běžícím páse. Na poslední službě jsme ošetřili jedenáct osob, přijelo sedm sanitek a dorazili tři mladí lidé s tím, že se chtějí zabít, aniž by dokázali přednést srozumitelnější důvod. Přišli sice zavolat o pomoc, ale sebeпоškozování se vzdát nechtějí a sebevraždu si pořád miní ponechat mezi záložními postupy. Nechávací na nás, co s tím uděláme. A to je obrovsky vysilující, přináší to obrovský tlak nejen pro jejich okolí, třeba rodiče, ale i pro nás, personál, který je naučený, že má zodpovědnost za život pacienta a má dokázat sebevraždám zabránit. Jsem dnes ve své práci skeptičtější, než jsem byl kdykoliv dříve, a trochu se bojím, že už nedokážu dostatečně motivovat ani studenty, protože nejsem úplně dobrý lhář.

Kudy vede cesta ven z téhle situace?

Kdybych to věděl, tak se cítím mnohem lépe. V konkrétním případě pochopitelně směrem k psychoterapii, protože není jiná možnost, než se pokusit doplnit chybějící kamínky v mozaice jejich funkčnosti, ale ani to není snadné, trvá to dlouho a naráží na motivaci pacientů ke změně. Chybí tam cíl a vědomí nějaké cesty, spo-

kojenost s překonáním předchozích překážek, ochota snášet míru frustrace. Možná máme příliš mnoho komfortu, který nás neučí a nemotivuje překonávat překážky. Dříve musel člověk celý den pracovat, aby neměl hlad a udělal si zásoby na zimu, život byl křehký a přežití vyžadovalo spoustu úsilí, ale taky spoustu splněných úkolů a srozumitelná pravidla. Dnes vlastně fungovat úplně nemusíme, dokonce někdy s trochou černého humoru mluvíme na oddělení o odvrácené stránce destigmatizace, kdy je paradoxně in nebýt normální, pacienti jsou na to hrdí, fotí se na oddělení, odesílají fotografie pyšně na sociální sítě a seznamky. Ale pořád je to jen jenom určitá výše naší práce. Ostatní zůstává fajn, dává spoustu smyslu a satisfakce. A často dokážeme pomoci i těmto mladým pacientům. Lepší otázka, ale hlavně odpověď by byla, jak bránit tomu, aby takové potíže v takové míře vznikaly.

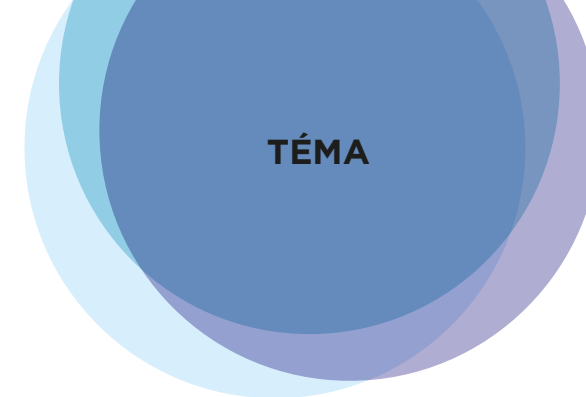
A hraje v tom roli rodinné zázemí mladých lidí?

Globálně určitě ano, řada z pacientů má oprávněné problémy v rodině a traumatické zkušenosti, ale zase zdaleka ne tak často a tak moc, aby se jimi daly jejich potíže plně vysvětlit, musí v tom být i nějaké další společenské faktory. Ale nejsem dětský psychiatr, nechci o tom spekulovat více, to přísluší jiným a budu rád, pokud znají nebo najdou ty správné odpovědi.

To je pro mě jako rodiče trochu zdvižený prst. Vy sám máte děti, jestli se můžu ptát osobněji?

Mám dva šikovné a prima syny, chci věřit, že to tak všechno zůstane. Nicméně abych to vrátil k tématu psychiatrie – na oddělení máme taky spoustu mladých skvělých kolegů různých odborností, kteří určitě psychiatrii posunou a pro něž není reforma změna, ale vlastně rutina.

