

# reforma

Informační magazín Reformy péče o duševní zdraví

číslo 03 / září, říjen 2021



- OCHRANNÉ LÉČENÍ  
pohledem Marka Páva
- Psycholog v terénu: rozhovor  
s Martinem Halířem
- Světový den  
duševního zdraví



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



REFORMA PÉČE  
O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



## *Milí čtenáři Reformy,*

Pandemie covid-19 měla zásadní dopad na duševní zdraví lidí. Díky tomu se problémy duševního zdraví rozšířily, zviditelnily a zpochybnily individuální odolnost milionů lidí.

Navzdory pokroku v některých zemích se lidé se zkušeností s duševním onemocněním často setkávají s vážným porušováním lidských práv, diskriminací a stigmatizací. Zvláště zasaženy jsou některé skupiny, včetně zdravotnických a dalších pracovníků v první linii, studentů, lidí žijících osamocně a těch, kteří mají předpoklad pro vznik duševního onemocnění. A služby pro duševní, neurologické poruchy a poruchy užívání návykových látek byly výrazně narušeny.

Mnohým problémům s duševním zdravím lze předcházet nebo je léčit, pokud jsou k dispozici nestigmatizující a snadno dostupné služby. Poskytování komunitních služeb duševního zdraví je cost-efektivní řešení. Existuje důvod k optimismu - některé země našly nové způsoby poskytování péče o duševní zdraví svým obyvatelům. Projekty

Reformy péče o duševního zdraví v České republice začaly přinášet pozitivní výsledky a přispěly ke kontinuitě služeb navzdory pandemii.

Světová zdravotnická organizace aktivně podporuje Radu vlády pro duševní zdraví a Ministerstvo zdravotnictví ČR v neustálém úsilí o zlepšování služeb, oslovování pacientů v jejich komunitách a zavádění strategií k překonávání překážek v přístupu ke službám při současném zajišťování jejich kvality, dodržování lidských práv a řešení stigmatu a diskriminace.

Při dokončování reformy bude zásadní zajistit udržitelnost tohoto úsilí. Finanční a lidské kapacity by měly být zachovány a zúročeny. Operační výzkum a inovace přinesou pozitivní výsledky založené na důkazech alepší život stovkám tisíc občanů.

Zdraví a příjemné čtení přeje,  
**Dr. Srđan Matić,**  
Představitel WHO a vedoucí Kanceláře WHO v ČR



## 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](mailto:magazinreformy@mzcr.cz).  
Nebudete si muset Reformu odnikud složitě stahovat. Jednoduše vám přijde na mail a čtení už bude jen radost.



## Blíží se konference Reformy péče o duševní zdraví

Ministerstvo zdravotnictví ČR zve na odbornou konferenci „**Reforma péče o duševní zdraví a spolupráce s jinými obory a profesemi**“, která se uskuteční ve dnech 13. - 14. října 2021 v EA Hotel Business v Jihlavě. Konference je pořádána v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Přední čeští odborníci a zástupci z praxe budou společně diskutovat na témata týkající se multidisciplinární spolupráce v oblasti psychiatrické péče, sociálních služeb, záchranného integrovaného systému, ochranných léčeb, primární péče a zaměříme se i na specifika péče o duševní zdraví dětí a seniorů.

Věříme, že Vás program konference zaujme a využijete možnost se zúčastnit a aktivně zapojit do debaty nad uvedenými tématy. Pokud ano, zde najdete přímý odkaz na registrační formulář. Těšíme se na setkání s Vámi.

Konference je plánována prezenční formou. S ohledem na vývoj situace okolo COVIDU-19, a s tím souvisejícími vládními nařízeními, si však vyhrazujeme právo konferenci zrealizovat online formou či jí zrušit. Bližší informace o konferenci (pozvánky, přihlášky, program a podobně) budeme jsou zveřejněny na [www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz).

## Brněnská psychiatrická nemocnice přijme primáře a sestru do CDZ

Ředitel Psychiatrické nemocnice Brno přijme lékaře/lékařku psychiatrie na pozici primáře/primářky diagnosticko-terapeutického oddělení.

V požadavcích je specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dále pak licence ČLK pro výkon funkce primáře, minimálně 10 let praxe, bezúhonnost a zdravotní způsobilost, manažerské a morální předpoklady, řídicí, organizační a komunikační schopnosti.

Dále psychiatrická nemocnice v Brně přijme všeobecnou sestru do centra duševního zdraví. Požaduje se střední zdravotnická škola v oboru všeobecná sestra nebo zdravotní sestra, maturitní studium v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii nebo ochota si toto studium v nejbližší době doplnit. Dále pak musí uchazeč splňovat minimálně 5 let praxe v oboru všeobecná sestra, bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Důležitá je i ochota pracovat s duševně nemocnými v jejich přirozeném prostředí, velmi dobré komunikační schopnosti a příjemné vystupování a také znalost práce na počítači.

Bližší informace lze získat na tel. čísle: +420 548 123 239 nebo na e-mailu: [stehlikova@pnbrno.cz](mailto:stehlikova@pnbrno.cz) a také na stránkách [PN Brno](http://PN Brno).

## Vrcholí 32. ročník Týdnů duševního zdraví

Od září až do 10. října, který je Světovým dnem duševního zdraví, probíhá program 32. ročníku Týdnů duševního zdraví - multižánrové celorepublikové kampaně na podporu lidí s duševním onemocněním a tématu duševního zdraví.

V [programu](http://www.tdz.cz), který najdete na webových stránkách [www.tdz.cz](http://www.tdz.cz) je k nalezení široké spektrum událostí v podobě koncertů, happeningů, výstav, divadelních a filmových představení, workshopů, dnů otevřených dveří, kulatých stolů, besed a diskusních fór o nejrůznějších aspektech duševního zdraví, které se konají v mnoha městech a vesnicích po celé republice. Přinášejí množství pozitivních příběhů a zkušenosti lidí s duševním onemocněním, nabízejí informace o možnostech prevence a péče o vlastní duševní zdraví a také o nabídkách pomoci odborných služeb. Tímto způsobem všichni zapojení pomáhají bojovat proti předsudkům a stigmatu, které v oblasti duševního zdraví ve společnosti panují.

Zakladatelem kampaně Týdny duševního zdraví je nezisková organizace Fokus v Praze (původně Sdružení Fokus). Fokus ČR v roce 2018 uzavřel partnerství s Národním ústavem duševního zdraví, konkrétně Iniciativou NA ROVINU projektu Destigmatizace, jejíž hlavní aktivitou je destigmatizace lidí s duševním onemocněním a zvyšování gramotnosti

v oblasti duševního zdraví a duševních onemocnění. Společnou snahou je koordinace jednotlivých organizátorů tak, aby jimi pořádané akce měly co možná největší dopad, zohledňovaly moderní světové trendy v péči o duševní zdraví a aby se o nich dozvědělo co nejvíce lidí. I když Iniciativa Na rovinu a Fokus ČR tuto kampaň společně zastřešují, pořadatelem akcí jsou mnohé další organizace poskytující sociálně-zdravotní péči, kulturní a vzdělávací instituce, školy i svépomocné spolky lidí s duševním onemocněním po celé republice. Lokální aktivity tak nabízejí široké veřejnosti to, co je v daném regionu již tradičně oblíbené a osvědčené nebo přicházejí s originálními novinkami, které reagují na aktuální situaci a potřeby komunity v dané oblasti.

Loňský ročník TDZ byl stejně jako všechny další celospolečenské aktivity poznamenaný epidemií covid-19, mnoho již avizovaných akcí se muselo na poslední chvíli rušit, případně omezovat počet návštěvníků. Aby se situace neopakovala, počítají letošní organizátoři i s nouzovou variantou a mnohé edukační materiály, odborné besedy, či vzdělávací workshopy připravují pro online prostředí a budou sdíleny prostřednictvím sociálních sítí.

*Mgr. Slavomíra Pukanová*, koordinátor projektu Destigmatizace

## Organizace Nepanikař nenabízí jen aplikaci první psychické pomoci, ale také online poradnu a terapie



Ještě do roku 2019 u nás neexistovala žádná aplikace, která by nabízela první psychickou pomoc, než s ní tehdy 18letá studentka biomedicínské techniky a bioinformatiky poprvé přišla, a to na základě vlastní zkušenosti s psychickým onemocněním. [Aplikace Nepanikař](#) Veroniky Kamenské, kterou si stáhlo už přes čtvrt milionu uživatelů, zachraňuje životy a pomáhá zvládat duševní potíže různého druhu.

„Naším cílem bylo propojit několik typů duševního onemocnění, protože se velmi často nevyskytuje pouze jedno, ale je to propojení několika různých věcí. Třeba lidé, kteří mají myšlenky na sebevraždu, mají často deprese nebo se sebepoškozují, takže jsme to chtěli vzít komplexně,“ přibližuje Veronika Kamenská pojetí aplikace, kterou podpořila i Nadace PPF.

Aplikace je řešená v rámci modulů, které se věnují jednotlivým oblastem duševního onemocnění. „Modulů je pět plus dva – pět modulů, které se zaměřují na duševní onemocnění: deprese, úzkost, panika, sebepoškození, myšlenky na sebevraždu a poruchy příjmu potravy a potom prostor pro vlastní záznamy, kde si uživatel může zapisovat náladu, jídelníček, spánek anebo si psát deník. Aplikace obsahuje také kontakty na pomoc,“ vysvětluje autorka aplikace, která funguje v devíti jazycích 170 zemí světa. „Snažíme se také jednotlivé moduly rozšiřovat – když nás něco napadne nebo dostaneme zajímavý podnět od uživatelů, zkonzultujeme ho s odborníky a případně ho zařadíme,“ doplňuje

Kamenská o aplikaci, která je zdarma je stažení na Google Play i App Store a po nainstalování funguje i v offline režimu.

