



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**

Souhrnná zpráva ze zahraničních stáží

Zpracovatelský tým:

Mgr. Pamela Sanders, DiS. (metodička zahraničních tutorů)

Bc. Mária Motyková (junior koordinátorka KA3)

MUDr. Jan Pfeiffer

Jan Louženský

Datum: 30. 7. 2021



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

- I. Úvod**
- II. Historie péče v navštívených zemích a stávající systém v daných zemích**
 - 2.1 Spojené království
 - 2.2 Irsko
 - 2.3 Německo
- III. Multidisciplinarita (dobrá praxe ze zahraničí)**
 - 3.1 Úvod do problematiky multidisciplinární spolupráce
 - 3.2 Faktory ovlivňující efektivitu práce multidisciplinárních týmů
- IV. Sdílení dobré praxe – poskytovatelé služeb v zahraničí**
 - 4.1 Spojené království
 - 4.1.1 *Služby navštívené v rámci zahraniční stáže ve Walesu I.*
 - 4.1.2 *Služby navštívené v rámci zahraniční stáže ve Walesu II.*
 - 4.2 Irsko
 - 4.2.1 *Služby navštívené v rámci zahraniční stáže v Irsku*
 - 4.3 Německo
 - 4.3.1 *Služby navštívené v rámci zahraniční stáže v Německu*
 - 4.3.2 *Modellvorhaben*
- V. Závěrečná reflexe účastníků zahraničních odborných stáží / sumarizace postřehů / výstupů ze zahraničních odborných stáží**
- VI. Závěr**
- VII. Použitá literatura**

Seznam příloh





I. Úvod

Za účelem podpory rozvoje a zlepšení multidisciplinární spolupráce zdravotních a sociálních služeb pro duševně nemocné, a tudíž změny kultury práce s duševně nemocnými, bude studie napomáhat při nastavování parametrů multidisciplinární spolupráce v rámci reformy psychiatrie v ČR, čímž se také podpoří kontinuita realizace aktivit reformy psychiatrie a její udržitelnost. Jelikož se v kontextu změny kultury práce v péči o lidi s duševním onemocněním jedná o postupný, dlouhodobý proces a multidisciplinární spolupráce je pro mnohé pracovníky v ČR novým způsobem práce, bude studie sloužit především jako inspirace, motivace pro zavedení multidisciplinárního přístupu a vytvoření konkrétnější představy o fungování multidisciplinárních týmů. Sdílení inovací ze zahraničí prostřednictvím studie umožní využití dobrých praxí nejen přímým účastníkům stáže, ale stane se sdíleným zázemím pro modernizaci psychiatrické péče v ČR.

Studie volně navazuje na *Metodiku zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* (dále jen „velká metodika“) a rozvíjí její části o ověřené zkušenosti zahraničních zařízení.

Tento dokument se zakládá na autentických výstupech expertů z oblasti péče o duševní zdraví, kteří se v letech 2019 a 2020 zúčastnili odborných stáží v zahraničí. Zde měli možnost přímého kontaktu, získání zkušeností a navázání odborné spolupráce s dobrou praxí v zemích, kde již reforma péče o duševní zdraví proběhla. Konkrétně se jedná o Wales (UK), Německo a Irsko.

Jedná se tedy o dokument, který přibližuje poznatky získané z odborných zahraničních stáží, které byly opravdu intenzivního charakteru. Díky tomu jde o atypický, zato velmi autentický dokument.

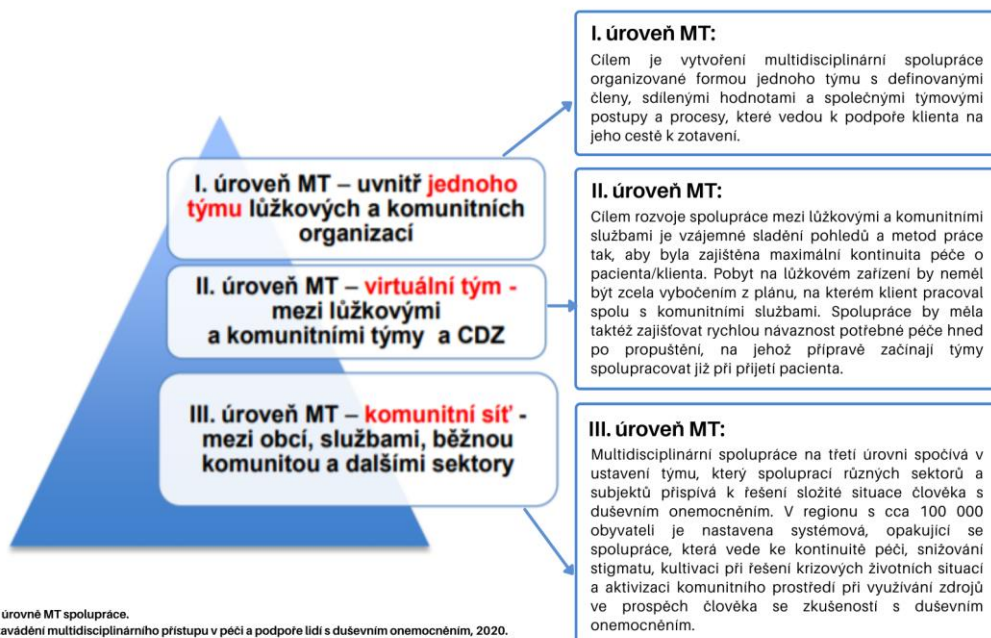
Předkládaný text je určen všem „zúčastněným“ v oblasti péče o duševní zdraví a všem, kteří se podílejí na poskytování služeb v oblasti duševního zdraví (od příjemce až po poskytovatele služeb).

Kontext projektu „Multidisciplinarita“

Vzhledem ke skutečnosti, že současné reformní procesy v péči o duševní zdraví vycházejí ze *Strategie reformy psychiatrické péče* přijaté v roce 2013, nemají multidisciplinární týmy v péči o lidi s duševním onemocněním v České republice dlouhou tradici.

Projekt „Podpora zavedení multidisciplinárního (dále jen „MT“) přístupu k duševně nemocným“ je jedním z nástrojů pro posílení celostního přístupu orientovaného na zotavení lidí s duševním onemocněním. Zavádění MT přístupu má několik počátečních cílů. Hlavním nástrojem projektu je podpora spolupráce různých profesí a relevantních organizací a institucí tak, aby se dosáhlo maximální možné komplexnosti, koordinovanosti a kontinuity péče. Za tímto účelem budeme pracovat na třech úrovních, které jsou prezentovány na následujícím obrázku.





Obr.: Obr. č. 1: Tři úrovně MT spolupráce.
Zdroj: Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020.





II. Historie péče v navštívených zemích a stávající systém v daných zemích

V rámci projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007038, navštívili zástupci odborné veřejnosti poskytovatele služeb pro duševně nemocné v zahraničních zemích, kde již reforma psychiatrické péče proběhla. Tyto stáže organizované v roce 2019 a 2020 ve Walesu, Irsku a Německu představovaly pro účastníky (ze široké škály služeb – od vládního až po soukromý sektor) příležitost si osobně prohlédnout tamní systém a inovativní příklady dobré praxe služeb péče o lidi s duševním onemocněním.

Konkrétní země, ve kterých stáže proběhly, byly vybrány z několika důvodů. Spojené království Velké Británie a Severního Irska má dlouhou tradici v rozvíjení komunitních služeb, které jsou pro reformu klíčové. Již od poloviny minulého století zde probíhala deinstitucionalizace s důrazem na přesun péče do komunity. Velká Británie tak má v současné době systém péče o lidi s duševním zdravím postaven převážně na komunitních službách.

2.1 Spojené království

První záznamy ohledně psychiatrické péče sahají až do roku 1247, kdy bylo v Londýně založeno klášterní/mnišské/řeholní převorství. Jak uvádějí pozdější záznamy, toto převorství poskytovalo přístřeší nejen nemocným, ale i lidem s duševním onemocněním. Od roku 1330 toto převorství neslo název Beltémská nemocnice. Později, v roce 1676, byla k Beltémské nemocnici přistavěna budova, v níž vznikla první nemocnice pro osoby s duševním onemocněním. Postupem času se osobám trpícím duš. chorobami dostávalo více pozornosti a začaly vznikat azylové domy, kde byla poskytována péče tzv. lunatics (bláznům). Většina azylových domů byla postavena na okraji velkých měst. Vzhledem k umístění a soběstačnosti¹ tak byli lidé s duševním onemocněním izolováni od místní komunity. Toto se ovšem týkalo i personálu, a tak nedocházelo k postoupení a sdílení zkušeností z jiných lékařských oborů. Dle zákona *The Lunacy Act of 1890* azylový dům nepředstavoval místo uzdravení, ale spíše poslední možné místo pobytu. V následujících dekadách se počet přijatých lidí s duševním onemocněním s rostoucí populací neustále zvyšoval, až postupně tato situace vedla ke zřízení ambulantních oddělení. Zde se zkoumalo, zda je žadatel „vhodný“ k přijetí do azylového domu. Zvyšující počet nově vzniklých ambulantních oddělení² podnítil vznik komunitních psychiatrických služeb, a tak v tomto období můžeme hovořit o jejich počátcích.

Léčba duševního zdraví zůstala v letech před vytvořením Národní zdravotnické služby (National Health Service – NHS) do značné míry nezměněna. Metody a postupy byly staromódní a duševní zdraví bylo obecně zahaleno stigmatem.

¹ Tyto azylové domy měly často vlastní prádelnu, vlastní zásoby vody a jídla apod.

² V roce 1925 jich bylo 25 a o 10 let později již 162.





Sociální a politické klima po skončení druhé světové války a založení Národní zdravotnické služby (NHS) postupně ovlivnily uzavírání velkých viktoriánských zařízení.

NHS and Mental Health

Národní zdravotnická služba (National Health Service) je anglická veřejná zdravotní služba, která je známá pod zkratkou NHS. Tato služba byla založena v roce 1948 a jejím zakladatelem byl ministr zdravotnictví Aneurin Bevan. V současné době se jedná o ucelený zdravotní systém, který je primárně financovaný z daní výdělečně činných osob, nicméně každý občan má nárok na bezplatnou³ zdravotní péči.

Ve Spojeném království existují 4 systémy (viz příloha č. 1):

- 1) NHS Anglie
- 2) NHS Skotsko
- 3) NHS Wales
- 4) Health and Social Care Severní Irsko

NHS Wales

NHS Wales poskytuje zdravotní služby prostřednictvím 7 místních zdravotnických rad a 3 trustů NHS (viz obr.).

7 místních zdravotnických rad	3 trusty NHS
✓ Aneurin Bevan Health Board ✓ Swansea Bay University Health Board ✓ Cardiff & Vale University Health Board ✓ Hywel Dda Health Board ✓ Cwm Taf Morgannwg Health Board ✓ Betsi Cadwaladr University Health Board ✓ Powys Teaching Health Board	✓ Welsh Ambulance Services NHS Trust ✓ Velindre NHS Trust ✓ Public Health Wales

Místní zdravotní rady jsou odpovědné za plánování a poskytování služeb NHS ve svých oborech v rámci určité geografické oblasti. Mezi tyto zdravotní služby patří nejen poskytování služeb v oblasti duševního zdraví, ale i služby stomatologické, oftalmologické a farmaceutické. NHS Wales je dále zodpovědné za zlepšování úrovně v oblasti fyzického a duševního zdraví, snižování nerovností v oblasti zdraví a podporuje zvyšování kvality života.

NHS trusty (svěřenské fondy) jsou orgány veřejného sektoru zřízené na základě parlamentního příkazu ministrem zdravotnictví za účelem poskytování zdravotnických služeb NHS. Slouží buď v rámci určité zeměpisné oblasti, anebo v rámci specializované funkce⁴ (starají se o veřejné

³ Služby jsou zdarma, nicméně někdy je třeba doporučení od praktického lékaře.

⁴ To znamená, že na jednom místě může být několik NHS trustů poskytujících zdravotní péči místnímu obyvatelstvu.





zdraví, ambulantní služby, speciální služby v péči o rakovinu, ale i řadu dalších podpůrných služeb).

Hywel Dda University Health Board

V rámci zahraniční stáže skupina účastníků navštívila služby spadající pod Hywel Dda University Health Board, které poskytuje zdravotní služby celkové populaci přibližně o 384 000 jedinců v oblasti Carmarthenshire, Ceredigion a Pembrokeshire. Poskytované služby jsou: akutní, primární, komunitní, v oblasti duševního zdraví a poruch učení. Tyto služby jsou nabízeny prostřednictvím obecných a komunitních nemocnic, zdravotních středisek, praktických lékařů, zubních lékařů, farmaceutů, optometristů a dalších.