Anežka Benešová



Vzdělávání v psychiatrii

O vzdělávání budoucích psychiatrů jsem si povídala s **Pavlem Mohrem**, který je kromě mnoha dalších rolí profesorem 3. lékařské fakulty Karlovy univerzity a vyučuje také na Fakultě zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci. Jaká jsou úskalí současného vzdělávacího systému budoucích psychiatrů a psychologů, jak je řešit a v čem je nápomocná probíhající Reforma péče o duševní zdraví? Na to v krátkém rozhovoru ochotně odpovídá profesor Mohr.

Dnešní společnost postihuje covidová vlna, která odkryla obrovskou potřebu a tak i nedostatek psychiatrů, psychologů a dalších profesí v oblasti péče o duševní zdraví. Nadějí jsou tedy budoucí odborníci v psychiatrii, které máte také ve svých rukou - není to příliš velký tlak, nápor?

Nevnímám to jako tlak či nápor, ale jako společenskou potřebu, kterou je třeba naplnit. Současně to představuje výzvu, se kterou je třeba se vypořádat. Naším úkolem je nejen vychovat nové psychiatry a psychology, ale obecně připravit odborníky pro práci v nově vznikajících službách péče o duševně nemocné.

Vnímáte nějaká úskalí ve vzdělávání budoucích psychiatrů?

Úskalí číhají na všech zákrutách cesty k získání

specializace v psychiatrii. V pregraduální výuce studentů to je malá atraktivita oboru nebo přímo jeho stigmatizace a to i ze strany pedagogů z jiných oborů nebo například obsah výuky neodpovídající současnému stavu poznání a systému péče. Po promoci to je nízké finanční ohodnocení, malá společenská prestiž, malý počet akreditovaných pracovišť poskytujících specializační vzdělávání.

Daří se nadchnout mediky pro práci v psychiatrii?

Se střídavými úspěchy, záleží vždy na kvalitě pregraduální výuky. Jak se ukazuje, tak mezi jednotlivými lékařskými fakultami existují velké rozdíly mezi absolventy v jejich zájmu o psychiatrii. Podle nedávného průzkumu mezi studenty



Prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D. Foto: Archiv Pavla Mohra.

všech českých lékařských fakult psychiatrii jako budoucí obor zvažovalo (spolu s ostatními obory) 31 procent studentů, ale jako jedinou volbu pak psychiatrii označilo jen 1,6 procent z nich. Reálné statistiky, do jakých oborů míří medicí po promoci, si vedou fakulty zvláště, např. na 1. lékařské fakultě v Praze si psychiatrii vybere každoročně okolo 6 procent absolventů.

Vnímáte pokroky v oblasti vzdělávání v psychiatrii v souvislosti s probíhající reformou péče o duševní zdraví?

Vlastní obsah výuky psychiatrie se mezi lékařskými fakultami liší, každá má svoje vlastní kurikulum a nevím, zda do všech již proniklo povědomí o systémových změnách v rámci reformy péče o duševní zdraví. Některé změny je však možné pozorovat ve vlastní specializační přípravě, v novém vzdělávacím programu v oboru psychiatrie, v tom, že je možné akreditovat pro specializační vzdělávání i ambulantní a komunitní zařízení, nově jsou také definované kompetence lékařů ve specializační přípravě. Dětské a dorostové psychiatrii pomohlo, že se stala základním a nikoliv jen nástavbovým

oborem, což snad zamezí odlivu do dospělé psychiatrie, kdy potenciální zájemce mohla odradit dlouhá doba přípravy, než mohli získat specializaci v oboru. Máme také reálnou naději, že po letech bezvýsledných jednání se podaří opět otevřít možnost atestace v psychoterapii pro lékaře.

Co by to konkrétně znamenalo v praxi?

Znamenalo by to, že lékaři, kteří absolvovali standardní psychoterapeutický výcvik (a dnes z legislativních důvodů nemohou získat atestaci v psychiatrii), by měli možnost získat specializaci v psychoterapii v novém nástavbovém oboru Lékařská psychoterapie.

Co bude třeba dále zlepšovat ve vzdělávacím systému v oboru psychiatrie?

