

Docent Anders: Reforma psychiatrie nebudou jen kosmetické změny



Již řadu let se v České republice hovoří o psychiatrické reformě. Poslední rok se věci přece jen dávají do pohybu. Začínají vznikat první Centra duševního zdraví (CDZ), která jsou v péči o duševně nemocné novým prvkem. Co budou nabízet, jak budou fungovat, kolik jich bude a na další otázky s nimi spojenými, odpovídá předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Pane docente, představte nám prosím krátce takové Centrum duševního zdraví. Jaká je vize?

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým prvkem v našem zdravotnickém systému, která se budou v ČR zavádět po vzoru fungujících zahraničních institucí (např. v Terstu nebo v severských zemích). Centra by postupně měla vzniknout v každém regionu a poskytovat mobilní, ambulantní, krizové a denní služby pro daný region (tj. určitou spádovou oblast). Ačkoliv název “centrum” do určité míry evokuje budovu – shromaždiště, hlavní podstatou CDZ je především jeho multidisciplinární tým, který individuálně pracuje s klienty a převážně za nimi dojíždí do jejich přirozeného prostředí. Občas narážíme na problémy spojené s tímto pojmenováním, takže si říkáme, že jsme měli zvolit od počátku pojem “multidisciplinární tým”. Základním předpokladem je, že díky intenzivní práci multidisciplinárního týmu se výrazně zredukuje počet hospitalizací klientů a měla by se zcela eliminovat potřeba dlouhodobé hospitalizace. Klientům CDZ pomůže překonat nástrahy běžného života a bude je podporovat v úspěšném začlenění do společnosti. CDZ budou spolupracovat ve svém regionu s dalšími službami, a to jak se specializovanými, tak s těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci, například v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení či trávení volného času např. koníčky, sportem apod. Díky tomu bude umožněna kvalitnější integrace a samostatnost klientů. Samotná léčba je totiž jen jednou částí procesu “recovery” a CDZ klientům poskytne podpůrnou síť ve všech důležitých aspektech umožňujících ono cílené “zotavení”.

A konkrétní cíle?

- prevence a zkracování hospitalizací, tedy následné snížení potřeby velkého množství lůžek
- podpora pro prvním propuštění z nemocnice tak, aby se klient nedostal do koloběhu hospitalizací
- umožnění léčby klienta doma, nikoli v ústavu (tzv. domácí hospitalizace)
- aktivní (asertivní) vyhledávání klientů, kteří jsou v riziku (tzv. early intervention), tedy včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění,
- řešení tzv. krizí s klientem tak, aby je úspěšně překonal a nebylo nutné jej hospitalizovat
- nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžného života a komunity
- preventivní působení, destigmatizace duševních onemocnění a osvěta

Kolik CDZ v České republice vznikne? Jejich vznik je rozdělen do etap. Na kolik let a kolik by jich mělo být v konečné etapě?

Začal bych jen na okraj poznámkou – nyní to vypadá, že vzniká úplně něco nového. Ono to částečně tak je, částečně ale není. Principy CDZ a části péče, které budou CDZ poskytovat, už zde zastávaly denní centra a stacionáře, které fungují v ČR téměř 30 let. Také tu máme různé formy komunitní péče a case management týmů, které také již dlouho fungují. Takže nestavíme úplně na zelené louce, ale integrujeme a přesněji cílíme na to, co již ověřeně funguje. Propojením

zavedených sociálních služeb s novými zdravotními jim dodáváme nový rozměr a vzniká kvalitativně nová služba.

První CDZ už vznikla. Celkově máme v projektech ze strukturovaných fondů, které trvají do roku 2020, **plán na vznik třiceti Center duševního zdraví**. Ideální stav je však jedno CDZ na 100 000 obyvatel, a to jen u CDZ pro klienty s vážným duševním onemocněním (SMI). K tomu by měl vzniknout adekvátní počet CDZ pro další skupiny – děti, závislé, forenzní psychiatry nebo starší jedince trpící duševním onemocněním. To vše je popsáno ve **Strategii reformy psychiatrické péče**, která by měla určovat směřování reformy po skončení financování z EU. Jak jsem již zmínil, CDZ budou v první fázi zaměřená na dospělé klienty trpící SMI. Tuto skupinu jsme vybrali pro pilotní fázi projektu zejména proto, že se jedná o skupinu nejvíce ohroženou tzv. institucionalizací (opakovanou a dlouhodobou hospitalizací, vytrhnutím z běžného života) a vyloučení z běžného života společnosti.



Docent Anders

Jaké profese v CDZ klient najde?