2.2 Irsko

Reforma péče o lidi s duševním onemocněním v Irsku procházela podobným vývojem jako ve Spojeném království. Klíčovým zákonem, kterým se irský systém péče řídil víc než 50 let, byl *Mental Treatment Act* přijatý v roce 1945. Tento zákon, který vstoupil v platnost o dva roky později, umožnil dobrovolné přijetí pacientů s duševním onemocněním do všeobecných nemocnic (předtím to bylo možné jen v soukromých nemocnicích) a zároveň nedobrovolné přijetí lidí s „nejasnou myslí“ (tzv. persons of unsound mind) a dočasných pacientů. Jako dočasné pacienty zákon vnímal jedince s duševním onemocněním nebo závislostí, u kterých se předpokládalo, že jejich léčba nebude trvat déle než 6 měsíců. V případě lidí s „nejasnou myslí“ se jednalo o jednotlivce, kteří byli na základě doporučení lékaře/ů nebo členů rodiny uvězněni, a nepředpokládalo se, že by se vyléčili do doby šesti měsíců. V té době existovalo velmi málo ochranných opatření/předpisů pro zadržené pacienty a nebylo jim poskytnuto žádné posouzení jejich případů nezávislým tribunálem. (Latif & Malik, 2012)

Později byla v roce 1961 vytvořena tzv. Commission of Inquiry on Mental Illness. Zpráva této komise z roku 1966 konstatovala téměř výhradně institucionální charakter psychiatrické péče a nedostatek psychiatrických služeb pro děti; psychologů, sociálních pracovníků a pracovních terapeutů ve službách. Poukázala také na nedostatečné zapojení praktických lékařů v poskytování psychiatrické péče a na skutečnost, že akutní péče byla poskytována spíše v psychiatrických nemocnicích než v těch všeobecných. (Walsh & Daly, 2004)

Nejaktuálnějším legislativním dokumentem se stal *Mental Health Act* z roku 2001 (plně implementován v roce 2006), který zavedl důležité reformní procesy a změny například právě v otázce nedobrovolného přijetí, souhlasu s léčbou a léčby dětí a mládeže. Přinesl s sebou také mnoho výzev v rámci poskytování služeb a zdrojů ve službách v péči o lidi s duševním onemocněním v Irsku. Cílem tohoto zákona bylo poskytnout moderní rámec péče a zavést do praxe mechanismy, v jejichž rámci mohou být standardy péče monitorovány a regulovány. (Latif & Malik, 2012)





2.3 Německo

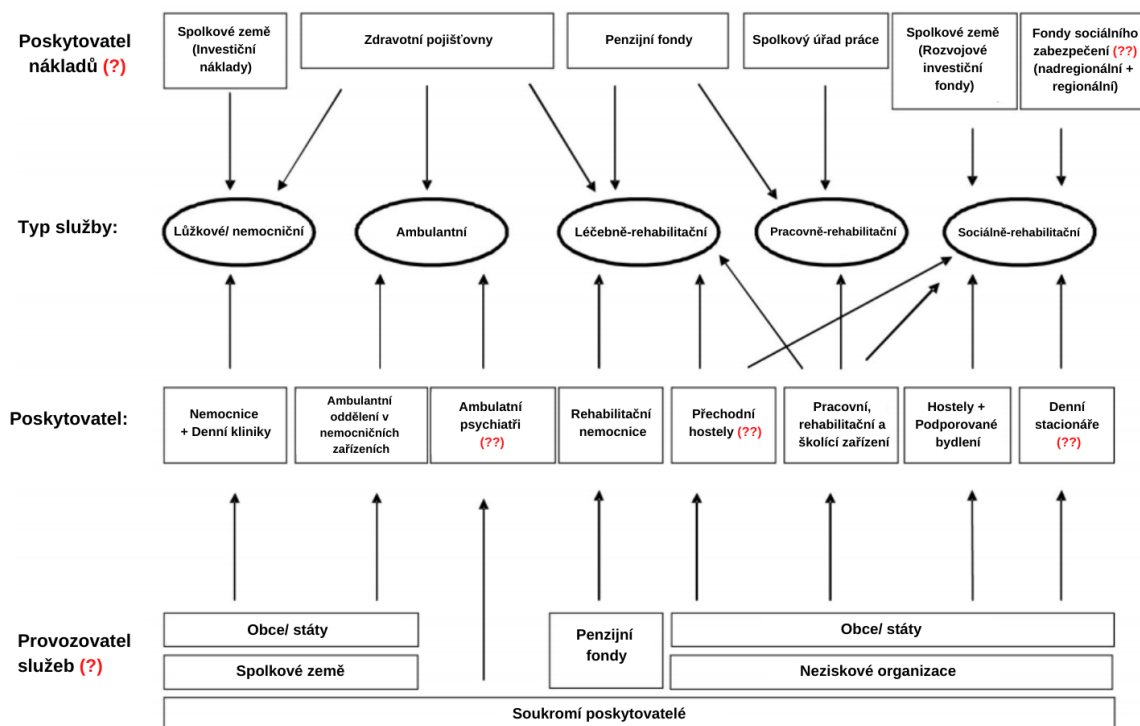
Na rozdíl od Spojeného království nedisponuje Německo komplexním plánem a systémem péče v oblasti duševního zdraví na celostátní úrovni. Odpovědnost za plánování a řízení systému péče jednotlivých 16 spolkových zemí připadá daným spolkovým zemím. Existuje sice základní právní rámec a jednotná pravidla týkající se alokace zdrojů a lůžek, nicméně německý systém péče o duševní zdraví je roztržštěn mezi několik sektorů a je charakteristický značnými regionálními rozdíly.

Podobu stávajícího systému péče o duševní zdraví ve Spolkové republice Německo ovlivnily zejména dva klíčové faktory. Prvním z nich byla tzv. Psychiatrie Enquête, zpráva o stavu psychiatrie a psychoterapeutické/psychosomatické péče v Německu, kterou v roce 1975 vydala expertní komise povolána spolkovou vládou a která definovala cíle další reformy péče o duševní zdraví. Komise konstatovala, že psychiatrická lůžková péče je poskytována skoro výhradně velkými psychiatrickými nemocnicemi nebo ústavy s neadekvátním personálním obsazením. Dále poukázala na nedostatek až absenci psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích a komunitních služeb v oblasti duševního zdraví. Navrhla zlepšení starého systému prostřednictvím rozsáhlé strukturální reformy stojící na čtyřech základních principech:

- 1) princip poskytování péče o duševní zdraví v komunitě,
- 2) princip komplexní péče založený na potřebách všech lidí s duševním onemocněním,
- 3) princip koordinace péče o duševní zdraví založené na potřebách lidí v definovaných oblastech,
- 4) princip standardů kvality a přístupu k péči o duševní zdraví, které jsou podobné standardům a přístupu k somatické péči. (Salize, Rössler, & Becker, 2007; Deutscher Bundestag, 1975, str. 93).

Druhým faktorem, respektive klíčovou historickou událostí, bylo sjednocení východního a západního Německa v roce 1990, které s sebou přineslo výzvu sjednotit jejich odlišné systémy, restrukturovat a zkvalitnit služby pro miliony obyvatel bývalého východního Německa. Tento proces provázela značná finanční zátěž. Proces byl obecně dokončen, ale rozdíly mezi západní a východní částí Německa v některých sektorech kontinuálně přetrvávají, obzvláště velká propast (z angl. gap) mezi lůžkovými a ambulantními službami, které jsou financovány samostatně a jsou obsazeny různými týmy. Zatímco veřejné či soukromé pojišťovny financují náklady na akutní léčbu pro lidi s duševním onemocněním, penzijní fondy a Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí pokrývají náklady na rehabilitační péči. Náklady na chráněné bydlení, reintegrační opatření a další doplňkové služby v péči o duševně nemocné jsou hrazeny především ze systému sociálního zabezpečení. Pro podrobnější informace viz následující obrázek.





Obr.: Struktura a organizace poskytování služeb péče o duševní zdraví v Německu - **PRACOVNÍ VERZE PŘEKLADU**

Vysoká diverzifikace vede k vytvoření komplikované sítě různých poskytovatelů služeb, velkého množství pravidel, nařízení a institucí, které nejsou přehledné. Německý systém péče o duševní zdraví v tomto smyslu postrádá nadřazenou koordinaci. (Winkler a kol., 2013, str. 45) Fragmentované poskytování péče a limitovaná úroveň financování výzkumu v oblasti péče o duševní zdraví redukuje potenciál rapidní a kreativní změny a inovace v tomto sektoru. (Salize, Rössler, & Becker, 2007)

I přes tuto dynamiku a zmíněné výzvy byly služby v Německu od 70. let ve výrazné míře zreformovány. V důsledku této reformy byl počet lůžek v psychiatrických nemocnicích snížen o cca 50 % – ze 160 lůžek na 100 000 obyvatel v roce 1971 na 73 lůžek v roce 1996. Byly založeny denní kliniky a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, přičemž průměrná délka hospitalizace pacienta psychiatrické nemocnice klesla z téměř jednoho roku v 60. letech na 23 dní v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a na 34 dní v psychiatrických nemocnicích v současnosti. Počet psychiatrů se zvýšil z jednoho psychiatra na 100 000 obyvatel v 60. letech na šest psychiatrů na 100 000 obyvatel v současnosti. (Managing Mental Health Service Provision in the Decentralized, Multi-layered Health and Social Care System of Germany, str. 4–5)

Stávající systém péče o duševní zdraví ve Spolkové republice Německo nadále čelí řadě výzev:

- zvýšení využívání systému péče o duševní zdraví (ve vztahu ke zvýšené vůli přijmout diagnózu duševního onemocnění lidmi, kteří vyhledávají pomoc; a také v návaznosti na zvýšenou vnímavost všeobecných lékařů k duševním onemocněním);



- překonání rozdílů v poskytování péče (tzv. treatment gap);
- boj se stigmatizací lidí s duševním onemocněním;
- nedostatek lékařů zájímajících se o specializaci v oboru psychiatrie;
- rozvoj nového systému odměňování v rámci lůžkové péče;
- rozšíření výzkumu v oblasti duševního zdraví a v oblasti patofyziologie duševních onemocnění a další. (Gaebel & Zielasek, 2012)





III. Multidisciplinarita (dobrá praxe ze zahraničí)

3.1 Úvod do problematiky multidisciplinární spolupráce

Přibližně od 50. let 20. století nastal posun v přístupu v péči o lidi s duševním onemocněním. V rámci deinstitucionalizačního procesu se kladl důraz na poskytování komunitně založených alternativ léčby, zavádění a udržování komunitní podpory pro lidi s duševním onemocněním, jejichž cílem bylo redukovat počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách.

Výraznou roli v tomto procesu sehrálo několik faktorů, zejména:

- větší důraz na lidská práva;
- škodlivý vliv ústavní péče;
- zapojení rodiny a rozvoj uživatelských hnutí;
- potřeba efektivnějšího využívání finančních prostředků;
- výraznější vliv a vývoj terapeutické komunity (důraz na sociální determinanty v rozvoji duševního zdraví).

S rozvojem komunitních služeb docházelo ke změnám ve vnímání potřeb uživatelů služeb, a proto bylo žádoucí vytvořit fungující mezioborovou spolupráci mezi různými odborníky (psychiatri, zdravotními sestrami, peery, sociálními pracovníky, terapeuti, psychology, klinickými psychology a dalšími). Potřeba zavést komunitní alternativy k ústavní léčbě a zajistit koordinovanou zdravotní a sociální péči o duševně nemocné, vedla k přesvědčení o tom, že multidisciplinární tým je nepostradatelným ústředním prvkem moderní péče o duševní zdraví. (Mental Health Commission, podkapitola 2.1)

Proč jsou multidisciplinární týmy důležité?

- | | |
|--|--|
| ✓ kontinuita péče; | ✓ lepší sdílení informací a zefektivnění pracovních postupů; |
| ✓ schopnost zaujmout komplexní, holistický pohled na potřeby uživatele služby; | ✓ poskytování široké škály služeb a zdrojů pro uživatele služeb; |
| ✓ dostupnost řady dovedností, vzájemná podpora a vzdělávání; | ✓ úzká vzájemná podpora a spolupráce při složité a někdy nepříjemné klinické práci |
| ✓ vzájemné obohacování dovedností mezi odborníky; | ✓ multidisciplinární recenze všech případů na týmových jednáních;
dělba práce s cílem zajistit poskytování víceoborových služeb |

Zdroj: Český překlad dokumentu "Mental Health Commission. Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper. 2006. Dostupné z <https://www.lenus.ie/handle/10147/43830>.

Vzhledem k širokému spektru potřeb lidí s duševním onemocněním (především psychického a sociálního charakteru) bylo žádoucí rozvíjet celostní model péče orientovaný na celkové zotavení a maximální integraci lidí s duševním onemocněním do běžného života. Kromě koordinace a propojenosti jednotlivých profesí, typů podpory a služeb má v rámci celostního modelu péče výraznou roli také dlouhodobé zapojení celé komunity a spolupráce s ní.

V tomto smyslu můžeme multidisciplinární přístup definovat jako způsob práce, jakým různé profese a různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora





v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám. (MT velká metodika, str. 4) Slovy Jefferise a Chana (2004) představuje multidisciplinární týmová práce „hlavní mechanismus k zajištění skutečně holistické péče o pacienty a bezproblémových služeb pro pacienty po celou dobu vývoje jejich onemocnění a napříč primární, sekundární a terciární péčí“.

Základní dovednosti, znalosti a postoje pro multidisciplinární práci

● Posouzení

Dovednosti potřebné v této oblasti:

- ✓ znalost klíčových dovedností potřebných pro navázání a udržování kontaktu s uživateli služeb a schopnost využívat tyto dovednosti k interakci s uživateli služeb a pečovateli, zejména těmi, kteří se zdráhají komunikovat se službami péče o duševní zdraví;
- ✓ schopnost provádět společné hodnocení založené na potřebách;
- ✓ schopnost vypracovat plán léčby a péče na základě důkladného a komplexního posouzení uživatele služby, rodinné situace a sociálního systému;
- ✓ posouzení potřeb a požadavků uživatelů na bydlení, zaměstnání a příjem;
- ✓ schopnost aplikovat znalosti a dovednosti při hodnocení rizik a zvládání násilí a agrese;
- ✓ schopnost aplikovat znalosti faktorů souvisejících s rozvojem „chronických krizí“ a dovednosti v oblasti strategií hodnocení a řízení

● Řízení léčby a péče

Dovednosti potřebné v této oblasti:

- ✓ znalost prioritní cílové skupiny pro tuto službu;
- ✓ znalost jejich potřeb, vlastností a klinické symptomatologie;
- ✓ znalost krizové intervence, teorie a praxe;
- ✓ efektivní pochopení současných farmakologických intervencí a možných vedlejších účinků;
- ✓ znalost základních současných kognitivně-behaviorálních a jiných psychoterapeutických strategií, které pomáhají uživatelům služeb, pečovateltům a rodinným sítím zvládat závažné a přetrvávající duševní nemoci;
- ✓ porozumění problémům při hodnocení a léčbě uživatelů služeb s rizikem sebepoškození nebo sebevražedného chování;
- ✓ znalosti a dovednosti v efektivní mezilidské komunikaci;
- ✓ znalosti a dovednosti při vytváření terapeutické spolupráce a rozvoji spojení s uživatelem služby;
- ✓ povědomí o uživatelských pohledech na poskytování léčby a další péče;
- ✓ pochopení filozofie a pozadí principů zotavení.

