



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

**Projekt „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, reg. č.
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007038**

Výstupy ze zapojení zahraničních expertů

Zpracovatelský tým:

Bc. Tomáš Vlček

MUDr. Jan Pfeiffer

Jan Louženský



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

- I. ÚVOD**
- II. ZMĚNA MYŠLENÍ**
- III. BYDLENÍ**
- IV. POBYTOVÉ ALTERNATIVY HOSPITALIZACE**
- V. ZAPOJOVÁNÍ UŽIVATELŮ**
- VI. POSILOVÁNÍ ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER**
- VII. PROBLEMATIKA SLUŽEB V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V DOBĚ COVIDU-19**

**SEZNAM NÁVŠTĚV ZAHRANIČNÍCH TUTORŮ V RÁMCI PROJEKTU PODPORA
ZAVEDENÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM A
SEZNAM WORKSHOPŮ A WEBINÁŘŮ ZAHRANIČNÍCH TUTORŮ**

LITERATURA





I. ÚVOD

V České republice začal proces reformy péče o duševní zdraví minimálně o padesát až šedesát let později než v zemích západních demokracií. Je proto logické, že součástí projektu multidisciplinarity byla i spolupráce se zeměmi s pokročilým procesem transformace. Kromě zahraničních stáží, jejichž výstupy jsou shrnuty v jiném dokumentu, jsme počítali s poměrně velkým počtem cest zahraničních expertů – tutorů do ČR. Pandemie covidu-19 tento plán překazila. Nicméně poměrně efektivní náhradou se staly online konzultace a webináře. V řadě případů byli naši zahraniční kolegové ochotni konzultovat i mimo rámec webinářů, účastnili se například i online setkání zacílených na rozvoj multidisciplinarity na úrovni krajů.

Při přípravě příjezdu zahraničních expertů a později v „covidové-onlinové“ době při sestavování diskusních témat většinou formou „webinářů“ jsme s lidmi formálně zařazenými do seznamu podpořených osob projektem multidisciplinarita, ale často i s širším okruhem zainteresovaných osob či subjektů, společně hledali nejaktuálnější témata. K nim jsme se pak snažili najít zahraniční příklady dobré praxe.

Mezi nejčastější otázky v rámci přípravy online setkání i během nich patřily otázky na to, jak s procesem reformy začít, jak dosáhnout potřebné změny myšlení na všech úrovních. Zájem či urgentnost tohoto tématu byly mimo jiné potvrzeny tím, že na webinář, na který byli pozvaní reprezentanti evropské iniciativy *Akční plán pro změnu myšlení v péči o osoby s duševním onemocněním*, se přihlásilo více než 400 účastníků. Další nejčastější oblastí zájmu bylo téma, jak se projekty a služby v daných zemích financují. Toto je bod obecně komplikovaný, protože systém financování sociálních služeb a zvláště pak zdravotních služeb je ve většině zemí s pokročilou fází reformy jiný než u nás. Nejedná se ani tak o objem finančních prostředků, ale hlavně o způsob jejich rozdělování. Dále byl velký zájem o to, jak jsou principy zotavení aplikovány v jednotlivých konkrétních službách či místech.

Z reakcí účastníků webinářů můžeme soudit, že jejich očekávání se nám do značné míry podařila naplnit. Jako příklad uvádíme hodnocení webinářů jedné z účastnic:

„To, co potřebujeme více než obecné konstatování a principy transformace, jsou konkrétní návodné postupy, diskuse nad tím, jak můžeme paradigma péče měnit. Jak posouvat myšlení v komunikaci s psychiatry, městskými úřady, veřejnými složkami, rodinami atd. Na co se zaměřit ve službách/organizacích, jak je stavět, abychom naplňovali tuto změnu, tzn. jak zapojovat klienty, rodinné příslušníky, lidi s vlastní zkušeností, jak oslovovat veřejnost. Ne na





všechny otázky jsem v rámci seminářů dostala odpovědi, to asi ani není možné, ale řada konkrétních příkladů, postřehů mi velmi pomohla v lepším pochopení celé komplexnosti změny. Cítím se lépe vybavena na každodenní boj a práci s posouváním myšlení těch, kteří zatím svým myšlením zůstávají v minulém či předminulém století.“

Některá témata, která na seminářích zazněla (komplexnost přístupu, chráněné bydlení orientované na zotavení, komunitní týmy, systém krizové a akutní komunitní péče), jsou natolik specifická a klíčová, že je zpracováváme v samostatných publikacích. Nicméně i tato témata jsou alespoň orientačně zmíněna v následujícím textu, aby byla zachována komplexnost celého tématu změny tak, jak jsme se jej snažili prezentovat.

