

Úvod do komunitní péče o duševně nemocné

text k přednášce

Mgr. Pavel Říčan, leden 2007

Rozvoj komunitní péče

Za počátek rozvoje komunitní péče v západní Evropě a Spojených státech se obvykle považují padesátá léta 20 století.

Určit zpětně důvody, proč v této době začíná v naší euroamerické civilizaci transformace péče o duševně nemocné je věcí interpretace.

Dva nejsilnější faktory, které vedly k rozvoji komunitního principu v péči o duševně nemocné byly pravděpodobně poznatek, že **dlouhodobý pobyt v uzavřené instituci je sám o sobě škodlivý** (hovoří se o hospitalismu) a skutečnost, že se objevily **nové léky (antipsychotika)**.

Právě tento druhý faktor - totiž souvislost mezi objevem antipsychotik a rozvojem komunitní péče je sporný – například u nás se rovněž začala používat antipsychotika a to aniž by se začalo uvažovat o transformaci azylových zařízení.

Rose (2001) říká, že možná významnější roli při desegregaci psychiatrických pacientů sehrála potřeba psychiatrů přiblížit se normální nestigmatizované medicíně.

Dalším někdy opomíjeným faktorem, který umožnil rozvoj komunitní péče v Evropě je poválečný **vzestup sociálního (welfare) státu**.

Postupné rušení obrovských a nákladných azylových zařízení (tam, kde k němu došlo) bylo původně spojeno s předpokladem, že **komunitní péče přinese úspory**, což se nepotvrdilo.

Britský příklad

Odemykání uzavřených oddělení probíhá ve Velké Británii v padesátých letech dvacátého století.

Zákon o duševním zdraví – Mental Health Act z roku 1959 znamenal reorientaci služeb pro duševně nemocné od institucionální ke komunitní péči.

1961 vzniká plán na snížení počtu psychiatrických lůžek na polovinu během následujících 15 let a uzavření většiny psychiatrických nemocnic.

Příběh pokračuje, dochází k dalšímu snižování počtu psychiatrických lůžek. Nejde však jen o snižování množství postelí, ale především o jejich diferenciaci, přesun do všeobecných nemocnic a budování provázaného systému komunitní péče na regionální bázi. Vítězí multidisciplinární komunitní týmy. Finanční podpora se nezadržitelně přelévá do komunitních služeb.

Dnes je Velká Británie zemí, která vydává na péči o duševně nemocné po Lucembursku druhé největší procento z rozpočtu na zdravotnictví (12 % oproti 2,5 % v ČR) a má 58 lůžek na 100 tisíc obyvatel oproti 114 lůžkům v ČR. (dle Mental Health Atlas)

Transformace

Zkušenosti z transformace v západní Evropě ukázaly, že **snižování počtu lůžek neprobíhá lineárně** – zpočátku je možné dosáhnout obdivuhodných výsledků, ale ve chvíli, kdy se začne desegregace týkat osob s vážným duševním onemocněním, které mají kumulované potřeby, snižování počtu lůžek se zpomaluje a komunitní služby se stávají relativně nákladnými. Komunitní péče – je-li dobře zorganizovaná a dostupná – s sebou nese zvýšení kvality života duševně nemocných nikoliv snížení nákladů v porovnání s péčí ve velkých institucích.

Paralelní procesy proběhly v různé míře v celém západním světě – v Evropě i za mořem ve Spojených státech. Trochu výjimečnými zeměmi jsou v tomto ohledu Holandsko a Belgie, kde (zvláště v Holandsku) došlo k rozvoji komunitních služeb aniž by se redukoval počet psychiatrických lůžek.

V poválečné Československé socialistické republice naopak vítězí kolektivní výchova a kolektivní ústavní léčba. Alternativy k péči v azylových zařízeních se začínají hlásit o slovo až v devadesátých letech 20. století. Vznikla neúplná síť různých druhů komunitních služeb v celé republice. Reformní snahy zatím zcela postrádají podporu ze strany centrálních orgánů.

