MOŽNOSTI DLOUHODOBÉ PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

MUDr. Zuzana Foitová

Praha, květen 2022

Rozvrh témat

1. Systém péče (20.5.2022)

2. Bio-psycho-sociální přístup, psychoterapie (20.5.2022)

3. Zotavení z duševní nemoci (21.5.2022)

   HOST!

SMI

Severe **M**ental **I**llness:

- Závažné funkční postižení (GAF ≤ 70)
- Trvání ≥ 2 roky
- Dg (psychózy, těžké úzkostné poruchy, některé poruchy osobnosti, duální poruchy)

- Osoby výše zmíněným ohrožené

Komplexní otázky k řešení

- Duševní poruchy – komplexní jevy s dopadem do mnoha oblastí zdraví a života pacienta
- Dlouhodobý průběh
- Neznáme kauzální příčiny duševních poruch
- Multifaktoriální podmíněnost
- Nelineární průběh nemoci
- Přesah do dalších oblastí: pracovní, rodinné, sociální, právní
- Farmaka:
  - léčba samotnými farmaky nestačí
  - i při optimální medikaci a compliance – vysoké % relapsů

Otázky

- **Jak správně léčit ?**

Léčba (farmakol., psychoter.), rehabilitace, zotavení; nároky na evidence-based practice, efektivitu...)

- **Jak léčbu doručit ?**

Víme, co funguje - nevíme vždy, jak to dostat k pac. Stigma zhoršuje přístup k péči.

- **Jak ji zaplatit ?** (cost-effectivness...)

Politika, ekonomika: klíčový význam duševního zdraví

- Duš.onemocnění postihuje 27% Evropanů dospělého věku
- 58 tisíc ročně umírá sebevraždou
- náklady 4-5% HDP - ztráta produktivity
- sociální vyloučení (nepřímé náklady):
  - stigmatizace
  - diskriminace

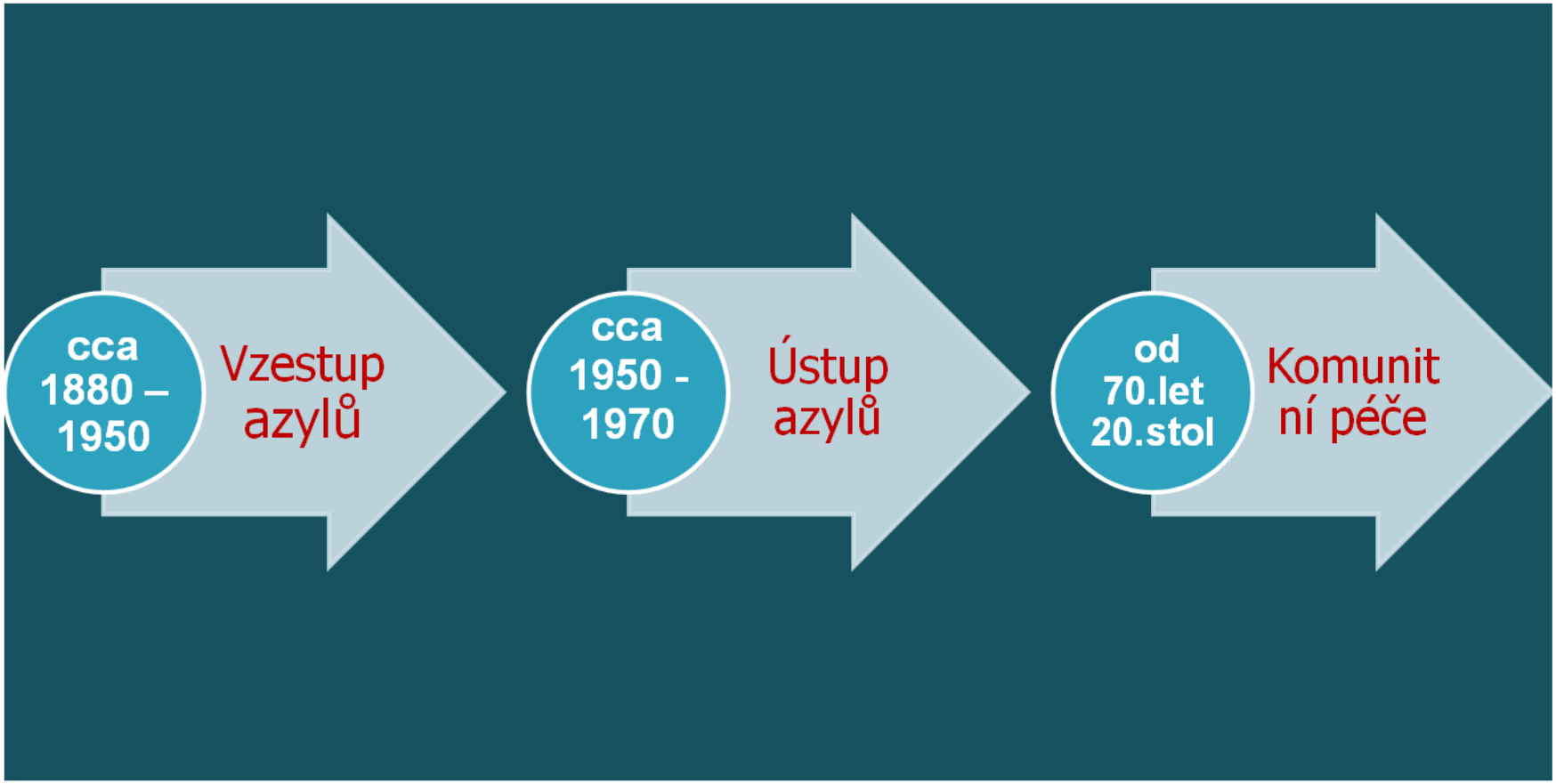
=>nutnost efektivních opatření

Historie: Paradigma péče o duševně nemocné

- Přístup je sociokulturně a historicky podmíněn

- V moderním věku - tři období:
  - vzestup asylů
  - ústup asylů
  - komunitní péče

Vývoj


cca 1880 – 1950
Vzestup azylů
cca 1950 - 1970
Ústup azylů
od 70.let 20.stol
Komunit ní péče

Etapa I.

VZESTUP ÚSTAVŮ (cca 1880 – 1950)

ústavy pro duševně choré byly ve své době pokrokem

- **nárůst počtu lůžek v nemocnicích**
- **snížení role rodiny v péči**
  - **nemocné**
- **pečují pouze lékaři a sestry**

Vídeň

Čechy

zdálky

zevnitř

Etapa II.