Následující text je tedy snahou o shrnutí ohromného množství kontaktů a živých diskusí s poměrně velkou řadou zahraničních kolegů. Velmi jsme zvažovali, jak takto obsáhlou oblast vtěsnat do čitelného textu. Nakonec jsme si jako klíčová témata určili:

1. Změna myšlení
2. Bydlení
3. Pobytové alternativy hospitalizace
4. Zapojování uživatelů
5. Posílení role psychiatrických sester
6. Péče o duševní zdraví v době covidové

Výstupy z cca 18 webinářů zveřejníme ve formě zápisů, přeložených prezentací a videozáznamů jako jednotný celek před koncem projektu.





II. ZMĚNA MYŠLENÍ

Ač naši zahraniční experti mluvili o veliké šíři témat – ať již akcentovali problematiku duševního zdraví z pohledu psychiatra, psychologa, zdravotní sestry, či dokonce manažera –, je několik okruhů, které zazněly téměř vždy. Především téměř pokaždé v jejich projevech zaznívala slova, hesla a koncepty jako „celý člověk a celý život“ (holistický přístup), zotavení (recovery), posílení či zmocnění (empowerment) a „nikdy o nás bez nás“ apod. Vše, o čem naši experti mluvili vždy, vycházelo z těchto předem jasně stanovených pozic. Výše zmíněné koncepty vždy odkazují ke klientovi a staví ho do středu zájmu.

V českém prostředí nejde o neznámé termíny. Avšak jak vyplynulo z diskusí během seminářů, častým problémem našich služeb duševního zdraví je zaměření na „bezvadné fungování služby“. Klient zůstává v pozadí. Výše uváděné termíny jsou sice zmiňovány, ale do vlastní praxe se zatím často „nepropisují“.

Nicméně řada zahraničních expertů, nejčastěji John Jenkins, jsou často kritičtí ke službě ve vlastní zemi, která není ideální a dřívější slibný nástup je často brzděn z různých stran a různými zájmy. Jedno z hlavních nebezpečí deinstitucionalizace je pak podle Jenkinse „re-institucionalizace“, kdy z několika málo velkých zařízení vznikne mnoho menších, ovšem s podobnou ústavní kulturou, jaká byla ve velkých, již zrušených nemocnicích. Služby by tak měly být v budoucnu plně zaměřené na klienta jako na komplexní osobnost, kterou nedefinuje pouze diagnóza. K člověku by mělo být přistupováno jako k rovnému partnerovi, tedy jednat s ním vždy na rovinu.

Ze všech diskusí k tomuto tématu jasně vyplynulo, že cíle, které si stanovujeme a kterých chceme v rámci změn dosáhnout, by měly nejen rétoricky, ale i doopravdy odrážet přání klienta, ne to, co chceme my – zdravotníci či rodina. Ze seminářů, zvláště seminářů, na nichž hovořili zahraniční „uživatelé péče“, jasně vyplynulo, že potřebujeme změnit nejen systém duševního zdraví (služby psychiatrické nemocnice na komunitní služby duševního zdraví), ale také vyvinout komplexnější komunitní přístup, který by vyhovoval různým potřebám lidí s duševními problémy.

Zmíníme jen pár myšlenek, které z úst uživatelů zazněly, které však považujeme za klíčové:

- Lidé chtějí být považováni za jednotlivce a občany, a nikoli být identifikováni nebo označeni svou diagnózou nebo patologií. Odborníci a služby by měli být nastaveni na to, aby byli schopni rozpoznat a využít schopnosti a přednosti lidí s duševními





problémy. Měli by se zaměřovat na potřebu pomáhat a podporovat pacienty (uživatelé), aby mohli pokračovat nebo znovu získat celý život ve všech oblastech, včetně pohody, zdraví, sociálního začlenění a přístupu ke vzdělání, práce, bydlení, kulturních a volnočasových aktivit, sportu atd.

- Je třeba se vyvarovat roztříštěnosti samostatných odpovědí pro specifické potřeby a jednotlivce; to pouze reprodukuje separaci a depersonalizaci založenou na nadřazenosti byrokratických kategorií a ideologií vyloučení. Pojmy „primární a sekundární“, „trvalé a běžné“, „vážné a mírné“ brání přijetí občanských a komunitních modelů péče.
- Je potřeba prolomit nadvládu lékařského paradigmatu a rekonstruovat a hodnotit jednotlivé životní příběhy kulturně a komunitně vhodným způsobem.
- Uznání možnosti onemocnění nebo úzkosti jako výrazu utrpení v různých oblastech lidského života a přijetí terapeutického přístupu, který plně zohledňuje „celý život“ jednotlivce a který uznává jedinečnost dané osoby jako občana dané komunity, který si nepřeje být vyloučen z důvodu problému duševního zdraví a který má potenciál být spokojený i s přítomností symptomů nebo problémů duševního zdraví nebo bez nich.