Nezisková organizace Nepanikař se kromě aplikace zaměřuje na další dva směry – online poradnu a online terapie. „Online poradna, které se věnujeme primárně, je most mezi klientem, jeho problémem a nasměrováním na vhodnou pomoc. Služba je zdarma a je určena primárně pro děti a mladé lidi, kteří nemají tak rychlou dostupnost pomoci, ať už se to týká klinických psychologů, psychiatrů nebo i toho, že se se svým problémem musí svěřit rodičům, což často nechťejí,“ uvádí hlavní koordinátorka organizace, která se stále rozrůstá a v současné době čítá na 50 dobrovolníků, mezi nimiž jsou studenti oborů psychologie, sociální práce, psychologové, sociální pracovníci a terapeuti.

Online chatová a emailová poradna reaguje také na častou přehlcenost linky bezpečí a jiných linek důvěry. „V rámci online terapie máme teď 11 terapeutů, kteří poskytují psychoterapii, jsou to psychoterapeuti ve výcviku. Cílem bylo nabídnout lidem v době covidové pandemie alternativu face-to-face terapií, levnějších a dostupnějších – s daleko rychlejší objednávací dobou,“ dodává Veronika Kamenská, která společně s týmem dobrovolníků na svých stránkách nabízí i mapu pomoci a pořádá online workshopy pro děti a mladé lidi.

Samotná aplikace zachránila už na 250 životů. „V poradně se potom z 3000 kontaktů asi 800 týkalo myšlenek na sebevraždu a zhruba 200 až 250 z nich bylo ohrožených na životě a těm jsme ten život zachránili,“ říká Kamenská, která prací v organizaci tráví denně čtyři hodiny a někdy i více. „Je to náročné, ale vždycky si to přizpůsobuju ke škole, během zkouškového se snažím práci i kontakty omezit, více práci deleguju na naše koordinátory, minimalizuju aktivity, co se týče supervizí a našeho dalšího vzdělávání. A dá se to. Všechno máme online, takže ušetříme velké množství času,“ uzavírá Veronika Kamenská z organizace Nepanikař, která získala Cenu Gratias Tibi nebo třeba Cenu ministra.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR  
VÁS ZVE NA ODBORNOU KONFERENCI

## „REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A SPOLUPRÁCE S JINÝMI OBORY A PROFESEMI“

termín konání: 13.-14. října 2021  
místo: EA Hotel Business  
Havlíčková 5625/28, 586 01 Jihlava

Konference je pořádána v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Přední čeští odborníci a zástupci z praxe budou společně diskutovat na témata týkající se multidisciplinární spolupráce v oblasti psychiatrické péče, sociálních služeb, záchranného integrovaného systému, ochranných léčeb, primární péče a zaměříme se i na specifika péče o duševní zdraví dětí a seniorů.

Více informací o konferenci a jejím programu najdete na stránkách [www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz).

Přímý odkaz na registrační formulář [zde](#).

Těšíme se na setkání s Vámi.

s případnými dotazy se můžete obrátit na koordinátora konference Jakuba Štěpánka, e-mail: [konference@reformapsychiatrie.cz](mailto:konference@reformapsychiatrie.cz), tel.: +420 775 707 877

Konference je spolufinancována z projektu „Deinstitutionalizace 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.

## Světový den duševního zdraví: Reforma pomáhá zlepšovat postoje společnosti k duševnímu zdraví



Duševnímu zdraví je v poslední době, i s ohledem na pandemii covid-19, zaslouženě věnována větší a větší pozornost. Ruku v ruce s tím se zlepšují postoje Čechů k lidem s duševním onemocněním. Potvrzuje to [nová studie](#) vědců z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ), který je Spolupracujícím centrem Světové zdravotnické organizace (WHO). Ke zlepšení postojů přispěla probíhající reforma péče o duševní zdraví i destigmatizační aktivity. Na problematiku má také upozornit Světový den duševního zdraví, který každoročně připadá na 10. října.

Stigma je v kontextu duševního zdraví důležité z několika důvodů: stigmatizace duševních onemocnění brání lidem vyhledat odbornou pomoc, vede k jejich diskriminaci, a ta je pro lidi s duševním onemocněním často větší překážkou pro kvalitní život než onemocnění samotné. Dále stigma souvisí se strukturální diskriminací, která se projevuje například podfinancováním systému péče o duševní zdraví. Nová studie NUDZ však prokázala, že mezi lety 2013 a 2019 došlo v České republice k mírnému **zlepšení postojů společnosti k lidem s duševním onemocněním**. Pozitivní roli sehrála jak reforma péče o duševní zdraví, tak celonárodní destigmatizační projekt známý prostřednictvím iniciativy [Na rovinu](#).

Kromě již zmíněného projektu destigmatizace a iniciativy Na rovinu se realizují velké projekty směřující k deinstitucionalizaci péče a většímu důrazu na poskytování komunitní péče, zavádění nových forem a služeb či přístupů založených na spolupráci různých oborů a profesí. „Reforma péče o duševní zdraví představuje rozsáhlý a komplexní proces, který je - svojí šíří a hloubkou - zcela ojedinělý v českém zdravotnictví. Obdobné systémové reformy jsou úkolem na několik desítek let a naší snahou je tento proces zkrátit,

ale nikoliv na úkor kvality či komplexnosti realizovaných změn,“ říká Pavel Mička, vedoucí oddělení reformy péče o duševní zdraví MZ ČR.

Potřebu reformy péče o duševní zdraví ještě zvýraznila pandemie covid-19. „Celosvětově je kladen důraz na kvalitnější a dostupnější komunitní služby - a ty jsou také jedním z klíčových projektů WHO v období 2020-2025. České zkušenosti a úspěchy jsou cennou inspirací pro tvůrce politik i odborníky z praxe,“ shrnuje Dr. Srdan Matić, představitel WHO v České republice. Právě WHO se pak podílí na implementaci Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 a řadě dalších projektů, včetně například bezplatného vzdělávacího [nástroje iSupport](#) určeného pro rodiny a přátele pacientů s demencí.

V současnosti vstupuje reforma do druhé fáze, která bude charakterizována naplňováním národních akčních plánů v oblasti duševního zdraví, které vymezují vývoj systému péče o duševní zdraví v ČR. Jedná se o Národní akční plán pro duševní zdraví, Národní akční plán prevence sebevražd a Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění, jejichž naplňování má probíhat v letech 2020-2030.

„Národní akční plány zahrnují široké spektrum opatření: od analýz současné situace, přes nastavení metodik a standardů, pilotování nových typů služeb a přístupů až po řešení finančního zajištění nového systému a legislativní úpravy,“ uzavírá Ivana Svobodová, tajemnice Rady vlády

pro duševní zdraví. Věcně se akční plány zaměřují na zlepšení řízení péče, podporu duševního zdraví v průběhu celého života, prevenci duševního onemocnění, sebepoškození a sebevražd, respektování a podporu lidských práv a zajištění dostupné péče pro všechny v komunitě.

NUDZ, ab

## Proč Světový den duševního zdraví?

### ● ZAMYŠLENÍ *Martina Anderse*

z Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN v Praze



Každý rok si 10. října připomínáme Světový den duševního zdraví, tentokrát s mottem „Duševní zdraví pro všechny“. Cílem je připoutat pozornost a zvýšit povědomí o problémech v oblasti duševního zdraví na celém světě, a také o nutnosti větších investic do péče i výzkumu duševních poruch. Proč je tak důležité na toto téma upozorňovat? Protože to již není pouhá chiméra odborníků, kteří vyzdvihují svou nepostradatelnost a důležitost, protože žádají o financování své oblasti, ale dlouhodobě upozorňují i epidemiologové a ekonomové na významný problém, který souvisí s prevalencí duševních poruch v moderním světě. Roční prevalence v zemích EU je 38%! Je to převážně psychická zátěž a z evolučního hlediska rychlé změny dramaticky mění život v moderní společnosti, které se odrážejí nejen v oblasti tělesného, ale stále pronikavěji i duševního zdraví každého z nás.

Jedním z „hot topic“ témat je poznání, že náš vnitřní život je kromě civilizačních faktorů a psychosociálního stresu vystaven i faktorům vyplývajícím z přítomnosti tělesných onemocnění a nyní aktuálně z dopadu infekce SARS-COV2. Důkazem, že nejde o zanedbatelný problém je to, že v ČR projde systémem zdravotních služeb souvisejících s duševním zdravím téměř milion občanů a řada dalších, kteří si péči hradí sami. Čeká nás ještě mnoho, mnoho společné práce, abychom dokázali poskytnout dostupnou, kvalitní a důstojnou péči všem, kteří jí potřebují. Proto si spolu připomeňme tento den!

# V týmu cítím podporu

*nejen pracovní, ale i lidskou*

**Stejně jako je vzdělávání klíčovým prvkem pro chod Reformy péče o duševní zdraví, tak jsou důležití ti, kteří se dennodenně věnují její systémové podpoře a zajišťují dobrý průběh. Stanislava Kopecká pracuje v projektovém týmu Deinstitutionalizace péče o duševně nemocné jako specialista vzdělávání. Rozhovor s touto mladou ženou sršící energií nabízí pohled do útrob samotné reformy prostřednictvím osobní zkušenosti.**

## **Jakou roli v projektu zastáváte?**

Jsem specialista vzdělávání v projektu Reformy péče o duševní zdraví. Sama reformu chápu jako změnu, a to především změnu myšlení a postoje v rámci péče o duševní zdraví. No, a abychom mohli přemýšlet jinak, třeba trochu lépe a dokázali jsme zlepšit kvalitu služeb pro ostatní, kteří je potřebují, tak se to musíme někde naučit – na školeních, vzdělávacích akcích, konferencích a dalších akcích. Mojí rolí je evidovat, kdo se těchto aktivit účastnil, řešit administrativně vše, co je s tím spojené. Vzdělání a proškolení lidí jsou důkazem toho, že reforma existuje – to, že jsme do toho šli, vzdělali se a přemýšlíme o věcech zase trochu jinak.