● Další znalosti a dovednosti

- ✓ pochopení zákonů o duševním zdraví a souvisejících právních předpisů, zejména ve vztahu k občanským právům uživatelů a donucovacím a zadržovacím právům;
- ✓ porozumění rolím různých oborů a agentur podílejících se na poskytování péče o duševní zdraví a škále prostředí, v nichž péče a léčba probíhá;

● Spolupráce

Dovednosti potřebné v této oblasti:

- ✓ schopnost efektivně pracovat jako člen multidisciplinárního týmu pro péči o duševní zdraví prostřednictvím jasně určených rolí a účelů týmu a jeho jednotlivých členů;
- ✓ ochota a schopnost přecházet mezi obory a překrývajícími se rolí v mezích svých dovedností; schopnost spolupracovat s uživateli služeb, pečovateli a sociálními sítěmi;
- ✓ porozumění zdrojům konfliktů a rozvoj základních dovedností v týmové práci včetně vyjednávání a řešení konfliktů;
- ✓ pochopení potřeby a ochota efektivně se podílet na supervizi multidisciplinárního týmu;
- ✓ znalost toho, co je vedení (leadership) a jak se liší od řízení (management), a jak dobré vedení může zlepšit výsledek pro jednotlivé uživatele služeb.

● Interpersonální dovednosti

Dovednosti potřebné v této oblasti:

- ✓ respektování uživatelů služeb a pečovateltů jako jednotlivců a porozumění právům uživatelů a pečovateltů;
- ✓ porozumění a respekt k různému školení, dovednostem a perspektivám ostatních členů týmu;
- ✓ pochopení práce multidisciplinárního týmu a závazek k tomuto způsobu práce jako prostředku poskytování léčby a péče o duševní zdraví;
- ✓ pozitivní přístup k osobám s duševním onemocněním, včetně závazku holistického přístupu k duševnímu zdraví;
- ✓ důvěra ve filozofii a pozadí principů zotavení;
- ✓ respekt k rozmanitosti (profesionální, kulturní, pracovní modely atd.) a porozumění různorodým názorům na duševní zdraví, nemoci a léčbu a péči;
- ✓ povědomí o hodnotách - povědomí o tom, jaký mají individuální a týmové hodnoty dopad na každou úroveň léčby a péče o duševní zdraví;
- ✓ kulturní povědomí - povědomí relevantní pro příslušné skupiny klientů a zaměřené konkrétně na místní rozmanitost.
- ✓ povědomí o úloze a podílu neodborného a podpůrného personálu a schopnost dohlížet na tyto zaměstnance a poskytovat jim podporu;
- ✓ schopnost vést jasné a přesné multidisciplinární záznamy;
- ✓ porozumění plánování, auditu a hodnocení služeb; pochopení a zhodnocení klinického řízení
- ✓ povědomí o jedinečných kompetencích/dovednostech ostatních členů týmu.

Zdroj: Český překlad dokumentu "Mental Health Commission. *Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper*. 2006. Dostupné z <https://www.lenus.ie/handle/10147/43830>.





3.2 Faktory ovlivňující efektivitu práce multidisciplinárních týmů

Práce v multidisciplinárních týmech může být složitá pro jednotlivé pracovníky týmu, protože odborníci mohou cítit určitou rozpolcenost mezi identifikací s týmem a profesionální interakcí; Lang především upozorňuje na „odnaučení tradičních vzorců profesionální interakce“. (Lang, 1982)

Pro kvalitu péče pro lidi s duševním onemocněním je efektivita práce multidisciplinárního týmu stěžejní. Z vědeckých studií vyplývá několik faktorů, které mohou ohrozit tuto skutečnost.

Mental Health Commission (2006) upozorňuje zejména na tyto faktory:

Faktory ovlivňující efektivitu práce multidisciplinárních týmů

- | | |
|---|---|
| → struktury řízení | → řešení sporů |
| → sladění pracovních smluv členů týmu s širší politikou zaměstnanosti | → školení a příprava na práci v multidisciplinárních týmech |
| → rovnováha obecných a konkrétních profesních rolí | → sdílení informací a komunikace |
| → skupina klientů týmu | → nedostatečná péče o týmy |

Zdroj: Český překlad dokumentu "Mental Health Commission. *Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper*. 2006. Dostupné z <https://www.lenus.ie/handle/10147/43830>.

I přes různé výzvy a hrozby multidisciplinární spolupráce jsou multidisciplinární týmy efektivním nástrojem pro poskytování komplexní péče, která poskytuje maximální možnou integraci lidí s duševním onemocněním do běžného života v jejich přirozeném prostředí. Jelikož každý poskytovatel služeb hraje významnou roli nejen v léčbě, ale i v rámci prevence duševních problémů, je zapotřebí, aby byla mezioborová spolupráce zaváděna a využívána jako hlavní nástroj péče o lidi s duševním onemocněním.





IV. Sdílení dobré praxe – poskytovatelé služeb v zahraničí

4.1 Spojené království

Účastníci zahraničních stáží v rámci projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007038, navštívili mnoho různých zařízení.

První odborná stáž v rámci projektu proběhla ve Walesu v termínu od 8. 7. 2019 do 12. 7. 2019 v Carmarthenu, kde byla navštívena tato zařízení:

- Geriatrické oddělení v nemocnici St. Nons (lůžková část)
- Oddělení duševního zdraví pro dospělé (Adult Mental Health Ward) v St. Caradogu
- Komunitní centrum duševního zdraví (Community Mental Health Centre) v Ceredigionu
- Projekt podpory studentům se specifickými potřebami na Aberystwyth University
- Centrum služeb duševního zdraví pro děti a mládež (CAMHS – Children and Adolescent Mental Health Services)
- Lůžkové oddělení pro seniory s demencí (Older Adult Mental Health Inpatient Unit) v nemocnici Prince Philip Hospital

Region Carmarthenshire

Program 1. odborné stáže byl zahájen v ředitelství organizace Mental Health and Learning Disabilities, Hywel Dda Health Board ve Walesu. V úvodní části odborné stáže byl účastníkům představen systém služeb ve Walesu, a to především po transformaci místní psychiatrické nemocnice. Po tamější reformě psychiatrické péče je nyní nabízeno mnoho služeb přímo v komunitách v okresech Carmarthenshire, Ceredigion and Pembrokeshire. Zde tato organizace pomáhá uživatelům přijímat podporu ve známém prostředí, které dobře znají, a zároveň v komunitě, v níž žijí a pracují. Proto Tito lidé mohou pak nadále vést plnohodnotný život. Délka získané podpory závisí na dané situaci, jsou k dispozici různé typy podpory prostřednictvím komunitních, ambulantních, ústavních a denních služeb.

Pečlivě sestavené specializované týmy úzce spolupracují jak s klienty, tak i s jejich rodinami a pečovateli. Společně sestaví plán péče (léčebný plán), který je širokospektrý (nabízí různé služby) a vyhovuje všem zainteresovaným. Pro poskytování kvalitních služeb je zásadní partnerská spolupráce s ostatními subjekty, např. s vládními a místními úřady a dobrovolnickými organizacemi.





Seznam poskytovaných služeb, informací a nástrojů:

1. **Adult mental health (Adult mental health inpatient services, adult mental health community services)** - nabízí jak ústavní, tak komunitní služby v oblasti duševního zdraví.
2. **Community drug and alcohol team** – tento tým poskytuje specializovanou službu lidem, kteří mají problémy se zneužíváním návykových látek. Uživatelé náv. Látek/ klienti mají k dispozici různé programy péče, které jsou opět individuálně sestaveny pro každého klienta a jeho potřeby.
3. **IAWN – Information awareness and well-being now** – tato „služba/oblast“ především poskytuje primární informace o podpůrných službách pro duševní zdraví dostupné prostřednictvím (Local Primary Mental Health Support Service -LPMHSS) v rámci již zmíněných 3 okresů.
4. **Learning disabilities service** – tato služba je především pro děti a dospělé s poruchami učení (+ vícenásobné poruchy učení spojené s problémy s chováním a duševním zdravím).
5. **Longterm conditions** – tuto službu tvoří především kliničtí psychologové a asistenti psychologů, kteří pomáhají lidem pochopit/uchopit jejich náhlou složitou životní situaci z důvodu diagnózy těžké nemoci (např. cukrovka) (pocit beznaděje, strachu, úzkosti atd.)
6. **Older adult mental health** - tato služba je zaměřená na poskytování služeb pro lidi/seniory ve věku nad 65let, kteří potřebují pomoc v oblasti duševního zdraví spojené se zdravotními problémy.
7. **Mental Capacity Act** – jedná se o Zákon o duševní kapacitě (MCA) z roku 2005, který se vztahuje na všechny lidi starší 16ti let žijící v Anglii a Walesu, kteří nemají dostatečnou kapacitu učinit některá nebo všechny rozhodnutí za sami za sebe. Primárním účelem zákona MCA je tyto lidi chránit a podporovat v rozhodování v právním rámci.
8. **Psychological therapies** – psychologické terapie jsou poskytovány prostřednictvím zkušených a kvalifikovaných odborníků na duševní zdraví z různých oborů. Dále spolupracují s Integrovanou službou psychologické terapie (IPTs), Poradenskou službou pro poruchy osobnosti (PDCS), Poruchová služba stravování 3. úrovně, Perinatální služba duševního zdraví a další psychologické služby pro dospělé, starší dospělé, forenzní poruchy a poruchy učení.
9. **Specialist child and adolescent mental health service (sCAMHS)** – je služba, která nabízí a poskytuje rady dětem, mladým lidem, rodičům a pečovateltům při včasné intervenci, aby se předešlo vzniku duš. onemocnění. Tato služba je přednostně nabízena na komunitní úrovni (ve škole, doma, na místní klinice apod.), aby tito lidé přijímali podporu a mohli nadále vést aktivní život v prostředí které znají.

Pozn: Pracovní verze infografiky – jedná se vysloveně o služby ve Walesu.

4.1.1 Služby navštívené v rámci zahraniční stáže ve Walesu I.

I. Geriatrické oddělení (Older Adult Mental Health Ward) St. Nons

- Jedná se o lůžkové oddělení (jednolůžka se soc. zařízením a bezpečnostními prvky – jako prevence úrazu). V tomto regionu je vyšší koncentrace starších lidí (celkově v západním Walesu jsou 3 geriatrická oddělení (celkem je ve Walesu 37 lůžek, každé oddělení po 7, 15 a 15 lůžkách).





- Personální obsazení (na 15 lůžek = 1 oddělení): 1 šéf lůžkových částí, který má zodpovědnost za veškeré geriatrické služby. Za komunitní týmy: 1 psychiatr (gerontopsychiatr) a 1 geriatr na oddělení, 1 manažer/ka vede oddělení⁵, 1 asistent manažera/ky, 10 sester, 10 pomocnic a sociální pracovníci z městského úřadu.
- Postup: po přijetí na oddělení je do týdne přidělen MT tým, který pak dohromady s pacientem/klientem vytvoří plán léčby (každý klient spolupracuje se 2 sestrami, se kterými tvoří společný plán léčby).
- Toto geriatrické oddělení je pro všechny diagnózy (90 % tvoří lidé s demencemi), průměrný pobyt je cca 1,5 až 2 měsíce.

Výzvy a zajímavosti: Geriatrické odd. – lůžkové St. Nons

- *Problém s dalším umístěním, sociální služby mají nedostatek míst, problém pádů (protiskluzové ponožky).*
- *Manažer není zdravotnický pracovník, jedná se o manažerskou pozici, která je obsazována často sestrami, které mají manažerský výcvik. Manažeři se scházejí pravidelně.*
- *Komunitní sestry jsou lépe finančně ohodnocené, a tak nechtějí na lůžková oddělení (v ČR to je opačně).*
- *Nutnost najímat odborníky, protože odb. personál stárne/odchází do větších měst – finančně nákladné.*
- *Sociálně-zdravotnické propojení (lze v zařízení i dožít – není tedy nutné v terminálním stadiu převážet domů – jiného prostředí).*
- *Uzpůsobení objektu: uvnitř objektu dvůr (k setkávání, procházkám, pobytu venku).*

II. Oddělení duševního zdraví pro dospělé (Adult Mental Health Ward) v St. Caradogu

- Jedná se o 15lůžkové akutní psychiatrické oddělení pro nedobrovolné hospitalizace, které je součástí místní všeobecné nemocnice.
- ***Mental Health TRIAGE TEAM projekt*** – tento pilotní projekt byl spuštěn v rámci Oddělení duševního zdraví pro dospělé. Podstatou projektu je propojení policie a psychiatrického oddělení (jedná se o mezičlánek mezi těmito dvěma subjekty). MT tým funguje ve složení: 1 policista a 1 zdravotník, k dispozici je od 16:00 do 24:00 hod. (ve dne je k dispozici komunitní tým). Tento tým se volá v případě „podezřelého chování občana“, následně dochází k převozu do tohoto centra k posouzení a řeší se další postup (přímá péče – možnosti následného umístění).
- ***Projekt spolupráce s praktickými lékaři*** – jedná se o nový projekt v rámci místní polikliniky, ve které pracuje více praktických lékařů. Cílem projektu je poskytnout odborné poradenství praktikům (nemají specializaci v oboru psychiatrie) a doprovodit klienty při jejich návštěvách u praktických lékařů (klienty doprovází komunitní pracovník se specializací na primární péči o duševní zdraví). Jedním z důvodů, proč byl tento projekt vytvořen, byla především snaha o minimalizaci medikace, která byla v minulosti prakt. lékaři upřednostňována. Díky tomuto projektu byla medikace u klientů snížena o 7 %. V rámci projektu komunitní pracovník (psychiatrický bratr,

⁵ Manažer nemusí mít zdravotnické vzdělání. Není zdravotnický pracovník, jedná se o manažerskou pozici, která je obsazována často sestrami, které mají manažerský výcvik. Manažeři se scházejí pravidelně.





psychiatrická sestra) dokáže navštívit až 10 klientů denně, zároveň má na klienta více času než běžný praktický lékař, je v neustálém kontaktu s praktickými lékaři, snaží se o to, aby klienti zůstali v primární péči u prakt. lékaře. Kontakt navazuje praktický lékař.

Dalším cílem je nasměrovat klienta dál, napojit ho na sociální služby v případě potřeby. Úkolem komunitního pracovníka je hlavně hledat různé alternativy, pokud to lze, a volit spíše cestu, která nekončí umístěním do psychiatrických služeb.