Ze seminářů jasně vyplynulo, že komplexního přístupu nemůže být dosaženo samotnými zdravotními službami nebo pouze nahrazením psychiatrických léčeben izolovanými komunitními zařízeními pro duševní zdraví, ale že je potřeba vyvinout celý komunitní systém budovaný v partnerství s místními úřady, komunitními organizacemi, uživateli, rodinnými příslušníky.

Z diskusí dále jasně vyplynulo, že pokud myšlení o péči o duševně nemocné zůstává na „klasických“ pozicích, vlastní praxe, i když bude realizována více v komunitních podmínkách, nemusí být orientována na skutečné potřeby osob s duševním onemocněním, ale stále spíše na „potřeby“ poskytovatelů. Jako klíčové se tedy ukázalo, že pokud chceme dosáhnout opravdu inovativního systému orientovaného na zotavení klientů, je zapotřebí před či paralelně s procesem plánování změny pracovat na změně myšlení. Toto pak může být podkladem ke změně praxe a následně můžeme očekávat změnu systému.

Výzkumy ukazují, že mezi důležité faktory na cestě k uzdravení patří: dobré vztahy, přebírání odpovědnosti, sdílená odpovědnost, finanční zajištění, uspokojivá práce, osobní růst, správné životní prostředí, rozvíjení vlastních kulturních nebo duchovních perspektiv a rozvíjení odolnosti vůči možné nepřízni osudu nebo stresu v budoucnosti. Nicméně z diskusí vyplynulo, že jak v místech, odkud naši lektori pocházejí, tak i u nás stále dominuje „redukcionalistický-medicínský“ orientovaný přístup. Zdá se, že v některých místech, kde se opravdu podařilo





vybudovat komunitní, na zotavení orientovaný komunitní systém podpory, je v posledních letech tento přístup opět redukován na přístup „psychiatrický“. Takovýmto místem je například Terst, kde současná pravicová vláda výrazně „redukuje“ holistický, na uzdravení orientovaný přístup.

V oblasti toho, jak měnit myšlení, jako velmi inspirativní řada účastníků seminářů vnímala takzvané „learning sets“. Jedná se o řadu seminářů na různá témata, které jsou pravidelně realizovány v průběhu cca 6 měsíců v jednom konkrétním místě, pro relativně uzavřenou skupinu lidí z řad místních „opinion leaderů“ – politiků, vedoucích služeb, významných osob místní komunity, rodičů, uživatelů atd. Důležitou částí tohoto „vzdělávacího programu“ je zážitková část. Modelování situací, ve kterých je možno si „zažít“ různé situace, s nimiž se uživatelé služeb setkávají či mohou setkávat.





III. BYDLENÍ

Tak jak opakovaně zaznělo z úst zahraničních uživatelů péče, základní potřebou každého jedince je mít střechu nad hlavou. „*Místo, kde se cítím bezpečně, které je moje. Je důležité mít možnost rozhodovat, kde a s kým budu žít.*“

Jeden z uživatelů, respektive ex-uživatelů (skupiny, která se nazývá „survivors“, myšleno ti, kteří přežili psychiatrickou péči), líčil svůj zážitek, kdy v programu „housing first“ zápasil se složitostí běžného života poté, co byl propuštěn z dlouhodobé hospitalizace. Právě když se cítil nejvíce na dně, jel autem kolem psychiatrické léčebny, kde byl dříve hospitalizován. V léčebně měl o všechny potřeby postaráno, ale jak si sám uvědomil, když projížděl kolem budovy léčebny, „to nebyl život, to bylo přežívání“. Řekl si, že tam už nikdy nechce, a s novou energií se pustil do „života v běžných podmínkách“.

Zajištění možnosti bydlení pro osoby s duševním onemocněním je jedna z klíčových podmínek pro proces deinstitucionalizace. V posledních letech existuje obecná shoda, že ideálním modelem je model „housing first“. Model spočívá v tom, že osobám s duševním onemocněním, které nemají vlastní bydlení, respektive opouštějí ústavní pobyt ve zdravotních či sociálních službách, je poskytnuto samostatné, důstojné bydlení. Podpora je poskytována flexibilně, dle potřeb dotyčného. Není pak zapotřebí, aby se kvůli náležité podpoře tísnil s dalšími osobami v jednom ubytovacím zařízení jen proto, že má „podobné problémy“.