ÚSTUP ÚSTAVNICTVÍ (cca 1950 -1970)

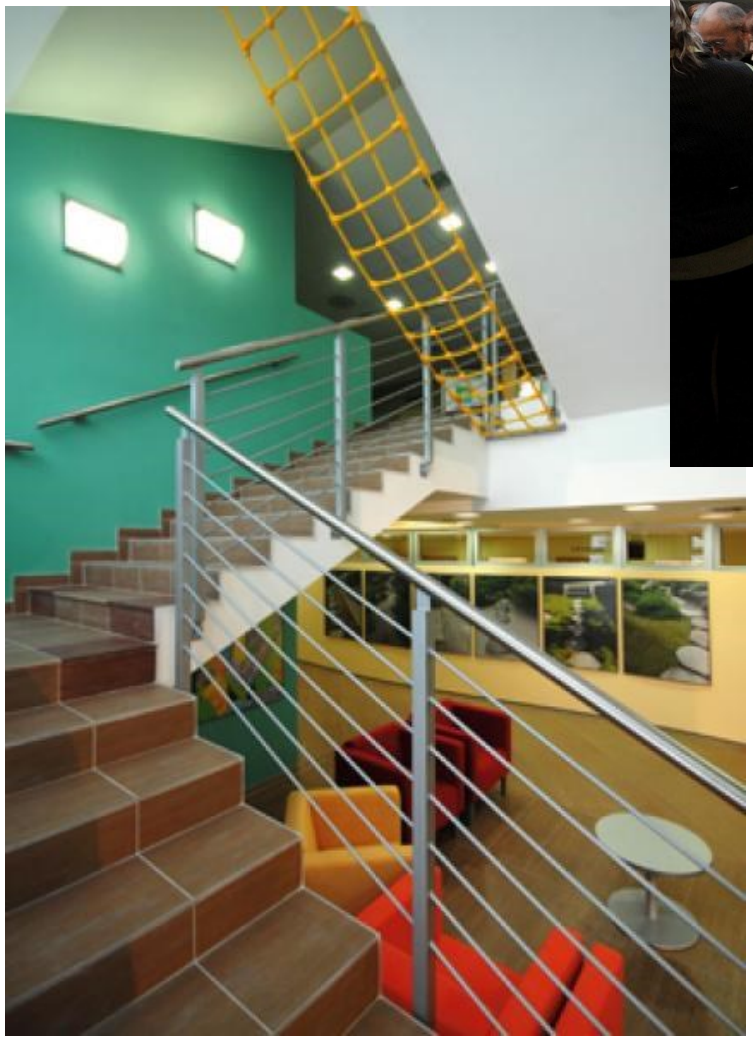
2.sv.v.- holocaust Židů, Romů, ale též duševně nemocných!

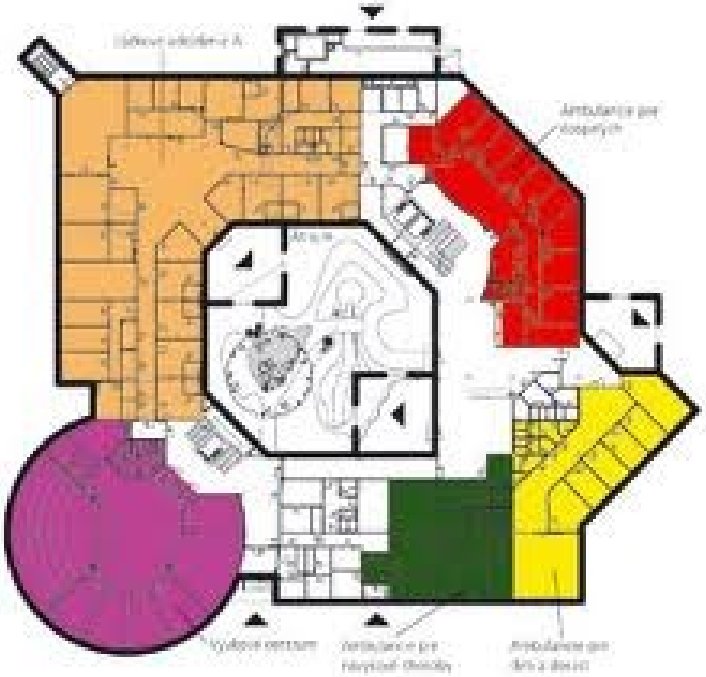
- **snížení počtu lůžek**
- **zvýšení role rodiny**
- **více profesionálů se účastní péče**

Etapa III.

KOMUNITNÍ PÉČE (od 70. let 20. stol.)

- **asyly nahrazeny malými zařízeními**
- **důraz na veřejný sektor, pestrost zdrojů**
- **více lokálně zakotvené služby**
- **multidisciplinární týmy**
- **větší starost o vyvážení kontroly pacientů a jejich nezávisloti**