Určitě je třeba zaměřit se již na studenty lékařských fakult, ukázat psychiatrii jako rovnocenný medicínský obor, ve kterém mohou najít uplatnění, seznámit je s měnícím se systémem péče o duševně nemocné, propojit výuku více s klinickou praxí nejen na psychiatrických odděleních, ale i v ambulantních a komunitních služ-

bách. Změny v systému vzdělávání jsou také stanovené v Národním akčním plánu pro duševní zdraví do roku 2030. Již na pregraduální úrovni je třeba se zaměřit na multidisciplinární přístup, „měkké“ dovednosti jako je práce se vztahem, respektující komunikace a podobně. Je důležité seznamovat studenty s principem zotavení (recovery), pomoci jim osvojit si práci s krizí a s rizikem chování. Součástí specializační přípravy lékařů, psychologů ve zdravotnictví i nelékařského zdravotnického personálu by měla být povinná praxe v komunitních službách. A samozřejmě v neposlední řadě atraktivitě oboru pomůže i důstojné finanční ohodno-

cení, případně další pobídky a motivace.

Dlouhodobě působíte jako primář na klinice NUDZu a vedoucí výzkumného programu tamtéž. Jaké jsou hlavní oblasti, kterým teď věnujete nejvíce pozornost?

Moje práce je hlavně vedení kliniky NUDZ a funkce náměstka pro zdravotní péči v NUDZ, také učím na 3. lékařské fakultě UK a jsem školitel postgraduálního studia neurověd. Hlavními oblastmi zájmu jsou psychofarmakologie, biologická psychiatrie a neurovědy.

Anežka Benešová



Kdo je Pavel Mohr?

Prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D. absolvoval 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, v roce 1991 nastoupil do Psychiatrického centra Praha (PCP), transformovaném v r. 2015 na Národní ústav duševního zdraví (NUDZ). Od r. 2009 působí ve funkci primáře kliniky PCP/NUDZ, v NUDZ též jako náměstek pro klinický výzkum a vedoucí výzkumného programu. V letech 1995–1998 pracoval jako vědecký pracovník v oddělení klinického výzkumu v Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research v USA. Vedle klinické práce se věnuje klinickému psychiatrickému výzkumu, je řešitelem mnoha grantových projektů, působí jako vysokoškolský pedagog pregraduální a postgraduální výuky, je profesorem psychiatrie na 3. Lékařské fakultě UK v Praze. Oblastí jeho odborného zájmu je psychofarmakologie a neurobiologie duševních poruch. Pravidelně přednáší na odborných setkáních doma i v zahraničí, je členem redakčních rad domácích i mezinárodních odborných časopisů a profesních organizací, získal několik ocenění, včetně Národní psychiatrické ceny 2018. V letech 2009–2011 byl předsedou České neuropsychofarmakologické společnosti, od roku 2011 předsedá mezioborové společnosti Czech Brain Council, kterou spoluzakládal, je předsedou Psychiatrické společnosti ČLS JEP na roky 2019–2022.

Reforma očima uživatele

Aneb cíl je jasný: zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí

Reflexe *Zbyňka Robocha*



Jako zástupce lidí se zkušeností s duševním onemocněním v rámci Reformy péče o duševní zdraví si dovoluji vyjádřit podporu krokům, které se v rámci realizace Strategie a přípravy realizace Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 - 2030 uskutečňují a doufám, že i nadále uskutečňovat budou.

Oceňuji, že se ve velké míře daří zapojovat zástupce lidí se zkušeností s duševním onemocněním do plánování a realizace změn na všech úrovních. Toto zapojení má však i své limity, které jsou dány počtem aktivních uživatelů a omezenými možnostmi ohodnocení odvedené práce v rámci zapojování.

Z hlediska vývoje systému psychiatrické péče vítáme, jako jeho uživatele, rozvoj nových služeb, například typu center duševního zdraví, snahu o zkracování hospitalizací a zajištění návazných služeb v komunitě, vznik terénních služeb a multidisciplinárních týmů. A to je pouze krátký výčet z mnoha dalších změn, které se dějí. Co chybí, je bohužel zatím možnost zjednodušení systému ve formě zdravotně-sociálního pomezí a realizace služeb v rámci jednotného financování a nastavení.

Nesmírně důležitou oblastí péče, kde se podařilo realizovat posun je otázka humanizace služeb, včetně dodržování a respektování lidských práv. Zde, bohužel, musím konstatovat, že přes veškeré snahy se tato problematika jeví jako systémově nejproblematictější, nejhůře kontrolovatelná a vymahatelná. V tomto ohledu je určitě ještě prostor pro zlepšování. I nadále budeme tomuto tématu věnovat velkou pozornost a budeme se snažit prosadit účinné hodnotící a kontrolní mechanismy u všech typů služeb.