Jak jsem již zmiňoval, služby CDZ mají být službami zdravotně-sociálními, které budou poskytovány jedním společným víceoborovým týmem. Najdeme tam tedy sociální pracovníky, psychiatra, psychologa, zdravotní sestry nebo peer konzultanta, tedy člověka, který si sám prošel duševním onemocněním a je vyškolen ke sdílení svých zkušeností a k pomáhání klientům k zotavení. Bude tam i pracovní konzultant a mohou se tam vyskytnout samozřejmě i další profese, např. adiktolog, ale to vše závisí na dalším vývoji. Co mu tým poskytne, by se dalo rozdělit na konkrétní služby, ale to by bylo trochu zavádějící. Důležité je, že tým mu poskytne komplexní podporu ve všech oblastech, které mohou být v důsledku nemoci nějakým způsobem narušeny. Tzn. že tým mu nabídne pomoc jak v biologické léčbě, tak pomoc v oblasti práce, bydlení atd. Tady je důležité říct, že pomoc nebude ve formě pasivně přijímaného balíčku, ale ve formě takové, že dotyčný bude schopen sám se zabezpečit a nakonec již nebude podporu CDZ vůbec potřebovat a uvolní místo v CDZ pro nového klienta.

Jaká bude návaznost na velké psychiatrické nemocnice?

Provázanost a spolupráce s lůžkovými zařízeními je pro CDZ velmi důležitá, dá se říci až klíčová. Jednak je třeba vyhledávat ty, kteří byli hospitalizováni díky nedostatečné péči v komunitě, zároveň je důležitá kontinuita péče. Samozřejmě, že i po zavedení CDZ bude docházet k hospitalizacím, je ale potřeba se soustředit na kontinuitu péče, aby po propuštění byl klient předán do CDZ, které následně dohlédne na to, aby ideálně již nemusel být znovu hospitalizován. V budoucnu by se z psychiatrických nemocnic měly stát i poskytovatelé komunitní péče, což umožní změnu současného financování a přesunutí kapacit vytvořených vznikem CDZ do tohoto druhu péče. To je také důležitý prvek celé Reformy, proto již nyní se usilovně snažíme o to, aby se každá psychiatrická nemocnice podílela na vzniku alespoň jednoho CDZ.

Jaká bude návaznost na současné neziskové organizace (patientské organizace, organizace rodinných příslušníků ...)?

Neziskové organizace nejsou jen ty, které uvádíte. Jsou to především poskytovatelé sociálních a komunitních služeb, ať už Fokus, Práh nebo další. Ty jsou dnes, ač nestátní, tak skoro profesionální poskytovatelé velmi kvalitní péče. Mají dlouhou historii v poskytování komunitních služeb přímo v místě bydliště klienta. Zde je tedy propojenost naprosto klíčová. Předpokládáme smlouvu mezi poskytovatelem sociálních služeb (např. neziskovkou) a zdravotních služeb (např. nemocnice nebo ambulance). Spolupráce s patientskými organizacemi a organizacemi rodinných příslušníků je samozřejmě také velmi důležitá. CDZ podporuje vznik samopodpůrných (rodičovských, patientských) skupin a bude spolupracovat v každém regionu s danými organizacemi na podpoře zotavení a prevenci.



CDZ by měly fungovat po celý rok, 24 hodin denně. Je to tak?

Toto je otázka postupných kroků. Je to naším cílem, a je to i zkušenost ze světa, že 24 hodinová péče přináší větší jistotu, že nedochází ke krizím i zbytečným hospitalizacím. Samozřejmě je to poměrně nákladné. Ze začátku budeme u CDZ zápasit s omezenými finančními prostředky i lidskými zdroji, proto si myslím, že je důležité se primárně soustředit na denní služby. Ale samozřejmě je potřeba určitá flexibilita – pokud bude klient v krizi nebo bude potřebovat pomoc v noci či o víkend, tak by ji měl být tým schopen zajistit. Zkušenosti z pilotních projektů zatím jako dobré řešení ukazují např. pohotovostní telefon, na kterém je vždy k dispozici několik pracovníků. Znovu je nutné připomenout, že nepřetržitá a okamžitá péče je klíčem k tomu, aby se klient cítil bezpečně a komfortně. Při takovéto trvalé péči se klient nebude propadat do hlubokých krizí a významně klesne potřeba dlouhodobých hospitalizací.

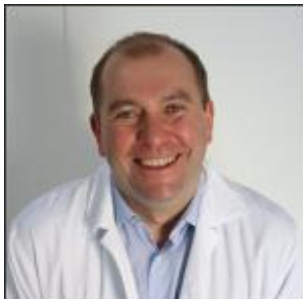
Máme dost potenciálních odborných zaměstnanců takových CDZ?