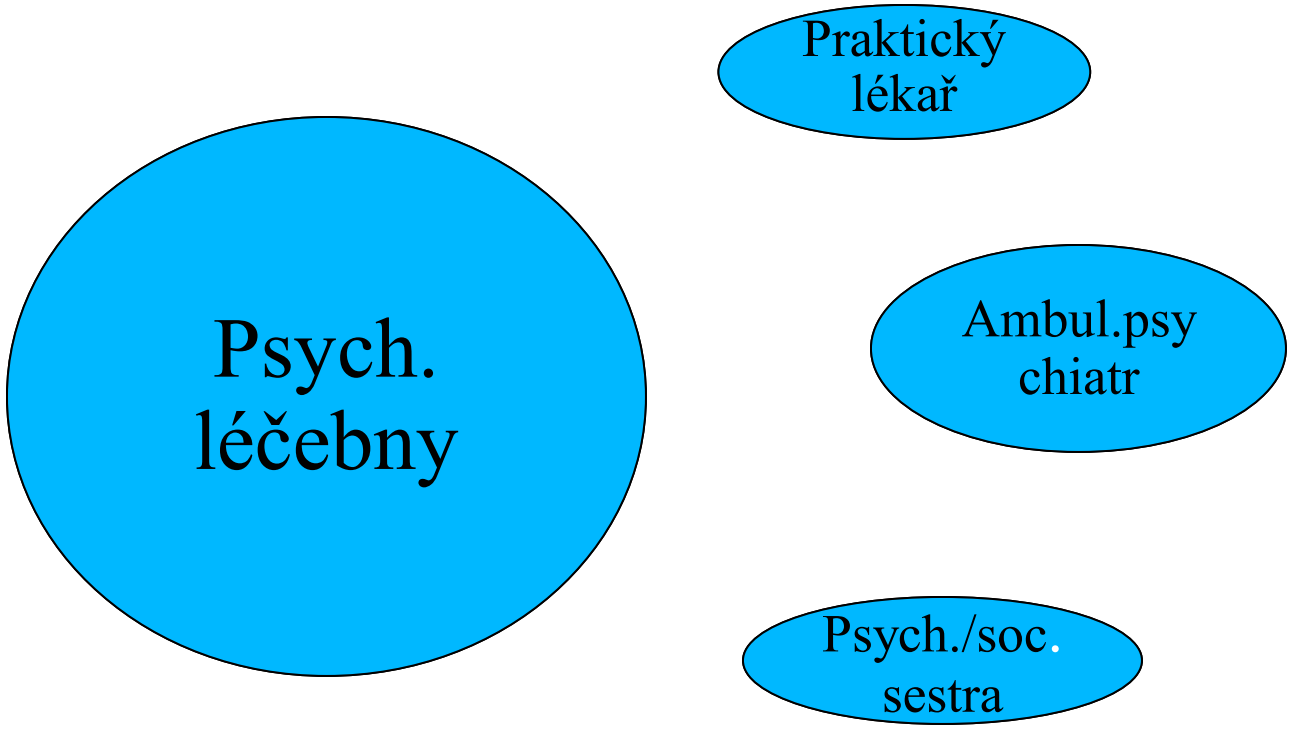




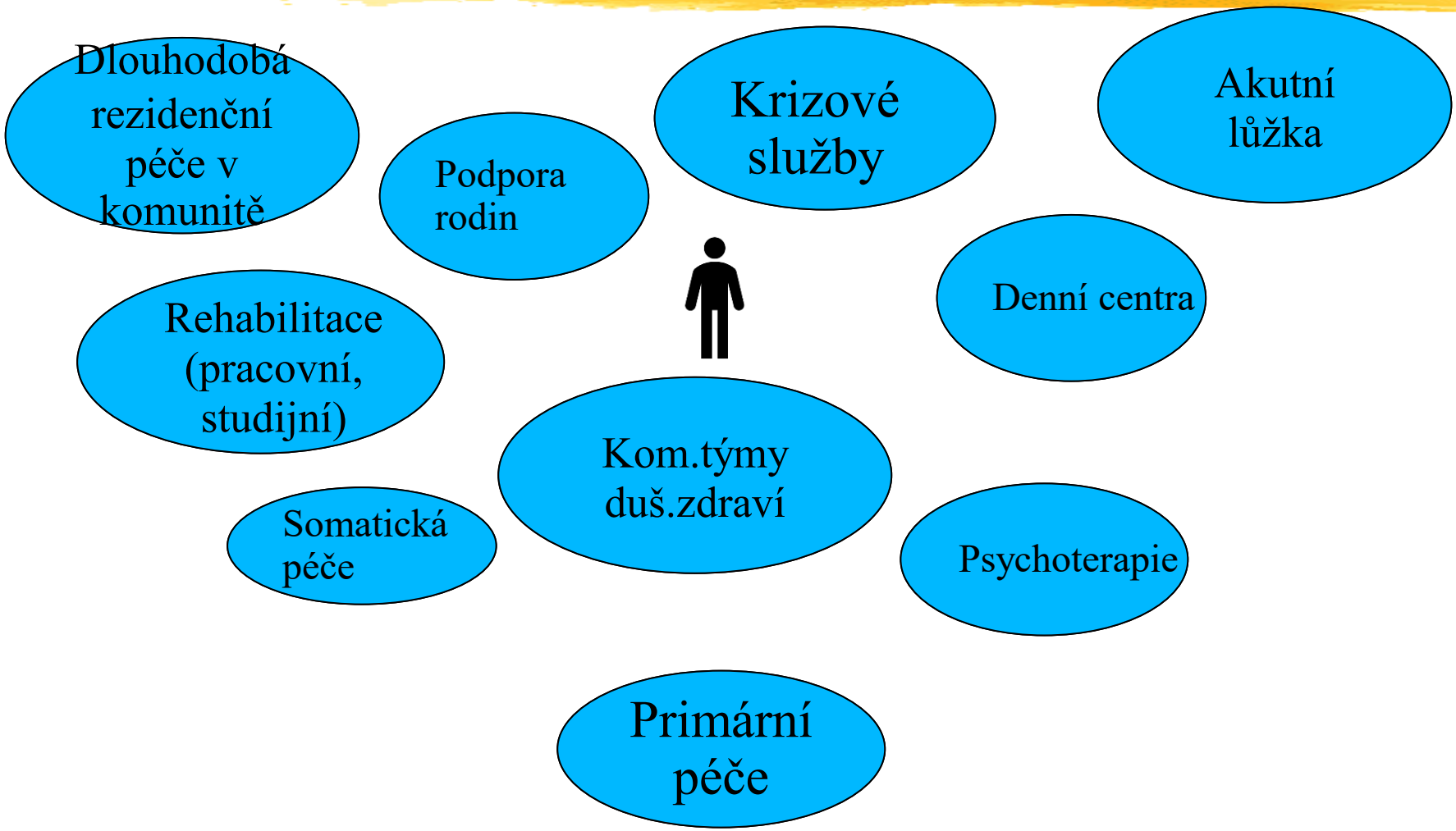
Definice

- Jako **KOMUNITNÍ PÉČE** je označován **systém terapie, pomoci a podpory**, který je obsahově i organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním (psychickým) postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem *(Thornicroft, 2001)*

Model péče 20.století (Muijen, 2005)