Současná situace se vyznačuje nízkou koordinovaností jednotlivých segmentů péče a nerovnoměrným rozložením zvláště komunitních služeb. Určitou naději představuje schválení terénních výkonů psychiatrických sester v roce 2006 – mohlo by přinést podstatné zlepšení dostupnosti komunitních služeb, větší multidisciplinární spolupráci a lepší zapojení psychiatrických ambulancí do celku komunitní péče.

Transformace psychiatrické péče měla a má i své kritiky, jmenujme alespoň dva nejčastěji uváděné argumenty podle Rose (2001):

Zanedbání péče – argumentuje se částečně oprávněně divokou deinstitucionalizací ve Spojených Státech.

To je dnes už hodně vychladlý argument. Všechny příručky pro tvůrce politik péče o duševně nemocné dostupné na webu WHO upozorňují na nutnost transformaci pečlivě naplánovat a realizovat v postupných krocích, přičemž v přechodném období musí existovat starý a nový systém paralelně.

Riziko pro společnost – duševně nemocní propuštění z azylových zařízení mohou podle některých ohrozit většinovou populaci.

Tento argument vyrůstá z neznalosti věci, k jeho přitažlivosti přispívají málo časté, ale mediálně populární situace, kdy člověk s duševním onemocněním představuje riziko pro své okolí.

Je téměř jisté, že dobře rozvinutá síť komunitních služeb pravděpodobnost agrese ze strany osob s duševním onemocněním snižuje.

Různá pojetí komunitní péče

Pojem komunitní péče není jednoznačně definovaný. **Thornicroft** (2001) uvádí několik běžně rozšířených významů:

- Péče mimo velké instituce
- Profesionální služby poskytované mimo nemocnice
- Péče poskytovaná komunitou
- Normalizace obyčejného života

Všechny tyto významy mají jedno společné: komunitní péče je tu chápána v opozici k péči ve velkých azylových zařízeních.

Jiní autoři např. **Pěč** (2006) považují za přesnější a prospěšnější definovat komunitní péči jako souhrn všech služeb pro cílovou skupinu.

„...komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje ji však pozměněnou roli.“

Komunitní v tomto pojetí znamená především *princip*, orientaci, podle které by měly být služby nastaveny.

Podobně popisuje komunitní péči **Probstová** (2005), když píše že „*Komunitní péče označuje nejen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcí, péči, která je zaměřena na potřeby lidí, nikoli na budování institucí.*“

Thornicroft (2001) pojetí komunitní péče jako principu precizně rozvádí, když uvádí kritéria, která by měla komunitní péče splňovat:

- Autonomie (podpora autonomie klienta)
- Kontinuita (mezi službami i v čase)
- Efektivita (konkrétní intervence funguje tak jak má)
- Dostupnost (v čase a prostoru, a přiměřená potřebám – příliš snadná dostupnost může být na úkor spravedlnosti)
- Komplexnost (zahrnuje všechny služby a všechny skupiny pacientů)
- Spravedlnost (spravedlivé rozdělení zdrojů)
- Odpovědnost (vůči pacientům – např. důvěrnost sdělení, vůči společnosti)
- Koordinace (mezi službami – např. při sestavování plánu i dlouhodobě)
- Výkonnost (co nejlepší poměr mezi náklady a výstupy – co nejlevnější a zároveň neúčinnější služby)

Jde o to, že dělit péči na komunitní a nemocniční zbytečně situaci polarizuje a vyvolává napětí mezi složkami péče, které v zájmu klientů potřebují efektivně spolupracovat.

Thornicroftův koncept vyvážené péče, který níže uvádíme, je silný právě v tomto ohledu – uznává potřebnost služeb poskytovaných v institucích i v komunitě.

Thornicroft (2004) dospěl metaanalýzou dostupných studií z let 1980 - 2003 k závěru, že komplexní systém péče musí obsahovat nemocniční i komunitní prvky. Přináší proto nový pojem **Vyvážená péče (Balanced care)**.

Následující tabulka představuje doporučení, jaké komponenty má systém vyvážené péče o duševně nemocné obsahovat a to podle úrovně dostupných zdrojů v konkrétním státě.