Celkově, za období, kdy reformní projekty fungují, došlo k velkému posunu v mnoha faktorech. Vzhledem k unikátnosti celého procesu musíme konstatovat, že dosažené úspěchy jsou v daných podmínkách (legislativních, finančních) velkým úspěchem, ale je nezbytné pokračovat v rozběhnutých procesech. A to za podpory a zapojení všech potřebných rezortů, krajů, poskytovatelů, uživatelů, pečovatelských a dalších aktérů. Z mého pohledu je také třeba, aby si všichni aktéři, zapojení do této změny, i do budoucna uvědomovali, že tato změna se děje a měla by se dít, v zájmu a ku prospěchu lidí procházejících systémem psychiatrické péče. Budeme také rádi, když tuto práci budou vykonávat lidé, kteří mají o lidi zájem a berou to jako své poslání. Pojďme společně hledat ta nejlepší někdy i kompromisní řešení.

Uvítal bych také, kdyby změny byly plánovány za větší podpory státních prostředků bez vazby na podporu ze strany Evropské unie.

Pro další období bych také uvítal větší podporu svépomocných aktivit uživatelů, ale i pečujících a zakotvení peerů v systému péče. Tyto kroky mohou výrazně prospět celému systému a mohou odlehčit a přispět ke zlepšení péče o lidi, kteří se potýkají s duševním onemocněním.

Reforma péče o duševní zdraví je dlouhodobým procesem. Ač se nám za posledních pár let společně podařilo udělat velký kus práce, budu velmi rád, když toto téma nezapadne. Současná doba nám ukazuje, jak je téma psychiky, duševního zdraví a wellbeingu důležitá.

REFORMA V
REGIONECH

Dlouhá cesta k centru duševního zdraví

S **Janem Stuchlíkem** jsem si povídala o Centru duševního zdraví v Mladé Boleslavi, ale i o tom, jaká cesta k němu vedla. S tímto psychiatrem působícím v čele **mladoboleslavského Fokusu** jsme mluvili o jeho začátcích, výzvách i vizích do budoucna, se kterými se v čele organizace poskytující podporu lidem se zkušeností s duševním onemocněním potýká a kam ji směřuje. V rozhovoru jsme se také dotkli tématu peerství či problematiky chráněného bydlení v kontextu duševního zdraví.

Co je běžnou náplní Vašeho pracovního dne?

Jsem z devadesáti procent manažer. Jako odborný ředitel vybírám nový personál a zaškoluji ho, řeším administrativu. S klienty se dnes už potkávám málokdy.

Tak tomu ale nebylo vždy. Kdy jste se rozhodl odejít z léčebny, kde jste dříve pracoval jako psychiatr?

V léčebně jsem měl pocit, že se na příjmu objevují stále ti samí lidé dokola. U některých jsem pozoroval syndrom otáčivých dveří. A stále se opakovalo kolečko medikace, pár týdnů hospitalizace, propuštění a to celé znovu zase za půl roku. Jako lékař jsem ale netušil, co se v mezičase děje doma, proč se hospitalizace stále opakuje. Bylo také náročné se potkat s rodinnými příslušníky a spolupracovat s nimi. Měl jsem pocit, že je něco špatně.

Odešel jste tedy do Fokusu v Mladé Boleslavi. Jak jste tam začínal?

Začali jsme podobně jako mnoho jiných, a sice chráněnými dílnami. To funguje dobře. Data ukazují, že lidé, kteří alespoň třikrát až čtyřikrát týdně navštěvují nějaký docházkový program – typicky dílny, jsou hospitalizováni třikrát méně často, než v době, kdy se ničeho takového neúčastnili.

Jak se Fokus rozrůstal?

Na začátku jsme byli parta kamarádů a já na svém místě setrvávám už třicet let. V současnosti jsme dílny vydělili jako samostatnou organizaci a chceme, aby fungovaly jako sociální podnik. Samostatně chceme pokračovat ve volnočasových aktivitách a v podporovaném zaměstnávání. Vedle toho zůstává rozvojová aktivita chráněného bydlení.



Centrum duševního zdraví v Mladé Boleslavi. Foto: Archiv CDZ MB.