Nicméně někteří lidé potřebují intenzivní podporu, ale ne vždy a ne všude je reálné ji poskytovat individuálně. Řada osob s duševním onemocněním je u nás stále dlouhodobě umístěna v ústavních podmínkách, ať už v psychiatrických léčebnách (nemocnicích), nebo v sociálních zařízeních, obvykle se však jedná o místa s poměrně stigmatizujícím názvem, jak poznamenali naši zahraniční kolegové: „Domovy se zvláštním režimem.“ Jedná se o tisíce osob. V dohledné době není reálné, že všechna tato zařízení budou nahrazena bydlením v komunitních podmínkách. Nicméně i v těchto zařízeních je zapotřebí z „kustodiální“ azylové koncepce přejít na humanistickou, prorůstovou, na zotavení orientovanou filozofii, respektive přístup. Taktéž řada u nás existujících chráněných komunitních bydlení má často daleko od přístupu orientovaného na zotavení.

Jako velmi inspirující se jeví model **Recovery House** v Terstu. Projekt, který prezentovali u nás John Jenkins a Paul Baker opakovaně, především pak při své návštěvě v Praze, Brně a Ostravě v lednu 2020. Jde o jeden z nejlepších příkladů převedení výše zmíněných principů do





každodenní praxe.¹

Dům vznikl iniciativou komunitní péče, místního zdravotnického orgánu, katolické církve a v neposlední řadě klientů a jejich rodin. Od začátku to byl tedy projekt podporovaný na mnoha frontách. Byl otevřen všem, ale měl jeden hlavní předpoklad: klient musel opravdu chtít.

A byli to právě klienti, kteří stejně jako ostatní zúčastněné strany tvořili koncept domu. Nastavení pravidel, programu, prostředků a cílů se neslo v demokratickém duchu a klienti se na něm aktivně podíleli. Během webinářů tyto principy byly několikrát diskutovány a někteří účastníci je přijali s jistou skepsí – ve smyslu, že je přece potřeba nejprve vytvořit projekt a ten uživatelům nabídnout. John Jenkins připomněl, jak je důležité „vidět i tu osobu za příznaky a respektovat tak osobnost člověka“. Jak je důležité budovat důvěru mezi klientem a personálem; od oboustranné výměny osobních zkušeností a příběhů až po vzájemné sdílení osobních nejistot. To vše zmenšuje hierarchickou vzdálenost mezi klientem a personálem a přibližuje nás ke stavu rovnosti a důvěry. Až pak je možné řešit ostatní záležitosti. Je důležité v klientovi vidět člověka, a ne diagnózu.

Vedle termínu „recovery“, tedy zotavení, se často objevuje i termín „discovery“, tj. objevení. Úzce spolu souvisejí – zotavení je pobídkou k tomu zapomenout některé postupy a návyky a pokusit se nalézt (objevovat) nové, které jsou mnohem vhodnější k měnícím se okolnostem reformovaných služeb.

Velmi důležité jsou i malé změny, které mohou být provedeny v každém zařízení tady a teď. Může to být způsob vydávání léků, kdy si je klient například bere sám u sebe na pokoji, zrušení předepsané vzdálenosti mezi klienty a personálem, jiná komunikace s klienty – i použití jiných slov může mít vliv na proces zotavení a vůbec celkovou atmosféru v komunitě (a to nejen slov zatížených stigmatem), snaha o to, aby proces zotavení a vůbec pobyt v zařízení byl zábavný, a pomoc klientům se pro něj nadchnout apod. Dále bychom mohli uvést důležitost zapojení rodin, které většinou nehrají v procesu plnohodnotnou roli – zde však byla jejich role nezastupitelná. Podobně bychom mohli zmínit také roli peerů a komunitní charakter celého projektu. Neustále se zde něco slavilo, klienti si zvali návštěvy a pak to, že někdo úspěšně opustil Recovery House a postavil se na vlastní nohy, neznamenal, že se sem rád nevracel na oslavu, aby mohl přiložit ruku k dílu, ale přicházel i jako vzor pro ostatní. Nelze tedy podceňovat dopad malých změn, neboť i ty mohou klienty (ale i personál) vytrhnout z rutiny

¹ Podrobněji: The Recovery House of Trieste: Beginning a Recovery Journey in an Innovative Experience, *Journal of Recovery in Mental Health*. Vol. 2 No. 1 Fall 2018.





všedního dne.