## **Jak tedy samotné vzdělávání v rámci projektu funguje?**

Trochu to zjednoduším – určitý počet lidí z různých oblastí péče o duševní zdra-

ví potřebuje dosáhnout alespoň 40 proškolených hodin. Tenhle gang, když to tak řeknu, je rozdělený do několika skupin. Každá skupina se vzdělává v rámci svého zaměření, ale může se účastnit i vzdělávání určeného jiné skupině, protože to samozřejmě jde ruku v ruce. Mám elektronickou i fyzickou evidenci těchto osob a zaznamenávám každé školení, každého účastníka, jsem sběratelka všech programů, prezenčních listin, hlídám, kdo se nám proškolil, kdo naopak ne a kdo se zdárně blíží konci. Jsou to desítky až stovky lidí. Když jsem v roce 2019 přišla do projektu a seznámila jsem se s formou, kterou se evidence vedla, postupem času mi způsob evidence přestal dávat smysl. Objevily se chyby v její historii, a tak jsem navrhla revizi a šlo se od začátku – hezky manuálně jsme s kolegou opravili veškeré záznamy.

## **Může školení měnit způsob myšlení? Ptám se vlastně na to, do jaké míry je efektivní.**

Skrze školení můžeme lidem dát základ, takzvaně nasadit červíka do hlavy, nabídnout možnost, že to jde dělat i jinak. Ale vždy je to o tom, jak se k nabídce člověk postaví. A to už je záležitost dobrého managementu, jaké lidi si k sobě dokážu vybrat a také o vnitřním nastavení. Víím, že je těžké přijmout změnu a často jsem slyšela, že 30 let něco děláme a najednou se to má změnit, ale pojďme si na rovinu říct, že projekt je tu čtyři roky a na jeho myšlenku jsme si už alespoň trochu mohli zvyknout. Víím, že to zní ostře a že ke změně je potřeba i pokora, ale reforma je tady, tak si pojďme zvykat.

## **Slyší lidé na změnu?**

Během školení, na které je vyhrazeno 40 hodin, to samozřejmě lidem nedokážeme v hlavě přepnout, ale můžeme dát základ. Víím o hodně lidech, kteří se vzdělávají dál i poté, co naplní potřebné hodiny. Někteří ale kvůli své vytíženosti tolik chodit nemohou, nebo ani nechtějí. Takže ano, někteří slyší více, někteří méně a vždy je to o tom, nakolik se lidé v této sféře dokáží a chtějí posunout. Pokud chci dělat práci v oblasti péče o lidi se zkušeností s

duševním onemocněním, tak bych sama měla být vnitřně nastavená ke změně, snaže se vyvíjet. Reforma je proces, vzdělávat se bude ještě dlouho po ukončení projektu a jedním z našich úkolů je dát lidem nějaký vhled, chuť na změnu, povědomí o tom, kam se psychiatrie ubírá.

## **Jste tedy těmi mediátory, kteří to, co reforma představuje, předávají dál širší odborné veřejnosti?**

Jsme určitě prostředníkem. Zorganizujeme školení – například pro zástupce krajských úřadů a zprostředkujeme jim informaci, proč je dobré mít v kraji CDZ, proč je dobré mít stacionář, ambulanci s rozšířenou péčí, co společnosti naopak hrozí, když tam podobné služby nebudou a co se děje s člověkem, který projde ústavní léčbou, kde ho léčba nějak nasměruje, aby žil plnohodnotný zdravý život a jak mu pomoci, když vyjde ven. Sama tuto zkušenost mám. Abstinuji od alkoholu a drog od roku 2008 a věřte mi, že pokud má člověk začít jinak žít, musí se to učit a někdy se mu to nebude líbit, protože je to těžké. Bude dělat chyby, na které by neměl být sám, aby ho to neohrozilo. A přesně to nabízí například doléčovací centra a posléze ambulance. Když

Tým projektu Deinstitutionalizace. Zleva: Zuzana Kozárová, Stanislava Kopecká, Rut Dvořáková, Miroslava Jáníšová, Rosângela De Oliveira Salazar



daný úředník je seznámen s tím, co lidé v podobně složitých situacích prožívají, což může pomoci k tomu, že se v daném kraji skutečně požadovaná služba otevře, vyhradí se na ni dostatek peněz a podobně.

#### **Co vás přivedlo do projektového týmu?**

Přivedla mě tam nabídka od projektové manažerky Věry Fibigerové z Psychiatrické nemocnice v Bohnicích, kam jsem se hlásila jako peer konzultant, tedy člověk s osobní zkušeností s duševním onemocněním. Prošla jsem si závislostí na alkoholu a drogách, a to v poměrně nízkém věku. V 19 letech jsem díky službám K - centra v Hradci Králové, kde byl výborný psycholog, nastoupila léčbu v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde si se mnou užili svoje, ale zpracovali mě tak, abych pochopila, že terapeutická komunita Karlov, která je pro mladistvé, bude skoro v mých 20 letech pro mě tou správnou volbou. Následovalo Doléčovací centrum Jamtana v Brně a poté ambulantní terapie. Někdo v 19 letech začíná alkohol teprve zkoušet a já vítězoslavně ukončila vše, co se týkalo minulosti a začínala jsem nanovo. Kladla jsem si otázky, jak se budu bavit, kde najdu kamarády, co budu dělat ve volném čase, nebo co budu dělat ve vztahu. Miliarda otázek a strachů, se kterými právě pomohly výše zmíněné instituce a všechny skvěle fungovaly. Po 10

letech abstinování jsem přijela na návštěvu do Červeného Dvora a potkala klientku, která se se mnou tehdy léčila. Byl to silný okamžik asi pro nás obě. Já abstinovala v té době 10 let a ona byla opět v roli klientky. To se prostě děje a také se mi to může stát. Ale to čím jsem prošla, už mi nikdo nevezme. A to byl ten moment, kdy jsem si říkala, že jsem připravená svůj příběh sdílet.

#### **Takže i vaše zkušenost sehrála roli v tom, kde právě jste, pracujete.**

Dalo by se to tak říct. Převážně jsem jen chtěla předat zkušenost, že i v 19 letech můžete hledat cestu, jak se bavit a žít prostě fajn život bez kalení a drog, ale poté, co jsem pracovně nastoupila do Bohnic na oddělení, kde se léčí lidé s duální diagnózou, jsem se díky Věře Fibigerové dozvěděla, že na Ministerstvu zdravotnictví hledají na někoho do týmu v projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné. V té době jsem měla už zkušenosti jak z bankovního sektoru, tak ze státní správy jako referentka v oblasti veřejných zakázek.

#### **A jak se v týmu cítíte?**

Moc fajn. Prošla jsem spoustou zaměstnání a tohle je jeden z nejrozumnějších a nejvyzrálejších týmů a týmových vztahů, co jsem zažila. Bez nadsázky. Určitě je to tím, jak

naše vedoucí Rut Dvořáková, dokáže vést lidi. Umí nám spoustu věcí vysvětlit, předat, naučit, umí podpořit, je s ní sranda a zároveň si umí udržet profesionální hranice. V týmu je to vždy o tom, kdo a jak ho vede, podle toho je buď příjemná atmosféra, nebo ne.

#### **Jak funguje týmová spolupráce?**

V týmu jsou lidé, kteří mají psychoterapeutický výcvik, někteří se zajímají o problematiku duševního zdraví už delší dobu a mají nějaké zkušenosti, jsou otevření změnám, chtějí se učit a tohle myšlení tam podle mě hodně dává právě Rut. Například, když něčemu nerozumíme nebo se stane nějaké nedorozumění a my bychom se na tu věc, na toho člověka nebo situaci mohli naštvat, tak ona je ten element, který nám vysvětlí, proč to tak je, proč bychom se naštvat neměli, a to nás uklidní. Ve velkém projektu se toho hodně děje, je to tok informací a ona je klíč k dobré týmové práci – naše vedoucí, která vždy dobře umí rozklíčovat, o co jde a předá to týmu. Mezi sebou se nebojíme si cokoli říct, vysvětlit nebo mít z něčeho obavy. Cítím velkou nejen pracovní, ale i lidskou podporu.

#### **Je něco, v čem vás práce obohacuje, co vám naopak bere?**

Práce mi nic nebere, ba naopak. Dříve jsem se bála říkat věci nahlas a ne vždy si věřila.

V našem týmu jsem se ale naučila víc se poslouchat a věřit svým nápadům, intuici jak něco zlepšit a podobně.