Kolik bytových jednotek má Fokus k dispozici?

Osmnáct v Boleslavi, šest v Nymburce a dvanáct v Kolíně. Chráněné bydlení je velmi podstatné. Řada lidí nemá možnost bydlet bezpečně a důstojně. Taková situace je úzké hrdlo, které vede k dlouhodobým psychiatrickým hospitalizacím, přestože má na začátku sociální původ. Není tajemství, že část lidí v léčebnách není kam propustit, protože nemají domov.

Co brání navyšování kapacity?

Chráněné bydlení je pochopitelně investičně nákladný program, který by bylo vhodné navýšit. Je to ale otázka financování mimo jiné i ze strany krajů. A tam nyní nevidím vůli k navyšování, byť je to na místě.

Kdy přišlo na řadu CDZ a jaká byla cesta k jeho založení?

Zdálo se nám, že naše dílny výborně fungují, než jsme si uvědomili, že to je služba pro deset procent cílové skupiny. Zkrátka pro ty, kteří jsou schopni někam docházet denně, nebo aspoň pravidelně. K ostatním se těžko dostanete. Kolem roku 1995 jsme se potkali s holandskými kolegy, u kterých jsme viděli nové možnosti a postup práce, kterým jsme se inspirovali. Tak vznikl první case-managementový tým, jeden z prvních tří u nás. Byl to první kontakt s druhem práce, kdy

jsme docházeli za lidmi tam, kde nás potřebovali. Ale bylo to koncipováno jako čistě sociální služba. Zhruba od roku 2000 už fungoval mladoboleslavský tým jako case-management. Řada našich sester si dodělalo vyšší odbornou školu, aby se staly současně sociálními pracovníci. Stále jsme ale neměli status zdravotnického zařízení.

To už se dostáváme k reformě, která umožnila vznik prvních center duševního zdraví u nás.

Ano, nachystali jsme se na ni předem. Například bylo jasné, že v Karlovarském kraji nikoho jako partnera neseženeme, protože tam žádné partnerské zdravotnické zařízení nebylo. Proto jsme založili psychiatrickou ambulanci, která fungovala jako stážové místo bohnické léčebny. Byli jsme zvyklí už čtyři roky před založením CDZ pracovat multidisciplinárně. Nebylo to pro nás úplně nové.

Byli už tehdy v týmu peer konzultanti?

Určitě ne od jakživa. Vždycky jsme ale měli někoho se zkušeností s duševním onemocněním, což často bývá motivace dělat tuto práci. Ale bylo to v neformalizované verzi. Jejich zkušenost nebyla součástí role. S profesionálními peery jsme se potkali v Holandsku. A tam jsme viděli, jak lidi se zkušeností zařadit jako plnohodnotné členy týmu, s veškerou zodpovědností profesionála, jehož pracovním nástrojem je jeho vlastní zkuše-

nost. Myslím, a jsem na to hrdý, že jsme byli součástí lobbingu u nás, aby se peery podařilo plnohodnotně včlenit do multidisciplinárního týmu. Stalo se tak osm let po Holandanech, a to není vůbec špatné, když si uvědomíme, jakou máme historickou zátěž. Měl jsem z toho velkou radost.

Jakým výzvám CDZ v Mladé Boleslavi čelí?

Reforma běží jako evropský projekt. A to s sebou přináší projektový folklor – tedy papírování, které je někdy zbytočné. Bylo také náročné překlenout období, kdy byly projektové mzdy jiné, než mzdy z běžného provozu. To přinášelo personální problémy.

Bylo komplikované sžívání sociální a zdravotní složky v CDZ?

Vím, že to bývá problém, ale naše partnerství s Psychiatrickou nemocnicí v Kosmonosech je velmi funkční. Do společného projektu vstupoval Fokus Mladá Boleslav jako silný partner s dobrým zázemím, silným týmem s budovou, auty, vlastním psychiatrem a částečným úvazkem psychologa a všeobecnými sestrami. PN Kosmonosy doplnila náš tým psychiatrickými sestrami, psychologem a druhým psychiatrem. Od začátku jsme měli vyjednáno, že po konci pilotní fáze zůstane CDZ Mladá Boleslav pod Fokusem. Bylo to jiné, než některá centra duševního zdraví založená dvěma partnery s různou kulturou a jinými pohledy na věc. A i když je nyní CDZ provozováno Fokusem, dobrá a úzká spolupráce s nemocnicí v Kosmonosech je zachována. Několik

kolegů z týmu má rozdělené úvazky mezi CDZ a PN Kosmonosy, což je jeden ze způsobů jak efektivně spolupracovat. Máme také nastavený systém porad s týmy klíčových oddělení psychiatrické nemocnice.