Z příkladů praxe Recovery House v Terstu, které byly přijaty v rámci seminářů s určitým překvapením, byl princip, že nic není zamčené (ani léky ne), a také to, že předávání směny a referování o klientech probíhá vždy za přítomnosti konkrétního klienta.

Projekt Recovery House v Terstu byl schopen převést mnoho teoretických pouček úspěšně do praxe a přidat k nim mnoho dalších podnětů „jak na to“.





IV. POBYTOVÉ ALTERNATIVY HOSPITALIZACE

Jak ukázaly studie, které byly na seminářích prezentovány, současný model služeb pro akutní a krizové služby ve Spojeném království a dalších zemích se jeví z pohledu uživatelů jako velmi nevyhovující. Současné služby nejsou udržitelné a v mnoha ohledech nesplňují celoživotní potřeby uživatelů služeb. Je tedy důležité radikálně změnit způsob, jakým jsou poskytovány akutní a krizové služby ve Spojeném království a dalších zemích.

Několik zpráv (Mind, Schizophrenia Commission atd.) zdůraznilo potřebu transformace služeb na lepší způsoby pomoci lidem, když potřebují krizové služby a podporu. Uživatelé služeb říkají, že:

- Pět minut je žalostně nedostačujících k vyjádření názorů uživatelů služeb a pečovatelů, kteří potřebují pomoc služeb krizové intervence,
- Zapojení uživatelů služby a pečovatele musí být založené na dobrých informacích o poskytovaných službách.
- Zapojení uživatelů služeb a pečovatelů musí být o skutečném a respektujícím dialogu a vlivu na tvorbu, rozvoj a hodnocení všech služeb.
- Principy orientované na zotavení jsou klíčové při definování celého systému péče před krizí nebo během ní a měly by být následující:
 - Rozpoznání dramatického emocionálního nebo nepřímého otřesu v životě člověka, který by měl vést k uzdravení, a nikoli ke zhoršení.
 - Krize jako kritický čas pro reflexi, pozitivní růst a sebeurčení, ne čas pro pokračující cesty beznaděje a/nebo udržování.
 - Čas na změnu, aby se člověk podíval na svůj život jako na celek, nejen na svůj problém duševního zdraví.
 - Příčiny krize vyžadují různá řešení z různých zdrojů – finanční potíže, fyzické zdraví, pracovní stres, faktory životního prostředí, rodinné problémy atd.
- Kontakt a vztah vytvořený mezi uživatelem a profesionálem v jedné části služby by měl být stejný důvěryhodný terapeutický vztah ve všech částech systému služeb.
- Důležitost sdílené odpovědnosti mezi uživatelem, rodinným příslušníkem, odborníky a organizací za vytvoření pozitivního riskování.

Během seminářů byla prezentována řada modelů krizové a akutní péče, které jsou založeny na alternativách bydlení.





Ve Walesu zkoušejí nový koncept – Dům podpory (Support House²), který představuje zařízení poskytující krátkodobou rezidenční podporu jako alternativu k hospitalizaci. Většinou je provozován nevládní neziskovou organizací (NNO) – profesionální a zdravotnická podpora je většinou poskytována lokálními krizovými týmy a týmy domácí péče, a to dle potřeby.

Dalším možným konceptem je projekt Shared Lives³ (Sdílené životy). Jde o program, v jehož rámci pečovatelé klientům s akutními problémy jako alternativu k hospitalizaci nabízejí podpůrné domácí prostředí zaměřené na zotavení. Jednotlivcům v krizi je krizovým týmem nabídnuta možnost zúčastnit se tohoto projektu, přičemž pobyt v rodině obvykle nepřesahuje dobu čtyř týdnů a musí s ním souhlasit obě strany. Cílem programu je zapojení klienta do běžného rodinného života, kde každý může něčím přispět – při přípravě jídla, nákupech, při domácích pracích, tvorbě rozpočtu. Klient má také lepší příležitost se vzdělávat či si najít práci.

Nelze dostatečně zdůraznit, jak jsou na první pohled obyčejné činnosti pro klienty důležité. Jasně to vyplývá z dotazníků, které po participaci na projektu klienti vyplňovali. Například: „*To, že mi někdo věřil a já mohl sám žehlit (což jsem nemohl dělat na oddělení), pro mě znamenalo strašně moc a já si zas mohl vážít sebe sama.*“⁴

² <https://supporthouse.ca/> (Kanadský projekt)

³ <https://sharedlivesplus.org.uk/#>

⁴ Prezentace k webináři z 29. 1. 2021.