#### **Co ráda děláte ve volném čase?**

Hodně jsem teď studovala, což mi zabralo dost času. Pak mám patnáctiletého psa, o kterého se starám. Miluji cestování a okamžiky, kdy se prostě sbalím a někam odletím klidně ze dne na den. Pak mám ráda staré filmy, čtu. Také mám hodně kamarádů, kteří zvládají ten můj temperament, tak je jím ráda obohatím. (smích)

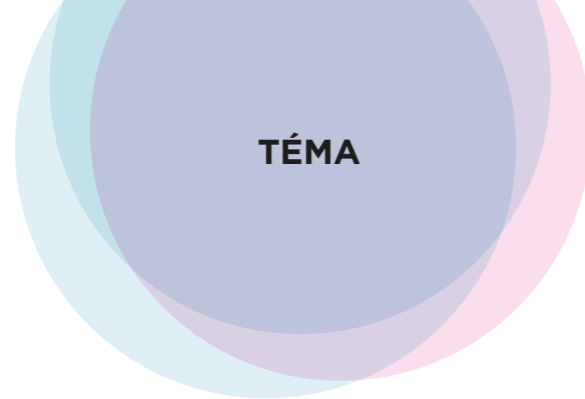
#### **Co děláte pro své duševní zdraví?**

Abych se dostala ze světa závislostí, vytvořila jsem si nový svět, jehož součástí jsou mí přátelé. Když se mi cokoli děje, zavolám jim a funguje to. Potřebuju interakce a hodit se zase zpátky do reality, protože projevem závislosti je i to, že mi závislost říká: pojd', dostaň se zpátky na dno a začni chlastat a fetovat. Už vím, jak s tím pracovat, ale musím mít právě svoje přátele, rodinu, psa, kteří mi pomohou vrátit se zpátky. Abstinuji téměř 13. rokem ale stejně si chodím povídat na terapii do doléčovacího centra SANANIM. Neprobíráme to, co na začátku abstinence, spíš mluvíme o normálním životě, vztazích, práci. A to mě směruje, tvaruje, líp se poznávám, co chci a nechci.

*Anežka Benešová*



**Stanislava Kopecká se narodila v Hradci Králové, studovala na škole s ekonomickým zaměřením a pracovní zkušenosti čerpala v bankovního sektoru, dále jako projektový koordinátor ve státním podniku a referent veřejných zakázek rovněž ve státním podniku. V současné době žije v Praze.**



TÉMA

# Ochranné léčení u nás

pohledem *Marka Páva*

## Ústavní a ambulantní ochranné léčby

Samotný proces nařizování a evidence má drobné nedostatky - některá léčení jsou duplicitní, což znamená, že má někdo dvě nebo tři léčení. To bychom chtěli postupně zpřehlednit, tak aby vykonavatelé léčení i justice věděli, kolik léčení skutečně probíhá. To je jedna část systému, tedy léčba ústavní a druhou část systému tvoří léčení ambulantní a tam platí, že regionalita v rámci ústavního léčení nefunguje - není definovaná síť zařízení, do které soudy mohou výkon léčení nařizovat. Soud pak nařizuje léčení všem odborně způsobilým poskytovatelům zdravotních služeb, aby léčení vykonávaly. Zabezpečovací detence a výkon ochranného léčení ve výkonu trestu odnětí svobody Pro globální pohled na krajinu ochranného léčení, je nutné dodat, že část ochranných léčení je vykonávána ve vězení po dobu výkonu trestu odnětí svobody a také existují zařízení zabezpečovací detence - specializovaná část vězení, kde jsou umístěni ob-

zvláště nebezpeční pachatelé, které vlastně není aktuálně možné léčit ani ambulantně, ani v rámci ústavního léčení. Jde o funkční součást systému ochranného léčení, která nepatří do systému zdravotního, ale do systému vězeňského. Funkčně však spolu souvisí a právníci říkají, že zabezpečovací detence je subsidiární - tedy nejdříve bychom měli mít ústavní ochranné léčení a teprve když se nedaří, tak bychom měli přistoupit jako společnost nebo právní stát k tomu, že lidi umístíme do zabezpečovací detence, protože je více restriktivní.

## Několik úrovní problémů

Máme několik úrovní problémů, se kterými se v praxi při výkonu ochranného léčení potýkáme. V systému ochranných léčení probíhá nejvíce ambulantních léčení a soudy se potýkají s tím, že je malá ochota přebírat nemocné do péče ambulantních lékařů, že není definovaná síť služeb. Zřizovatelem existující sítě jsou primárně zdravotní po-

jišťovny a jsou již zřejmé pozitivní posuny, například centra duševní zdraví již poskytují komplexní péči několika desítkám nemocných s nařízeným ochranným léčením. Dále se musíme snažit o zlepšení v oblasti vzdělávání, prozatím v naší republice není daný výcvik nebo seznámení se s forezní problematikou. Určitá specializace je však nutná, protože tyto nemocní jsou do určité míry odlišní od běžné populace, mají jiné potřeby a ve světě pro ně existují specializované terapeutické programy, které si žádají adekvátní vzdělání. Sice máme kvalitní léčbu například sexuologických nemocných, ale odborníků generačně ubývá a je nutné vzdělávat a získávat pro práci v oboru mladé odborníky - lékaře, psychology, sestry, adiktology. Někteří nemocní mají zkušenost s vězením nebo mají komplexní potřeby - vážnou duševní poruchu, zneužívají návykové látky, mají sekundární sociální potíže. V okamžiku, kdy soud nařídí ambulantnímu lékaři léčbu těchto pacientů, on zajistí farmakoterapii, ale sociální záležitosti jsou mu vzdálené.

Dlouhodobým problémem je absence investic do infrastruktury ochranného léčení, ev-

ropský standard je již od našeho stávajícího stavu dosti vzdálený, jak kvalitou a standardem budov, tak i vybavením, personálem. Pro rozvoj systému je nezbytné hledat prostředky, které by mohly pomoci vybudování sítě oddělení, která umožní výkon ústavního léčení bezpečném prostředí a zároveň zajistí dostatečnou kvalitu života nemocných v zahraničí nazývanou medium security.

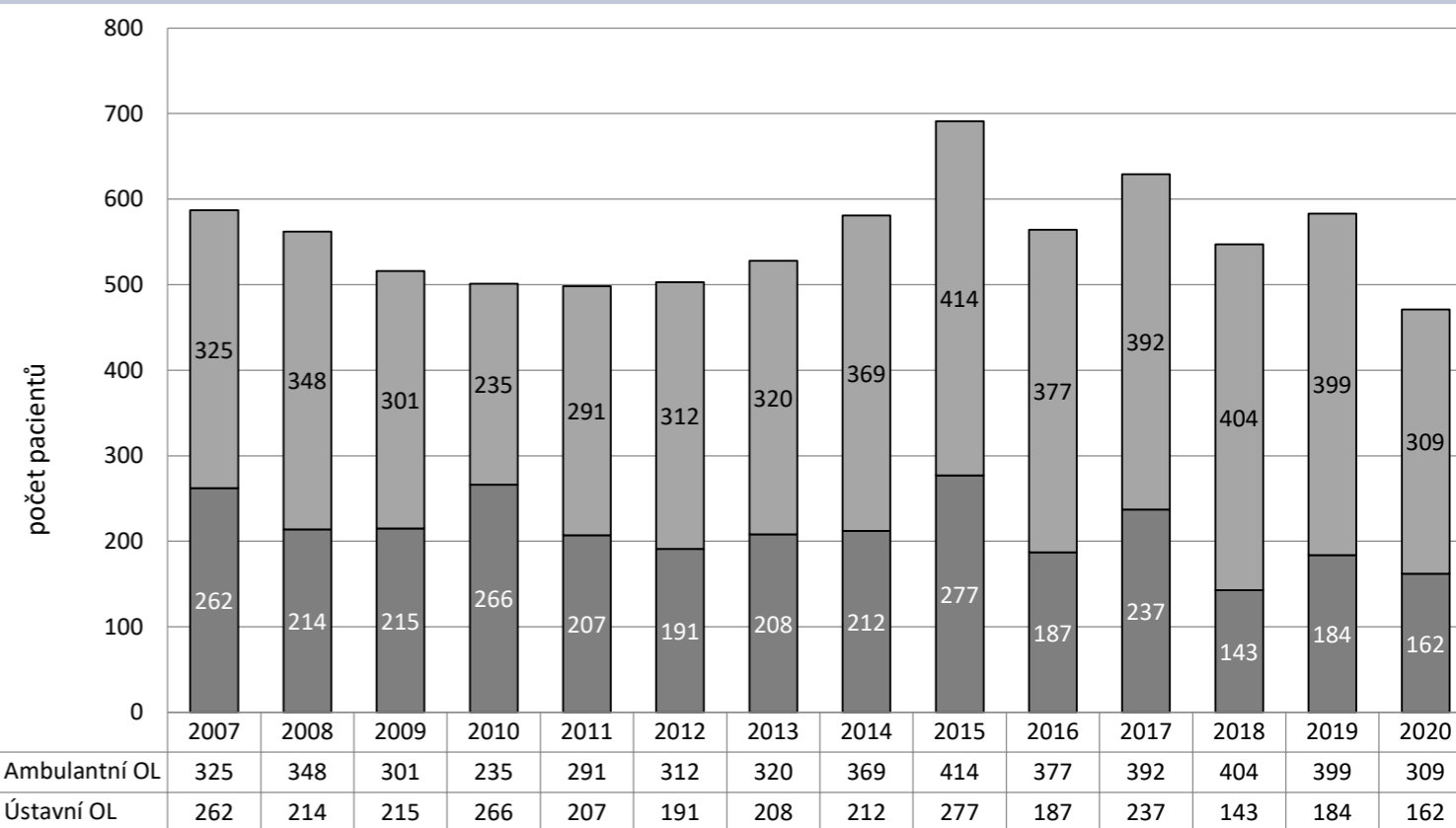
## Forezní multidisciplinární týmy

Část řešení ambulantní ochranné péče představují forezní multidisciplinární týmy. Tyto týmy pracují s nemocnými v době hospitalizace a mohou tak přispět k jejímu zkracování. Pokrývají i péči o nemocné, kteří mají dominantní závislostní nebo sexuologický problém. V rámci projektu nových služeb teď fungují dva týmy při nemocnici v Dobřanech a v Bohnicích fungující jako malá CDZ. Projekt se rozjíždí a týmy fungují od letošního jara, takže mají kolem desítky pacientů v péči.