V první vlně se počítá s tím, že budou využiti sociální pracovníci, kteří už v systému pracují. Ti jsou teď zařazeni formálně pod jinou strukturu, ale už i nyní jsou to pracovníci tzv. sociální rehabilitace. Ti budou tedy začleňováni do multidisciplinárního týmu. Pokud jde o sestry, jak psychiatrické, tak zdravotní, tam to bude větší problém, jelikož sester, které by pracovaly mimo nemocnice, je zanedbatelný počet. Obecně psychiatrických sester v celém systému není mnoho. Proto počítáme i s obecnými zdravotními sestrami, které by si doplňovaly svou kvalifikaci. Bude nutná i spolupráce s psychiatrickými léčebnami, ale ty se také potýkají s nedostatkem sester, nebude to tedy úplně jednoduché. **Pokud jde o psychiatry, tak v porovnání s jinými zeměmi OECD na tom nejsme úplně zle.** Znovu je zde možné využít kapacity z psychiatrických nemocnic, ale nemohou se vzít nyní, protože i nyní jich je tam málo na počet lůžek. Takže se to musí dát nějak dohromady – plánovat rozumně redukce lůžek, snižovat kapacity, ale **rozhodně se v tomto ohledu dají u CDZ očekávat určité „porodní bolesti“**. Máme ale k dispozici i jiné modely, například že CDZ fungují dobře ve spolupráci s několika ambulantními psychiatry. Každopádně otázka jak vyhledávání, tak přeškolení pracovníků pro nové podmínky, je pro nás prioritou a máme připraveno i několik programů v rámci projektu, které tento problém budou řešit.

Jak to bude s financováním CDZ?

Rozjezd projektů CDZ bude financován ze strukturálních fondů, pak je samozřejmě klíčovou otázkou jejich udržitelnost. To je další nedorozřešenou otázkou v rámci projektu. Aktuálně se tedy zdravotní část financuje formou výkonů. Tady je důležité, aby zdravotní pojišťovny uzavřely smlouvy s vznikajícími zařízeními, což aktuálně většina pojišťoven prozatím odmítá, pokud nemají zajištěno, že místo „nasávání“ nových peněz bude tento nový prvek nejprve jinak využívat

peníze, které již v systému existují. To je tedy rozhodně věcí k diskusi, zároveň je nutné diskutovat a hledat model financování, který bude vhodný a zároveň akceptovatelný pro pojišťovny. V současnosti uvažujeme o modelu agregovaného výkonu, při kterém se inspirujeme u paliativní péče. Ale tam je ještě třeba ujit dlouhou cestu. Jedním finančním zdrojem jsou tedy zdravotní pojišťovny, druhým bude využívání peněz jdoucích na sociální služby. Tam je to o práci s kraji a využívání peněz, které v systému již jsou.



Co nového ještě psychiatrická reforma přinese?

Obecně psychiatrická reforma přinese to, že většina zdrojů bude investována na podporu lidí tam, kde žijí, ať už jde o vážná duševní onemocnění nebo i jiné postižení a poruchy. Tedy na rozšiřování ambulantní a podpůrné sítě tak, aby ji člověk měl co nejbližší a dostupnou, když ji zrovna potřebuje. Přinese tedy určitou změnu alokace zdrojů na akutní lůžkovou péči do všeobecných nemocnic. Předpokládáme tedy rozšíření sítě psychiatrických oddělení těchto nemocnic z 30 zhruba na 60. Také předpokládáme přesun dlouhodobé a následné péče, nebo alespoň její části, spíše do sociálního sektoru, a to formou různých rezidenčních bydlení, podpory v komunitě atd.

Jaká je vaše vlastní vize? Shoduje se s reformou?

Moje vize se čím dál tím více shoduje s reformou tak, jak postupně dostává konkrétnější obrysy. Tak, jak je naformulovaná, tedy její filozofie, je naprosto v pořádku, ale přišlo mi, že určité praktické kroky tomu ne zcela odpovídaly a určité záměry byly poměrně vágně definovány. Postupně se ale skrze diskusi a praktickým zamýšlením dostáváme k tomu, že ten systém je potřeba proměnit celý a ne jen dělat drobnější, dílčí kroky nebo chcete-li kosmetické změny. Což bylo něco, co jsem z původního znění reformy lehce cítil. Držme si společně palce!

Pro ATYP magazín na otázky Markéty Dohnalové odpovídal doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D. ve spolupráci s týmem podílejícím se na reformě psychiatrické péče a Psychiatrická společnost ČLS JEP. - [ODKAZ](#)

Foto archiv doc. MUDr. Martina Anderse, Ph.D.

VIZITKA:

Doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D. (nar. 4. září 1970 v Litoměřicích) lékař, docent a šéfredaktor České a slovenské psychiatrie, působí na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. V současné době je předsedou Psychiatrické společnosti ČLS JEP, dále je členem České neuropsychofarmakologické společnosti, České farmakoekonomické společnosti, České neurofyziologické společnosti a Společnosti pro poruchy spánku a bdění.



STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ

BOX:

Psychiatrická reforma v ČR. Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu. Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Specifické cíle Strategie jsou: zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování, omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně, zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí, zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci, zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj), zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a humanizovat psychiatrickou péči. Více na www.reformapsychiatrie.cz