V. ZAPOJOVÁNÍ UŽIVATELŮ

Hnutí uživatelů na celém světě již desítky let ovlivňují služby v oblasti péče o duševní zdraví a podílejí se na změně myšlení, praxe, vládních opatření a strategií.

Pokud mají klienti, jejich rodiny, pečovatelé, ale i ostatní veřejnost dojem, že služby v oblasti duševního zdraví nejsou tam, kde by měly být, lze vytvořit zájmovou skupinu, která může lépe celou problematiku komunikovat na veřejnosti a mít v konečném důsledku i vliv na reformy systému shora a tvorbu legislativy. Takovéto společenství funguje oběma směry, takže nejen působí navenek, ale zároveň podporuje vlastní členy, kteří všichni sdílejí podobnou zkušenost.

Příkladem – pokud se pohybujeme v britském prostoru – je více než 50 let stará organizace **Rethink Mental Illness**, která začala jako skupina lidí, kteří měli zkušenost se schizofrenií, a jejich příbuzných a přátel přes zájmovou skupinu a charitu. Dodnes si udržuje vysokou relevanci v britském veřejném prostoru nejen svou činností charitativní, ale i různými výzvami a návrhy zákonů (včasná intervence u psychóz) až po happeningy, jako například navlečení svěřací kazajky na sochu Winstona Churchilla jako součást destigmatizační kampaně. Dlužno podotknout, že tento akt přitáhl pozornost médií, ale s pochopením se u mnohých nesetkal.

Největší a nejznámější podobnou organizací je pak **Mind**, která má zcela jedinečné postavení. Předsedá jí celebrita prvního řádu – populární, kultivovaný a schopný Stephen Fry. Mind již 25 let uděluje ceny Mind Media Awards za nejlepší prezentaci problematiky duševního zdraví v novinách, televizi, knihách či online prostoru. Cena byla tři desetiletí udělována nejlepší knize, ale dnes je kategorií velké množství a zahrnují například i nejlepší televizní dokument, drama, podcast apod.

Ne každá zájmová skupina musí přerůst v celostátní charitativní organizaci. Může se ale podílet na lokálních změnách a podporovat jiné podobné iniciativy.





VI. POSILOVÁNÍ ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER

Téma role psychiatrických sester v péči o osoby s duševním onemocněním je významným tématem celoevropským, a dá se říci i celosvětovým. Dochází k hledání řešení a cest, kdy se psychiatrické sestry emancipují z „područí psychiatrů“ jako více nezávislá, samostatná profese. Toto je jedno z řešení personálního nedostatku psychiatrů, který u nás – a nejen u nás – zažíváme.

Dle dodatku zákona *Mental Health Act* z roku 2007 byly v Británii zavedeny dva stupně nelékařských zdravotnických pracovníků. Podle Richarda Jonese z Walesu, prvního psychiatrického bratra, který má právo předepisovat léky, je jedním z důvodů realita péče o duševní zdraví, kdy se nedostává lékařů-psychiatrů, pracovní hodiny mladých lékařů se omezují, je zde snaha o demokratičtější přístup ke zdravotnické péči v rámci regionů, existuje veliký tlak na snižování nákladů a zároveň jakékoliv zakolísání kvality je nepřijatelné. „Zdravotnická péče se musí neustále adaptovat na měnící se okolnosti – nové metody, nové důkazy lepší praxe, změny v poptávce.“⁵

V současné době pracuje Richard Jones jako zodpovědný zdravotník (Consultant Nurse) na jednotce intenzivní psychiatrické péče. Samostatně zvládne celé období péče na základě vlastní expertizy. Může nezávisle předepisovat léky, poskytuje vedení a supervizi jak zdravotnickému, tak sesterskému personálu.

Výzev je mnoho, ale za nejdůležitější považuje změnu profesních hranic, postoje ostatních odborníků, rovnost v platovém ohodnocení či problematiku případných právních sporů.

Téma sester řeší všude v Evropě. Nejde jen o často diskutované téma jejich nedostatku. Problémem, na který upozornil nejen Richard Jones, ale také Padraig O’Beirne při své návštěvě Hradce Králové, je, že byl omezen kariérní růst sester. Práce v multidisciplinárních týmech však dala sestrám jedinečnou příležitost specializace, která by ve starém systému nebyla možná. A po počátečních obavách a v některých případech dlouhém přesvědčování se již do lůžkových služeb nechtějí vrátit. V současné době tak např. v Irsku řeší problém nedostatku personálu – ale na lůžkových odděleních.