## Rizikost jako pojem

O ochranném léčení se primárně bavíme jako o opatření, které souvisí s násilím, pro-

Ústavní a ambulantní ochranná léčení uložena v letech 2007-2020; zdroj: Ústavní ochranná léčení v ČR 2018-2020



tože to nás primárně zajímá, ale v širším pohledu jde o důvod, pro který bylo ochranné léčení nařízeno. Někteří nemocní mají kupříkladu nařízenou ochrannou léčbu pro neplacení alimentů, někteří spáchají trestné jednání, které je velmi málo rizikové, rozbijí třeba výlohu pod vlivem duševní nemoci a ti tvoří velkou část klientely, která se ocitá v ochranných léčbách.

### Nástroje hodnocení rizikovosti

Pro to, abychom byli schopni rizikovost nemocných standardizovaným způsobem hodnotit, přeložili jsme nástroje hodnocení rizikovosti HCR-20, SVR-20 a SAPROF do češtiny. Tento tzv. risk assesment či strukturované odborné posouzení jsou komplexní mapovací a plánovací nástroje umožňující soustředit se při léčbě na problémy, které nejvíce zapříčiňují riziko násilného chování u nemocných. Ve zkratce jde o to mít jednotný referenční rámec, o který se budeme opírat při hodnocení rizikovosti daného nemocného při znaleckém zkoumání, nařizování či ukončování ochranného léčení či monitorování terapeutického posunu v průběhu tohoto léčení. Nástroje nám umožní zasadit rizikovost nemocného do určitého pásma a indikovat adekvátní úroveň péče. Jeden nástroj je určen pro obecnou populaci, druhý pro sexuologické pacienty a třetí

je komplementární k prvním dvěma a hodnotí efektivní faktory. Dále máme v procesu validizace i nástroj hodnocení rizikovosti pro děti a adolescenty- SAWRY. Je nutné udat, že hodnotíme nejen rizika, ale i faktory protektivní pomocí nástroje SAPROF. Riziko či duševní stav je dynamická rovnováha - nejsme jenom nebezpeční, netáhne nás to jenom k tomu minus, ale také máme nějaká plus, která ta minus vyvažují.

### Jak by fungovaly nástroje v praxi

Pro příklad - jeden z rizikových faktorů nástroje HCR-20 má jako položku předchozí selhání kontroly nebo léčby. Chce se tím říct, že když má člověk kupříkladu nařízenou ambulantní léčbu, která selže, přestane docházet na injekce, přestane se dostavovat na kontroly a nastane relaps duševního onemocnění, potom je toto rizikové z pohledu dalšího možného selhání budoucí léčby. Proto musíme takovou zkušenost v anamnéze zohlednit a v rámci ústavní léčby budoucí ambulantní péči plánovat tak, aby k tomu nedošlo. Daného pacienta nemůžeme poslat jenom do běžné ambulance, protože takový přístup už jednou selhal, ale naopak bychom měli zvýšit úroveň kontroly a podpory. Automaticky by zde měla být léčba nařízena do CDZ nebo právě forenznímu multidisciplinární týmu. V ochranných fak-

torech se zaměřujeme na budování rodinné podpory, způsob trávení volného času, pracujeme se zvládáním stresu, postojem k autoritám, nápravě pošramocených vztahů. Nástroje hodnocení rizikovosti a protektivních faktorů jsou určeny k tomu, aby doplňovaly a vyvažovaly náš terapeutický pohled a přístup. Měly by zacílit terapii a intervence na hlavní oblasti s rizikovými faktory, které přispívají k manifestaci násilí.

### K čemu nám tento risk assesment bude

Risk assesment pomůže nastavit větší férovost v systému pro všechny zúčastněné - i pacient bude vědět docela přesně, na co se má léčba zacílit. Umožní znalcům svá doporučení u soudu lépe odůvodnit a umožní i to, co nový zákon o znalcích a tlumočnících požaduje - přezkoumatelnost postupu znalce a požadavek na strukturovaný postup. V neposlední řadě mohou sloužit k monitorování průběhu ochranného léčení.

### Dohledová složka

Systému ambulantních léčení chybí dohledová složka. Ambulantní lékař, který má v péči nemocného s nařízenou OL, nemá možnost návštěvní služby a není ten, kdo by měl kontrolovat, jestli daný člověk žije v nezávadném prostředí a řádným způsobem.

Od toho je instituce - Probační a mediační služba, která tento dohled zajišťuje zejména při výstupu z vězení nebo výstupu z ústavního léčení. V některých zemích například existují probační domy, které jsou jakousi mezifází pro lidi, kteří vystupují z vysoce strukturovaného prostředí ve věznicích. S větší podporou a strukturovaným vedením snáze nesou nově nabytou svobodu a řeší svou životní situaci. Měnit nastavení justičního systému je dlouhý proces, a tak vznikají forenzní týmy jako taková malá CDZ, která mohou částečně onen dohled nahradit. V současné době vidíme, že lidé často po ukončení ústavní OL jdou do různých sociálních zařízení - domovů se zvláštním režimem, domovů s chráněným bydlením. I tam může docházet sestřička z CDZ.

### Ošetřovací doba pacientů v ochranné léčbě

Máme nástroj, který se jmenuje HoNOS-secure mapující potřeby zabezpečené péče - například zajištění doprovodu při vycházkách, ale i toho, jestli není pacient šikanován, nebo zda je nějakým způsobem ohrožující sám pro sebe a zdá se, že pacienti, kteří mají tyto potřeby zabezpečení nižší, však vzhledem k tomu, že jsou psychosociálně selhávající, zůstávají déle než třeba nemocní se závislostí. V



**MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA zastává v Psychiatrické nemocnici Bohnice funkci náměstka pro lékařskou péči a přimáře. Pracoval také na psychiatrické klinice VFN a v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice. Věnuje se akutní psychiatrii, problematice sexuologie a ochranných léčení i skupinové psychoterapii.**

nejhorším případě jsou tyto méně riziková pacienta dlouhodobě hospitalizována jen proto, že existuje rozsudek soudu, který je jako status quo všemi akceptován. Rozhodně neříkám, že stávající systém OL v Česku nefunguje - v evropském kontextu doba léčby a počet nemocných v tomto segmentu péče není nějak vysoký, ale se zvýšeným tlakem na deinstitucionalizaci (přechodem dlouhodobých nemocných do jiných typů služeb) se zdá, že v některých státech narůstá počet nemocných s nařízenou ochrannou léčbou a vzrůstá i ošetrovací doba.

### Nejednotnost v délce ošetrovací doby

V současnosti se stává, že pacienti, kteří se ve stejnou dobu dostanou do dvou různých zařízení, jejich průměrná ošetrovací doba v ochranném léčení se může výrazně lišit. Máme velmi různé ošetrovací doby a nevíme, co je podmiňuje a kudy vede cesta k tomu rozdíly snižovat. I proto nemocní někdy chtějí přeložit do jiné nemocnice, protože se doslechli, že to jinde postupuje rychleji.

### Terapeutická změna v průběhu léčby

Pro změnu systému péče je nezbytné získat podrobnější data. Teprve nyní máme přes-

nější přehled o počtu nemocných - v rámci projektu Deinstitucionalizace mapujeme asi 850 lidí, kteří se nachází v OL. Chtěl bych poděkovat všem, kteří se na této práci podílí, a věřím, že výstupy poslouží k lepšímu plánování a rozvoji sítě služeb. Máme data, která ukazují, že pro změnu ústavního OL na formu ambulantní je rozhodující, jak se nemocný účastní režimu oddělení, jestli spolupracuje v rámci režimového vedení, jak participuje na terapeutických aktivitách a případných psychoterapiích nebo na pohovorech a také jestli se účastní pracovní terapie. Změna postoje k léčbě je určující, dělá rozdíl mezi tím, kdo zůstává a kdo je propuštěn. Je to však trochu kontraintuitivní - zdálo by se, že v této oblasti by mělo primárně jít o ošetření rizik, která by měla rozhodovat. Znovu to poukazuje na důležitost shody a jednotného čtení rizikovitosti pacientů napříč celým systémem.

### Podoba pobytových zařízení pro osoby v OL

Druhá oblast se týká rozvoje infrastruktury. Pokud mluvíme o středně zabezpečených odděleních určených pro středně a dlouhodobou léčbu, musíme se zamýšlet nad tím, jak by měla vypadat. Někteří lidé tam

pobývají měsíce, někdy i roky a zůstávají obtížně léčitelnými. Proto by se parametry měly blížit požadavkům, které klademe na zařízení pobytového typu. Kromě plotů a kamer by tam mělo být dostatečné zázemí, aby terapeuti mohli docházet za pacienty a ti dostali určitý typ léčby, podpory třeba formou ergoterapií a nemuseli chodit jinam. A to si určitě vyžádá investice a také diskusi o tom, jak by tento standard měl vypadat. Jde to ruku v ruce s tím, že oddělení pro OL jsou personálně vybavena jenom o trochu lépe než běžná oddělení. Proto by bylo žádoucí, aby náročná péče byla dobře placená zdravotními pojišťovnami nebo aby se financování systémově zajistilo z jiných zdrojů či kapitol státního rozpočtu tak, aby se péče přiblížila standardní evropské úrovni. Měli bychom zapracovat na základní aspektech, jako jsou vícesložkové pokoje, společný prostor, nízkoprahový přístup na čerstvý vzduch, a další. Momentálně probíhá cenzus budov v rámci reformních projektů, během kterého by mělo proběhnout vytipování vhodných oddělení a určování regionálních potřeb a diskutuje se o trvalé udržitelnosti.