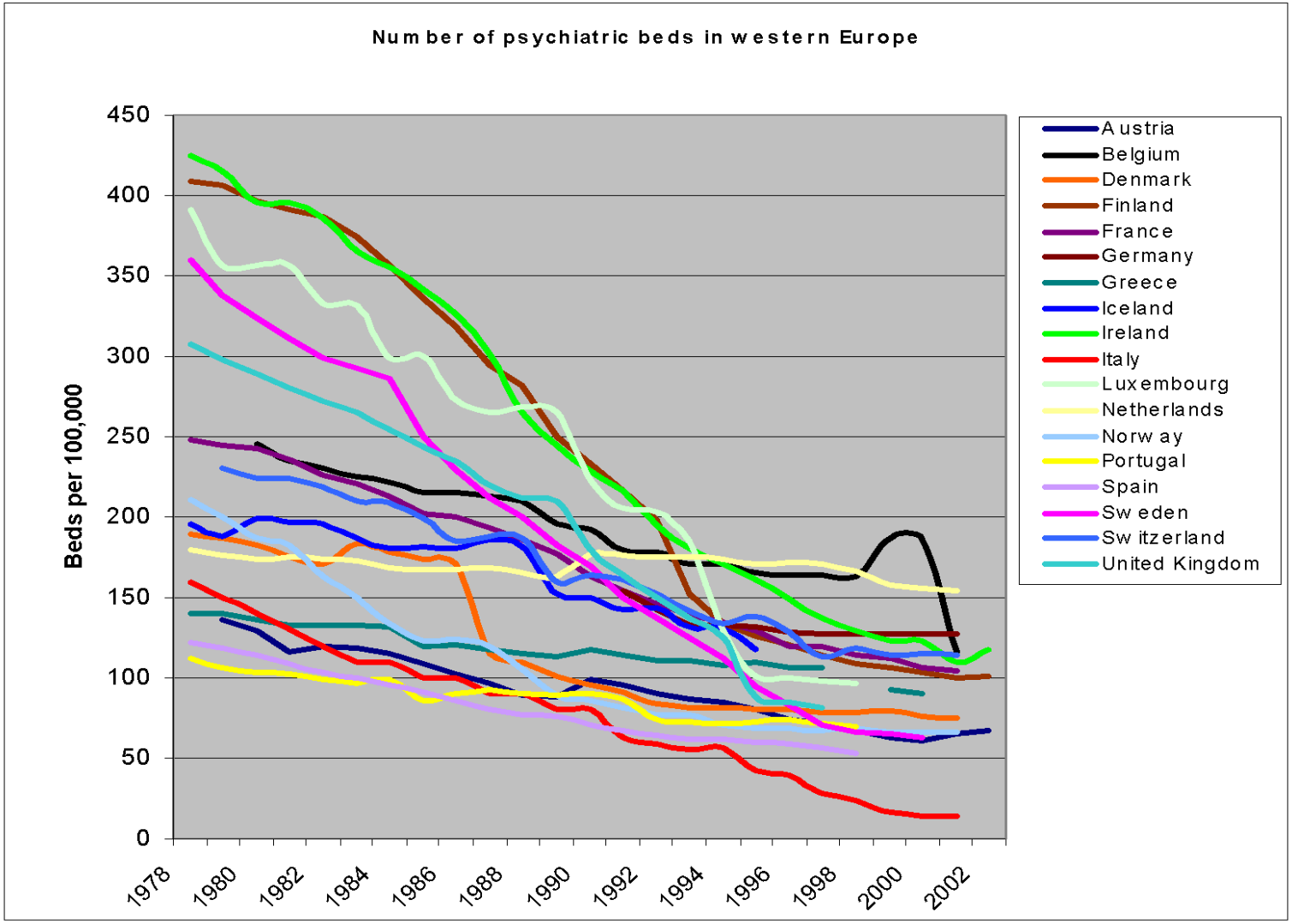
Model péče 21.století (Muijen, 2005)



Posun důrazu

- Segregace → intergrace
- Bezpečí společnosti → lidská a obč. práva
- Paternalismus → empowerment
- Závislost → autonomie
- Kontrola symptomů → kvalita života
- Orientace na dg. → orient.na potřeby
- Léčba → zotavení (recovery)

Snižování počtu psychiatrických lůžek v západní Evropě



Medicínský>rehab>integrační

Medicínský model (do 50.let 20.stol): *pacient*; má pasivní roli; izolace od společnosti; velké instituce; zdravotníci; neočekává se velké zlepšení

Rehabilitační model (50.-90.léta): *klient*, ale stále hlavně *příjemce* služeb; rozvoj komunitních služeb; více profesí + rodina; snaha o přípravu na život v komunitě

Integrační model

Integrační model: od 80.let; profesionální i běžné služby; role rodiny a komunity; svépomoc

Zotavení:

Zaměření na silné stránky (např. mapování dle Rappa, metodika CARe aj.)

…již (vy)šetření je intervencí - ***posiluje sebedůvěru a sebeúctu***

Komunitní péče

- Od 70.let v USA a západní Evropě

- Komplexní koncept: systém = **propojená síť** služeb poskytovaných
  - *v* komunitě (poskytovatelé, služby)
  - *komunitou* (neformální pečovatelé, přirozené zdroje)
  - *pro* komunitu (statistika, epidemiol., vědecký základ)

Balanced care model

(Thornicroft et al, 2013)

Cílem je vytvořit vyvážený model péče o duševní zdraví:

- služby reflektují priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují
- existuje vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami
- služby jsou poskytovány co nejblíže bydliště a pokud možno v přirozeném prostředí pacienta/klienta
- intervence se zaměřuje jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta/klienta.