Tab 1. Vyvážená péče (Balanced care)

Nízká úroveň zdrojů	Střední úroveň zdrojů	Vysoká úroveň zdrojů
Krok A	Krok A + krok B	Krok A + krok B + Krok C
<i>Krok A: Primární péče se specialisty v záloze</i>	<i>Krok B: Hlavní proud péče o duševně nemocné</i>	<i>Krok C: Specializované diferencované služby pro duševně nemocné</i>
Vyšetření a hodnocení v rámci primární péče Léčba rozhovorem, včetně konzultací a poradenství Farmakoterapie Spolupráce a trénink se specialisty Limitovaná podpora specialistů dostupná pro: <ul style="list-style-type: none"> • trénink • konzultace komplexních případů • vyšetření a léčbu v zařízení (např. všeobecné nemocnici) pro případy, které nemohou být zvládnuty v rámci primární péče 	Denní kliniky Komunitní týmy Akutní lůžková péče Dlouhodobá rezidenční péče v komunitě Práce a zaměstnání	Specializované kliniky pro specifické poruchy nebo skupiny pacientů, včetně: <ul style="list-style-type: none"> • poruch příjmu potravy • duálních diagnóz • léčbě vzdorující afektivní poruchy • služby pro adolescenty Specializované komunitní týmy, včetně: <ul style="list-style-type: none"> • týmů rané intervence • asertivní komunitní léčby Alternativy k akutním příjmům, včetně: <ul style="list-style-type: none"> • domácí léčby/krizových týmů • krizové/respitiční domy • akutní denní nemocnice Alternativní typy dlouhodobé rezidenční péče v komunitě, včetně: <ul style="list-style-type: none"> • intenzivní rezidenční služby s personálem přítomným 24 hodin denně. • ubytování s částečnou přítomností personálu • nezávislé bydlení Alternativní formy zaměstnání a pracovní rehabilitace: <ul style="list-style-type: none"> • chráněné dílny • kontrolované umisťování (supervised placement) • sociální firmy • svépomoc a uživatelské skupiny • přechodné zaměstnávání • pracovní rehabilitace • podporované zaměstnávání

pracovní překlad PŘ

Velká azylová zařízení se v navrženém modelu vůbec nevyskytují – nelze je zodpovědně doporučit na žádné úrovni dostupných zdrojů.

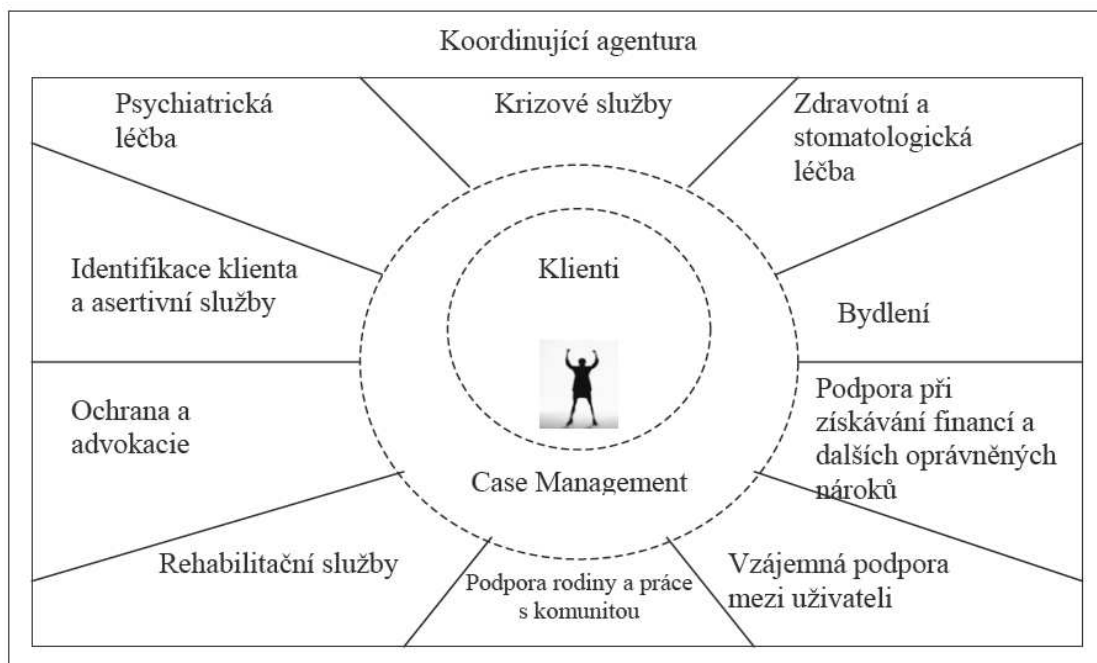
V tomto Thornicroftově modelu není zahrnuta důležitá věc – nezmiňuje se, kdo/co má zajistit provázanost a kontinuitu uvedených segmentů péče. Ve Velké Británii je to existence mamutích organizací – trustů, které zajišťují veškerou péči pro osoby s duševním onemocněním. V řadě jiných zemích, kde péče není takto centralizovaná, je tato otázka klíčová. Jednou z realistických možností, jak zajistit kontinuitu a koordinaci péče o klienta je case management.