### Vzdělávání a multidisciplinarita v oblasti forenzní psychiatrie

Změny by měly nastat i ve vzdělávacím systému, ať už jde o samotnou práci s nástroji hodnocení rizika, nebo širším povědomím o forenzní psychiatrii a sexuologii v rámci vzdělávání. Velký prostor je ve vzdělávání lékařů, sester a sociálních pracovníků, kde hraje roli i neatraktivita oboru forenzní psychiatrie, která je často vnímána jako oblast delikventů - těch nebezpečných, se kterými nechceme jako pomáhající profese někdy mít nic společného. Přitom jsou to lidé, kteří se dostali do složité životní situace, do krize a práce s nimi v zásadě nemusí být odlišná od práce s běžnou psychiatrickou klientelou. Jako důležitou vidíme také multidisciplinární spolupráci v oboru s tím, že multidisciplinarita zde spočívá ve spolupráci se soudem, s probační mediační službou a s policií.

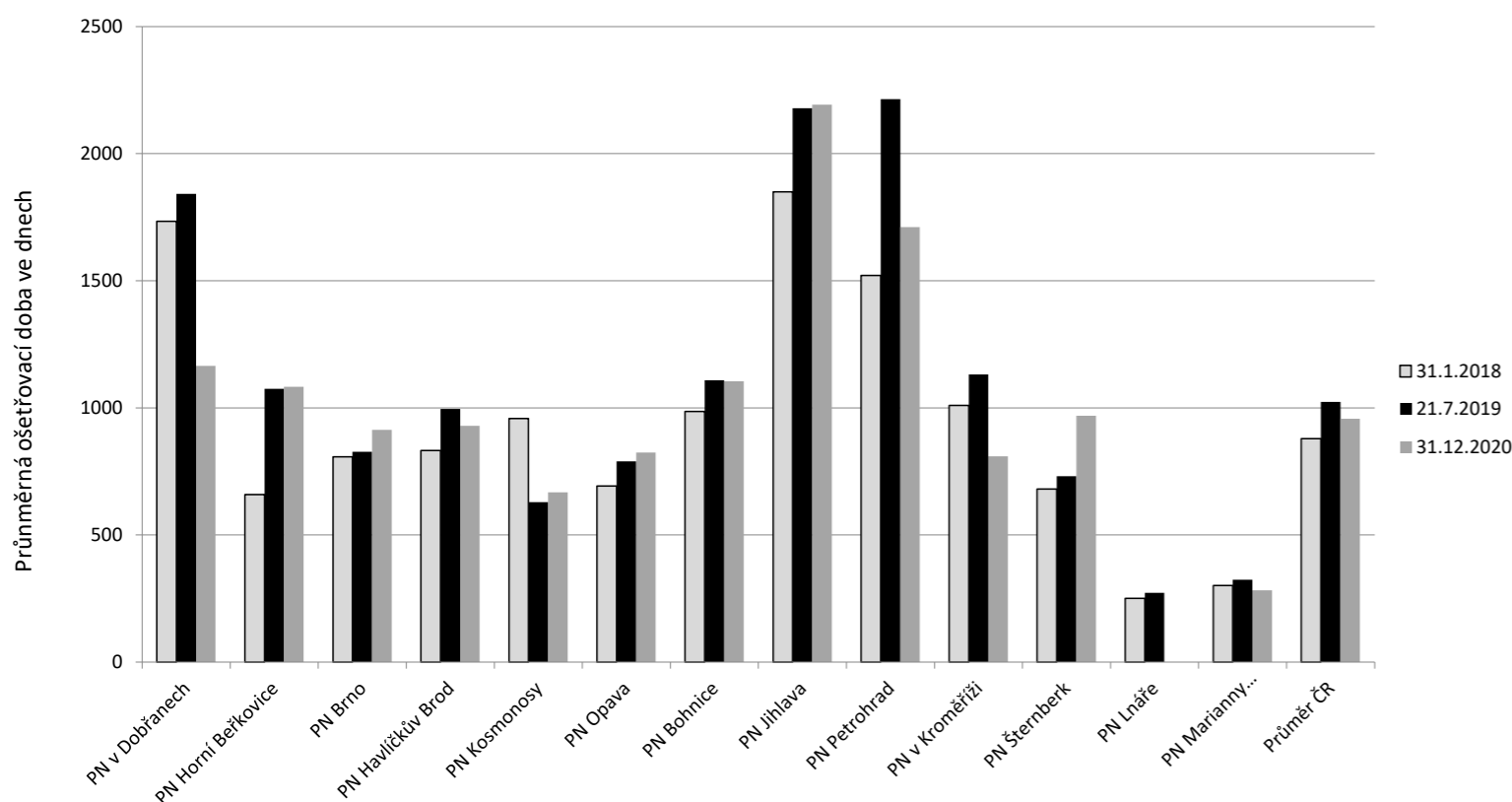
### Úskalí společenské spolupráce, účasti

Výzvu vidím i v tom, že někdy jsme jako doktoři našťvaní na justici - ta rozhodne, rozsoudí a pak vše pouze dozoruje. Máme pocit, že jsme u daného pacienta dostali nesplnitelný úkol, že ho nejsme schopni v daných podmínkách a personálním vybavení zásadněji terapeuticky ovlivnit. Když pak jako lékaři chceme peníze na řádný výkon léčby, které nám bylo nařízeno, zůstáváme v tom sami pouze se zdravotními pojišťovnami. Myslím si, že tato práce nejde dělat odpovědně bez dostatečných zdrojů, aby se skutečně nestávalo, že díky nedostatečným financím v systému nám počet nemocných začne růst a bobtnat protože jim nebudeme schopni poskytnout dostatečně intenzivní a kvalitní péči.

Velké stigma kolem duševně nemocných lidí s nařízenou ochrannou léčbou šíří také média. Zvláště, když se informace týká sexuologicky nemocných v OL - nikdo nechce mít za souseda člověka, který spáchal delikt na dítěti nebo přepadl ženu. Proto je potřeba pracovat i na tom, abychom dokázali udržet všechny lidi s duševním onemocněním a ve složité životní situaci pod dostatečnou kontrolou a s adekvátní podporou, aby nedocházelo k medializovaným kauzistikám. Je nutné otevírat téma propojování zdravotních služeb a justičních složek - bavit se s justicí o tom, jak a kdo bude realizovat dohled.

Kupříkladu v Anglii jsou nemocní v OL označeni prioritní nálepkou - tohle jen nemocný, který si zaslouží zvláštní péči a zvláštní investici (ve smyslu terapeutického úsilí), protože je v něčem jiný a může být i rizikový, ale je to člověk se speciální potřebou, do které se vyplatí investovat. Nástroje Risk assessmentu nám umožní oddělení prioritních pacientů od méně prioritních. V rámci systému bychom měli vědět, kolik lidí s prioritními potřebami máme, což v současné době mapujeme, abychom napříč hospitalizovanou populací zjistili, jak jsme na tom a dokázali nadimenzovat alespoň síť středně zabezpečených oddělení.

Průměrná ošetrovací doba u nemocných ve výkonu ústavního OL ve dnech; zdroj: Ústavní ochranná léčba v ČR 2018-2020



klinický  
psycholog  
v terénu

## Jde o hledání nové role

S Martinem Halířem jsem se setkala v Pardubicích na konferenci o podobě péče o duševní zdraví, v místě, kde působí jako terénní klinický psycholog a především jako odborný ředitel organizace Péče o duševní zdraví, provozující tři centra duševního zdraví – v Pardubicích, Hradci Králové a Chrudimi. Povídali jsme si o průkopnické roli psychologů v terénu, mnohých výzvách i benefitech s tím spojených, ale i o tom, jak důležitá je při práci v oblasti duševního zdraví osobní zodpovědnost, samostatnost a spolupráce a tedy vzájemná podpora, respekt a další růst.

### V čem jsou specifika práce klinického psychologa v terénu?

Myslím, že především v tom, že pro ni není žádná žitá praxe. Když vezmu celý proces přípravy psychologů od studia na vysoké škole až po praxi ve specializační přípravě, kterou klinický psycholog získá většinou v nemocničním nebo ambulantním prostředí, CDZ představuje způsob práce, se kterým se psycholog během svého vzdělávání vůbec neseťká. V praxi to znamená velkou výzvu, jak aplikovat to, co umím v úplně jiném kontextu.

### Takže jste do toho byl vhozen?

Nejen já, ale všichni kolegové byli do terénu vhozeni. Neexistoval žádný zavedený systém práce – a vůbec ne práce psychologa. Terénní péče psychologů v ČR neexistovala. Profese klinického psychologa je daná specifickými dovednostmi. Důraz je kladen na psychodiagnostiku a psycho-

terapii v kontextu nemocniční léčby. A najednou je pole působení širší, takže bych řekl, že jde o hledání naprosto nové role. Lidé, kteří to dělají, jsou průkopníci, nemají zcela jasná a jednoduše přenosná vodítka.

### Jak se s touto výzvou sžíváte?

Tady jste uhodila hřebík na hlavičku. Právě problém „sžívání“ se ukázal jako největší. Je zapotřebí naučit se novému způsobu práce, při kterém intervence vycházejí z diskuse multidisciplinárního týmu, ve kterých je prostor pro odlišné pohledy a názory. Nestačí si najít novou roli psychologa, ale také nové místo v týmu lidí různých odborností. To je v některých situacích snadné, jelikož se různé pohledy podporují. Nastávají ale také chvíle, kdy se názory liší a je nutné naučit se konstruktivnímu konsensu. Jako jednoznačné pozitivum vnímám možnost pracovat s lidmi v

jejich přirozeném prostředí a porozumět kontextu jejich životního příběhu a situace. Jako velkou výzvu pak vidím nutnost vypořádat se s tím, že práce multidisciplinárního týmu je náročná na komunikaci a koordinaci. Na čas, který strávíte prací s klientem, připadá někdy i větší část práce týmu v mezidobí.