Jak se Vaše práce dařila během covidové krize?

Myslím, že jsme to s drobnými omezeními zvládli v klidu. Samozřejmě nás částečně omezovalo rozdělování týmu na polovinu nebo čtvrtinu, ale protože máme tým personálně spíš naddimenzovaný, šlo to dobře. Mám ale jednu zajímavou zkušenost. Město Mladá Boleslav během podzimní vlny zřídilo ubytovnu pro lidi s covidem bez domova. Tito lidé tam ale zůstali izolováni a někteří z nich potřebovali i zdravotní péči. Část z nich byli už dříve naši klienti. Praktičtí lékaři tam nechtěli jít a náš tým přibližně dva týdny zajišťoval intenzivní pomoc, včetně lékařské, těmto lidem bez domova, což asi není primární úkol CDZ, ale bylo to v dané chvíli potřeba.

Hned na začátku jste zmínil, že už jste málo v kontaktu s klienty. Schází Vám tato práce?

Trochu ano. Kancelář mám ale v sousedství chráněného bydlení a samozřejmě jsem s klienty v kontaktu zprostředkovaně přes své kolegy. A také se setkávám s klienty a s rodinnými příslušníky v situacích, kdy je nějaký problém ve spolupráci s našimi službami, což se většinou podaří vyřešit, takže to není nijak neradostná role.

Anežka Benešová, Gabriela Mišková

Kdo je Jan Stuchlík?

MUDr. Jan Stuchlík je psychiatr, který se od roku 1992 zabývá psychosociální rehabilitací dlouhodobě duševně nemocných ve Fokusu Mladá Boleslav. Založil a řídil jeden z prvních týmů využívající case-management v ČR. Od roku 1995 se jako konzultant Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ) účastnil řady projektů zaměřených na zavádění nových typů služeb, problematiku práv duševně nemocných a na vzdělávání v oblasti péče o duševně nemocné.



CDZ: Boj s duševním onemocněním se může zdát marný, přesto se vyplatí vytrvat

Jsou tu již pět let a denně pomáhají stovkám pacientů v celé republice. Díky nim ubývá dlouhodobých hospitalizací i necitlivých převozů do psychiatrických nemocnic. Nejčastěji se v nich léčí lidé s těžkým psychickým onemocněním, z nichž téměř polovina žije s nemocí více než deset let. Řeč je o centrech duševního zdraví.

V roce 2013 byla schválena Strategie reformy psychiatrické péče a vytyčila si hlavní cíl, a to naplňovat a prosazovat lidská práva lidí s duševním onemocněním. Častá celospolečenská představa o lidech s duševním onemocněním, které v těžkém stavu odváží záchranná služba za pomoci policie do psychiatrické nemocnice, nebyla v některých případech daleko od reality. Centra duševního zdraví nejen úspěšně korigují toto společenské klíše, ale především reálně mění takovou praxi zacházení s klienty.

Měla jsem pocit, že už jsme zkusili všechno

Jedním z prvních pacientů doktorky **Tatiany Fabíniové** v [Centru duševního zdraví na Praze 8](#) byl a stále je pacient se schizofrenií Rudolf, který se opakovaně dostával na dlouhodobé pobyty v léčebně. Jeho situaci komplikovaly paranoidní stavy a farmakorezistence. „Pacient opakovaně vysazoval léky a zabarikádoval se ve svém bytě. Do bytu se museli několikrát dostávat hasiči v součinnosti s policií a záchrannou službou, která ho odvážela za dramatické situace z jeho domácího prostředí do léčebny,“ vzpomíná doktorka Fabíniová na náročné začátky péče o pacienta. Když Rudolfovi rodiče navázali spolupráci s centrem duševního zdraví a požádali o pomoc se zvládnutím situace, začala do pacientova domá-

ciho prostředí záhy docházet terénní zdravotní sestra. K ní získal Rudolf postupně důvěru. Časem si nechal správně dávkovat léky nebo aplikovat depotní injekce. I když se zavírání v bytě a opětovné hospitalizace ještě nějakou dobu opakovaly, jejich četnost klesala a především se obešla bez aktu násilí.