Když hovoříme o komunitní péči, je potřeba se zastavit u slavné Carlingovy typologie přístupů v péči o duševně nemocné.

Carling (1995) popsal tři základní modely péče:

- **Medicínský model** - do 50. let 20. století. To je éra institucionalismu, kdy dochází k izolaci duševně nemocných od komunity. Duševně nemocným je přisouzena pasivní role *pacientů*, u nichž se neočekává zlepšení jejich stavu.
- **Rehabilitační model** 50. léta – současnost (devadesátá léta). V tomto období dochází k podstatným změnám v péči o duševně nemocné, rozvíjí se systémy komunitních služeb, diferencují se profesionální poskytovatelé. Pacienti se stávají *klienty*. I v tomto modelu však zůstávají duševně nemocní především příjemci péče. Programy se snaží o zajištění kontinua služeb a s klienty se pracuje „v jejich nejlepším zájmu“. Lze pozorovat snahu o přípravu na život v komunitě. Jako příklad tohoto modelu uvádí Carling *Komunitní podpůrný systém* (Community support system), což je americký model organizace služeb z roku 1987. Viz obr. 1.

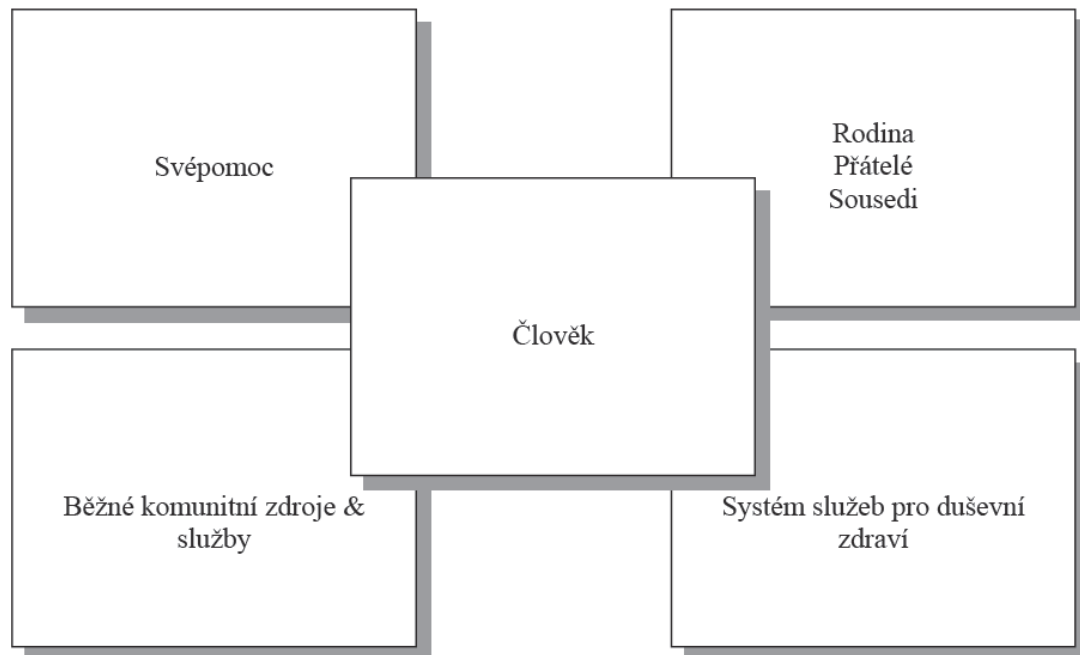
Obr. 1 Komunitní podpůrný systém



podle NIMH 1987

- **Integrační model** se objevuje v 80-tých letech v Kanadě pod názvem *Rámec pro podporu* (Framework for support), viz obr. 2. Jedná se o koncept, ve kterém se důraz přesouvá na neformální pečovatele. Podle Carlinga jsou profesionální služby sice důležité, ale nejsou tím hlavním, co duševně nemocný potřebuje. Podporu má poskytovat rodina, přátelé, sousedi, běžně dostupné služby a také svépomocné hnutí. Dřívější klient se stává *osobou*. Tento model má důležité důsledky pro organizování péče – pokud má komunita a svépomocné hnutí být nositelem péče (služeb), musí mít zřejmě buď finanční podporu nebo podporu profesionálů.

Obr. 2 Rámec pro podporu



Rámec pro podporu (Framework for support), podle Trainor a Church 1984

Rámec pro podporu se v Kanadě ujal. V roce 2004 byla vydána již třetí aktualizace tohoto modelu, která původní rámec doplňuje, ale nemění jeho základní myšlenku.