Výhody a zajímavosti projektu:

- *Dochází ke snížení vytíženosti pohotovosti.*
- *Praktičtí lékaři tuto službu vnímají pozitivně a velmi ji oceňují, asistenty respektují a nahlíží na ně jako na rovnocenné členy odborného týmu.*

III. Komunitní centrum duševního zdraví (Community Mental Health Centre)

v Ceredigionu

- Toto centrum je od začátku zapojené do procesu reformy péče o duševní zdraví. Tato část Walesu nemá žádná akutní lůžka a v případě potřeby akutní péče je třeba dojíždět 1,5 hod. do vzdáleného Carmarthenu. Proto se jedná o centrum, které je nízkoprahové. V této oblasti je mnoho různých sociálních skupin, mezi něž patří jak farmáři, tak i početná skupina studentů (jedná se o univerzitní město).
- V centru sídlí 2 MT týmy: 1 komunitní a 1 krizový. Komunitní tým poskytuje služby přes den a krizový tým zastřešuje zbytek dne a noci – nicméně krizový tým přes noc vyjíždí z místní všeobecné nemocnice. Tato služba je tedy dostupná 24/7.
- Oba týmy mají dohromady 27 pracovníků, kteří pracují na směny. Komunitní tým tvoří: psychiatrické sestry, peři, sociální pracovníci, kteří pracují jak v centru (case management), tak i v terénu. Krizový tým působí převážně v terénu – provádí krizové intervence. Při spojení týmů na každého pracovníka připadá 10–15 klientů.
- Postup práce: oba týmy se pravidelně scházejí v pondělí ráno na „clinical meetings“ (odborně vedené případové porady), řeší se další napojení (např. na sociální, psychoterapeutické služby), plány propuštění, domlouvají organizaci apod.

Zajímavosti a plány:

- *Do budoucna mají v plánu vytvořit jednu budovu, ve které by sídlilo více týmů (krizový, komunitní, drogový, dále soc. pracovníci, psychoterapeuti, peři a další).*
- *Dále by zde měl vzniknout prostor pro tzv. place of safety (místo bezpečí), aby se nemuselo dojíždět do 1,5 hod. vzdáleného Carmarthenu. Jedná se o bezpečné místo (místnost), kam policie odveze lidi, kteří jsou zadrženi na veřejnosti z důvodu „podezřelého chování“ (The Mental Health Act⁶, 1983). Na tomto místě dochází k posouzení stavu a následnému propuštění či dalšímu postoupení.*
- *Dalším cílem je integrace služeb a intenzivnější spolupráce s nezisk. sektorem.*

⁶ The Mental Health Act, 1983 – zákon o duševním zdraví ukládá policii povinnost postarat se o lidi, kteří se chovají „nestandardně“, odvezením do všeobecné nemocnice a ne na služebnu policie.



- *Chystají se vytvořit specifické služby (např. pro transsexuály, lidi s poruchami příjmu potravy), dále pokračují ve spec. službě pro imigranty (převážně řeší bydlení a práci, hrazena ministerstvem vnitra).*

IV. Projekt podpory studentů se specifickými potřebami na Aberystwyth University

- Tato služba poskytuje širokou škálu podpory místním studentům se specifickými potřebami (smyslová, tělesná postižení, ale i duševní onemocnění).
- V MT týmu jsou: psychologové, psychiatr, psychoterapeut, zdravotní sestra, poradce, mentor, zdravotní specialista. Mimo jiné v rámci tohoto týmu existují jednotlivé specializované týmy, např. se zaměřením na finanční potíže, mezinárodní studenty, akademickou podporu, zdravotní postižení, ale i kariérní poradenství. Tudíž zaměření není jen na duševní onemocnění, přístup je celostní.
- Postup: pracovníci týmu se snaží poskytnout dostatek podpory (max. 6 setkání), pokud je ale i nadále třeba péče, student je odkázán na další externí služby (např. komunitní tým), jelikož kapacita této služby je omezená (jedná se především o prevenci a doplnění služeb, které již v regionu jsou k dispozici).

Zajímavosti:

- *O poradenství je velký zájem, je třeba tedy vyhodnocovat, kdo potřebuje podporu přednostně.*
- *Mentor je k dispozici při problému se studiem (příprava na zkoušky, organizace studia apod.), k dispozici je až 60 hodin ročně, je možné požádat o grant na mentoring.*

V. Centrum služeb duševního zdraví pro děti a mládež (CAMHS⁷ – Children and Adolescent Mental Health Services) v Carmarthenu

- Tato služba poskytuje primární a sekundární péči dětem a mladistvým s vážnými duševními poruchami/problémy. V rámci této služby uplatňují komplexní, holistický přístup.
- Zastoupené/dostupné týmy: krizový tým, forenzní tým, tým pro včasnou intervenci, tým zaměřený na duševní onemocnění, tým zaměřený na mentální postižení a poruchy autistického spektra a tým zaměřený na závislosti.
- Postup: přístup ke klientovi je komplexní, spolupracuje se na všech úrovních, model CAPA.
- V rámci centra jsou k dispozici i další služby, které generují příjem (např. terapie, emoční zdraví).
- Pilotní projekt **Primary Mental Health Team** – v rámci tohoto projektu se snaží spolupracovat se školami prostřednictvím týmu včasné intervence a prevence na dvou kontaktních místech. V případě potřeby se odesílají na jiné adekvátní služby (je k dispozici i telefonický hovor s psychiatrem v případě, že je třeba klientovi a rodině

⁷ CAMHS je název pro služby NHS, které hodnotí a léčí mladé lidi s problémy s emočními potížemi, chováním nebo duševním zdravím. Podpora CAMHS zahrnuje mimo jiné deprese, problémy s jídlem, sebepoškozování, zneužívání, násilí nebo hněv, bipolární poruchu, schizofrenii a úzkost.





vše vysvětlit). Dále působí prostřednictvím instruktážních DVD, používají CAPA přístup.

- MT tým se skládá z: 1 vedoucího, 7 dalších pracovníků (psychiatrické sestry, všeobecné sestry, sociální pracovník) a administrativního pracovníka.

Zajímavosti a jiné poznatky:

- Toto centrum pokrývá oblast o 80 tis. obyvatelích, která je rozdělena na 4 lokality a každá má 1 centrální tým (je zastoupen: 1 manažerem služeb, 4 pracovníky, kteří mají na starosti regionální tým). V této oblasti jsou k dispozici 2 akutní lůžka na max. 72 hod., jinak je ale pro celou oblast k dispozici 27 lůžek (15 lůžek pro adolescenty ve věku 12–18 let, 12 lůžek pro mladší).
- CAPA přístup zaváděli cca před 6 lety, nicméně cca 3 roky trvala adaptace na tento nový přístup.
- V minulých letech došlo k rozvoji poskytovaných služeb díky velkému navýšení finančních prostředků od velšské vlády.
- Děti s ADHD – jsou často doporučovány do péče od prakt. lékařů a škol, nicméně v tomto centru se zaměřují primárně na psychiatrické diagnózy. V rámci pilotního projektu Primary Mental Health Team se snaží podpořit služby pro tyto děti přímo ve školách (bude třeba zajistit multidisciplinární tým a financování). Zájem o tuto službu ročně roste, kontaktní centra přijímají dvojnásobek žádostí. Naráží zde však na problém přechodu z dětských služeb do služeb pro dospělé, usilují tedy o vytvoření jednotného kontaktního centra, jehož prostřednictvím by byli klienti odesíláni dál.

- **Krizový tým** v tomto centru funguje od roku 2015, provádí vyhodnocení a následný rychlý zásah. Je k dispozici od 9:00 do 17:00 hod. a pozdější situace řeší sestra na telefonu (z krizového týmu pro dospělé).
- MT tým tvoří: 6 sester, 3 pomocní zdravotní pracovníci, kteří mají možnost konzultace s psychiatrem 2x týdně.
- Postup: MT tým se snaží o nejrychlejší intervenci a minimalizaci hospitalizace dětí (do 4 hod. od telefonátu musí dorazit na místo, pokud to není akutní, zasahují do 48 hod.). Pokud k hospitalizaci dojde, pracovník krizového týmu se účastní vizit na lůžkovém oddělení a má zájem o včasné propuštění. Po propuštění je klient 3 dny sledován, dále je k dispozici následná péče a podpora po dobu 6–8 týdnů. K dispozici je pak dětský tým a jiné služby.

VI. Lůžkové oddělení pro seniory s demencí (Older Adult Mental Health Inpatient Unit) v nemocnici Prince Philip Hospital

- Toto oddělení se specializuje na geriatrické pacienty s organickým postižením, disponuje 15 lůžky pro všechny druhy diagnóz.
- Postup: každý den je vizita malých týmů, 1x týdně vizita všech, rozhoduje se multidisciplinárně.
- MT tým: je primárně složen z manažera (spíše vede chod oddělení) a sestry (spíše zastává klinickou roli).





Zajímavosti:

- *Přístup a kompetence se s reformou psych. péče inovovaly, a to nejen díky metodikám, které změnily kompetence odborníků, ale i díky přispění podpory vlády, reformy vzdělávání sester, vzájemné podpoře mezi sestrami a silnému leadershipu.*

4.1.2 Služby navštívené v rámci zahraniční stáže ve Walesu II.

Druhá odborná stáž v rámci projektu proběhla ve Walesu v termínu od 11. 11. 2019 do 15. 11. 2019 v Carmarthenu, kde byla navštívena tato zařízení:

- Nemocnice St. Cadoc's
- MT týmy v Newportu
- Nezisková organizace Hafal v Newportu
- Growing Space
- Program Road to Well-being v knihovně Maindee v Newportu
- Okresní nemocnice Ty Siriol, Pontypool
- Nemocnice St. Woolos v Newportu

VII. Nemocnice St. Cadoc's

- Tato spádová psychiatrická nemocnice se nachází v oblasti Gwent (přibližně 600 tis. obyvatel), kterou má na starosti Aneurin Bevan University Health Board (ABUHB).⁸
- Nacházejí se zde 4 oddělení:
 - 1x intenzivní péče (9 zdravotních lůžek, samostatné pokoje, dostatek personálu, omezovací prostředky nejsou používány);
 - 1x následná péče (jedná se o specializované oddělení pro lidi s PO a suicidálním jednáním, personál proškolen v DBT, dostatek prostoru pro pacienty a pro jejich samostatnost);
 - 2x akutní a následná péče (antisuicidální opatření, max. 4lůžkové pokoje, personál je v civilu);
- dále je v nemocnici přítomný krizový terénní tým – jedná se o tým multidisciplinární, který po prvotním kontaktu přes telefon posoudí do 48 hod. situaci a následně vyhodnotí, zda klienta přijmou či předají. Pokud je pacient přijat, tým za pacientem dojíždí po dobu krize a poté je možné využití následných služeb.

⁸ ABUHB – je zodpovědná za plánování a poskytování péče v regionu, obstarává 5 oblastí s populací cca 600 tis. obyvatel. Jsou zde velké sociální rozdíly, protože se jedná o rozmanitou oblast.





Zajímavosti:

- Na oblast Gwent připadá 197 lůžek všeobecně psychiatrických – 9 lůžek „neklid“, 88 lůžek akutních a 100 následné péče. Tato lůžka spadají pod státní Zdravotní radu (angl. Health Board), která má nemocnice v různých oblastech Gwentu. Dalších 319 zdravotních lůžek je k dispozici v privátním sektoru (taktéž hrazena Zdravotní radou).
- Prostorná oddělení – např. 6lůžkové uzavřené ženské oddělení pro poruchy osobnosti se rozprostírá na 400 m².
- Četnost personálu – na toto odd. přes den připadají 2 sestry a 2 sanitáři, přes noc 1 sestra a 2 sanitáři. Dalším personálem jsou pracovní terapeuti. Průměrná doba pobytu je na tomto odd. 18 měsíců. Na oddělení má každá pacientka samostatný pokoj, kde si může sama vařit, prát a uklízet.

VIII. Návštěva MT týmů v Newportu

1) Komunitní tým duševního zdraví v Newportu

- Zřízen pro oblast Newportu (50 tis. obyvatel).
- MT kom. tým je složen z 20 členů: 5 sociálních pracovníků, 2 psychiatři, 4 psychologové, 6 zdravotních sester a 3 pracovní terapeuti.
- Postup: MT kom. tým přijímá klienty (cca 25 klientů na 1 pracovníka) na doporučení od praktického lékaře, jiných komunitních týmů a psychiatrických týmů z obecných nemocnic, radí se 1x týdně, odkazují na další specializované týmy, klienta v krizi předávají krizovému týmu, existuje i krizová linka.
- Psychologové provádějí **EMDR** terapii, mají pouze jedno krizové lůžko (u psychiatra v pracovně).

2) Asertivní tým

- Složení MT týmu: 1 sociální pracovník, 2 zdravotní sestry, 1 vedoucí týmu a externí psychiatr (na vyžádání).
- Různá délka spolupráce, na začátku probíhá 2týdenní vyhodnocení.

3) Depotní a klopapinová klinika

- Přichází sem až 300 pacientů týdně na injekce (klienti jsou ve spolupráci s terénními týmy i mimo ně), do budoucna je snaha o jiné umístění této kliniky (současné umístění v suterénu není vyhovující).

IX. NGO Hafal v Newportu

- Hafal je přední velšská charita, která se zaměřuje na zlepšování života lidí s duševním onemocněním nebo tělesným postižením a jejich pečovateli.
- Pracuje s jednotlivci, kteří se zotavují z problémů duševního zdraví, klade zvláštní důraz na osoby s vážným duševním onemocněním a jejich pečovatele a rodiny.
- Provozuje terapeutické kavárny pro pečující rodiny (podpůrné skupiny).
- Program včasné intervence (**Early Intervention Service**):
 - Tato komunitní služba je určena mladým lidem s duš. onemocněním (věk 14–35 let).
 - Doba, po kterou s těmito lidmi pracují, jsou 3 roky.
 - Místo setkání z důvodu stigmatizace záleží především na rozhodnutí klienta (snaha o neutrální prostředí – u klienta doma, v kavárně, někde venku apod.).