Tým z CDZ byl natolik vytrvalý a s pacientem pracoval, že Rudolf žije téměř tři roky soběstačně ve svém bytě s denní podporou terénních pracovníků. „Po nějaké době jsem i já měla pocit, že jsme zkusili všechno možné a že je to možná marný boj. Pacientova opatrovnice několikrát navrhovala přesun do domova se zvláštním režimem. Vypadalo to, že nikdy nebude schopen žít samostatně,“ připouští zpětně Tatiana Fabíniová. Bez CDZ by byl dnes Rudolf po zbytek života umístěn v některé z institucí.

S kým se klienti setkávají

Rudolfův příběh ukazuje dobrou praxi deinstitutionalizace, kterou pomáhají realizovat právě centra duševního zdraví. Vznik CDZ je výraznou změnou v reformě péče o duševní zdraví. Multidisciplinární tým zajišťuje všestrannou péči. Lékaři v součinnosti se sestrou hlídají somatické zdraví pacienta, protože ti často nemají svého

praktického lékaře. Jak vlastní onemocnění, tak letitá léčba psychofarmaky, často souvisí se somatickými problémy. Sestry řeší také odbornou komunikaci se zdravotním personálem, kterou pacient někdy není schopen sám obstarat. Díky terénní sestře, která měla na klienta dostatek času, se například u dalšího pacienta doktorky Fabíniové zjistila srdeční vada, jež výrazně zhoršovala fyzický i psychický stav.

Sociální pracovníci z CDZ pomáhají řešit ukotvení pacienta v dobrých sociálních podmínkách. Někteří klienti si nemohou samostatně vyřešit důchod či jiné dávky, objednat se k zubaři, nebo zaplatit složenky. Sociální pracovníci tedy při těchto úkonech asistují a stejně tak pomáhají například s péčí o domácnost. Další člen týmu, psychoterapeut, je k dispozici jak klientům, tak jeho rodině jako mediátor a terapeut. I rodinní příslušníci často potřebují odbornou podporu a spolupráce s nimi může výrazně ulehčit léčbu. Peer konzultanti, tedy lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, pomáhají celému týmu najít ke klientovi adekvátní přístup. Ti vnímají pozitivně, že s nimi komunikuje někdo se stejnou osobní zkušeností. Peer konzultant posiluje klientovu víru v to, že i s omezením pramenícím z duševního onemocnění může člověk žít plnohodnotný život. Mohou být inspirací pro ty, kteří se svojí nemocí aktuálně bojují a jsou v těžké fázi.

Konec nedobrovolných hospitalizací?

Doktorka Fabíniová shrnuje výhody CDZ: „Pacienti mají veškerou péči pod jednou střechou, centrum dokáže rychle a flexibilně reagovat na změny stavu pacienta. Ale především pacient není uzavřen v instituci, nýbrž zůstává ve svém přirozeném domácím prostředí. Intenzita a frekvence péče převyšuje péči psychiatrických ambulancí. Tyto ambulance jsou totiž dlouhodobě přetížené a není v jejich silách poskytnout pacientům tak všestrannou péči,“ čímž Fabíniová upozorňuje na dlouhodobý celorepublikový problém, který se výrazně dotýká i dětských psychiatrických ambulancí.

Všechny popsané výhody zvyšují šance pacientů na důstojný život s dobrým zázemím v domácím prostředí. Pracovníkům center se daří předcházet zhoršením a relapsům, a tím šetří čas lékařům psychiatrických nemocnic. Všeestrannou péčí CDZ se dlouhodobě snižuje počet nedobrovolných hospitalizací. Reforma péče o duševní zdraví v praxi ukazuje, že právě prevence je základním stavebním kamenem při dodržování základních lidských práv. V neposlední řadě je možné klienty začlenit do komunity a umožnit jim zvládat zaměstnání a rodinný život.

Gabriela Mišková



Ilustrační foto. Foto: Pixabay.

Fotografie psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě z cyklu „Psychiatrická zařízení okem uměleckých fotografů“.



Tento dokument je hrazen z projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213) realizovaného Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.