Carling uznává roli profesionálů, ale jeho vize směřuje jinam. Důraz je kladen na rozvoj svépomoci a aktivizaci neformálních pečovatелů v komunitě. Jeho tvrzení, že profesionální služby nejsou v systému péče tím nejdůležitějším prvkem, je i dnes radikální.

Významnou roli v moderní komunitní péči hraje výzkum, respektive jeho implikace pro uspořádání pomoci. Sílí tlak na poskytování služeb, které používají intervence jejichž účinnost byla prokázána (praxe založená na důkazech). Intenzivní výzkum porovnávající efektivitu různých programů komunitní péče, přináší stále nové informace. Někteří zároveň upozorňují na slabiny tohoto úsilí. Modely, které jsou předmětem studií, jsou často financovány pouze po dobu trvání výzkumu, vzápětí jsou ukončeny nebo se významně mění jejich parametry. Viz např. Burns (2004).

V praxi se dnes setkáváme s prolínáním rehabilitačního a integračního modelu péče. Příkladem může být Asertivní komunitní léčba (ACT), jejíž efektivita byla dostatečně prokázána opakovanými výzkumy (účinnost tohoto amerického modelu uznávají i Angličané). Podle závazných standardů této služby musí být členem týmu osoba se zkušeností s duševním onemocněním.

Lze říci, že dnešní kvalitní profesionální služby přijaly principy Carlingova integračního modelu – kladou důraz na zplnomocňování klientů, identifikaci a zapojování přirozených zdrojů podpory, uplatňují rehabilitační přístupy – kde rehabilitace je chápána jako asistence v procesu uzdravy, ke kterému má klíče klient..

Úzdrava (recovery)

Jedním z klíčových principů, který se v komunitní péči prosazuje od 90-tých let je **úzdrava**. „Úzdrava byla popsána jako hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojivějšího, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobenými nemocí.“ (Anthony, 1993)

Důležité je, že člověk se může uzdravit (recovered) i když přetrvávají symptomy jeho onemocnění. I s duševní nemocí, lze žít plnohodnotný život. Úzdava je dlouhodobý (někteří zdůrazňují, že nekončící) proces, kterým prochází člověk s duševním onemocněním. Rehabilitace a další složky komunitní péče jsou nástroje, které mohou úzdavě napomoci, ale nikdy ji nemohou zajistit.