- Tým funguje multidisciplinárně na základě individuálních potřeb mladých lidí.
- Složení MT týmu: psychiatr, kvalifikované psychiatrické sestry, psychologové.
- Nabízené služby v centru: různé volnočasové aktivity (cvičení jógy, mindfulness, výlety po okolí, program zvládání stresu, zdravé stravování, nácvik asertivních schopností).
- Vstup do služby je možný na doporučení od praktika či komunitního týmu, primárně je tato služba pro lidi s kompenzovaným psychotickým onemocněním, ale navštěvují ji i klienti napříč diagnostickým spektrem.
- V Hafalu pracují na principu „recovery“ s klienty i jejich rodinami, dále spolupracují s dalšími neziskovými organizacemi.
- V centru jsou často zaměstnaní lidé s osobní zkušeností.

X. Pracovní terapie „Growing Space“

- Charitativní organizace pro duševní zdraví založená v roce 1992, která poskytuje síť podpory dospělým lidem s duševním onemocněním, autismem nebo poruchou učení s cílem zlepšit kvalitu jejich života prostřednictvím individuálního plánování a zapojení.
- Nabízí tyto služby a aktivity: akreditované i neakreditované školení pro ty, kdo jsou do služby zařazeni, prostřednictvím široké škály služeb zajišťujících individuální podporu a rozvoj (práce na zahradách – zeleninové záhony, údržba parku, pěstování rostlin pro prodej); prodej v obchodě s výrobky, rekvalifikační kurzy (práce se dřevem, údržba stromů), podpora zdravého životního stylu, kurzy vaření a jiné.
- Financování pochází z několika zdrojů: NHS i grantů.

Zajímavosti:

- *Klienti vstupují do služby na doporučení praktického lékaře.*

XI. Program „Road to Well-being“ v knihovně Maindee v Newportu

- Tento program je založený na „Acceptance a Commitment Therapy“, nejčastěji je doporučován praktickým lékařem (a je zdarma), sezení provádějí vyškolení „pomocní pracovníci“, kteří jsou placeni NHS (Národní zdravotnickou službou).
- Postup: návštěvník dostane „pracovní knihu“ s přednášenou teorií i domácími úkoly, k tomu CD, tudíž během přednášky není nutné žádné zapojení.
- V rámci programu je poskytován ještě jeden program – ten je zaměřený na zvládání stresu (na 6 týdnů, má větší účast).

Zajímavosti:

- *Ze začátku byla nutná propagace programu, nyní se návštěvnost udržuje díky ústnímu doporučení návštěvníků a spolupracujících praktických lékařů.*
- *Ze zkušenosti pracovníků: v knihovně se střídají 2 programy a jedna podpůrná skupina, o program je velký zájem.*





XII. Okresní nemocnice Ty Siriol, Pontypool

- V rámci zahraniční stáže byla navštívena tato zařízení péče pro starší dospělé/seniory:
 - 1) Oddělení péče o seniory s vážným duševním onemocněním a Oddělení péče o seniory s demencí
 - Na obou odděleních jsou zaměstnaní: pracovní terapeuti, psychologové a dobrovolníci.
 - Je zde snaha propojovat oddělení s komunitou, a to prostřednictvím pořádání společných akcí.
 - 2) Terénní tým pro seniory (Older Persons Mental Health Team)
 - Má základnu v okresní nemocnici, celkem 120 klientů.
 - MT tým: 2 zdravotní sestry, 4 sociální pracovníci, 2 pracovní terapeuti.
 - Postup: tým působí převážně v terénu, navštěvuje klienty v jejich přirozeném prostředí.
 - 3) Memory Clinic
 - Na oddělení probíhají ambulantní skupiny a denní program.

XIII. Návštěva nemocnice St. Woolos v Newportu

- St. Woolos je komunitní nemocnice pro lidi z Newportu a okolních oblastí, která poskytuje péči lidem s duševním onemocněním a má 8 oddělení.
- Návštěva oddělení Sycamore (pro lidi s demencí):
 - Toto oddělení disponuje několikálůžkovými pokoji, které je možné zavřít zvenčí.
 - MT tým tvoří: psychiatři, psychologové, komunitní sestry pro duševní zdraví, ergoterapeuti a sociální pracovníci (přičemž mají přístup k oddělením a službám v nemocnici St. Woolos).
 - Postup: rodiny jsou povzbuzovány, aby trávily s příbuznými většinu času (především v čase oběda a večeře).
 - Pacienti z oddělení nejčastěji odcházejí do specializovaných zařízení a domovů, předtím jsou ale často navázáni na nějaký terénní tým.

4.2 Irsko

Čtvrtá odborná stáž v rámci projektu proběhla v Irsku v termínu od 25. 11. 2019 do 29. 11. 2019 v Carmarthenu, kde byla sledována dobrá praxe těchto týmů:

- Komunitní tým pro gerontopsychiatrické pacienty
- Volnočasové nízkoprahové centrum SOLAS
- Komunitní chráněné bydlení (Community residences)
- Komunitní tým pro dětskou a adolescentní psychiatrii
- Rehabilitační komunitní tým
- Projekt „Recovery College“
- Komunitní psychiatrický tým (Cavan)





Cavan Monaghan Mental Health Services (CMMHS), Služby duševního zdraví v Cavanu

V rámci stáže účastníci měli možnost poznat činnost organizace Cavan Monaghan Mental Health Services (dále jen „CMMHS“), která je součástí státem zřizovaných zdravotnických služeb (včetně služeb duševního zdraví) v Irsku. Zaměřuje se zejména na komunitní péči o lidi s psychiatrickými potížemi, klienty s poruchami intelektu a autistického spektra, poskytovanou prostřednictvím multidisciplinárních komunitních týmů duševního zdraví (Community Mental Health Teams – CMHT).

Oblast, ve které působí, čítá zhruba 140 tis. obyvatel a pole působnosti je rozděleno do dvou okresů (Cavan a Monaghan). V okrese Cavan je všeobecná nemocnice. V Monaghanu byla do začátku 90. let 20. století psychiatrická léčebna s 800 lůžky (St. Davnet's Hospital). Právě transformace této psychiatrické léčebny dala základ uvedené organizaci, která dosud v areálu léčebny sídlí. Transformace probíhala podle dokumentu *Vision for Change* (Vize změny) z roku 2006.

V současnosti jsou zde ambulantní provozy, nízkoprahový klientský klub SOLAS, terénní tým a gerontopsychiatrické oddělení pro občany starší 65 let (15 lůžek a v Cavanu je 25 lůžek na akutním psychiatrickém oddělení). Své zázemí zde mají také terénní týmy působící v okrese Monaghan. Terénní služby okresu Cavan mají zázemí ve zmíněné všeobecné nemocnici.

Postupná transformace léčebny, která trvala asi 10 let, mimo jiné poskytla dostatek odborného personálu nově vznikajícím ambulantním a terénním komunitním službám. Např. ve všech službách CMMHS v současnosti pracuje kolem 140 psychiatrických sester. Psychiatrické sestry mají v Irsku mnohem větší kompetence v porovnání s ČR.

4.2.1 Služby navštívené v rámci zahraniční stáže v Irsku

- I. **Komunitní tým pro gerontopsychiatrické pacienty (Mental Health Service) v Saint Davnet's nemocnici v Monaghanu**
 - Služby duševního zdraví pro seniory – gerontopsychiatrické oddělení s 15 lůžky a domácí léčba lidí v seniorském věku. Vzdělávací program „Šampion demence“, péče o osoby s problémovým chováním, denní stacionář s kognitivně stimulační terapií.
 - MT tým: 1 vedoucí (většinou zdrav. sestra), psychiatři, psychologové, adiktologové, ergoterapeuti, zdravotní sestry, soc. pracovníci, pracovní terapeuti, asistenti pracovních terapeutů a osobní asistenti.
 - Postup: k péči je pacient indikován praktickým lékařem, který před odesláním doporučení do komunitní péče u pacienta provede screeningová vyšetření na demenci (odběry krve, CT vyšetření mozku, tělesně vyšetření apod.). Komunitní tým spolupracuje také s domovy důchodců v oblasti. K dispozici je i denní stacionář, který je využíván pro pacienty, u nichž je potřeba vyšší úroveň sledování jejich stavu. Výraznou roli v péči o pacienty vyššího věku hraje edukace rodiny. K tomuto účelu využívají „occupational therapist“, který zhodnotí domácí prostředí pacienta. Minimalizují používání antipsychotik a upřednostňují nefarmakologické zvládání poruch chování u pacientů s demencí. V neposlední řadě edukují pečovatele o možnostech léčby a ovlivnění těchto poruch farmaky.





II. Volnočasové nízkoprahové centrum SOLAS

- Jedná se o nízkoprahové centrum / denní centrum.
- Bylo založeno v roce 2001 jako reakce na potřeby lidí z Monaghanu, kteří po propuštění ze služeb duševního zdraví identifikovali sociální vyloučení jako hlavní bariéru. Víze pro SOLAS je naslouchat a poskytnout podporu vrstevníkům s důrazem na zotavení skrze různé motivační programy a jiné.
- MT tým: převážně peer pracovníci a dobrovolníci.

III. Komunitní chráněné bydlení (Community residences)

- Jedná se o komunitní zdravotní službu, která poskytuje pro klienty sdílené bydlení v řadových domech v rámci nemocničního areálu. Každý klient má vlastní pokoj. Toto chráněné bydlení je používáno v některých případech i pro krátkodobější pobyty (mezistupen mezi hospitalizací a propuštěním do domácí péče).
- V 1 domku bydlí 4–5 klientů. Každý má vlastní pokoj a společně sdílí kuchyni a obývací prostory.
- MT tým: 1–2 zdravotní sestry (slouží přes den a přes noc dle potřeby).

Zajímavosti a jiné poznatky:

- *V době transformace nemocnice byly využity domy v areálu nemocnice, kde byl dříve ubytován personál nemocnice. A právě tyto domy byly přestavěny na chráněné bydlení.*

IV. Komunitní tým pro dětskou a adolescentní psychiatrii

- Tato služba je poměrně nová – vybudovali ji před 19 lety, předtím žádná služba pro dětské psychiatrické pacienty neexistovala.
- MT tým: psychiatr, pracovní terapeut, ergoterapeut, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, logoped a 1 vedoucí týmu (zdravotní sestra).
- Postup: MT tým převážně komunikuje na poradách (minimálně dvě porady týdně za účasti celého týmu).
- Postup: příjem dětí probíhá přes praktického lékaře nebo psychiatrické zařízení. Cílová skupina (věk od 6 do 18 let) je ohraničena spádovou oblastí a inteligenčním kvocienem nad 60 bodů. Systém péče má několik fází. První instancí je praktický lékař. Druhou složkou je „primary care“, tedy primární péče, která zahrnuje terapeuty a psychiatry a slouží pro převážně úzkostné poruchy (6 sezení). Posledním stupněm je „direct psychiatry“ (přímá psychiatrie) pro závažnější poruchy a její cílovou skupinou jsou děti a mládež od narození do věku 18 let. V této oblasti pracují i s uživateli drog.

Zajímavosti a jiné poznatky:

- *Urgentní případy vyhodnocuje pedopsychiatrický komunitní tým do 3 dnů, zbytek musí vyhodnotit do 12 měsíců a 75 procent všech případů se vyhodnocuje do 3 měsíců. V péči jsou děti od narození do 18 let.*





- *Lůžka nejsou k dispozici, v případě potřeby hospitalizace spolupracují s dětským odd. všeobecné nemocnice, než je dítě přijato do Dublinu na pedopsych. lůžkové oddělení. V Dublinu je 75 dětských lůžek (na oblast cca 4,6 mil. obyv.).*
- *V Monaghanu mají ustanoven **dětský rozvojový tým** pro středně těžké mentální postižení, autismus a poruchy autistického spektra. Tento tým je součástí druhého pilíře „primary care“. Diagnózu u dětí stanovuje vývojový tým bez psychiatra a v případě komorbidit je teprve klient odeslán k psychiatrovi. Pouze 2 procenta dětí jsou poslány do dalšího specializovaného centra SMI do Dublinu.*
- *Při přechodu z dětské psychiatrie do psychiatrie pro dospělé se spolu s pacientem posílá i průvodní dopis. Na jednoho pacienta je ve všech systémech pouze jedna složka, která putuje spolu s osobou, a to do služby, kterou zrovna pobírá.*

V. Rehabilitační komunitní tým

- Klienti sem přecházejí z akutních komunitních týmů (dlouhodobá chronická nemoc s agresivními projevy, důležité je posouzení schopnosti rehabilitovat).
- Proces posuzování trvá max. 8 týdnů.
- Cíl: snažit se zachytit mladé nemocné a působit preventivně proti rozvoji negativních příznaků.
- Postup: revize plánu péče min. 1x za rok, frekvence návštěv u nemocného min. 1x za týden, rizikovní klienti dostávají léky každý týden (někdy i každý den).
- MT tým je složen z: 5 sester, 1 sociálního pracovníka, pracovního terapeuta, 2 psychiatrů, 1 case managera, asistenta pracovního terapeuta a osobních asistentů.
- Postup: péče v rehabilitačním centru je možná max. 6 měsíců a je převážně zaměřena na edukaci o onemocnění klientů a jejich rodin a na prevenci negativních příznaků duševního onemocnění (především informace ohledně medikace, oblékání, osobní hygieny, práce, volnočasových aktivit, začlenění do běžného života, komunity).

Zajímavosti a jiné poznatky:

- *Důležité je zapojení lékáren – klient si je někdy schopen léky vyzvednout sám, lékárna dá zpětnou vazbu týmu, pokud klient v dohodnutou dobu nepřišel, dohlíží i na užití léku přímo v lékárně.*
- *Do cílové skupiny klientů nespádají lidé se závislostmi, emočními poruchami, poruchami osobnosti, dále také lidé s mentálním postižením.*

VI. Projekt „Recovery College“ (Škola zotavení)

- Jedná se o celostátní projekt šíření informací o konceptu „Recovery“, kde jsou zaměstnaní hlavně peer konzultanti prostřednictvím seminářů pro širokou veřejnost, rodiny, pacienti i odborníci. Jedním z důležitých cílů je snižování stigmatizace.
- Toto centrum primární prevence zaměřené na vzdělávání a osvětu je financováno ze systému péče o duševně nemocné.
- Postup: přístup je založen zejména na partnerství a přítomnost je dobrovolná, peer pracovníci vytvářejí vzdělávací programy ve spolupráci s terénními týmy a cílí na





mládež a do škol a podobná místa, ale promlouvají i skrze známé osobnosti, které hovoří o duševním zdraví. Dále kladou důraz na zapojení klientů do vedení aktivit a dodávají jim víru v zotavení. Ve své činnosti pracují s dokumentem WRAP (Wellness Recovery Action Plan).