CÍLOVÉ SKUPINY s nárokem na dlouhodobou péči

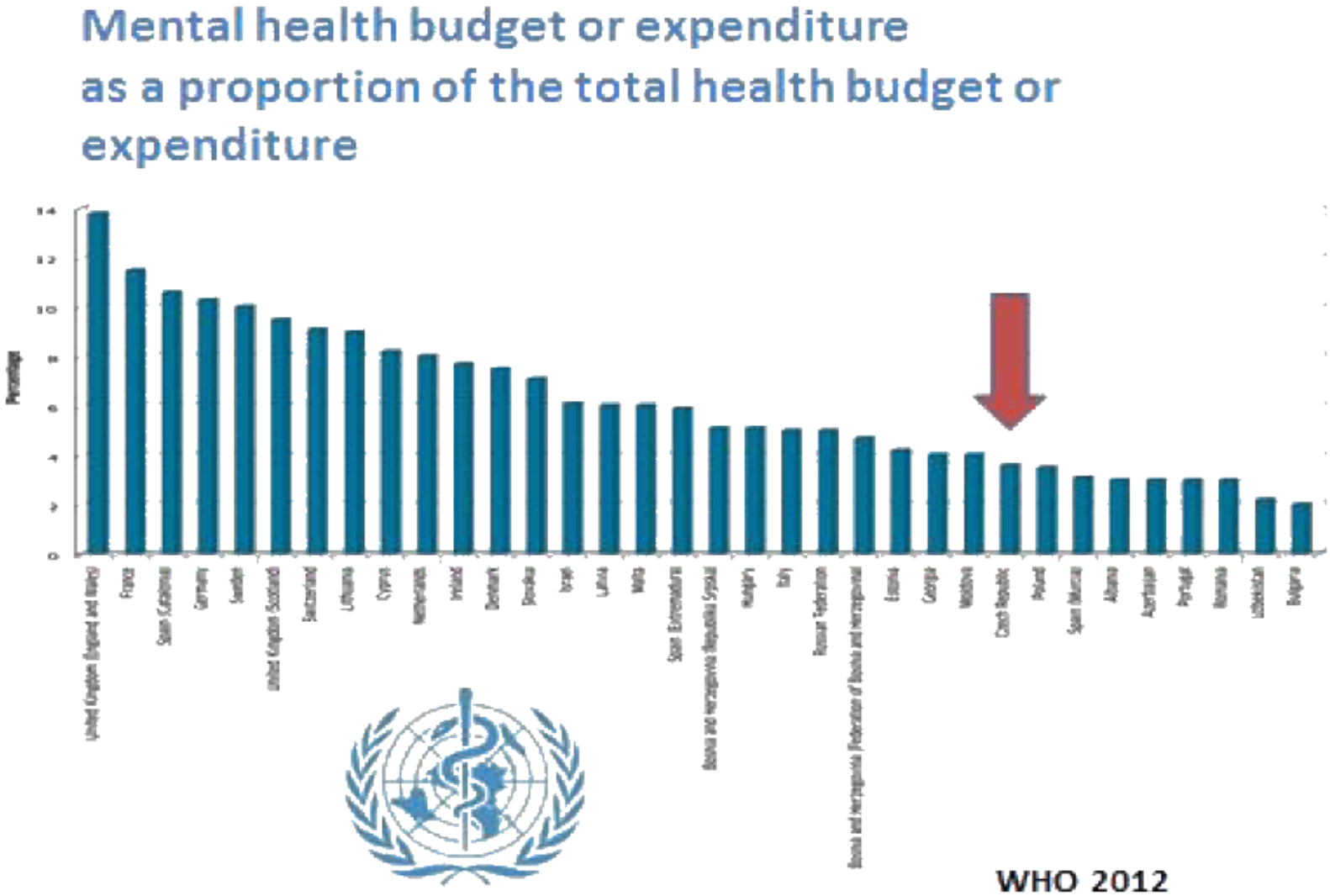
Psychiatrie

- dospělého věku
- dětského věku
- starého věku
- závislosti
- poruchy učení (mentální retardace)
- Poruchy příjmu potravy
- forensní

Skupiny se speciálními potřebami

- Duální diagnózy (psychóza+závislost)
- Uvězněné osoby s duševním onemocněním
- Duševně nemocné matky a jejich děti
- Příslušníci etnických menšin s duševním onemocněním
- …

Podíl výdajů na duševní zdraví z celkových výdajů na zdravotnictví



Praxe – zahraniční modely

Začátky: USA - Psychiatric Assertive Community Treatment (PACT), Austrálie - Community Treatment Team (CTT), Londýn – Early Intervention Service (EIS)…

Dnes:

1. **FACT** Holandsko
2. Finsko – **Open Dialogue** (Tornio, Záp. Laponsko)
3. Norsko – **TIPS** (časná detekce), **C-Flex**
4. UK - **ART** (Acute Response Team), Acute Home Treatment etc.
5. **ART** Holandsko – Active Recovery Triad

Hlavní principy

- Multidisciplinarita
- Mobilita, flexibilita
- Lokální dostupnost
- Časová dostupnost
- Nízký case-load
- Návaznost, networking

Snížení hospitalizace

Efektivní součásti, které vedou k redukci hospitalizací (Burns et al.,2006):

- Menší počet klientů na pracovníka
- Pravidelné návštěvy doma
- Odpovědnost za zdravotní i sociální péči
- Multidisciplinární tým
- Psychiatr v týmu

Assertive Community Treatment (ACT)

- Asi pro 20% nejtěžších SMI pacientů v komunitě
- Dobře definovaný model služby *(Stein 1990; Stein, Santos 1998; Test, Stein 1978)*
- Je to **evidence-based** intervence (*Bond, Drake, Mueser, Latimer 2001; Marshall, Lockwood 2002)*
- Multiprofesní tým: zahrnuje psychiatry, psychology, case managery, zdravotní sestry, adiktology
- Tři nezbytné techniky: 1) asertivita, 2) v týmu sdílené případy, 3) multidisciplinární přístup

FACT týmy v Nizozemí

Den Haag
Amsterdam
Rotterdam
Utrecht
Eindhoven
Arnhem
Nijmegen
Groningen
Leeuwarden
Assen
Emmen
Zwolle
Almere
Amsterdam
Haarlem
Leiden
Zoetermeer
Dordrecht
Breda
Tilburg
Antwerpen
Gent
Brussel
Bruxelles
Leuven
Hasselt
Maastricht
Heerlen
Venlo
Roermond
Apeldoorn
Deventer
Enschede
Hengelo
Almelo
Lelystad
Harlingen
Sneek
Heerenveen
Hoogeveen
Meppel
Coevorden
Hardenberg
Emden
Leer
Bocholt
Oss
Roosendaal
Terneuzen
Vlissingen
Middelburg
Spijkenisse
Westland
Katwijk
Hoorn
Alkmaar
Texel
Den Helder
Waddenzee
IJsselmeer
Noordoostpolder
Kampen
Dronten
Ede
Barneveld
Zutphen
Lochem
Doetinchem
Rheden
Oude IJsselstreek
Borken
Dulmen
Coesfeld
Ahaus
Gronau (Westfalen)
Losser
Rheine
Steinfurt
Greven
Münster
Hamm
Dorsten
Wesel
Dinslaken
Gladbeck
Recklinghausen
Gelsenkirchen
Herne
Dortmund
Bochum
Essen
Duisburg
Krefeld
Mönchengladbach
Neuss
Düsseldorf
Ratingen
Solingen
Leverkuelen
Köln
Bergheim
Hagen
Iserlohn
Hattingen
Menden (Sauerland)
Lüdenscheid
Gummersbach
Olpe
Wiehl
Wenden
Windeck
Troisdorf
Hennef
Erftstadt
Kerpen
Hürth
Frechen
Pulheim
Leverkusen
Langenfeld (Rheinland)
Grevenbroich
Erkelenz
Heinsberg
Geleen
Kerkrade
Eschweiler
Düren
Aachen
Eupen
Verviers
Spa
Bilzen
Genk
Sint-Truiden
Tongeren
Wolluwe-Saint-Lambert
Zaventem
Mechelen
Heist-op-den-Berg
Beringen
Geel
Mol
Turnhout
Hulst
Sint-Niklaas
Dendermonde
Aalst
Asse
Waregem
Kortrijk
Brugge
Oostkamp
Knokke-Heist
Veurne
Nieuwpoort
Oostende
Middelkerke
Ostende
Roeselare
Ieper
Poperinge
Veere
Tholen
Reimerswaal
Woensdrecht
Halderberge
Etten-Leur
Zundert
Schouwen-Duiveland
Moerdijk
Waalwijk
Oosterhout
Bergen op Zoom
Uden
Veghel
Bakel
Venray
Deurne
Geldrop
Veldhoven
Weert
Leudal
Nettetal
Viersen
Meerbusch
Mönchengladbach
Echt
Roermond
Venlo
Kerkrade
Heerlen
Maastricht
Hilversum
Amstelveen
Alphen aan Den Rijn
Woerden
Gouda
Nieuwegein
Veenendaal
Barneveld
Zeist
Westvoorne
Hellevoetsluis
Bergen op Zoom
Schouwen-Duiveland
Eemsmond
Ferwerderadiel
Dantumadeel
Achtkarspelen
Smallingerland
Opsterland
Ooststellingwerf
Midden-Drenthe
Borger
Tynaarlo
Noordenveld
Haren (Ems)
Meppen
Lingen (Ems)
Nordhorn
Twenterand
Raalte
Dalfsen
Steenwijk
Hoogeveen
Meppel
Coevorden
Hardenberg
Almelo
Hengelo
Enschede
Hof van Twente
Hellendoorn
Apeldoorn
Deventer
Zutphen
Lochem
Berkelland
Bronckhorst
Rheden
Doetinchem
Arnhem
Nijmegen
Oss
Uden
Bakel
Venray
Deurne
Geldrop
Veldhoven
Eindhoven
Roosendaal
Zundert
Etten-Leur
Halderberge
Woensdrecht
Reimerswaal
Tholen
Terneuzen
Vlissingen
Middelburg
Spijkenisse
Westvoorne
Hellevoetsluis
Westland
Katwijk
Leiden
Zoetermeer
Gouda
Nieuwegein
Veenendaal
Barneveld
Zeist
Amstelveen
Hilversum
Almere
Haarlem
Haarlemmermeer
Alkmaar
Hoorn
Heerhugowaard
Medemblik
Schagen
Harenkarspel
Texel
Den Helder
Anna Paulowna
Waddenzee
IJsselmeer
Lelystad
Dronten
Kampen
Noordoostpolder
Zwolle
Dalfsen
Raalte
Twenterand
Nordhorn