Tento koncept je dnes takřka povinný – většina současných komunitních služeb v rozvinutých zemích o sobě tvrdí, že je „orientována na úzdavu“. Pod politicky korektním jazykem se však ukrývají reálné změny v tom, jak služby fungují a sami sebe vnímají.

Duševně nemocní získali důležité postavení při rozhodování o podobě pomoci. Jejich zkušenost by měla být klíčovým argumentem při plánování systému péče a oni by se měli rozhodovat o formě a míře podpory, kterou potřebují na své jedinečné cestě k úzdavě.

Formální a neformální služby

Světová zdravotnická organizace ve svém doporučení týkající se organizace služeb pro duševně nemocné (WHO, 2003) rozlišuje formální a neformální služby.

Neformální služby jsou považovány za užitečný doplněk formálních služeb, který může významně zlepšit „výsledky“ osob s duševním onemocněním. Materiál WHO nepokládá za pravděpodobné, že tyto služby mohou tvořit jádro systému péče. Zároveň však neformální služby v ideálním systému péče představují masivní zdroj pomoci (viz obr. 3)

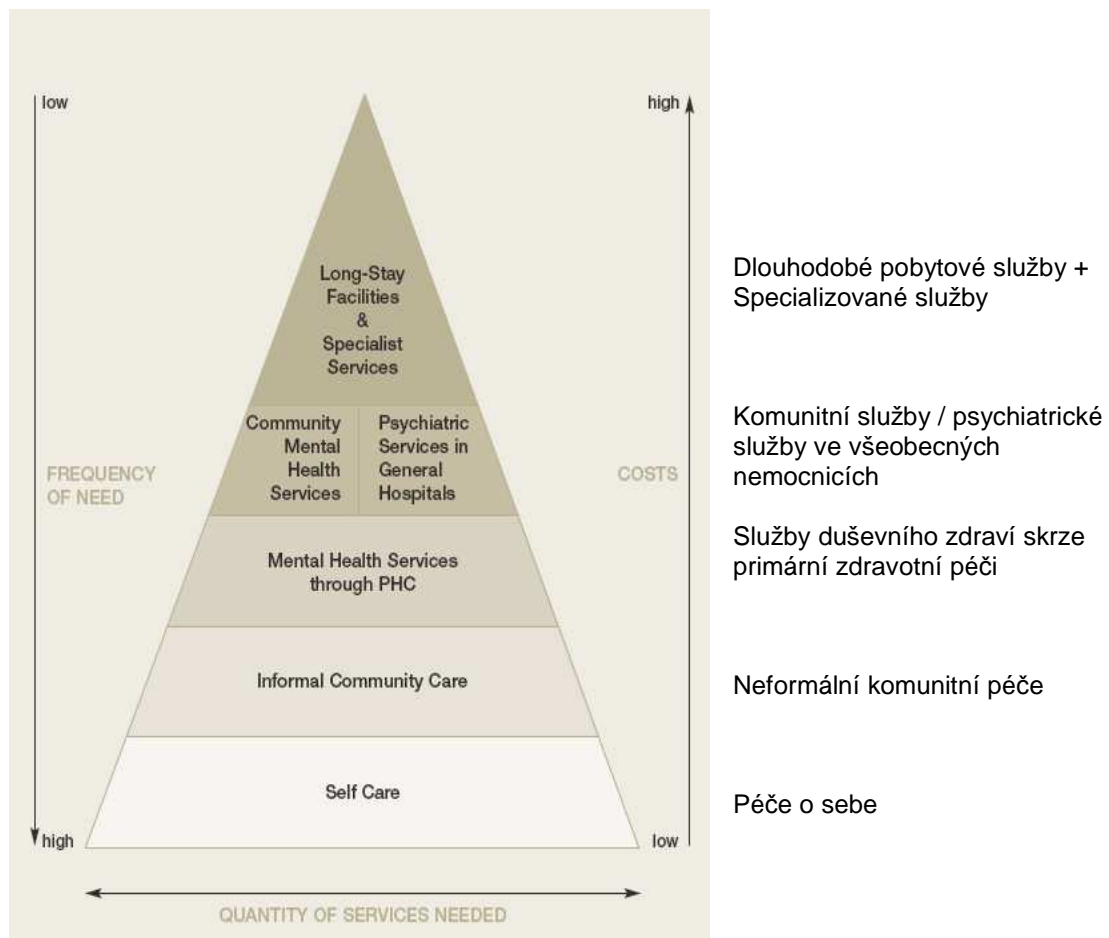
Jejich výhodou jsou minimální náklady pro veřejné rozpočty, dostupnost a skutečnost, že nestigmatizují toho, kdo jich využívá.