Na závěr ještě poznamenejme, jak důležitá je péče o duševní pohodu personálu obecně – nejen sester, ale také lékařů, peerů, sociálních pracovníků a dalších. „*Je velmi náročné zůstat v klidu,*

⁵ Achieving Excellence, Quality Delivery Plan, WG 2012, p. 6





*když se setkáváme se silnými emocemi nebo s poruchami chování.*⁶ Přepracovaný a vystresovaný zdravotnický personál bude mít o to těžší úkol, pokud chce pozitivně působit na duševní zdraví klientů. Je proto důležité, aby všechen personál měl kde mluvit o svých problémech, úzkostech, stresu. Nejlepším řešením se zdá být existence reflektivní supervize, která může pomoci se vyrovnat s některými obtížnými situacemi a stavy. Podceňovat nelze ani pravidelné přestávky během pracovního dne a podobně.

⁶ Prezentace Kaja Næss Johannessen a Ann-Karin Bakken z 8. 3. 2021.





VII. PROBLEMATIKA SLUŽEB V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V DOBĚ COVIDU-19

Na mnoha webinářích došlo přirozeně i na situaci, kterou jsme všichni zažívali v roce 2020. To, jak se která služba, zaměstnanci a klienti vyrovnávali s bezprecedentní situací, ponecháváme v následující části trochu stranou a zaměřujeme se na to, jak covid-19 *trvale* proměnil služby a lidi v oblasti duševního zdraví.

Nejvíce se tomuto tématu věnoval Roberto Mezzina ve svém příspěvku z března roku 2021. Především upozornil, že stále ještě nejsme úplně schopni posoudit dlouhodobé dopady krize. Mohou být vážné. Mnoho péče bylo zameškáno, nemluvě o tom, že v budoucnu bude péči potřebovat větší množství lidí. Jistým pozitivním paradoxem či štěstím v neštěstí pak je, že se nejen neuvěřitelně rozvinuly online služby a komunikace, ale kvůli krizi zažilo tolik lidí úzkost a trauma, že to je jedinečná příležitost k destigmatizaci problémů duševního zdraví.

I Paul Baker při svých setkáních s lidmi, kteří slyší hlasy, pozoroval jisté výhody digitálního prostředí. Například jedinci, kteří by normálně, z jakýchkoliv důvodů nemohli přijít na setkání, se začali účastnit pravidelněji, neboť jim stačilo jen zapnout počítač. Kdo váhal s účastí, protože se obával o své soukromí či mu nebylo příjemné mluvit před ostatními, stačilo zapnout počítač a nechat kameru vypnutou. Paul připouští, že v budoucnu obnoví osobní setkávání, ale online schůzky budou probíhat i nadále.

Na mnoha místech byl reakcí radikální řez. Například v Cornwallu byl během několika dní uzavřen tamní Recovery House, klienti byli přesunuti do vhodného komunitního prostředí a z místního týmu se tak stal terénní tým. Okolnostmi vynucený projekt měl úspěch. Zaměstnanci si cenili zvláště toho, že mohou s klienty trávit kvalitnější čas a zároveň je podporovat v přirozeném prostředí, kam do budoucna směřují. Podtrhli také to, že díky moderním technologiím se klienti osamostatnili a mají více kontroly. S tím souhlasili i klienti – přidali i to, že díky telefonu mohou kdykoliv zavolat, takže se nemusí bát, že jsou na to teď sami. Technologie tak, zdá se, hrají významnou roli v obtížných časech. Mimochodem, zatímco personálu chyběla jistá struktura práce v kamenné instituci a setkávání se s kolegy, klienti po starý způsobech nijak netesknili.⁷

⁷ Jak vyplynulo z anonymní dotazníků, které obě strany vyplňovaly. Více v prezentaci Dr. McDormatt z dubna 2021.