FACT

Od r. 2003 holandský model - funkční ACT:

- Rehabilitačně orientovaný
- Založen na ACT, ale pružnější, pro širší cílovou skupinu klientů SMI
- Používá klinický model case managementu
- Kombinuje individuální a týmový přístup podle potřeb jednotlivých pacientů či fáze onemocnění

FACT: dvě úrovně práce

Vysoká intenzita:

- pro 10-15% nestabilních, ohrožených
- asertivní práce celého týmu
- schůzky denně

Nízká intenzita:

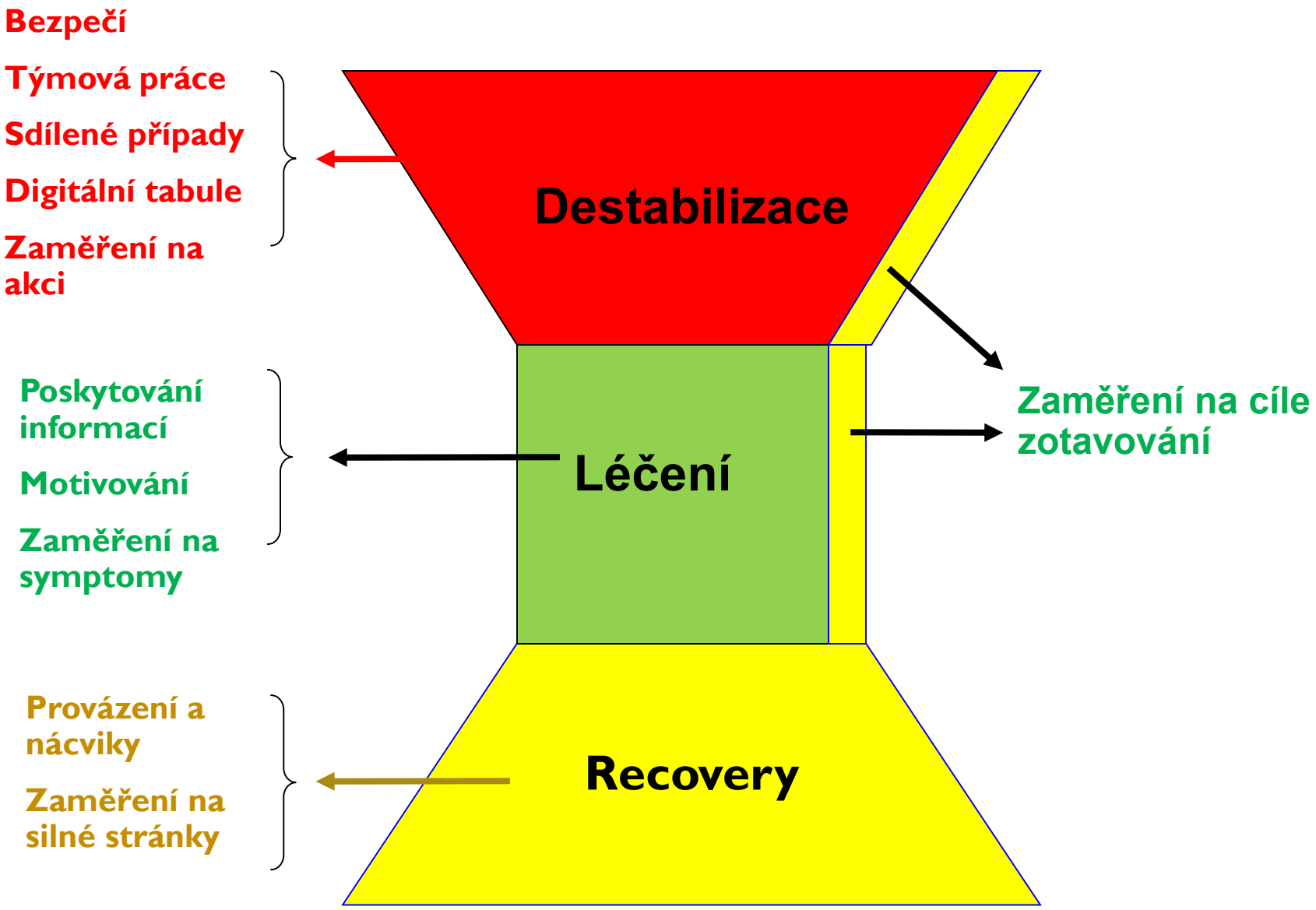
- stabilnější dlouhodobí pac.- 80-90%
- individuální případové vedení (CM)
- multidisciplinární, koordinovaný
- dlouhodobý léčebný plán (do 1 roku)

(F)lexible (A)ctive (C)reative (T)imeless

FACT (pokr.)