Manuál WHO se zmiňuje o léčitelích, které je možné vnímat jako specifické neformální pečovatele a kteří jsou v některých rozvojových zemích prvním a nejdostupnějším zdrojem pomoci, k němuž se duševně nemocný dostává. WHO zároveň v této věci hovoří o možném zneužívání klientů léčiteli. Neformální služby obvykle nejsou podrobovány auditům kvality – to by mimochodem mohla být zajímavá výtka vůči novému zákonu o sociálních službách v ČR – poskytovatel služeb musí splnit celou řadu podmínek, zatímco neformální pečovatel nikoliv. Přitom oba jsou financováni z veřejných zdrojů.

Neformální služby mají ještě jednu důležitou výhodu. Člověk, který je čerpá, není v roli klienta, ale např. souseda, bratra, člena sboru. Řada autorů (např. Carling, 1995) upozorňuje, že formální služby jsou často neúčinné už proto, že svou pomocí upevňují role *profesionál – klient*. U duševně nemocných se stává, že jejich role klienta/pacienta je postupně dominantní až jedinou rolí, ve které se nalézají a jejich sociální svět je světem pomáhajících profesionálů a spoluklientů. Přitom tím, co potřebují pro svou úzdavu, je vyskytovat se v obvyklých rolích – jako soused, manžel, kamarád atd.

V moderních komunitních službách se klade důraz na podporu klienta při zapojování do jeho přirozeného prostředí a při využívání běžně dostupných míst a služeb. Viz např. Stuchlík (2001). Pro profesionály, pracující ve službách je klíčové, aby o této možnosti nejen věděli, ale aby zdroje v komunitě znali, dokázali s nimi efektivně vyjednávat, mapovat jejich možnosti a omezení a aby byli schopni těmto zdrojům poskytnout podporu.

Obr. 3 Optimální mix služeb duševního zdraví



pracovní překlad PŘ

Zdroj: *Organization of services for mental health* (Mental Health Policy and Service Guidance Package), WHO 2003

Zdroje:

Burns, T., Priebe, S. (2004): The survival of mental health services: a pressing research agenda? In: *British Journal of Psychiatry*, 185, 189-190

Carling, P. J. (1995): Foundation for a new approach. In: Weeghel, J. (2002): *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. GIP, Hilversum, Utrecht.

Carling, P. J. (1995): Promoting social integration, In: Weeghel, J. (2002): *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. GIP, Hilversum, Utrecht.

Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, 2006

Mental Health Atlas, www.who.int/globalatlas/

Organization of services for mental health (Mental Health Policy and Service Guidance Package), WHO 2003

Pěč, O., (2006): Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás, přednáška na Konferenci sociální psychiatrie v Poděbradech, nepublikováno.

Probstová, V., (2005): Sociální práce s duševně nemocnými. In: Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková J. : *Sociální práce v praxi*. Portál, Praha.

Rose, N. (2001): Historical changes in mental health practice. In: *Textbook of Community psychiatry*. Oxford University Press, Oxford.

Stuchlík, J. (2002), *Asertivní komunitní léčba a case management*. Fokus Books, Praha

Thornicroft, G., Tansella, M. (2004): Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. In: *British Journal of Psychiatry*, 185, 283 - 290

Thornicroft, G., Tansella, M. (2001): The principles underlying community care. In: *Textbook of Community psychiatry*. Oxford University Press, Oxford.

Trainor, J., Pomeroy, E., Pape, B., (2004): *A Framework for Support, Third Edition*, Canadian Mental Health Association