- MT tým: peer pracovníci, 3 vzdělávací pracovníci, 1 koordinátor.

VII. Komunitní psychiatrický tým (Cavan)

- Komunitní psychiatrický tým poskytuje péči dospělým pacientům ve všední den od 9:00 do 17:00 hod. a má v péči 800–1000 klientů. Součástí komunitního týmu je i psychiatrická ambulance (1 den v týdnu).
- Celkově díky preventivnímu přístupu komunitního psych. týmu klesl počet hospitalizací.
- Součástí je i **Home based Team** (alternativa hospitalizace). Tento tým tvoří pouze psychiatrické sestry a funguje od 9:00 do 19:00 hod. denně. V péči má 11 pacientů.

4.3 Německo

Ve dnech 3.–7. 11. 2019 navštívili zástupci odborné veřejnosti zařízení Pfalzkllinikum, nacházející se ve spolkové zemi Porýní-Falc, tedy v regionu na západě Německa s rozlohou 19 847 km² a cca 4 mil. obyvateli (k roku 2019). Nastavení a systém péče o duševně nemocné v této oblasti Německa může být pro ČR velkou inspirací v době, kdy probíhá reforma psychiatrické péče, neboť je nám tato země velmi podobná v mnoha ohledech včetně systému sociálního pojištění (Bismarckův systém), financování sociálních služeb a původním (a stále ještě na mnoha místech Německa aktuálním) soustředěním pomoci lidem s duševním onemocněním do velkých psychiatrických nemocnic s velkým počtem lůžek a převládajícím medicínským přístupem k léčbě duševních onemocnění. Pfalzkllinikum je důkazem toho, že změnou myšlení, hodnot, financování a mezioborovou spoluprací lze reformu provést a že na ní profitují všechny strany – poskytovatelé, donátoři a zejména samotní lidé s duševní nemocí,“ vyjádřila své dojmy z tohoto zařízení jedna z účastnic stáže.

Cílem Pfalzkllinikum je rozvíjet moderní a na cílové skupiny orientované nabídky služeb v oblasti duševního zdraví, poskytuje zdravotní a zdravotně-sociální služby zahrnující komunitní, ambulantní a lůžkovou péči (cca 1 170 lůžek) pro lidi s duševním onemocněním. Jedná se o rozsáhlou organizaci s obratem 117 mil. eur a 2 300 zaměstnanci, která ročně pečuje o přibližně 30 000 klientů. Síť služeb Pfalzkllinikum má dlouhodobou historii a přešla dlouholetým reformním procesem, který vycházel z již zmíněné celostátní reformy v 70. letech a byl jí velmi ovlivněn. Veškerá péče byla prvotně soustředěná jen v klinice v Klingensteinu, jejíž počátky sahají do roku 1857. Služby byly postupně decentralizovány, rozšířeny; péče byla převedena blíže ke klientům – do komunity. Důraz byl postupně kladen na deinstitucionalizaci, destigmatizaci, zavedení multidisciplinárních týmů, ACT týmů (z angl. Assertive Community Treatment) a na princip zotavení. Nezanedbatelnou součástí reformy, která nevyhnutelně vyžadovala změnu myšlení a politické rozhodnutí, bylo především síťování, propojování a podpora spolupráce více služeb. Dále také optimalizace zdrojů a změna





struktury péče, zároveň podpora svépomocných aktivit – péče o vlastní zdraví, podpora aktivního přístupu ke zdraví (oproti pasivnímu přístupu, kdy je pacient vnímán jen jako příjemce léčby). V současnosti nabízí Pfalzklínikum širokou škálu služeb na 14 místech regionu Palatiny (Falc) pro všechny věkové kategorie. Jmenovitě jsou to služby psychiatrické, psychoterapeutické, psychosomatické, neurologické, forenzní, sociálně terapeutické a komunitní. Pfalzklínikum, které je ve vlastnictví svazu/sdružení obcí a měst regionu Palatiny (Bezirksverband Pfalz), má dvě dceřiné společnosti (Pfalzklínikum Service GmbH a Medizinisches Versorgungszentrum Pfalzklínikum GmbH). Vedení kliniky, resp. generální ředitel je volen na období pěti let, přičemž v současnosti tuto pozici již 3. volební období zastává Paul Bomke⁹. Jelikož je v rámci fungování kliniky kladen důraz na rovnocennou spolupráci a komunikaci, výraznou roli hraje tzv. Personalrat (tj. Rada zaměstnanců), která zastupuje zájmy zaměstnanců ze všech zařízení Pfalzklínikum a monitoruje dodržování jejich práv a právních předpisů o jejich ochraně.

Ve vztahu k rozdílům v systému péče oproti České republice můžeme charakterizovat několik podobných společných postřehů účastníků stáže. Mnozí z nich poukázali na větší míru decentralizace systému, jednotné řízení sociálních a zdravotních služeb v daném regionu, výrazné zaměření na přenesení těžiště péče do komunity (resp. přiblížení služeb do komunity) a snahu o otevřenost systému. Taktéž zdůraznili rozdílný způsob financování, intenzivnější využívání psychoterapie, důraz na poskytování péče na principu zotavení, na lidská práva a eliminaci omezovacích prostředků na minimum.

Účastníci pozitivně hodnotili zejména:

- (plánovanou) změnu financování ve smyslu flexibility použití zdrojů;
- nastavení ambulantní a terénní péče;
- řízení a plánování systému péče a práci založenou na hodnotách;
- snahu o otevřenou, podpůrnou komunikaci s pacientem a o vytvoření bezpečného a přijímajícího prostředí;
- rychlý proces přesouvání péče z lůžkové části do komunity;
- vyšší a pravidelné vzdělávání všech pracovníků, včetně vedení týmu.

4.3.1 Služby navštívené v rámci zahraniční stáže v Německu

V průběhu stáže měli členové expertní skupiny možnost navštívit a blíže se seznámit s třemi zařízeními ze sítě služeb Pfalzklínikum, konkrétně ve městech Klingenmünster, Kaiserlautern a Rockenhausen. (viz příloha č. 2)

Klingenmünster

Během prvního dne byli účastníci stáže na klinice v Klingenmünsteru přivítáni generálním ředitelem Pfalzklínikum Paulem Bomkem. Po prvotním předání základních informací o síti služeb Pfalzklínikum (o její historii, procesu a výzvěch reformy služeb) následovala návštěva jednotlivých oddělení kliniky. Klinika v Klingenmünsteru představuje hlavní sídlo

⁹ Generální ředitel (P. Bomke) má vzdělání v ekonomické oblasti, ne medicínské.





Pfalzkllinikum a je sestavena z několika služeb. Nacházejí se zde oddělení se zaměřením na oblast:

- obecné psychiatrie, psychosomatiky a psychoterapie (lůžkové, ambulantní služby a denní kliniky v Landau, Speyer und Würth);
- gerontopsychiatrie (pro klienty nad 65 let s různými psychickými obtížemi – především se ale vyskytují případy demence, deprese, psychóz);
- forenzní psychiatrie (dvanáct různých oddělení, dvě tzv. Wohngruppen);
- neurologie (stacionární, ambulantní služby).

Najdeme zde zároveň řadu možností na bydlení pro lidi s duševním onemocněním a interdisciplinární spánkové centrum, ve kterém se (kromě jiného) věnují řešení chronické ztráty spánku a poruchám spánku spojeným s dýcháním. Co se týká podobnosti a rozdílů služeb Pfalzkllinikum a služeb dostupných v ČR, popisuje je jedna z účastnic stáže takto: „Komplexní terapie v rámci lůžkové péče je v ČR dle mého názoru zcela srovnatelná s navštívenými pracovišti. Rozdíl je však ve stavebním uspořádání oddělení a personálním zajištění. Dvou a třílůžkové pokoje s vlastním hygienickým zázemím jsou na rozdíl od většiny oddělení v ČR samozřejmostí. Oddělení byla dostatečně personálně zajištěna tak, aby u rizikových pacientů na akutních odděleních mohl být aplikován speciální dohled 1 : 1. Případný nedostatek personálu byl zajištěn z řad placených dobrovolníků. Z hlediska prevence nežádoucích událostí mě zaujaly klidové („bezpodnětové“) místnosti na některých akutních odděleních, určené ke spontánnímu zklidnění pacienta, bezpečnostní podložky se zvukovým signálem u lůžek rizikových pacientů s kognitivními poruchami, ale i nový typ síťového lůžka Posey-bed jako humánní alternativa fixace k zajištění klidného a bezpečného spánku především pro pacienty se závažnými kognitivními poruchami.“

Dále dodává: „Velmi mě zaujal model Safe-ward (Bezpečné oddělení). Jedná se o přístup založený na vlivu prostředí a celkové atmosféry na oddělení, včetně malého počtu pacientů a dostatečného počtu personálu, a na konkrétních intervencích a způsobech komunikace tak, aby se předcházelo konfliktům a agresivitě pacientů. V rámci Pfalzklliniky je zatím k dispozici jedno oddělení tohoto typu s 13 lůžky. Tento model považuji za poměrně snadno přenositelný do našich podmínek.“

Další z účastnic stáže jako přínosnou součást služeb ohodnotila denní stacionáře: „Za velmi přínosnou a výhodnou jsem považovala síť denních stacionářů, které pacienty aktivizovaly, zajišťovaly jim intenzivní péči a přitom nepůsobily „nemocničně“ a nevedly k hospitalizačním tendencím a vytržení pacientů z běžného života.“

Kaiserlautern

V průběhu druhého dne navštívili účastníci kliniku v Kaiserslauternu, v jejímž rámci Pfalzkllinikum poskytuje péči lidem s duševním onemocněním prostřednictvím lůžkových služeb, mobilních týmů a denních klinik pro dospělé, děti a mládež. Denní kliniky poskytují péči pacientům, kteří již nemusí být hospitalizováni, ale jejich stav stále vyžaduje zvýšenou péči. Péče pacientům není poskytována na lůžku – pacienti sem docházejí na skupinové i individuální terapie a aktivity (kvůli společenskému kontaktu a zdravotní péči). Na kliniku dochází denně, večer se vrací ke svým rodinám a do svého přirozeného prostředí. Poskytovaná





péče představuje prevenci před zhoršením zdravotního stavu, opětovnou hospitalizací a zároveň možnost zkrácení hospitalizace. Účastníci stáže měli zároveň možnost prohlédnout si akutní oddělení a dětský denní stacionář. Zde se setkali se specifickým typem terénní péče, tzv. StäB (Stationsäquivalente Behandlung / Ward-equivalent treatment). Jedná se o mobilní multidisciplinární tým, který je alternativou k lůžkové akutní péči a který pacientům poskytuje komplexní psychiatrickou a psychoterapeutickou péči v jejich domácím či přirozeném prostředí. Pfalzkllinikum provozuje týmy „StäB“ od ledna 2018, přičemž se zaměřují na pacienty, kteří z různých důvodů nechťejí nebo nemohou být ošetřeni v rámci psychiatrické kliniky. V tomto smyslu týmy „StäB“ překlenují propast mezi lůžkovou komplexní péčí a ambulantní péčí o lidi s duševním onemocněním. Týmy blízce spolupracují s lůžkovým oddělením kliniky, například psychiatrické sestry v mnoha případech pracují částečně na oddělení a částečně v týmech „StäB“, a tudíž jsou jim známy oba způsoby a metody práce. Výhodou týmu „StäB“, který v rámci Pfalzkllinikum patří pod ambulantní a „outreach“ služby, jsou zkušenosti jak z lůžkové, tak i z ambulantní péče. Integrace tohoto způsobu péče do existujících psychiatricko-psychosociálních struktur předpokládá zkrácení trvání léčby klienta s duševním onemocněním a zlepšení kvality jeho života.

4.3.2 Modellvorhaben

Od začátku roku 2020 realizuje síť služeb Pfalzkllinikum pilotní projekt nazvaný **Modellvorhaben**, který představuje největší projekt v Německu (dle sociálního zákona V), a to z hlediska finančních investic, velikosti spádové oblasti, obyvatel ve spádové oblasti a rozsahu poskytovaných služeb. Smlouva byla uzavřena s relevantními pojišťovnami na dobu 8 let a poskytuje Pfalzkllinikum možnost flexibilnějšího způsobu financování péče pro všechny věkové kategorie klientů. Současně také probíhají dílčí projekty zaměřené na personální a organizační rozvoj, služby a struktury, evaluaci či komunikaci. Tento projekt „integrativní psychosociální péče a léčby pro 21. století“ si klade několik cílů, a to jmenovitě:

- lepší propojení sektorů a networking;
- efektivní léčbu a zmocňování klientů;
- vývoj služeb prevence;
- redukci donucovací léčby, samoty a izolace;
- posilování komunikačních a krizových kompetencí;
- redukci hospitalizačních příjmů a léčebných pobytů;
- přístup ke vzdělání, výcviku a práci pro lidi s problémy v oblasti duševního zdraví;
- propagaci odolnosti, zotavení a zdrojů klientů a další.

Prostřednictvím přesunu zdrojů jsou ve větší míře podpořeny ambulantní a terénní služby, jelikož klíčovým aspektem tohoto projektu je výraznější soustředěnost péče do komunity. Pro přehlednou sumarizaci cílů a prostředků Modellvorhaben viz následující obrázek.