### Jaké jsou vaše profesní začátky?

V roce 1999 jsem nastoupil na Psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice v Hradci Králové a stal členem terapeutického týmu Léčebny návykových nemocí v Nechanicích. Pracoval jsem tedy především jako psychoterapeut, ale v rámci specializační přípravy jsem působil na všech odděleních Psychiatrické kliniky včetně stáží na dětském a somatickém oddělení. Tam jsem působil až do atestace, po které jsem změnil působiště a nastoupil v tehdejší občanském sdružení Péče o duševní zdraví, kde jsem v různých vedoucích pozicích dodnes.

### Než se dostaneme k vašemu působení v organizaci Péče o duševní zdraví, zajímá mě ještě, jak je to se vzděláváním klinických psychologů. Existuje nějaký výcvik v rámci přípravy klinických psychologů na terénní práci?

Kurikulum specializačního vzdělávání klinic-

kých psychologů v aktuální podobě s přípravou na terénní komunitní péči vůbec nepočítá. V tuto chvíli je zaměřené především na získání znalostí a dovedností pro psychodiagnostiku a psychoterapii tak, jak je běžně využívána na lůžkovém oddělení či v ambulanci klinického psychologa. Myslím, že je to velká rezerva a že se nabízí, aby kurikulum minimálně zahrnujelo povinné stáže. Optimálně pak i soubor dovedností vhodných pro terénní komunitní práci, například dovednosti pro práci s rodinou a okolím nemocného.

### Nefungují ani žádné debaty o dozdělování klinických psychologů pro terénní práci?

Toto téma, co vím, zatím vůbec není na stole a podle mě to bude velká úloha klinických psychologů, kteří porostou v centrech duševního zdraví. Je důležité, aby psychologové ve specializační přípravě poznali práci v CDZ a zažili ji v praxi; aby byli vzděláváni i v jiných metodách jako je case management nebo psychosociální rehabilitace, přístup orientovaný na zotavení – to všechno jsou výzvy, které by měly být předmětem procesu reformy péče o duševní zdraví u nás. Možná to bude také souviset se vznikem oborových organizací pro komunitní péči. Jejich rolí může být inicializace nutných změn v systému vzdělávání.



Martin Halíř při terénní akci. Foto: Archiv Martina Halíře

### **A chtějí mladí psychologové vůbec do terénu, dělat věci jinak?**

Cítím, že zatím je taková ostýchavá poptávka, že lidé moc nevědí, co centrum duševního zdraví je a v praxi si to nedovedou představit. Je to také hodně vzdálené tomu, co ve své klinické praxi a v rámci vzdělávání zažili, takže vnímám spíš ostých. Přesto bych podoktnul, že postupně začínají psychologové chápat CDZ jako alternativu k práci na lůžkovém oddělení či v samostatné ambulanci. Věřím, že do budoucna zájem poroste, protože jde o skutečně zajímavou práci.

### **Jakým způsobem role klinického psychologa doplňuje tým v CDZ?**

Můžeme se na to dívat ze dvou pohledů. První, daleko tradičnější, úloha je účast na procesu, ve kterém si tým utváří ucelený obrázek o klientovi. Při něm je velké místo pro psychology, aby vnášeli pomyslný svorník mezi sociální šetření situace klienta a klinický přístup zdravotníků. Pohled psychologa může pomoci při stanovení vhodné strategie a časování intervencí. Druhá úloha spočívá v kvalifikaci psychoterapeutů. Klinický psycholog plní roli psychoterapeuta, který funguje jednak přímo pro klienty, ale také jako poradce v týmu. Určitě nemalou roli mají psychologové také ve skupinových psychote-

rapeutických a edukačních aktivitách. A sám za sebe vidím velkou příležitost v zavádění postupů z rodinné terapie.

### **Rodinná terapie se v CDZ nepraktikuje?**

Praktikuje, ale je to tak, jak už jsem říkal – ta role nikde není definovaná, takže si ji obvykle člověk hledá podle svého osobního nastavení. Pokud mám zálibu v systemické terapii, tak do péče budu vnášet prvky systemické terapie, pokud jsem kognitivně behaviorální terapeut, budu vnášet více kognitivně behaviorální aktivity a když jsem opravdu dobrý diagnostik, budu se orientovat na diagnostiku. Není pevně dané, na co by se klinický psycholog při práci v CDZ měl orientovat. Řekl bych, že co centrum duševního zdraví, co psycholog, to odlišný přístup. A je to v pořádku, takhle to musí vznikat. Nicméně by vše mělo směřovat k jistým standardům toho, co CDZ nabízí, ať už je kdekoliv. Práce s rodinou by k nim měla patřit.

### **Jaká je vaše role jakožto odborného ředitele v organizaci Péče o duševní zdraví, která pomáhá lidem s duševním onemocněním?**

Zodpovídám za poskytování všech odborných služeb, což jsou nyní sociální a zdravotní služby ve třech centrech duševního zdraví a služby so-

ciální rehabilitace v dalších regionech, protože působíme v celkem sedmi okresech Pardubického a Královehradeckého kraje. Zodpovídám za kvalitu a rozvoj služeb po odborné linii.

### **Mohou podle vás organizace sloužit jako určitá platforma pro šíření povědomí o tom, že vznikají CDZ a rozšiřuje se komunitní typ péče?**

Určitě mohou. Jsem vyznavačem principu: myslí globálně, jedne lokálně. Pro mě nemá zdaleka tak velký význam propagovat práci na celorepublikové úrovni, jako dobře pracovat na konkrétním místě. Cestou je vytvářet kvalitní systém regionální péče, jehož úkolem je také zvyšovat povědomí o službách. Jako přirozený region se nabízí kraj nebo okres, kde jsou ještě lidé schopni se znát a vědět o sobě. V tomto musí hrát organizace jako je naše významnou roli. Není nad to mít informaci z první linie, lepší než letáček je mluvit s někým, kdo pracuje v CDZ, vidět, co je to za člověka, vnímat jak uvažuje. Velmi účinná je i zpětná vazba – vědět, jací lidé chodí do centra duševního zdraví, jak se s nimi pracuje a jaký je jejich další osud.

### **Zmínil jste zpětnou vazbu. S čím se v CDZ setkáváte?**

Stále vnímám překvapení, když někomu sdělují,

že CDZ může přijít za ním domů. Jsme navyklí, že v případě potíží musíme sami aktivně vyhledat pomoc a někam zajít. Takže odpověď typu „ano, kdy a kde se u vás může zastavit“ budí stále údiv.

### **Jak vás práce obohacuje a v čem vidíte úskalí?**

Nejvíce si vážím příležitosti pracovat ve velkém týmu různých odborností. Je to obohacující lidsky i profesně. A úskalí vidím právě v tom, že o ono lidské bohatství je zapotřebí pečovat. Když to řeknu s nadsázkou, není tak důležité vymýšlet doporučené postupy, jako věnovat se rozvoji a podpoře lidí v týmu. Práce v terénu a obecně v oblasti duševního zdraví je z velké míry postavena na osobní zodpovědnosti, schopnosti samostatně uvažovat a zároveň umět efektivně spolupracovat. A k tomu je zapotřebí vzájemná podpora, respekt a další růst.

### **Co děláte pro své duševní zdraví?**

Pro mě je největší psychohygienou fyzická práce a hudba. Není nad to naštípat dříví, nebo pokosit louku. A když mi nabitý program dovolí, učím se hudební produkci. S nástrojem v ruce zapomenou na dlouhé hodiny na všechny starosti.

Anežka Benešová



Martin Halíř, Foto: Archiv Martina Halíře

Martin Halíř se narodil v Hradci Králové, kde vystudoval všeobecné gymnázium a následně na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci absolvoval v oboru Psychologie. Po studiu nastoupil jako klinický psycholog na Psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice v Hradci Králové a pracoval pět let v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích. V roce 2004 složil atestační zkoušku z oboru klinická psychologie a ukončil psychoterapeutický výcvik v Gestalt terapii při Institutu pro Gestalt terapii v Praze. Od roku 2005 působí v organizaci Péče o duševní zdraví - zpočátku na pozicích projektového manažera a zástupce ředitele, nyní jako odborný ředitel organizace a psycholog v CDZ.

PTALI JSME SE...

# DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

Tak zní letošního téma Světového dne duševního zdraví. Zeptali jsme se proto několika lidí různých profesí a rolí, jak jsou na tom s duševním zdravím v době post-covidové, co pro něj dělají a co si pod pojmem „duševní zdraví pro všechny“ vlastně představují.



Michaela K., učitelka ZŠ, Mělník

**Co pro Vás osobně znamená péče o duševní zdraví pro všechny?** Každý pečuje o své duševní zdraví, jak nejlépe umí. Častokrát se hodí, pokud s tím pomůže i někdo další, například radou, metodou, návrhem na jinou cestu, než po které se člověk obvykle ubírá. Asi není možné zaručit kvalitní péči o duševní zdraví každému, bylo by však dobré, pokud by se tomuto tématu věnovalo více prostoru než jen v médiích, kde se setkáváme především s negativními informacemi. Ty naopak vůbec duševní zdraví nezlepšují.

**Jak se na vašem duševním zdraví podepsala pandemie COVID-19?** Vzhledem k tomu, že nejsem odborník, nedokážu říct, jestli se pandemie na mém zdraví podepsala. Na jednu stranu bylo fajn, že měl člověk víc času na sebe a svoji rodinu, na druhou bylo poměrně náročné trávit tak dlouhou dobu v omezeném prostoru s pořád stejnými lidmi. Záleželo na

každém zvlášť, jestli se více soustředil na obtížné situace nebo se spíš zabýval tím novým pozitivním.

