

# PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI V KONTEXTU PLÁNOVÉ TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE



# ZÁVAŽNÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

- ⑩ **SMI** Serious/severe Mental Illness - osoby se závažným duševním onemocněním
- ⑩ Onemocní 1 000 osob/100 000 obyvatel ročně,
- ⑩ **F20-F29 schizofrenie**
- ⑩ **F30 – F39 afektivní poruchy**



## TROCHU ČÍSEL ÚVODEM

- Celkem se v r. 2012 léčilo **154 166** osob s diagnózou F2 anebo F3.
- Průměrná ošetrovací doba činila 115 dní
- **23** dní v psychiatrických odděleních nemocnic,
- **153** dní v psychiatrických léčebnách u pacientů s diagnózou F2



- **431 pacientů s diagnózou F2**
- **20 pacientů s diagnózou F3**

**bylo propuštěno po hospitalizaci delší než  
1 rok (!)**



- 90 % ambulantně léčených osob s diagnózou F2 a 30 % s diagnózou F3 potřebuje **další zdravotní nebo sociální péči.**
- **Osoby z tohoto okruhu jsou při neadekvátní péči ohroženy chronifikací nemoci, opakovanými hospitalizacemi a sociálním vyloučením**



*Klienti s vážnými, komplikovanými nebo dlouhodobými duševními problémy mají o 40% více problémů s medikací a o 300% více problémů s chováním než běžná populace,*

Leavitt, S. S. (1983) Case management



# NEDOSTATKY V SOUČASNÉM SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

## **Zdravotnictví**

- Nedostatek primární péče (ambulantní péče)
- Dlouhodobé hospitalizace v PN se všemi důsledky
- Nedostatečná humanizace péče
- Neatraktivnost oboru



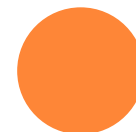
- Péče v PN je vzdálena od původní komunity
- Nedostatečný počet semimurální péče a psychoterapie
- Chybí krizové týmy 24/7 a péče v terénu
- Chybí specializované služby (duální diagnózy, péče o děti, mladistvé)
- Chybí provázanost péče





# SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Nedostatečný počet komunitních služeb pro oblast bydlení, práce, volného času
- Nedostatek terénních služeb
- Chybí péče pro lidi s duálními diagnózami: například schizofrenie a drogová závislost (Komunita Sejřek Žďár nad Sázavou Kraj Vysočina). Problematická je kombinace s mentálním postižením, poruchou osobnosti
- Stávající sociální služby odmítají přijímat zájemce s duševním onemocněním
- Problematický způsob přiznání PNP



# ZÁKON 108/2006

## Problematické oblasti

- Způsob financování sociálních služeb
- Vymezení druhu služeb
- Uplatnění meziresortní spolupráce
- Výkon inspekcí dle zákona o státní kontrole



# DZR

Do sítě péče o osoby s duševním onemocněním je nutno taktéž zahrnout lůžka v Domovech (DZR) – odčerpávají 80% financí na péči

- Často poskytují služby velkému počtu uživatelů
- V mnoha případech se jedná o nedostatečně humanizované služby
- Mnoho uživatelů by zvládlo službu s menší podporou ale nemá možnost výběru



# PLÁNOVANÝ MODEL PÉČE CDZ

## **Multidisciplinární tým – týmový způsob práce**

- **Mobilní služby:** péče poskytovaná formou psychiatrické a sociální rehabilitace **do 24 hodin (asertivní komunitní tým- case management)**
- **Centra denních aktivit** se strukturovanými i volnočasovými programy
- **Krizové služby 24/7** 2-8 krizových lůžek, pobyt do 10 dní
- **Psychiatrická a klinickopsychologická ambulance**



# KOMUNITNÍ (SOCIÁLNÍ) SLUŽBY

- v ČR etablováno cca 10 mobilních týmů registrovaných jako sociální služby, které pracují v terénu s klienty s vícečetnými potřebami dlouhodobého charakteru.
- Sociální programy, podpora bydlení, zaměstnávání apod. jsou zajišťovány zhruba třemi desítkami neziskových organizací specializovaných na vážně duševně nemocné,



# ZPŮSOB PRÁCE

- Bio- psycho-sociální pojetí osobnosti
- Meziresortní spolupráce
- Case management
- Komunitní model péče ( služba jde za klientem)
- Multidisciplinární přístup



# MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE- SPOLUPRÁCE SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI

## **Zdravotnické služby**

- Odborný pohled na problematiku duševního a fyzického zdraví - léčba, medikace
- Odborné posudky (soudní znalci, posudkoví lékaři)
- Rozhoduje autorita, důraz kladen na ochranu, bezpečí

## **Možné problémové oblasti**

- Zúžené vnímání potřeb
- Zúžené vnímání problému na somatické/biologické úrovni
- Důraz kladen na handicap, spíše než na možnosti
- V psychiatrii zaměření na psychické zdraví, podcenění somatických problémů



# SPOLUPRÁCE VE PROSPĚCH KLIANTA

- Hledat společný cíl (prospěch klienta)
- Prosazovat týmovou spolupráci
- Respektovat názor odborníků
- Cítit se odborníky na svém úseku/mít odbornost, kompetenci
- Nepřebírat automaticky medicínský model péče
- Prosazovat volbu klienta
- Prosazovat práva klienta včetně práva na přiměřené riziko
- Navrhovat nové cesty řešení problému





# LŮŽKOVÁ ODDĚLENÍ

## **Lůžková oddělení – možnosti spolupráce**

- Aktivně navázat spolupráci (nabízet služby, komunikovat, vysvětlovat)
- Získat spojence (sociální pracovníky, psychology, vrchní sestry, lékaře) vytvořit ostrůvky pozitivní deviace
- Oslovovat hospitalizované pacienty, nabízet následnou péči
- Zvláště v PL nabízet jiný úhel pohledu, společně hledat nová řešení
- Informovat o úspěších komunitních služeb



NENECHTE SE ODRADIT NEÚSPĚCHY!



# ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ TÝM CASE MANAGEMENT

**Strategie založené na organizacích nejsou dostatečné, je třeba lidský vztah**

*(President's commission on Mental Health 1978)*

**Základní rolí Case managementu je integrovat péči o klienta, koordinovat zúčastněné služby**

*(Onyett 1992)*



# PROČ VYUŽÍVAT CM?

## Časté chyby služeb

- **Tendence přeceňovat medicínské problémy a farmakoterapii před sociálními nebo psychologickými problémy**
- **Paušálně poskytovat „prefabrikované služby“** (2x měsíčně docházka do centra denních služeb, 1x týdně schůzka s pracovním terapeutem)
- **Vypadávání klientů ze systému péče** - zaměření převahy péče na spolupracující, integrované klienty



- V prostředí soutěže o nedostatečný objem finančních prostředků se určité specifikum klienta stává důvodem pro jeho odmítnutí (nepřijímáme lidi, kteří mají problémy s alkoholem, drogami, jsou nepohybliví, neudrží čistotu....)
- **Pro některé skupiny klientů se tak nedostává služeb**



# ROLE CASE MANAGERA

Case manager funguje jako:

- Osoba která klienty vyhledává a kontaktuje
- Terapeut a poradce
- Osoba, která hájí zájmy klienta
- Zprostředkovatel služeb poskytovaných jinými poskytovateli
- Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí



# ZÁKLADNÍ ÚKOL CM

## o Vytváření vazeb

Vede k posílení sítě jež ho podporuje - podávání žádostí, požadování finančních prostředků, dávek, pomoc při navázání kontaktu s agenturami, pomoc při překonávání byrokratických překážek

*(V byrokracii u každého pravidla existují způsoby jak ho obejít . Lamb 1980).*



# ZÁSADY CM

- **Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii.**
- **Vztah je významnější, než přesný plán intervencí.** Čím je partnerštější, tím více intervence odpovídá skutečným potřebám klienta.
- **Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí.** (Ale existují i situace, kdy CM musí činit rozhodnutí, která jsou v zájmu klienta, ale v rozporu s jeho přáním)





# ZÁSADY CM

- **Asertivita intervencí.** To, že se klient nedostavuje na schůzky není důvodem k ukončení péče - je třeba ho najít.
  - **I lidé s vážným handicapem se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat.**
  - **Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoliv překážka**
- Potřebuje klient péči denního centra, nebo potřebuje smysluplně vyplnit čas?



- *Klienti, kteří mají lepší funkční schopnosti, mají také často větší potíže ve vztahu ke komunitním zdrojům. Chroničtější pacienti jsou tolerantnější k neosobní péči a léčbě . Dokud člověk doufá že bude léčen slušně, je pro něj obtížné smířit se s pravidly, předpisy a byrokratickým přístupem“.*

Kanter :Case management of the young adult chronic patient 1985).



# PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ

- Právo na práci je jedním ze základních lidských práv



# MOŽNOST BÝT ZAMĚSTNÁN

- Zlepšuje sociální dovednosti člověka
- Zvyšuje jeho sociální prestiž i jeho sebevědomí
- Snižuje jeho závislost na sociálním systému
- Často zlepšuje/stabilizuje jeho zdravotní stav
- Pracovní uplatnění patří mezi základní potřeby člověka



- Posudkoví lékaři však ve své praxi často nerozlišují souvislosti mezi nárokem na důchod a legitimní snaze lidí s postižením uplatnit zbytky svého pracovního potenciálu



- Velkým problémem je právo na pracovní uplatnění lidí zbavených právní způsobilosti
- Osoba s III. stupněm ID nemůže být na úřadě práce zaevidována, pokud v jejím rozhodnutí o ID nestojí, že může v chráněných podmínkách pracovat. Tato věta však obvykle v rozhodnutích chybí jen proto, že nikoho nenapadlo jí tam napsat.



## OBVYKLÉ MÝTY

- Vyšší příspěvek na péči brání pracovnímu uplatnění
- Invalidní důchod III. stupně je neslučitelný s pracovním uplatněním, pokud člověk pracuje, měl by mu být ID odebrán
- Pokud je osoba nezpůsobilá k právním úkonům neměla by pracovat (při navrácení způsobilosti by se jí pak měl snížit stupeň ID)



# SOUVISLOST S TRANSFORMACÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- Zaměstnávání osob se zdravotním postižením (stejně jako např. aktivní trávení volného času) stojí stále na okraji problematiky transformace. Pozornost je upřena převážně na problematiku bydlení. Běžný způsob života však souvisí s možnostmi pracovat, vzdělávat se, být kulturní, navazovat společenské vztahy.





# MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE

- Spolupracujte s posudkovými lékaři. Vysvětlujte, intervenujte, odvolávejte se.
- Spolupracujte s agenturami práce a chráněnými dílnami. Prověřte si jejich serióznost.
- Spolupracujte se zaměstnavateli na otevřeném trhu práce, vyhledávejte možnosti pro podporované zaměstnávání.



# DALŠÍ SPOLUPRÁCE VE PROSPĚCH KLIANTA

- s rodinou klienta
- s opatrovníky
- se soudy (využít možnosti alternativ, opatrovnických rad dle NOZ)
- s institucemi (PNP)



○ Děkuji za pozornost

PhDr. Jana Horáková  
[j.horakova@fokuslbc.eu](mailto:j.horakova@fokuslbc.eu)