Obr.: Z prezentace Paula Bomkeho na webinaru 21. 5. 2021

Dle slov generálního ředitele Pfalzklínium Paula Bomkeho vychází **Modellvorhaben** ze dvou základních myšlenek: na jedné straně z myšlenky decentralizace péče a péče s jasnou *sociálně prostorovou orientací* a na druhé straně z konzistentního zaměření se na potřeby uživatelů. Bomke v tomto smyslu mluví o (1) prvořadosti decentralizovaných služeb a (2) prvořadosti zájmů uživatelů v kombinaci se společným *vyjednáváním*, které představují základní strukturální předpoklady vývoje tohoto projektu. V kontextu decentralizace péče přináší Modellvorhaben implementaci nové logiky financování, která se neorientuje primárně na „počet lůžek“ v nemocničních zařízeních, ale *upřednostňuje* financování celkových integrovaných služeb orientovaných na potřeby uživatelů. Každé rozhodnutí a aktivita v projektu mají, dle Bomkeho, ekonomický (tzv. steering) efekt a jsou záležitostí harmonizace potřeb uživatelů a ekonomické evaluace dané služby. Ústředním prvkem je plánování zohledňující perspektivu uživatelů (Kde a pro koho mají být služby poskytovány? Jakým způsobem mají být organizovány?), a to za účelem zajištění co nejlepší kvality péče a léčby a dosažení efektivních výsledků. Tento přístup, *který lépe odpovídá individuálním potřebám jednotlivce*, je možný právě (i) díky rozdílům vyplývajícím ze smluv s pojišťovnami. Zatímco dříve (před zavedením Modellvorhaben) bylo povinností Pfalzklínium žádat o schválení způsobu léčby a péče každého pacienta zdravotní pojišťovnu (zejména v případě, že se jednalo o změnu péče mezi lůžkovými a ambulantními službami), v současnosti funguje rozpočet pro všechny služby na principu paušálních částek, které mohou být využity bez dalších jednotlivých schválení pojišťovnou.

V praxi mohou tedy zaměstnanci Pfalzklínium mnohem flexibilněji doprovázet klienty v průběhu celého procesu zotavení (od lůžkových služeb, péče v denních klinikách až po ambulantní péči) a lépe tak reagovat na jejich individuální potřeby. Společně s klienty mohou na rovnocenné úrovni diskutovat o jejich cílech, o nejvhodnějším způsobu léčby v daném časovém období a čelit výzvám a problémům, které se vyskytnou v každodenním životě daného klienta. V rámci Modellvorhaben se zároveň zavedlo rozšíření dostupnosti denní kliniky





(denních klinik) na 7 dní týdně. Služby jsou poskytovány dle potřeb klienta (nejsou poskytovány striktně jen lůžkové nebo komunitní služby, ale i jiné).

Dle druhé zmíněné klíčové myšlenky Modellvorhaben, tedy prvořadosti zájmů uživatelů v kombinaci se společným *vyjednáváním*, Bomke zdůrazňuje, že když má tento aspekt představovat základní kámen nových služeb a alternativní model řízení, je nevyhnutelné, aby se organizace a řízení služeb vyvíjely strukturálním způsobem, který reciprocitu podporuje, ne jí brání.

Příklad aplikace Modellvorhaben: "Jak lze být pacientovi průvodcem při vážné psychóze".

Pan X trpí vážnou psychózou. Znovu a znovu prožívá těžké krize (psychotické fáze), během nichž potřebuje intenzivní péči a léčbu. Před pilotním projektem by byl při takové krizi jednoduše hospitalizován. Neexistovala by žádná alternativa. Pilotní projekt s sebou přináší následující změny: léčba a péče o pacienty během krize jsou přesně stanoveny předem spolu s pacientem a podle příslušného prostředí. Navíc jsou zde další možnosti kromě hospitalizace. Například lze bez dalšího schvalování střídat ambulantní péči nebo péči denní kliniky či kombinovanou péči v různých zařízeních. V dohodě o léčbě je věnována větší pozornost pacientovu názoru na to, co považuje za nejvhodnější postup ve svém případě, s přihlédnutím k jeho sociálnímu prostředí. Pro pana X to znamená, že v době, kdy není ve vážné psychotické fázi, s ošetřujícími osobami určí, jakou péči si přeje v případě krize. Pro našeho konkrétního pacienta je důležitá léčba doma. V případě krize by tudíž mohl být léčen v domácím prostředí 24/7 týmem více odborníků a po konzultaci s dalšími ošetřujícími lékaři. Alternativně by mohl být převeden na služby denní kliniky nebo hospitalizován. V obdobích bez vážných epizod může být také převeden na ambulantní léčbu. Tímto způsobem může zůstat ve známém prostředí a současně jeho blízcí budou vědět, že se mu v každém případě dostane vhodné péče.

Zdroj: Český překlad článku "„Innovative psychiatry for the 21st century – Close to domicile. Competent. Human.“ Listopad 2020. Dostupné z <https://www.openaccessgovernment.org/innovative-psychiatry-for-the-21st-century/87862/>.





V. Závěrečné reflexe účastníků zahraničních odborných stáží

Následující část studie vychází především z osobních vyjádření zástupců odborné veřejnosti a jejich postřehů získaných observací v průběhu pobytu na zahraničních stážích.

Jedná se o individuální reflexe jednotlivých expertů, které byly zaznamenány v jejich zprávách ze zahraničních stáží. Ve svých zprávách se zaměřovali primárně na tematiku přenositelnosti zahraniční dobré praxe do českých poměrů, její udržitelnost v českém systému, na potencionální hrozby a návrhy jejich eliminace. Na základě autentické zkušenosti se systémy péče o lidi s duševním onemocněním v zahraničí dospěli účastníci stáže k následným výstupům/doporučením:

Přenositelnost do českých poměrů

Jak vnímají účastníci odborné zahraniční stáže možnost přenositelnosti dobré praxe do českého systému?

Přenositelnost do českých poměrů je důležitá pro podporu péče o duševní zdraví, která bude orientována na člověka, jeho hodnoty a kvalitu života v jeho přirozeném prostředí. Je důležité vytvářet konherentní a integrované veřejné systémy komunitních služeb v oblasti prevence, léčby a rehabilitace v péči o duševní zdraví, zapadajících do sociálních a zdravotních služeb v České republice. Rozvojem a poskytováním terénních komunitních služeb lze pak postupně eliminovat nutnost péče v psychiatrické nemocnici, co povede ke postupnému snížení počtu lůžek ve zdravotnickém zařízení.

Stáž: Carmarthen, Wales, Spojené království (07/2019)

Přenositelnost je možná. Mají velmi podobný systém – dáno historicky. Velká koncentrace psychiatrické péče v lůžkových velkokapacitních nemocnicích. Dokázali však v relativně krátkém čase převést „polovinu“ péče do komunity. Mají nové prvky – Stáb ward atd. Důraz je kladen na prevenci a zodpovědnost člověka za vlastní zdraví.

Stáž: Pfalzklínium, Porýní-Falcko, Německo (11/2019)

Spolupráce s policií na partnerské úrovni – vytvoření spolupráce na úrovni MČ, vytvoření týmu zaměřeného na zachycení lidí s duševním onemocněním, předání do dalších služeb.

Stáž: Aneurin Bevan University Health Board, Wales, Spojené království (11/2019)

- Nastavení spolupráce nemocnic a komunitních týmů – tranzitní týmy mezi komunitou a nemocnicí, sdílená zodpovědnost za propuštění pacienta z nemocnice (nerozhoduje pouze psychiatr, ale tým složený i z pracovníků komunitních služeb)
- Důraz na osvětu v oblasti duševního zdraví pro širokou veřejnost, destigmatizace duš. onemocnění ;
- Zaměření na komplexnost péče a včasné zachycení;
- Finanční posílení rozvoje komunitních multidisciplinárních týmů, podpora jejich specializace, vznik specializovaných týmů;
- Podpora role praktických lékařů;
- Práce s rodinou, školami;
- Podpora lidí s vlastními zkušenostmi, role peer konzultantů – zapojení do nemocničních týmů, týmů samosprávy, edukace atd.;

Stáž: Aneurin Bevan University Health Board, Wales, Spojené království (11/2019)

Přenositelnost některých zkušeností je možná i za aktuálních podmínek, například:

- povinná spolupráce zdravotnických zařízení (psychiatrické nemocnice, psychiatrické kliniky, apod.) s komunitními službami
- plánování péče během hospitalizace a po propuštění pacienta společně s komunitním týmem,
- domluva na dimisi pacientů,
- legislativní opatření v rámci podpory Center duševního zdraví v předepisování medikace a aplikace depotních injekcí ze strany zdravotnické části CDZ
- větší podpora rozšířených psychiatrických ambulancí a návaznost na CDZ a komunitní služby,
- větší podpora a motivace psychiatrických nemocnic pro zapojení do spolupráce s komunitními službami (realizace projektů CDZ, multidisciplinární spolupráce),
- intenzivnější mapování nejen zdravotního stavu pacienta, ale také jeho sociální situace (zdravotní sestry na oddělení, sociální zdravotní pracovníci).

Stáž: Carmarthen, Wales, Spojené království (07/2019)

- Důraz na komunitní péči. Vytvoření standardů péče s jasně stanovenými indikacemi a kontraindikacemi.
- Ukotvit hodnoty. Pracovat na změně myšlení.
- Samostatné konziliární týmy.
- Změna/úprava vzdělávacího systému psychiatrických sester a psychiatrů
- Podpora přístupu zotavení.

Stáž: Cavan Monaghan Mental Health Services, Irsko (11/2019)

Po absolvování zahraniční stáže se domnívám, že přenositelnost do českých poměrů je možná, avšak musí se dobře připravit nestátní neziskový sektor poskytující sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Navýšení počtu pracovníků v těchto organizacích, podpora finančních zdrojů multi zdrojového typu. Zakomponovat změny v rámci komunitních plánování jednotlivých krajů. Dále je pak potřebná důsledná práce s lidskými zdroji v psychiatrických nemocnicích za soustavné supervize. Změna pro personál bude velká!!! Navrhoval bych v každém kraji ustanovit pracovní týmy, které se tomuto budou věnovat, tak aby došlo ke změně myšlení zdravotnického personálu a tím dobře proběhla celá reforma psychiatrické péče. Vytvořit komunitní týmy pro dětské psychiatrické pacienty, gerontopsychiatrické pacienty a forenzní problematiku.

Stáž: Carmarthen, Wales, Spojené království (07/2019)





Udržitelnost v českém systému

Za jakých podmínek/předpokladů je udržitelnost v českém systému možná?

Udržitelnost je možná za předpokladu mezirezortní spolupráce a naplňování akčního plánu.

Pro udržitelnost v českém systému vidím důležitost v:

- dostatečném navýšení plateb a dotací pro vytvoření komunitních služeb a multioborové spolupráce
- vytvoření podmínek pro vznik a rozvoj týmů a specifických programů v prevenci duševního zdraví a péči o duševně nemocné v dětském a adolescentním věku, týmy pro prevenci a péči o duševně nemocné v pozdním věku, týmy a multioborovou spolupráci pro duševně nemocné s právní a forenzní problematikou
- úpravě vzdělávacího systému pro všeobecné sestry, první stupeň všeobecného vzdělání zařadit na střední zdravotnické školy a další stupně vysokoškolského vzdělání Bc. a Mgr. vytvořit studijní programy dle odborností – zdravotní sestra v péči o duševní zdraví, sestra v interních oborech, sestra v chirurgických oborech, sestra v intenzivní péči atd. V rámci vysokoškolského vzdělání rozšířit kompetence sester v oblasti diagnostiky a psychodiagnostiky a v preskripci některých léčiv. Zrušit vzdělávání na Vyšších zdravotnických školách nebo je sloučit v rámci institutu NCO NZO, rozšířit vzdělávání o studijní program Komunitní péče o duševně nemocné.
- navýšení finančního ohodnocení a platových podmínek pro zdravotnické pracovníky v komunitních a terénních službách oproti zdravotnickým pracovníkům v lůžkových zařízeních
- v rámci reformy psychiatrické péče snížit počet lůžek na stávajících jednotlivých příjmacích a geriatrických odděleních psychiatrických nemocnic na max. kapacitu 15-20 lůžek a navýšení počtu zdravotnických pracovníků v péči o duševně nemocné.
- navýšení počtu psychologů, psychoterapeutů, pracovních terapeutů a ergoterapeutů v rámci preventivních programů duševního zdraví a v péči o duševně nemocné.

Stáž: Hywel Dda Health Board, Wales, Spojené království (07/2019)

Vyšší podporu transformačního úsilí směrem k dobré informovanosti lékařů o funkčních přístupech v zahraničí a o funkčnosti a efektivnosti systému jako celku.

Stáž: Cavan Monaghan Mental Health Services, Irsko (11/2019)

Navýšit přísun plateb a dotací jak neziskovému sektoru zasahujícímu do této problematiky, tak i komunitním službám provádějící péči o duševně nemocné stran zdravotních pojišťoven. Navýšit platy psychiatrických sester v Centrech duševního zdraví a komunitních týmech.

Stáž: Hywel Dda Health Board, Wales, Spojené království (07/2019)

Záleží na financování a dostatku pracovníků.

Stáž: Pfalzklínium, Porýní-Falcko, Německo (11/2019)

- Postupné zmenšení velikosti oddělení, větší zapojení dobrovolníků a peerů, spolupráce s komunitními službami, zapojení Magistrátu do monitoringu hospitalizace
- Nastavení dlouhodobějšího financování, propojení rezortů MZ a MPSV, přenesení působnosti na MHPM a MČ / zapojení samosprávných celků, pojišťovny
- Propojení spolupráce policie a komunitních služeb – strategie na úrovni MČ, financování – pilotní projekt

Stáž: Aneurin Bevan University Health Board, Wales, Spojené království (11/2019)

Hrozby (negativa)

Jaké faktory/aspekty by mohly ohrozit implementaci dobré praxe v ČR?

- nedostatečné povědomí zdravotnických pracovníků poskytujících psychiatrickou péči, multioborových spolupracovníků, pacientů a jejich rodin, a obyvatelstva ČR o strategii komunitního přístupu péče o duševní zdraví;
- nedostatečná nebo špatná organizace financování reformy psychiatrické péče, systému komunitních služeb a multioborových systémů;
- neochota managementu psychiatrických nemocnic spolupracovat na reformě psychiatrické péče,
- nezájem některých osob s duševním onemocněním o nový systém péče o duševní zdraví
- nedojde ke změně myšlení zdravotnických pracovníků v českém systému péče o duševní zdraví,
- špatné financování ze strany MPSV a zdravotních pojišťoven,
- pacienti – klienti si musí zvyknout na nový systém péče.