**Co děláte pro své duševní zdraví?** Setkávám se s přáteli, věnuji se svým koníčkům, snažím se udržet řád i v chaotickém období.



Eliška Š., sociální pracovnice, Polička

**Co pro vás osobně znamená péče o duševní zdraví pro všechny?** Hlavně místní dostupnost, kdy potřebná pomoc nebude několik desítek kilometrů daleko. Také dostupnost časová a profesní, aby bylo dostatek kvalifikovaných pracovníků, kteří budou poskytovat potřebnou pomoc včas, a zároveň nebude na pracovníky vytvářen tlak. Dlouhé čekací doby způsobují zhoršení neléčeného stavu,

ale také demotivují pacienty potřebnou léčbu začít nebo v ní pokračovat. A „pro všechny“ se týká i finanční dostupnosti. Podle mě dostupnost ukazuje na funkčnost systému a jeho spolehlivost.

**Jak se na vašem duševním zdraví podepsala pandemie COVID-19?** Asi tak jako na většinu lidí - pocity strachu o své zdraví a hlavně o zdraví svých blízkých, obavy ze ztráty zaměstnání. Lidé už neřešili nic jiného, což bylo velmi náročné pro udržení si pozitivního přístupu. Pandemie se na mém duševním zdraví podepsala ale i pozitivně. Ve své práci (sanace rodin s dětmi) a nejenom v ní, jsem zaznamenala velikou vlnu solidarity, nových příležitostí, setkání s lidmi. A to bylo něco velmi povzbuzujícího.

**Co děláte pro své duševní zdraví?** Své duševní zdraví si velice chráním. A dělám pro něj hlavně to, že na něj nezapomínám a vnímám ho jako něco důležitého. Například po práci se snažím nechávat případy klientů za dveřmi práce. Hlídám si svoji duševní pohodu, takže když cítím, že je nějak oslabená, reaguji. Například v práci si sestavuji případy tak, abych neměla několik náročných případů za sebou. Také žádám kolegy o intervize a využívám supervize. A to nejdůležitější, trávím čas s lidmi, se kterými mi je dobře, dělám věci, které mě baví. Jsem upřímná sama k sobě a dám na své pocity.



Martin B., analytik v bance, Praha

**Co pro vás osobně znamená péče o duševní zdraví pro všechny?** Kombinovat čas s rodinou, kamarády, prací a sám se sebou.

**Jak se na vašem duševním zdraví podepsala pandemie COVID-19?** Myslím, že pandemie se na duševním zdraví všech lidí podepsala negativně. Jsem od přírody optimista. Po počáteční skepsi začínám věřit, že jednou budeme na pandemii jenom vzpomínat.

**Co děláte pro své duševní zdraví?** V prvním bodu jsem popsal, co pro mě péče o duševní zdraví znamená a tak se to snažím i dělat.



Lenka R., matka samoživitelka, Litomyšl

**Co pro vás osobně znamená péče o duševní zdraví pro všechny?** O své duševní zdraví by se měl každý starat stejně jako o to fyzické. Ať si každý najde způsob péče o své duševní zdraví a žije tak, aby o své duševní zdraví nepřišel a nemusel ho složitě získávat zpět.

**Jak se na vašem duševním zdraví podepsala pandemie COVID-19?** Tlak na každého byl opravdu veliký, covid období hodnotím jako velmi náročné. Jelikož jsme ho prozatím já i moje rodina zvládli dobře, troufám si tvrdit, že to mé duševní zdraví posílilo a v mnohém mi otevřelo oči.

**Co děláte pro své duševní zdraví?** Cíleně věnuji alespoň hodinu denně činnosti (poslech hudby, venčení psa, večerní úklid v domácnosti), při které si můžu srovnat myšlenky - provést vlastní psychohygienu. Snažím se také o minimalismus ve vybavení domácnosti a získávání informací z médií. Snažím se dělat a mít jen to, co mi dává nějaký smysl a dobrý pocit.



Jarmila J., zdravotní sestra, Vysoké Mýto

**Co pro vás osobně znamená péče o duševní zdraví pro všechny?** Dostatek zdravého pohybu, času na sebe, darování času druhému, učení se pozitivnímu myšlení a i jistý spirituální rozměr.

**Jak se na vašem duševním zdraví podepsala pandemie COVID-19?** Osobně jsem zůstala zdravá, jsem očkovaná a pozitivní přístup mně pomohl k tomu, abych byla zodpovědná, ale nebyla že situace paralyzována.

**Co děláte pro své duševní zdraví?** Otužuji se, mírně sportuji, mám zájem o aktuální dění, o druhé lidi a zároveň chci vidět realitu, jaká je.

# Rada vlády pro duševní zdraví má od září novou tajemnici

**Přinášíme krátký rozhovor s Ivanou Svobodovou, novou tajemnicí Rady vlády pro duševní zdraví.**

## ***Jak se sžíváte s novou rolí tajemnice Rady vlády?***

Je to pro mne úplně nová role a samozřejmě se toho musím hodně naučit. To je ale část práce, která mě velmi baví - učit se něco nového, porozumět zdravotní péči víc do hloubky. Na druhou stranu jsem 10 let pracovala na Ministerstvu práce a sociálních věcí, a tak některé procesy nejsou pro mne zcela neznámé.

## ***Co od vás můžeme čekat a na co se těšíte v nové roli?***

Jak jsem už uvedla, zdravotní oblast je pro mne v zásadě novým tématem, respektive nemám zdravotní vzdělávání. Moji roli tedy vidím víc v propojování lidí, kteří mají znalosti a zkušenosti, pracují na ministerské úrovni, ale i v přímé práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. To se mi v mé předchozí práci ukázalo jako velmi výhodné.

Zapojování lidí se zkušeností i lidí, kteří o ně pečují, a jejich blízkých je pro mne klíčové. Můžeme totiž využít jejich zkušenosti a znalosti, ale jsou také nedílnou součástí prevence duševního onemocnění, aktivnímu přístupu k vlastnímu uzdravení nebo zajištění potřebné podpory a péče. Odborná pomoc bude také vždy zapotřebí, jde o to, aby byla dostatečně kvalitní, efektivní a dostupná pro všechny, kdo ji potřebují.

## ***Co vnímáte jako největší výzvu?***

Největší výzvou je pro mne vyznat se v úhradách zdravotních výkonů. Není to sice pro práci tajemnice Rady vlády pro duševní zdraví nezbytné, ale ráda bych pochopila všechny aspekty reformy péče o duševní zdraví.



Ivana Svobodová (\*1978 v Liberci) vystudovala bakalářský obor sociální práce na Západočeské univerzitě v Plzni a poté navázala magisterské studium na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Při studiu začala pracovat v sociálních službách, nejprve jako osobní asistentka a posléze jako koordinátorka projektů - jednak v Pražské organizaci vozíčkářů a pak i v Asociaci občanských poraden. V rámci svého 10letého působení na Ministerstvu práce a sociálních věcí se na různých pozicích věnovala tématu transformace sociálních služeb a v roli koordinátorky projektů MPSV i věcnému směřování deinstitucionalizace sociálních služeb. Po odchodu na mateřskou dovolenou se jí naskytla příležitost podílet se na aktivitách Ministerstva zdravotnictví týkajících se kvality péče v psychiatrických nemocnicích. Od administrativních činností se dostala až k činnostem, které měly už více propojovat jednotlivé výstupy projektů a aktivity při Radě vlády pro duševní zdraví a od září 2021 je její tajemnicí. S rodinou žije v Praze, má ráda turistiku a volný čas tráví s manželem a dcerou.

*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.*

# Hledáme zdravotníky do CDZ



## Psychiatry/ Klinické psychology

Pracuj s námi v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví v Hradci Králové, Pardubicích nebo Chrudimi

Ozvi se na [info@pdz.cz](mailto:info@pdz.cz) nebo 777 915 742

Psychiatr a psycholog pracují v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví společně se zdravotními sestrami a pracovníky sociální služby včetně peer konzultantů. Tým pracuje s dospělými lidmi svážnou duševní nemocí (SMI). Pracovní náplní psychiatrů a psychologů jsou diagnostická a léčebná práce ambulantně nebo v terénu (práce v přirozeném prostředí pacientů) a poskytování konzultační podpory ostatním v týmu. Smyslem práce v CDZ je, aby jeho klienti zvládali život v běžném prostředí a zhoršení jejich zdravotního stavu se včas zachytilo a zvládlo, pokud možno, bez hospitalizace. CDZ úzce spolupracuje s lůžkovými zařízeními, psychiatrickými ambulancemi a praktickými lékaři ve spádovém území.

### Nabízíme

- Netradiční práci plnou nových výzev a způsobů práce
- Odpovídající platové ohodnocení (mzdu až 80.000,- Kč) + bonusy (kvartální odměny až do výše 25% mzdy) + náborový příspěvek
- Možnost práce na plný i zkrácený úvazek (0,2 – 1)
- **Jednosměnný provoz bez přesčasů**
- **Flexibilní pracovní dobu** a možnost administrativy z **home office**
- Podporu systémem konzultací a externí supervize
- Proplácení vzdělávacích kurzů, školení a výcviků
- Služební mobil a notebook
- 6 týdnů dovolené + sick days

### Požadujeme

- psycholog s VŠ vzděláním v oboru psychologie a atestací v oboru klinická psychologie
- psychiatr (L3) nebo psychiatr v atestační přípravě po absolvování základního kmene (L2)
- Psychickou odolnost a dobré komunikační dovednosti
- Schopnost respektujícího a partnerského přístupu ke klientům
- Schopnost pracovat v týmu
- Uživatelskou znalost práce s počítačem
- Uvítáme řidičský průkaz skupiny B
- Bezúhonnost