Seznam návštěv zahraničních tutorů v rámci projektu Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným

Návštěva Johna Jenkinse a Thomase Alexandra v Brně 19.–21. 11. 2019

Návštěva Johna Jenkinse a Paula Bakera v Praze, Brně, Ostravě 27.–31. 1. 2020 (Recovery House v Terstu)

Návštěva Padraiga O'Beirna v Hradci Králové a Rychnově nad Kněžnou 25.–27. 2. 2020

Seznam workshopů a webinářů zahraničních tutorů

Téma: Krizové a akutní služby (pilotní webinář)

Datum: 22. 5. 2020

Přednášející: John Jenkins

(varování před chybami britské reformy, přístup Whole life – whole system, triage v ČR)

Téma: Krizová a akutní péče v Praze II (workshop)

Datum: 5. 6. 2020

Přednášející: John Jenkins

(zefektivnění služeb, zavedení triage)

Téma: Recovery Housing I

Datum: 23. 6. 2020

Přednášející: John Jenkins, Paul Baker

(princip zotavení, Recovery House v Terstu)

Téma: Krizová a akutní péče v Praze III (workshop)

Datum: 3. 7. 2020

Přednášející: John Jenkins

(zavedení triage v Praze, CDZ operující 24/7 jako místo vstupu do systému péče)

Téma: Recovery Housing II

Datum: 28. 7. 2020





Přednášející: John Jenkins, Paul Baker

(demokratizace a tvorba plánu s klienty, supervize vs. intervize, co s klienty, kteří se nechtějí zapojit do Recovery Housing (RH), kulturní podmíněnost zotavení ze schizofrenie)

Téma: Recovery Housing III

Datum: 11. 9. 2020

Přednášející: John Jenkins, Paul Baker

(Preasure group, top-down preasure, výzva k zapojení PN Bohnice, vliv přítomnosti RH na proměnu péče v oblasti)

Téma: Recovery Housing IV

Datum: 9. 10. 2020

Přednášející: John Jenkins, Paul Baker

(pozice psychiatrie pro děti a dorost v rámci psychiatrie, inovativní služba v Manchesteru: kombinace mládežnických center a center duševního zdraví („youth-led“), princip discovery, shared responsibility, opustit princip „transactional relationship“, narušení rutiny, problematika užívání alkoholu v RH, slyšení hlasů)

Téma: Zapojení uživatelů

Datum: 27. 11. 2020

Přednášející: Sinead Fallon, John Jenkins

(zkušenost jednotlivce, důsledky duševní nemoci a zotavení, irský model)

Téma: Regionální koordinace péče

Datum: 2. 12. 2020

Přednášející: John Jenkins, Richard Jones, Thomas Alexander

(historie komunitních služeb ve světě a pak v Devonu, komplexní představení služeb, principy služeb – „Whole Person – Whole Life“, pokročilá sesterská praxe)

Téma: Péče o děti v ohrožení duševního zdraví: příklady dobré praxe

Datum: 8. 1. 2021

Přednášející: Dr. Daniela Vidoni

(italská zkušenost, služby v regionu Furlánsko, sociální faktory duševního zdraví, denní stacionáře pro mládež 15–25)





Téma: Péče o děti v ohrožení duševního zdraví: příklady dobré praxe

Datum: 18. 1. 2020

Přednášející: Dr. Warren Lloyd, Angela Lodowick

Téma webináře: Krizové a akutní (komunitní) služby

Datum: 29. 1. 2021

Přednášející: Dr. Chris O'Connor, Dr. Kathryn Walters, Benna Waites, John Jenkins

Téma: Komplexní trauma a jeho dopad na chování a duševní zdraví

Datum: 8. 3. 2021

Přednášející: Kaja Næss Johannessen, Ann-Karin Nielsen Bakken

Téma: Změna paradigmatu

Datum: 18. 3. 2021

Přednášející: John Jenkins, Dainius Pūras, Roberto Mezzina

Téma: Terapeutická kultura zaměřená na zotavení

Datum: 6. 4. 2021

Přednášející: Dr. Celice McDermott, John Jenkins

Téma: Péče o děti v ohrožení duševního zdraví: příklady dobré praxe II

Datum: 30. 4. 2021

Přednášející: Dr. Daniela Vidoni

Téma: Příklad systému péče o lidi s duševním onemocněním: Pfalzkllinikum

Datum: 21. 5. 2021

Přednášející: Paul Bomke, Veronika Knebusch

Téma: Housing First

Datum: 11. 6. 2021

Přednášející: Raphael Bouloudnine a Mickael Puech





LITERATURA

Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/438782/>

RAGINS, Mark, *Cesta k zotavení.* Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/448-cesta-k-zotaveni-sebrane-texty-marka-raginse>

Recovery: Stressing the Social Basis of the Process. Dostupné z: <https://www.madinamerica.com/2020/06/recovery-social-basis/>

The Recovery House of Trieste: Beginning a Recovery Journey in an Innovative Experience, *Journal of Recovery in Mental Health*. Vol. 2 No. 1 Fall 2018.

TOPOR, Alain, *Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems.* Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-018-0245-9>

www.slysenihlasu.cz