Specializované FACT týmy podle specifických cílových skupin:

- FACT pro DD, pro mládež, pro časnou intervenci, pro seniory


Bezpečí
Týmová práce
Sdílené případy
Digitální tabule
Zaměření na akci
Destabilizace
Poskytování informací
Motivování
Zaměření na symptomy
Léčení
Zaměření na cíle zotavování
Provázení a nácviky
Zaměření na silné stránky
Recovery

Další varianty

Finsko: Open Dialogue (Jaako Seikkula)

- výrazné zkrácení DUP, výrazný pokles chronifikace a soc.selhávání

Norsko: TIPS (tým časné detekce) – výrazné zkrácení DUP

Švédsko RACT (Resource ACT), Holandsko ART (Active Recovery Triad) - výrazné zapojení okolí

Reforma psychiatrické péče

- MZ 2013, realizace na 2014-2023
- Financování ze Strukturální fondů EU
- Nový prvek v péči o lidi se SMI v komunitě

  - **centra duševního zdraví**

- Dále: rozšířené ambulance, krizová centra, denní centra, posílení psychiatrických odd. všeobecných nemocnic, redukce psychiatrických léčeben (nemocnic)
- Zapojeno i MPSV, zdravotní pojišťovny, kraje

… poprvé od 90.let realizace systémové změny

https://reformapsychiatrie.cz/

reforma

Informační magazín Reformy péče o duševní zdraví

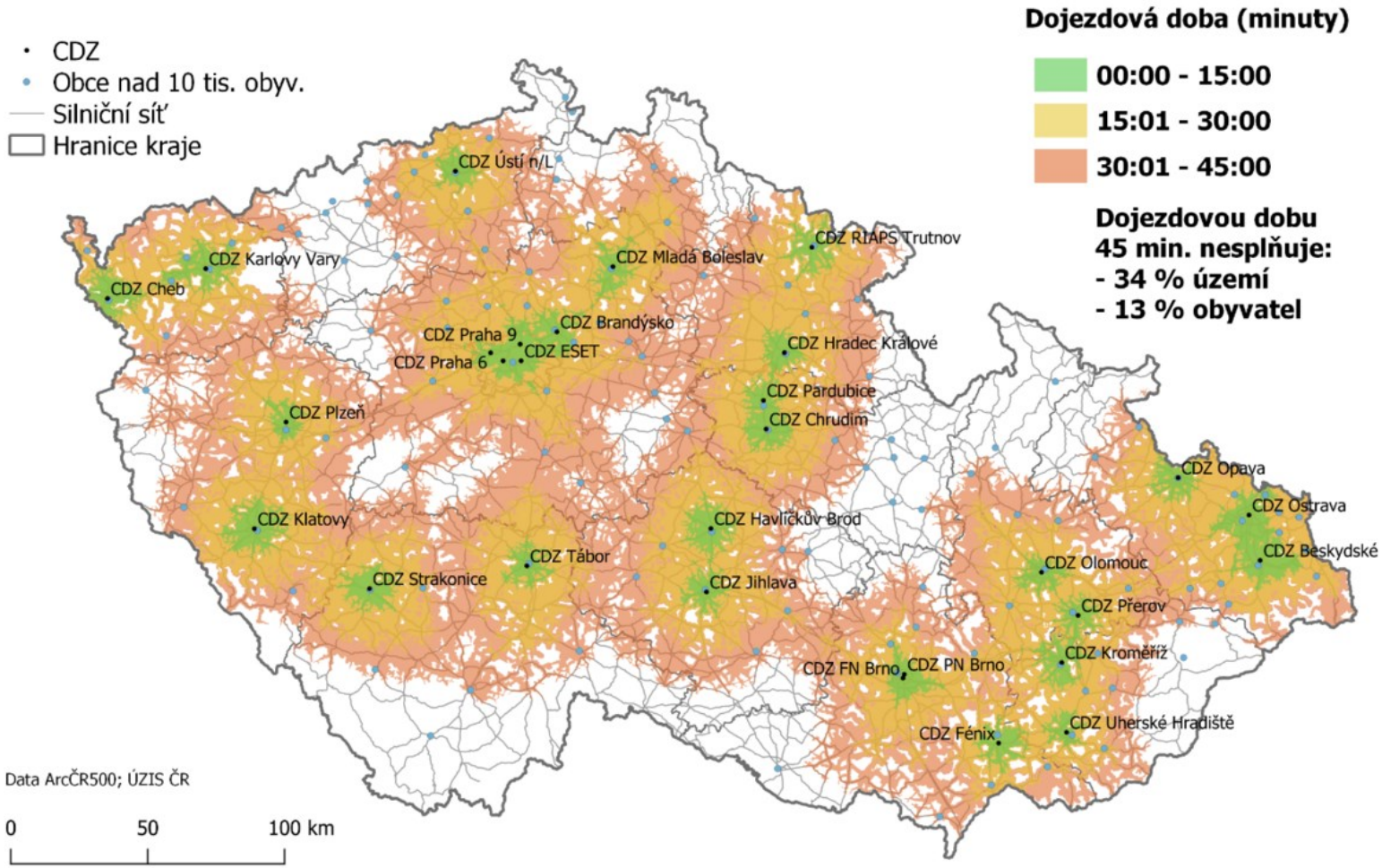
Centra duševního zdraví

Nový prvek v našem systému péče: první 3 pilotní CDZ od 2018, další od 2019, r. 2022 plán 30

Podpora pacientů/klientů s komplexními potřebami (a jejich rodin) v přirozeném prostředí; zahrnuje léčbu (včetně psychoterapie), rehabilitaci i řešení problémů, akutní i dlouhodobou péči a řešení krizí. Podpora je na míru šitá a proaktivní.

Vize: služba orientovaná na podporu zotavení?

ANALÝZA MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



Mapa

https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUIw3an8hY_0pzoO5F1EAj4Rk_5mnas9&ll=49.84436730987587%2C15.361049149999982&z=7