Stáž: Hywel Dda Health Board, Wales, Spojené království (07/2019)

- Nejednotnost financování a řízení různých zapojených služeb, malá podpora ze strany psychiatrů, nedostatek standardů péče.

- Musí se změnit postoj především odborné veřejnosti.
- Nedostatek zdravotnického personálu – psychiatrické sestry, psychiatři, psychologové, bohužel v posledních letech i nedostatek sociálních pracovníků.
- Téměř nulová koncepce řešení otázky sociálního bydlení.

- Mylné vnímání CDZ jako konkurence v očích ambulantních psychiatrů. Nedůvěra zdravotníků v transformační proces a ve vizi, že pracovat s pacienty lze efektivně a efektivně i jinak.

Stáž: Cavan Monaghan Mental Health Services, Irsko (11/2019)

- Neochota ke změnám. Nejasné podmínky fungování, financování a struktury.
- Negativní nastavení českých manažerů - ředitelů nemocnic.
- Příliš jednostranně zaměřené komunitní služby na zdravotní část.
- Nedostatek financí.

Stáž: Pfalzklínium, Porýní-Falcko, Německo (11/2019)

- Nedodržení příslibů pro navýšení financí do sociálních komunitních služeb pro duševní zdraví
- Rigidita financování z prostředků zdravotního pojištění
- Pomalé kroky v legislativě
- Rychlá redukce psychiatrických lůžek
- Různorodost hodnotových postojů u zaměstnanců v tradičních psychiatrických profesích / zaměstnanci nemocnice, psychiatrické ambulance, praktický lékař / a hodnotových postojů zaměstnanců komunitních služeb a z nich vyplývajících odlišností vnímání metodiky multidisciplinární spolupráce.

Stáž: Aneurin Bevan University Health Board, Wales, Spojené království (11/2019)





Návrhy eliminace hrozeb pro české poměry (český systém)

Vláda ČR by měla zahrnout péči o duševní zdraví mezi své priority:

- vytvářet a udržovat mezinárodní spolupráci v oblasti péče o duševní zdraví
- pravidelná propagace, školení, diskuse o reformě psychiatrické péče, setkávání se již s existujícími terénními týmy, společné diskuse a zpětné vazby, účast na stážích v terénních týmech pro všechny zaměstnance psychiatrických nemocnic v rámci povinných školení
- vytváření komplexních programů na propagaci prevence, léčby a rehabilitaci duševního zdraví a využití široké škály propagačních prostředků.
- Vytvořit panelové diskuse a kulaté stoly se zástupci zdravotních pojišťoven a to nejen na nejvyšší manažerské úrovni, ale i na úrovni krajských poboček zdravotních pojišťoven se zástupci psychiatrických nemocnic a členy transformačních týmů. Důsledné vzdělávání zdravotnických týmů jednotlivých nemocnic. Ale nikoliv hromadně, ale oddělení za oddělením.

Stáž: Hywel Dda Health Board, Wales, Spojené království (07/2019)

- Meziřesortní spolupráce, nastavení financování pojišťovnami
- Důraz na prevenci jako národní strategický plán, rozvoj a podpora programů a strategií v tomto směru
- Vyjednávání, ukazování dobré praxe, seznamování stakeholderů s možností řešení a způsoby práce ve Walesu, využití zahraničních tutorů při návštěvách v ČR

Stáž: Aneurin Bevan University Health Board, Wales, Spojené království (11/2019)

- Podpora na vládní úrovni.
- Změna financování a systém proplácení pojišťoven.

Uchovat sociální část a vyváženost. Výměna ředitelů PN a převod PN do vlastnictví krajů či svazu obcí.; Zachovat výchozí situaci ČR – existence sítě sociálních služeb pro lidi s DN. Propojit soc. a zdravotní péči. Zapojit psychiatrické nemocnice jako hlavní hráče a přenést odpovědnost za transformaci přímo na management nemocnic. Předit jim kompetence a odpovědnost. Zároveň personálně obsadit management PN kvalitními manažery na proces změny, ne odborníky na lékařství.

Stáž: Pfalzklínium, Porýní-Falcko, Německo (11/2019)

- Zajištění trvalého a udržitelného financování, vyřešení sporů mezi financováním zdravotní a sociální složky komunitní péče. Vytvoření standardů péče a jejich zanesení do doporučených postupů psychiatrické péče. Edukace odborné veřejnosti.
- Více odborných stáží. Zviditelňování dobré praxe v očích odborné veřejnosti. Znovu se zamyslet nad Standardem CDZ – především v rámci požadavků na vzdělání odborných profesí. Zakotvit CDZ jako stážové místo pro neatestované lékaře/psychology/sestry..
- Povinná předatestační stáž lékařů v CDZ, vedle ostatních Gerontopsychiatrie, dětská psychiatrie atd. Vytvoření seminářů a konferencí, kde by přednášeli odborníci ze zemí, kde již prošli transformací psychiatrické péče. Lékařský personál by byl seznámen nejenom s konkrétními daty ale i přesvědčením, že odborná lékařská péče v rámci multidisciplinárního přístupu je efektivní a efektivní.

Stáž: Cavan Monaghan Mental Health Services, Irsko (11/2019)





VI. Závěr

Situace s epidemií COVID-19 bohužel přerušila další plánované stáže do více zemí Evropy. I přesto z předkládaného souhrnu poznatků ze stáží vyplývá řada důležitých poznatků. Země, v nichž se podařilo dosáhnout transformace péče o osoby s duševním onemocněním, tedy nahradit péči v psychiatrických léčebnách (nemocnicích), jsou země s dlouhodobou demokratickou tradicí. Jsou to země se státním zdravotním systémem. Klíčové služby duševního zdraví jsou zde provozovány na spádovém území kolem půl až jednoho milionu obyvatel v zásadě jednou organizací. Lidská práva jsou v těchto zemích jedním z úhelných kamenů chodu celé společnosti. Celý proces transformace byl v těchto zemích velmi koordinován, plánován.

Další zemí, která byla také navštívena, ale již neodpovídají všechny výše uvedené poznatky, resp. přítomna je jen řada z nich, je Německo. Zdejší podmínky se v řadě aspektů podobají našim podmínkám. V Německu však nelze mluvit o úspěšně realizované deinstitucionalizaci – transformaci na celonárodní úrovni. Nicméně oblast Pfalzklínium, která byla účastníky stáže navštívena, je jednou z výjimečných oblastí Německa. Zde se podařilo najít dohodu se zdravotními pojišťovnami, jak hradit služby duševního zdraví v podstatě rozpočtovým způsobem. To umožňuje snazší přesun prostředků z jedné služby na druhou a hladší chod nově vznikajících komunitních služeb. Ale i ve Pfalzklínium je pro oblast kolem milionu obyvatel v zásadě jeden zřizovatel služeb. Původní nemocnice, která byla rozsahem podobná našim léčebnám, se transformovala na poskytovatele nejen lůžkové, ale i komunitní péče napříč celým regionem.

Jak vyplývá z postřehů a poznatků účastníků stáží, ačkoliv řada prvků z toho, co viděli, není vzhledem k odlišnosti podmínek lehce přenositelných, přesto jsou základní principy a koncepty aplikovatelné i u nás. Nicméně, jak je patrné i z historie transformace v navštívených místech, je zapotřebí jasně definované vize transformace jako nově nastaveného směru plné náhrady lůžkové péče v psychiatrických léčebnách komunitními službami, včetně akutních lůžek v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

.





VII. Použitá literatura

Bramesfeld A, Wismar M, Mosebach K. Managing mental health service provision in the decentralized, multi-layered health and social care system of Germany. *J Ment Health Policy Econ*. 2004 Mar; 7(1): 3–14. PMID: 15253061.

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. *Deutscher Bundestag* [online]. 1975 [cit. 2021-07-08]. Dostupné z: <https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf>

Jefferies, N. & Chan, K.K. (2004), Multidisciplinary team working: is it both hostile and effective? *Int. J. Gynecol Cancer* 14(2): 210–211.

Kirschbacher, Laura. Mental health in Germany: A focus on ward-equivalent treatment. 2019. Dostupné z: https://www.pfalzkrlinikum.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Publikationen/2019-03_Open_Access_Government_Ward-equivalent_Treatment.pdf

Lang, C.L. (1982) The resolution of status and ideological conflicts in community mental health settings. *Psychiatry*, 45, 159–171.

Latif, Zahid & Malik, Mansoor. (2012). Mental Health Legislation in Ireland: A Lot Done, More To Do. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 40. 266–9.

Mental Health Commission. *Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper*. 2006. Dostupné z: <https://www.lenus.ie/handle/10147/43830>

National Institute for Health and Care Excellence, 2021. Mental health and the NHS, What's changed and what's to come? (cit. 2021-06-08). Dostupné z: <https://indepth.nice.org.uk/mental-health-and-the-nhs/index.htm>

NHS Wales health boards and trusts, 2021. NHS Wales (online). Health in Wales, Structure (cit. 2021-06-04). Dostupné z: <http://www.wales.nhs.uk/nhswalesaboutus/structure>

NHS Wales health boards and trusts, 2021. Welsh Government (online). Welsh Government, NHS management (cit. 2021-05-21). Dostupné z: <https://gov.wales/nhs-wales-health-boards-and-trusts>

Pfalzkrlinikum: <https://www.pfalzkrlinikum.de/home>

Prezentace z webináře projektu Multidisciplinarita na téma „Příklad systému péče o lidi s duševním onemocněním: Pfalzkrlinikum, Německo“ z 21. 5. 2021. Autor prezentace: Paul Bomke, Veronika Knebusch.

Salize, H. J., Rössler, W., & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany. Current state and trends. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257: 92–103.

„The“ Model – the economic and organizational case! by Paul Bomke, CEO Pfalzkrlinikum – Service Provider for Mental Health and Neurology





WALSH, DERMOT & Daly, Antoinette. (2004). Mental illness in Ireland 1750–2002: reflections on the rise and fall of institutional care / Dermot Walsh and Antoinette Daly.

Winkler, Petr, Filip Španiel, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková and Linda Krejníková. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. 69 pp. Strategie reformy psychiatrické péče. ISBN 978-80-87142-21-9.

Wolfgang Gaebel & Jürgen Zielasek (2012) Psychiatry in Germany 2012, International Review of Psychiatry, 24:4, 371–378, DOI: 10.3109/09540261.2012.698983

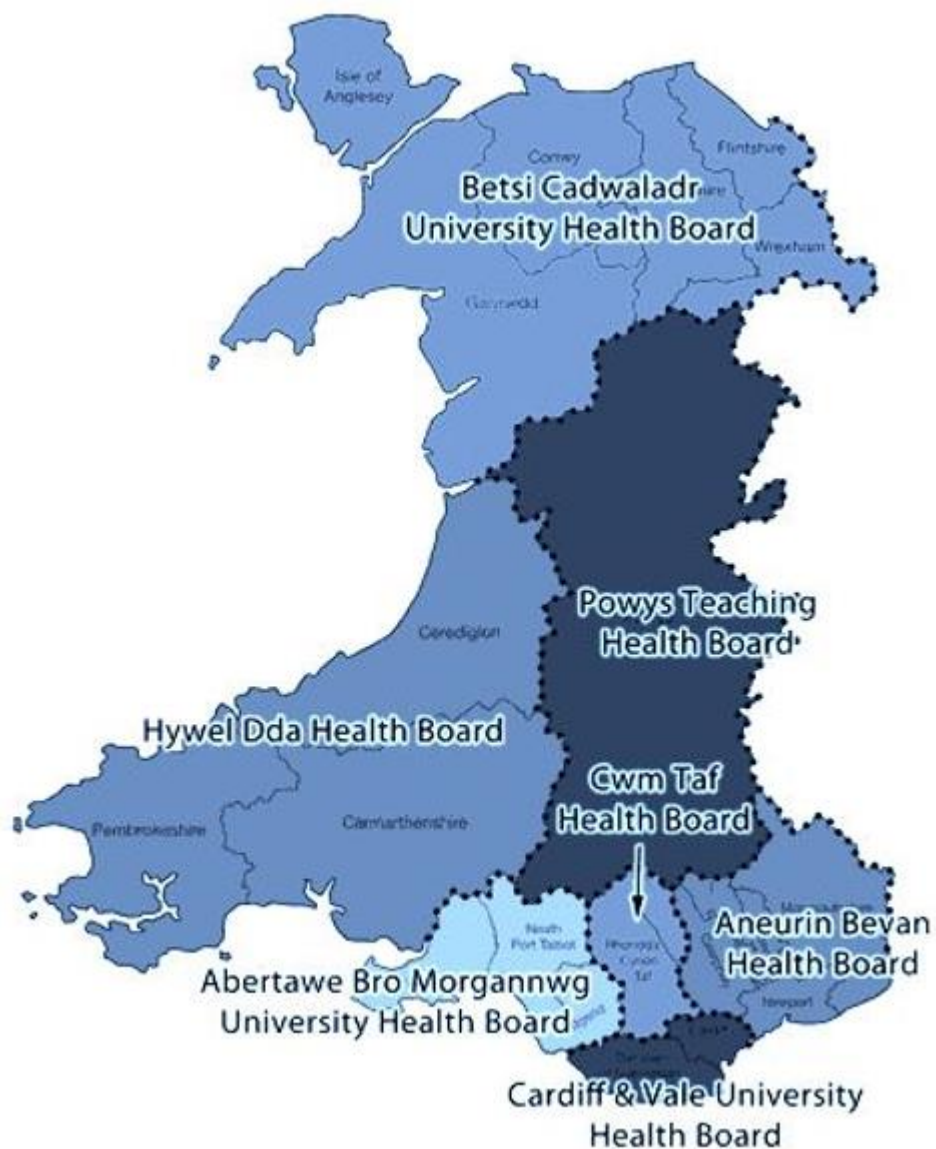




Seznam příloh

Příloha č. 1: Mapa 7 NHS zdravotních rad ve Walesu (Zdroj:

<http://www.wales.nhs.uk/nhswalesaboutus/structure>)





Příloha č. 2: Sít' služeb Pfalzklínium



Sít' služeb Pfalzklínium.

Zdroj: Prezentace Paula Bomkeho (generálního ředitele Pfalzklínium), webinář projektu Multidisciplinarita, 21.5.2021