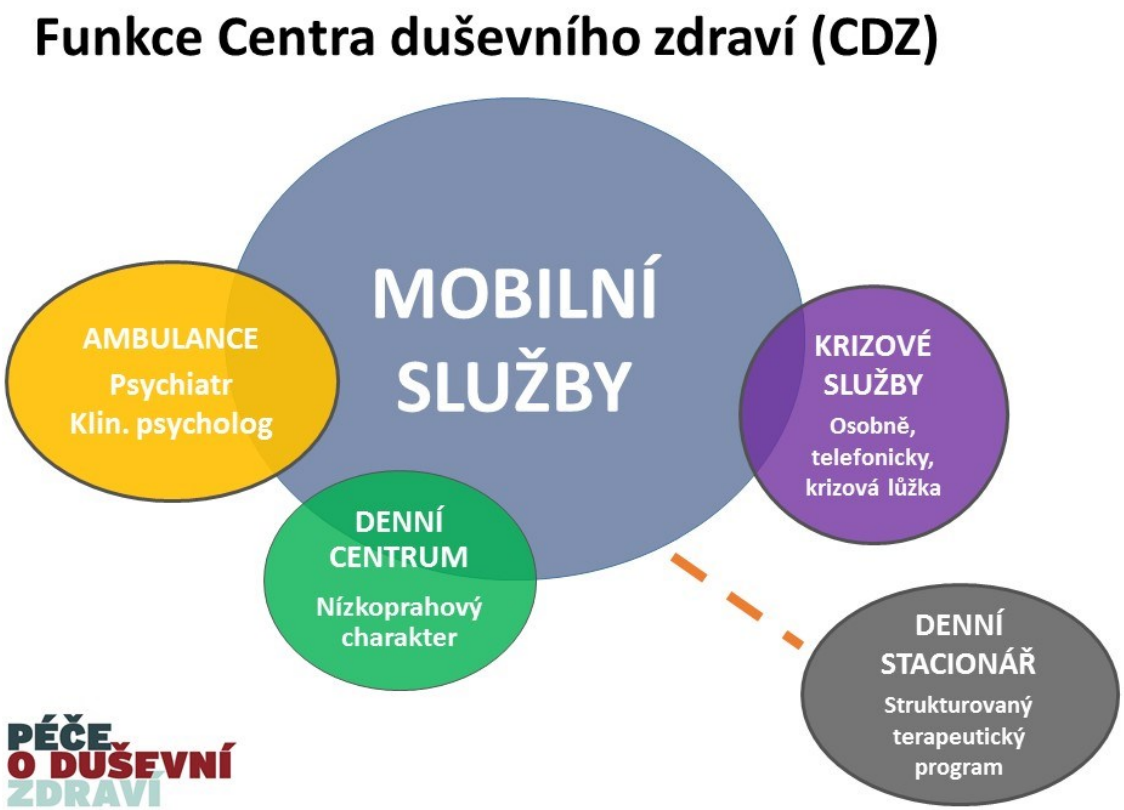
Centra duševního zdraví

Základní součásti CDZ:

- Terénní multidisciplinární tým
- Denní centrum
- Psychoterapie (denní stacionář apod.)
- Krizové centrum (jedno na 4 CDZ)

- Zhruba jedno CDZ na 100 tisíc obyvatel, pro cca 200 pacientů

Funkce CDZ

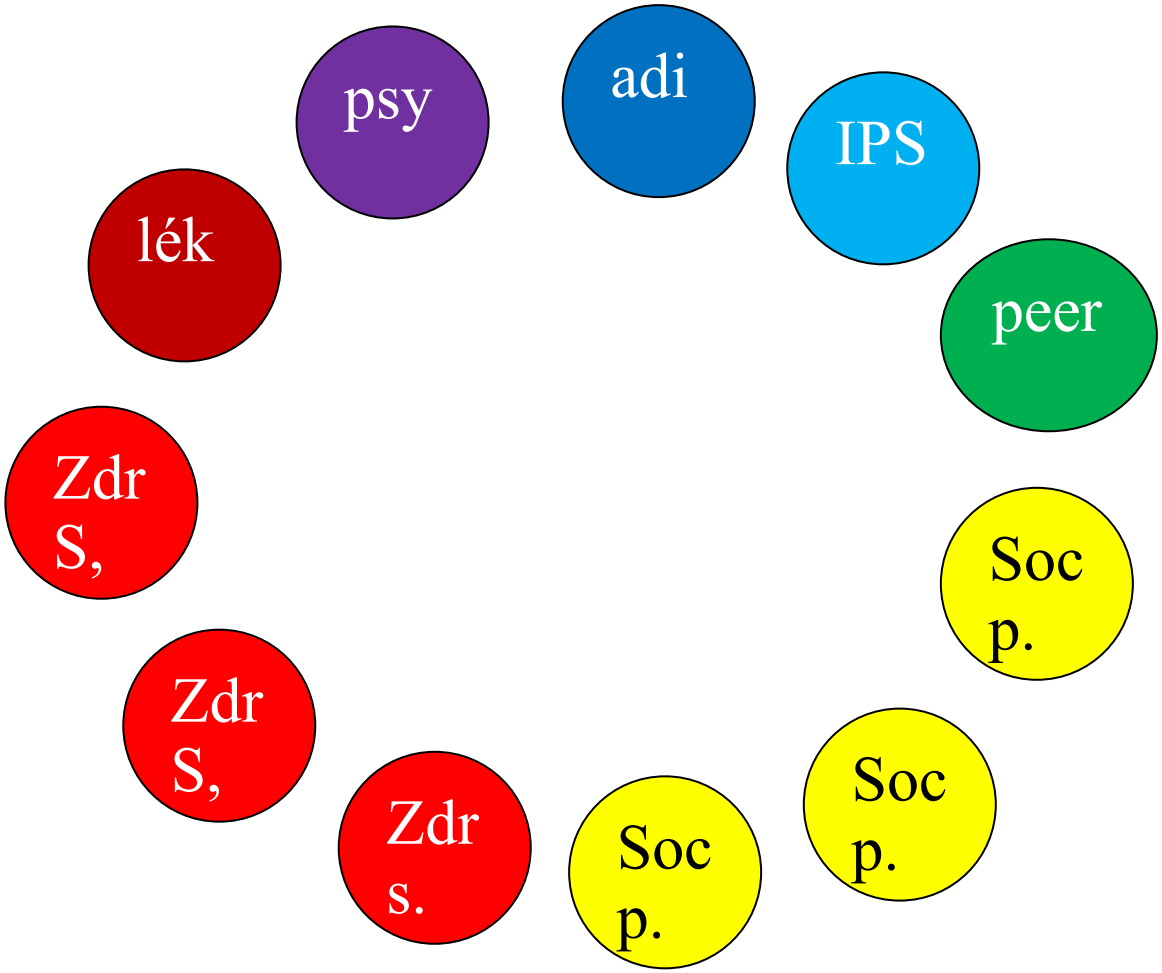

Funkce Centra duševního zdraví (CDZ)
MOBILNÍ SLUŽBY
AMBULANCE
Psychiatr
Klin. psycholog
KRIZOVÉ SLUŽBY
Osobně, telefonicky, krizová lůžka
DENNÍ CENTRUM
Nízkoprahový charakter
DENNÍ STACIONÁŘ
Strukturovaný terapeutický program
PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Pracovníci CDZ

- Psychiatr
- Psycholog (klinický)
- Psychiatrické (a všeobecné) sestry
- Sociální pracovníci
- Peer pracovník

Ev. adiktolog, IPS specialista (pracovní konzultant) aj.

TÝM CDZ



Základní principy

- Nízkoprahovost: dostupnost služby, umístění v lokalitě, kde působí, jednoduchý vstup (jeden telefon apod.)
- Asertivita: aktivní kontaktování, vyhledávání
- Schopnost krizové intervence
- Práce v terénu – mimo kancelář
- Případové vedení (CM)
- Starost o zdravotní i sociální potřeby klientů
- Vazba na další lokální služby a komunitu

Děkuji za pozornost.

Užitečné odkazy

- www.psychiatrie.cz
- www.reformapsychiatrie.cz
- www.mzcr.cz
- www.zotaveni.cz